



HAL
open science

Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins

Isabelle Eyland

► To cite this version:

Isabelle Eyland. Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins. Education. Université Montpellier, 2017. Français. NNT : 2017MONTD012 . tel-01704708

HAL Id: tel-01704708

<https://theses.hal.science/tel-01704708>

Submitted on 8 Feb 2018

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

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



THÈSE

Pour obtenir le grade de
Docteur

Délivré par l'université de Montpellier

Préparée au sein de l'école doctorale 58

Et de l'unité de recherche du LIRDEF

Spécialité : Sciences de l'Éducation

Présentée par Isabelle EYLAND

Les savoirs professionnels liés au *care* chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* dans des situations de soins

Soutenance le 10 juillet 2017 devant le jury composé de :

Thérèse PEREZ ROUX, Professeur des universités, Montpellier 3, Présidente du jury

Éliane ROTHIER BAUTZER, Maître de conférences, HDR, Paris Descartes, Rapporteur

Thierry PIOT, Professeur des universités, Caen, Rapporteur

Monique ROTHAN TONDEUR, Professeur associée, HDR, LEPS, université Paris 13

Alain JEAN, Maître de conférences, HDR, Faculté d'éducation, université de Montpellier,
Co-directeur

Serge LEBLANC, Professeur des universités, Faculté d'éducation, université de Montpellier,
Directeur



Remerciements

La rédaction de cette thèse doctorale n'aurait pu aboutir sans le concours de plusieurs personnes que je tiens ici à remercier :

Mon directeur M. Serge Leblanc et mon co-directeur M. Alain Jean pour la qualité de leur accompagnement, leur écoute, leur disponibilité et leurs encouragements tout au long de ce cheminement scientifique. Avec toute ma reconnaissance.

Les membres du LIRDEF et plus particulièrement de l'équipe de TFD pour la qualité des échanges, des propositions, des pistes de réflexion proposées.

Les membres du jury de cette thèse pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Les trois infirmiers libéraux qui ont si spontanément accepté ma présence et ont répondu avec enthousiasme et franchise à toutes mes questions.

Tous les patients visités lors de ces tournées de soins avec les infirmiers.

Au niveau logistique, M. Jean-Jacques Pezin, pour son expertise précieuse en informatique qui m'a grandement facilité et allégé la tâche.

Mes collègues et directrices, anciennes ou nouvelles, qui ont suivi la construction de cette thèse et encouragée.

Ma famille, qui de près ou de loin m'a manifesté son appui et son affection et en particulier ma sœur Monique pour sa relecture et Laurent et Charlotte pour leur amour.

Enfin, ma maman Alice Eyland, décédée pendant la rédaction de cette thèse, pour les qualités transmises de rigueur et de persévérance indispensables dans ce projet. Avec tout mon amour...

Tableaux et Schémas

Les quatre phases du <i>care</i> selon Fisher et Tronto (Molinier et <i>al</i> , 2009) p. 79
Tableau à double entrée exposant les quatre types de discours de Bronckart (1996) p. 137
Tableau présentant les professionnels infirmiers libéraux de la population enquêtée p. 157
Tableau récapitulatif des types d'entretiens employés auprès des trois infirmiers p. 162
Tableau présentant le nombre de patients vus par infirmier p. 163
Exemple du tableau de première analyse p. 168
Exemple du tableau de deuxième analyse p. 171
Schéma de synthèse de la méthodologie de traitement des données p. 172
Schéma représentatif de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i> p. 174
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes de régulation IDE 1 p. 176
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes de sollicitude IDE 1 p. 179
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'évaluation IDE 1 p. 185
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'ambiance IDE 1 p. 189
Représentation de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i> infirmier 1 p. 198
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes de régulation IDE 2 p. 199
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes de sollicitude IDE 2 p. 201
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'évaluation IDE 2 p. 209
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'ambiance IDE 2 p. 212
Représentation de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i> infirmière 2 p. 217
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes de régulation IDE 3 p. 219
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes de sollicitude IDE 3 p. 221
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'évaluation IDE 3 p. 226
Extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'ambiance IDE 3 p. 228
Représentation de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i> infirmière 3 p. 235
Extrait du tableau de comparaison entre IDE p. 237
Tableau de synthèse des résultats p. 249-250

Sigles

AACN : *American Association of Critical-Care Nurses*
ADELI : Automatisation Des Listes
AMI : actes médico-infirmiers
AIS : actes infirmiers de soins
ARS : Agence Régionale de Santé
CAC : Commission d'Attribution des Crédits
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CRF : Croix Rouge Française
DD : Didactique des Disciplines
DP : Didactique Professionnelle
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EBM : *Evidence based medicine*
EBN : *Evidence based nursing*
ECTS : European Credits Transfert System
ECSA : *European Caring Science Association*
EHPAD : Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : réforme dite Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État
IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'État
IDE : Infirmière Diplômée d'État
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
IPA : Infirmière de Pratiques Avancées
IPDE : Infirmière Puéricultrice Diplômée d'État
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
JO : Journal Officiel
LAD : *Language Acquisition Device*
LMD : Licence, Master, Doctorat
MAU : majoration pour acte unique
MCI : majoration de coordination infirmière
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MSP : Mise en Situation Professionnelle
ONI : Ordre National Infirmier
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification à l'Activité
TFE : Travail de Fin d'Études
UEMS : Union Européenne des Spécialistes Médicaux
UE : Unité d'Enseignement
WCSI : *Watson Caring Science Institute*

INTRODUCTION	1
I. CADRE CONTEXTUEL : DE L’HISTORIQUE À LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : LA PROBLÉMATIQUE DU <i>CARE</i> DANS LA PROFESSION D’INFIRMIÈRE	8
1. De l’infirmière à travers son histoire à la formation infirmière d’aujourd’hui	8
1.1 Les origines de l’infirmière	8
1.2 Les étapes de l’humanisation de l’hôpital	10
1.3 De l’humanisation à la déshumanisation dans la relation de soin	13
1.4 La transformation des hôpitaux en entreprises des soins	16
1.5 Les premières formations.....	16
1.6 L’évolution au XXème siècle	18
1.7 Vers une nouvelle évolution de la profession	22
1.8 La formation des cadres de santé	23
1.9 Les infirmières du secteur libéral	24
2. Le référentiel actuel de formation infirmière.....	28
2.1 Structure du programme.....	28
2.2 Référentiels d’activités et de compétences	29
2.3 <i>Care</i> et formation initiale aux soins infirmiers	32
2.4 Accompagnement clinique	35
2.5 Évaluation de l’étudiant en stage.....	36
2.5.1 Fonctions du portfolio	36
2.5.2 Contenu du portfolio	37
2.5.3 Après le stage	38
2.6 Objectifs et fondements de la formation	39
2.6.1 Objectifs de formation	39
2.6.2 Fondements de la formation.....	40
3. Origines de la recherche et problématique	42
4. Question de recherche	44
4.1 Hypothèses de recherche.....	44
4.2 Buts de la recherche au regard des hypothèses	44
5. Le <i>care</i>	46
5.1 Contexte actuel des soins	46
5.2 Le rôle propre de l’infirmière.....	48
5.3 Le <i>care</i> oublié ?	49
5.4 De l’étymologie du <i>care</i>	51
5.5 Les débuts du concept du <i>care</i>	53
5.6 L’approche des soins par Collière.....	56

5.7 L'approche par les « petites choses » dans les soins liés au <i>care</i> d'Hesbeen	58
5.8 La remise en lumière du <i>care</i>	63
5.9 Des recherches autour du travail de <i>care</i>	72
5.9.1 Recherche autour du <i>care</i> au sein de groupes familiaux	72
5.9.2 Recherche autour du <i>cure</i> et du <i>care</i> en unités de soins de longue durée.....	73
5.9.3 Recherche ayant pour objet l'analyse d'un objet invisible : le travail de <i>care</i> dans le secteur social	74
5.9.4 Recherche sur le <i>care</i> dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel.	76
5.10 Le mauvais <i>care</i>	77
5.11 Les différentes définitions du <i>care</i>	78
5.12 Notre définition du <i>care</i>	81
5.13 Le <i>care</i> et les représentations sociales.....	81
5.14 Le <i>care</i> et la notion de projet	84
6. Notions de responsabilité	86
6.1 Responsabilité et soins infirmiers.....	86
6.2 Rencontre de la justice et de la santé	88
6.3 La responsabilité comme concept.....	90
7. Le <i>care</i> et la certification des établissements de santé	93
7.1 La V2014	93
7.2 Le manuel de certification et activités liées au <i>care</i>	94
7.2.1 Chapitre 1 : management de l'établissement	94
7.2.2 Chapitre 2 : prise en charge du patient.....	95
7.3 Conclusion	99
8. Synthèse	100
II CADRE CONCEPTUEL	101
1. Les savoirs professionnels.....	101
1.1 Savoirs et formation infirmière	102
1.2 Typologie des savoirs infirmiers	105
1.3 Notions autour du savoir et des savoirs professionnels	107
1.3.1 Le savoir	107
1.3.2 Les savoirs professionnels	108
2. Le geste et les gestes professionnels.....	113
3. Notions autour du travail.....	118
3.1 Tâche et activité	119
3.2 Dimensions d'une même activité.....	121

3.3 Émotions dans l'activité	122
3.4 Genre et style	125
3.5 Pouvoir d'agir	126
4. Topique énonciative ou les postures de la construction interactionnelle	127
4.1 L'effacement énonciatif.....	127
4.2 La co-énonciation	128
4.3 La sur-énonciation	128
4.4 La sous-énonciation.....	129
5. Les mondes discursifs selon Bronckart	131
5.1 Agir communicationnel et mondes représentés.....	131
5.2 Langue naturelle, textes et discours	132
5.3 Positionnement épistémologique de l'auteur.....	133
5.4 Le texte : un feuilleté de trois couches superposées	134
5.5 Les mondes discursifs.....	135
5.6 Le discours interactif	137
5.7 Les séquences.....	138
5.7.1 La séquence narrative	139
5.7.2 La séquence descriptive	139
5.7.3 La séquence argumentative	140
5.7.4 La séquence explicative.....	140
5.7.5 La séquence dialogale	141
5.7.6 La séquence injonctive	141
5.8 Autres formes de planification du contenu thématique	142
5.8.1 Le script	142
5.8.2 La schématisation.....	142
5.9 Synthèse	143
6. Synthèse	144
III MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	146
1. De la question de recherche au choix de la méthode	146
2. Choix de la méthode et des outils	147
3. L'instruction au sosie d'un infirmier libéral	150
4. Choix des sites d'enquête	155
5. Négociations pour réaliser les enquêtes	156
6. Choix de la population enquêtée.....	157
7. Régulation et mise en place du dispositif	159
8. Synthèse des types d'entretiens utilisés.....	162

IV MÉTHODOLOGIE DE TRAITEMENT DES DONNÉES	163
1. Mise en place du protocole d'analyse	165
2. Première étape d'analyse des données à partir de l'analyse inductive générale	166
3. Deuxième étape d'analyse des données : raffinement des catégories et analyse lexicale	170
4. Schéma de synthèse de la méthodologie de traitement des données	172
V. ANALYSE ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	173
1. Identification des catégories de gestes professionnels liés au <i>care</i>	173
Schéma représentatif de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i>	174
2. Analyse de l'infirmier 1 : Luc.....	175
2.1. Gestes de régulation.....	175
2.2 Gestes de sollicitude.....	179
2.3 Gestes d'évaluation	184
2.4 Gestes d'ambiance	188
2.5 Analyse du verbatim de l'infirmier 1 par le logiciel Tropes.....	195
2.6 Outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i> de l'infirmier 1.....	198
3. Analyse de l'infirmière 2 : Lise	199
3.1 Gestes de régulation.....	199
3.2 Gestes de sollicitude.....	200
3.3 Gestes d'évaluation	209
3.4 Gestes d'ambiance	212
3.5 Analyse du verbatim de l'infirmière 2 par le logiciel Tropes.....	214
3.6 Outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i> de l'infirmière 2.....	217
4. Analyse de l'infirmière 3 : Maria.....	218
4.1 Gestes de régulation.....	218
4.2 Gestes de sollicitude.....	221
4.3 Gestes d'évaluation	225
4.4 Gestes d'ambiance	228
4.5 Analyse du verbatim de l'infirmière 3 par le logiciel Tropes.....	233
4.6 Outil d'analyse des gestes professionnels liés au <i>care</i> de l'infirmière 3.....	235
VI. DISCUSSION.....	236
1. Comparaison et discussion des résultats.....	236
1.1 Gestes de régulation.....	237
1.2 Gestes de sollicitude.....	239
1.3 Gestes d'évaluation	242
1.4 Gestes d'ambiance	245
1.5 Discussion de l'analyse par le logiciel Tropes.....	248

1.6 Tableau de synthèse des résultats	249
2. Mises en lien	251
3. En conclusion.....	253
CONCLUSION	256
BIBLIOGRAPHIE.....	263

INTRODUCTION

Le *care* est un concept reconnu dans le domaine des soins mais pas forcément connu sous cette appellation par les soignants¹ interrogés. Ils nous parlent de globalité ou d'adaptation aux besoins de la personne soignée ou encore d'attention particulière. Concernant plus particulièrement les infirmières² (IDE), l'une des raisons qui pourrait expliquer cette méconnaissance est que, si nous parcourons le « *Référentiel de formation, Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession* » (2012), nous n'y retrouvons pas l'emploi de ce terme pourtant central dans les fondements historiques de la profession comme nous pourrions le voir en première partie. Ainsi, pendant la formation des étudiants infirmiers, le *care*, qualifié de concept³ et qui pourrait se traduire par « *sollicitude* » ou « *attention* » selon Vigil-Ripoche (*in* Formarier & Jovic, 2009, p. 96), n'est pas obligatoirement étudié sous cette appellation ni parfois même cité. Nous verrons plus tard que d'autres mots sont employés pour aborder les notions afférentes au *care* au cours de la formation des étudiants. Ainsi, Petrus-Krupsky énonce que dans le référentiel n'apparaît « *aucune mention de la posture humaniste et empathique infirmière, aucune mention du prendre soin ou du caring. Les aspects législatifs et déontologiques sont certes mobilisés dans plusieurs unités d'enseignement, mais l'approche des soins par une éthique du care est absente* » (2015, p. 91).

Sans en connaître la définition, les activités des infirmières sont pourtant intimement liées au concept, ne serait-ce qu'à travers le rôle propre de l'infirmière centré sur le prendre soin, sur le *caring*. Cette thèse va s'intéresser à la mobilisation du *care* par les infirmières dans l'exercice de leurs fonctions.

La profession d'infirmière est en perpétuelle évolution et se technicise de plus en plus, laissant de moins en moins de place aux soins de confort et aux soins relationnels, ces activités de soins liées au « prendre soin » ou *care*, qui historiquement sont attachées à la

¹ Le terme de soignants désigne tous les personnels (médicaux et paramédicaux) entourant le patient. Mais dans le milieu du soin, il fait davantage référence au personnel paramédical. Nous l'utiliserons dans cette thèse pour désigner les infirmières.

² Lire partout infirmiers, infirmières ou IDE = Infirmière Diplômée d'État.

³ Jovic dans les « concepts en sciences infirmières » cite Fourez (1994-1995) pour définir le terme de concept : « *ils façonnent une représentation du monde qui répond au souci, aux intérêts, à l'esthétique d'une société et d'une communauté scientifique* » (2009, p. 26).

fonction (Collière, 1996 ; Hesbeen, 1997...). Dans cette réorganisation des pratiques professionnelles, et dans un contexte de découpage de l'activité en indicateurs où les contraintes se multiplient, nous nous interrogeons sur l'évolution de la profession infirmière et sur la place du *care* dans les soins d'aujourd'hui.

Les patients expriment le besoin de recevoir plus qu'un soin technique et attendent autre chose de la relation de soin avec le professionnel (Hesbeen, 1997). Ce propos illustre ce que Jorro (1998) identifie comme les gestes de métier communs à une profession, par distinction avec les gestes professionnels traduisant la disponibilité et la réactivité de l'individu dans le travail.

Les soignants mettent-ils en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin » (c'est-à-dire prendre le patient dans sa globalité en s'appuyant sur des valeurs, des gestes professionnels) plutôt que de « faire des soins » (dans un aspect purement technique du soin, gestes de métier) ?

Où se situe actuellement la place du *care*, spécificité soignante et comment peut-il se révéler dans le travail réel ?

Comment adapter au mieux la formation des étudiants en soins infirmiers à ces activités liées au *care*, assurée par les cadres de santé formateurs en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et par les tuteurs de stages ?

Quels nouveaux moyens peut-on apporter à l'analyse des situations pour repérer les activités liées au *care* ?

Ces dernières années, des changements fondamentaux ont eu lieu pour la profession (données issues de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques [DREES], rapports 2011 & 2014) :

- Changement de catégorie dans la fonction publique, entraînant de ce fait, un nombre important de départs à la retraite. Conjointement, on note que des professionnels sont dans l'obligation d'effectuer de nombreuses heures supplémentaires pour pallier le manque d'effectifs.
- Un nouveau référentiel de formation avec universitarisation.
- Des difficultés nouvelles de recrutement pour les jeunes diplômés dans certaines régions de France.

- Des difficultés pour certains instituts de formation en soins infirmiers pour remplir les quotas (région Île-de-France, Picardie...). Malgré une augmentation de 28 % des quotas à l'échelon national, il n'est jamais rempli.
- Création d'un ordre professionnel très controversé notamment par les infirmières elles-mêmes.
- Un système hospitalier devenu un gestionnaire : tarification à l'activité (T2A), mise en place des pôles de gouvernance...
- Des conditions d'exercice de plus en plus difficiles se traduisant par une durée moyenne d'exercice professionnel infirmier estimée plus courte qu'ailleurs mais difficile à chiffrer par le peu de fiabilité des données.

Selon les rapports de la DREES, les infirmières représentent la première profession de santé avec environ 638200 inscrits au fichier ADELI (Automatisation DEs LIstes) au 1^{er} janvier 2015 (publication de février 2016). La profession est à 87 % féminine et les effectifs sont croissants. Proportionnellement, les hommes sont plus nombreux dans le secteur libéral. La moyenne d'âge de la profession est comprise entre 41 et 43 ans, les intérimaires sont plus jeunes et les infirmières du travail (entreprises) plus âgées. Il y a des changements fréquents de mode d'exercice et ce sont les infirmières non hospitalières salariées d'un établissement pour personnes âgées qui bougent le plus. Il y aurait 6892 Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'État (IBODE), 9187 Infirmières Anesthésistes Diplômées d'État (IADE), 17978 puéricultrices et environ 14000 cadres de santé (rapports de 2011 & 2014).

Le sentiment de pénurie serait dû à d'importantes inégalités régionales. En ce qui concerne les étudiants en soins infirmiers, 80 % des inscrits en première année obtiennent leur diplôme trois ans plus tard : le concours étant moins sélectif, il entraîne des abandons par manque de niveau, d'autres abandons se font pour des raisons financières ou par la découverte du milieu clinique qui ne correspond pas aux représentations de l'étudiant (DREES, 2011 & 2014).

Selon la DREES, ces résultats sont à prendre avec réserve car ils s'appuient sur le fichier ADELI qui est certainement loin d'être à jour, les infirmières ne déclarant pas leurs changements ou cessations d'activité.

Le dernier référentiel de formation conduisant au diplôme d'État d'infirmière a été mis en place en septembre 2009. L'approche par compétences prescrite a été construite à partir de

la définition des activités du métier et des compétences attendues pour l'exercer et a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, par la construction progressive de compétences. Les finalités de la formation, à travers un dispositif par alternance, ont pour objet selon le Référentiel de formation (annexe 3, Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession) :

- *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. (2012, p. 69)*

Ce texte montre bien le souhait principal d'autonomiser la nouvelle infirmière, de lui apprendre à savoir chercher l'information et à analyser les situations rencontrées. Le contexte d'universitarisation des études a imposé une réorganisation pédagogique et didactique. Les activités de soins liées au *care* sont étudiées au cours des trois ans de formation et plus

particulièrement en première année de formation, dans des unités d'enseignement que nous développerons en première partie avec le contenu de la formation.

L'origine de cette thèse s'appuie sur les résultats d'une précédente recherche en master des sciences de l'éducation⁴ axée sur l'évaluation des étudiants en stage. L'analyse des résultats obtenus nous a interpellé par le fait que les infirmières n'ont pas de difficulté pour évaluer les compétences contributives (rôle en collaboration et rôle sur prescription médicale) mais ont, *a contrario*, des difficultés pour évaluer les compétences relevant du rôle propre de l'infirmière.

Comment un professionnel expérimenté peut-il de façon aussi aisée prendre en charge les patients, identifier leurs problématiques, leurs besoins, mettre en place des actions ciblées et ne pas savoir proposer des situations à l'étudiant lui permettant de l'évaluer sur les activités relevant du *care* ? Et par quel biais enseigner ces savoirs en cursus initial ?

C'est pourquoi nous proposons ici de nous intéresser aux gestes professionnels liés au *care* et à leurs liens avec les savoirs professionnels⁵ (Barbier, 2011 ; Carper, 1978 ; Jean, 2014 ; Lechasseur, 2009 ; Leplay, 2008 ; Schön, 1994...) dans le travail quotidien des infirmières et *a posteriori*, de voir s'il est possible de les rendre enseignables.

Mais existe-t-il des gestes professionnels liés au *care* ?

Pour mener à bien cette recherche et identifier ces gestes professionnels, nous avons fait le choix d'étudier le travail des infirmiers libéraux. Nous expliciterons en première partie les caractéristiques et particularités liées à ce mode d'exercice.

L'espérance de vie de la population étant en augmentation, les soins de confort aux personnes âgées, soins relevant du *care*, sont centraux dans l'exercice libéral. Notre souhait étant de travailler auprès d'infirmières, cette population a donc semblé particulièrement adaptée pour étudier les activités de soins relevant du *care*. En effet, dans la plupart des structures de soins, ces activités sont confiées aux aides-soignantes.

Cette recherche prend ses racines dans ces interrogations. Dans un contexte actuel où protocoles, normes, indicateurs, tableaux de bords, tarification à l'activité (T2A), certification sont devenus dans les services de soins des préoccupations permanentes, que les moyens budgétaires et humains sont de plus en plus limités, et où la formation et la spécialisation des

⁴ Master Sciences Humaines et Sociales en Formation Ouverte à Distance (FOAD), mention éducation et formation, Spécialité : conseil et formation en éducation. Université Paul Valéry, Montpellier 3.

⁵ Samurçay et Rogalski définissent les savoirs professionnels « *comme un ensemble de savoirs en actes efficaces manifestés dans des pratiques professionnelles* » (1992, p. 231).

infirmières avec la création de masters en pratiques avancées sont en pleine évolution, nous nous interrogeons :

Dans leur activité réelle, les infirmiers libéraux mobilisent-ils des gestes professionnels liés au *care* ?

Notre ambition, à travers la recherche menée, a un double enjeu. Dans un premier temps, il s'agit pour nous d'identifier des gestes professionnels liés au *care* afin de les rendre visibles et de questionner leur éventuelle plus-value dans le soin. Dans un deuxième temps, nous essaierons d'élaborer un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* permettant d'éclairer l'activité des infirmiers pendant les soins, et d'analyser des situations de travail. Nous faisons l'hypothèse que faciliter des analyses de situations réelles de soins, à l'aide d'un modèle de ce type, pourrait contribuer à la formation initiale et continue des infirmières.

Dans la première partie, cette recherche nous amène à explorer le domaine des soins infirmiers. Nous aborderons l'historique, la formation et l'exercice actuel de la profession. Nous nous intéresserons aux représentations (Abric, 2001), à la responsabilité de l'infirmière (Devers, 2004) et à l'évaluation des établissements par la Haute Autorité de Santé (HAS). Nous nous attacherons ensuite à définir et expliciter le *care*. Collière dit à ce propos :

Comment parler des soins ? Plus difficile encore, comment écrire sur les soins ? Alors que demeurera toujours cette distance immense entre la résonance et le raisonnement qu'ils suscitent. Comment aborder ce qui se tisse à la croisée des situations de soins dans leur infinie diversité, dans leur mouvance et leurs fluctuations, à la merci de l'intensité du moment ou de l'usure du temps ? Les mots sont devenus si éculés, si perclus, si frileux, si rigides, si conformes, si soucieux d'uniformisation qu'ils en perdent leurs couleurs, leurs nuances, les variations de leur percussion, tandis que s'amenuise l'expression des représentations qui sous-tendent les motivations comme les façons d'agir et de réagir. (2001, p.1)

Dans la seconde partie, nous aborderons le travail et l'activité, le geste et les gestes professionnels, les caractéristiques du savoir et des savoirs professionnels et nous exposerons le cadre d'analyse : les topiques énonciatives de Rabatel (2004) et l'analyse du langage et les mondes discursifs de Bronckart (1996).

Dans la troisième partie, nous exposerons le cadre du dispositif de recherche et la méthodologie. Notre étude porte, d'une façon générale, sur les infirmiers libéraux, à la recherche d'interactions des comportements face à un même type de situation de soins, dans une approche compréhensive d'un phénomène. Nous nous situons donc dans le cadre d'une recherche qualitative et avons fait le choix d'un dispositif de la clinique des situations⁶ (Eymard, Thuillier & Vial, 2004) avec l'enregistrement audio de situations réelles de soins, suivi d'un entretien d'autoconfrontation simple (Mollo & Falzon, 2004) avec le professionnel de soins.

Notre projet consiste ici à repérer si les infirmiers libéraux disposent de gestes professionnels liés au *care* par l'intermédiaire de l'analyse de l'activité qu'ils déploient en situation de soins.

Dans la quatrième partie, nous présenterons la méthodologie de traitement des données puis en cinquième partie, les résultats auxquels nous avons abouti avec la construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* dans l'activité de soins des infirmiers libéraux en milieu rural, et l'analyse de ces données. Dans la partie discussion, nous aborderons des concepts convoqués et envisagerons les recherches à poursuivre, les champs théoriques à investir.

Pour finir, nous tenterons, après avoir défini les limites de cette recherche, d'en effectuer une projection sur ses possibles investissements en termes de dispositifs de formation...

⁶ Eymard, Thuillier et Vial énoncent que cette méthode « s'intéresse à l'activité d'un sujet dans un agir professionnel... L'activité est tout ce que fait l'acteur à l'occasion de la réalisation de la tâche, en situation, y compris lorsqu'il pense la situation. C'est à la fois le penser, le dire et le faire ». (2004, p. 94)

I. CADRE CONTEXTUEL : DE L'HISTORIQUE À LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ : LA PROBLÉMATIQUE DU *CARE* DANS LA PROFESSION D'INFIRMIÈRE

1. De l'infirmière à travers son histoire à la formation infirmière d'aujourd'hui

1.1 Les origines de l'infirmière

Les infirmières ont eu, à travers l'histoire, des fonctions liées au prendre soin, au *care*. Pour montrer l'impact fort de l'histoire sur la conception actuelle du métier, nous proposons d'étudier l'historique de la profession.

L'historique des soins infirmiers est intimement lié à la profession médicale. Il serait vain de tenter de traiter l'un sans tenir compte des interactions professionnelles avec l'autre (Geadah, 2012). D'autant plus que, comme le dit Geadah :

S'il est relativement aisé de décrire depuis l'Antiquité l'histoire de la médecine et la manière dont des médecins ont pratiqué leur art, de sérieux écueils se dressent sur le chemin du chercheur s'intéressant au personnel entourant les malades, les infirmes ou les autres souffrants dans leur chair. Ce, essentiellement à cause de la variété des appellations désignant les professionnels paramédicaux, les catégories des personnes auxquelles s'adressent les soins – demandés, proposés ou administrés de force, ainsi que les lieux où se donnaient ceux-ci. (2012, p.17)

En s'appuyant sur cet historique, on peut s'interroger sur le terme « infirmière ». Même si l'appellation d'infirmière n'est officiellement adoptée que vers la fin du XVIIIème siècle (en 1765 selon Nadot, 2009b), le terme d'*enfermier* apparaît en 1398 et est associé à *infirmus* qui signifie faible, physiquement et moralement.

Le pauvre incarne, selon la position de l'Église, le personnage du Christ et incite le clergé et les laïcs (notamment les souverains) à « *la sollicitudo complétée par la menace de*

devenir necator pauperum (« tueur de pauvres ») » (Geadah, 2012, p. 20). Jusqu'au XVII^{ème} siècle, les soins prodigués aux malades relèvent de la charité chrétienne envers les plus démunis et dans chaque ville, un lieu est destiné à l'accueil des voyageurs infirmes ou pauvres (concile de Nicée, 325). Près des églises, des lieux d'hébergement sont créés accueillant les pauvres et les malades : les hôtels-Dieu. Les premiers hôpitaux naissent de besoins engendrés par la misère et de grandes épidémies. Les infirmières, à l'origine, étaient des religieuses qui aidaient les médecins dans les soins aux pauvres et aux malades ou dirigeaient le personnel domestique essentiellement constitué de prostituées.

En fait, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la réputation de ceux qu'on appelait « infirmiers » était généralement mauvaise. A l'exception des religieuses reconnues pour leur désintéressement et leur dévouement sans faille, il s'agissait très souvent de personnes médiocres, issues de milieux pauvres et illettrés, sans compétences spécifiques, perçues comme « bonnes à tout faire ».
(Geadah, 2012, p. 27)

Ainsi, longtemps considérées comme « les petites mains » des médecins, leurs tâches se concentraient davantage sur le bien-être, l'hygiène et quelques petits soins et relevaient donc presque exclusivement du *care*. Le savoir pratique des infirmières s'apprenait, se construisait, fructifiait en exerçant et se transmettait à l'oral (les femmes ne savent pas écrire). L'importance des savoirs pratiques sans foncièrement de références à des savoirs théoriques est donc essentielle et centrale dans la profession à cette époque.

S'appuyant sur trois recherches historiques menées entre 1986 et 2007, Nadot nuance l'origine du terme infirmier. S'il prend en compte l'origine d' « *infirmus* », donnant naissance à l'« *enferm* » (mauvais, malsain), il lui associe une autre origine à travers le terme d' « *inferi* » (enfes païens) et « *enfern* » (séjour des damnés). *Enferm* et *enfern* en s'unissant donnerait naissance au mot enfer. Le terme d'infirmier proviendrait ainsi d'« *enfermier* », et serait issu du langage ecclésiastique. Dans l'ancien français, celui-ci :

- *Qualifie le mauvais et le malsain (ENFER-mier) et indique une référence à une étiologie démoniaque de la maladie ;*
- *Voit le corps comme réceptacle du mauvais derrière « des plaies qui fourmillent de vers ou la puanteur qui sort du corps humain » et place l'âme*

comme dotée d'une vertu supérieure à celle du corps qui, de ce fait « est plus chère à Dieu »

- *Exprime la recherche du difficile et du mauvais comme bien chez la religieuse hospitalière (la promesse eschatologique de l'infirmière et de la « sœur grise »).* (Nadot, 2009a, p. 14)

La maladie était ainsi liée aux fautes commises par les hommes et l'infirmière était donc celle qui faisait le lien entre les enfers et les humains pour les soigner, par exemple en utilisant de l'eau bénite. L'infirmière se situait donc dans la dimension du *care* en prenant soin de l'âme et du corps.

Nadot ajoute que « *les fondements de la fonction indépendante du rôle professionnel reposent sur le triptyque médiéval domus-familia-hominem, c'est-à-dire prendre soin de la vie du domaine, de la vie du groupe et prendre soin de la vie de l'humain* » (2009a, p. 14). Les préoccupations au XVIIIème siècle étaient axées sur le travail, la nourriture, avoir un logis pour être en sécurité, où se réchauffer et dormir. Il s'agissait avant tout de promouvoir la survie, la notion du prendre soin, du *care*, étant prégnante.

1.2 Les étapes de l'humanisation de l'hôpital

L'hôpital a connu plusieurs grandes phases d'humanisation au cours de son histoire. La première date du début du XIXème siècle où les établissements subissent une mutation colossale, auparavant l'hôpital était un lieu de « gardiennage » et il devient un lieu où l'on soigne (Nardin⁷, 2013).

De nouvelles lois sont votées en faveur des classes moyennes et des plus démunis, notamment la loi du 15 juillet 1893 portant sur l'assistance médicale gratuite.

A cette même époque, une infirmière, Nightingale réforme totalement le système hospitalier britannique, suite à la guerre de Crimée où elle s'investit et où elle découvre « *les effets désastreux de l'inorganisation matérielle, de l'improvisation dans les techniques de soin et surtout l'absence des mesures d'hygiène... Aussi, la formation et les règles instaurées par elle se répandirent-elles vite en Europe, puis aux Etats-Unis et au Japon* » (Geadah, 2012, p. 27).

⁷ Anne Nardin est conservatrice en chef du musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

La deuxième mutation a lieu avec Pasteur où l'hygiène est introduite : on pose du carrelage sur les sols, les rideaux sont retirés alors qu'ils séparaient les grandes pièces communes en sorte de boxes, les uniformes apparaissent...

Victime de son succès, l'hôpital connaît alors une troisième mutation : à la fin des années 1920, les classes moyennes sont prédominantes et vont à l'hôpital pour se faire soigner, les cliniques étant réservées aux classes aisées (jusqu'en 1926, l'hôpital est pour les pauvres, à partir de 1926 l'admission des malades payants est autorisée (circulaire ministérielle du 31 mars 1926)).

Cette demande massive entraîne des adaptations et les structures doivent se convertir à la modernité et à l'humanisation. En 1930, le docteur Petit dira (cité par Nardin, 2013) : *« jadis on entrait à l'hôpital des lits qui recevaient des déshérités pour y mourir, aujourd'hui ce sont des maisons de santé où dans le confort, les malades viennent chercher la guérison »*. L'hôpital devient ainsi peu à peu un antre scientifique et ce, d'autant plus que la médecine passe de l'observation (Hippocrate) à l'expérimentation (Claude Bernard).

En 1944, de nouvelles normes ministérielles obligent les hôpitaux à n'avoir que six lits par salle. La réalité en est très éloignée puisqu'il n'est pas rare d'avoir des salles de quarante lits (Nardin, 2013). Peu à peu, l'hôpital va se réaménager et créer des boxes, voire des chambres individuelles réservées en priorité aux pathologies aiguës. Seule la gériatrie continuera encore plusieurs années à disposer de grandes salles communes.

Avec l'évolution structurelle, il est recherché un meilleur rapport à l'humain. *« Il ne faut pas seulement demander aux locaux et au matériel d'être humains à notre place. Ce serait trop facile. La dignité du malade, cela n'est point affaire de texte, c'est affaire d'homme »* (Arousseau 1959⁸, cité par Nardin, 2013). Nous pouvons ici constater une recherche d'une autre dimension dans le soin qui s'attache à la relation à la personne soignée et à sa considération, axes que nous retrouvons dans le *care*.

Pourtant, la réalité est toute autre. La mise en place de l'humanisation à l'hôpital : accueil du patient, considération du personnel soignant, est très difficile. Les rapports entre médecins et directeurs sont souvent conflictuels. Les directeurs n'osent pas les reprendre sur leur devoir d'humanité figurant au code de déontologie précisant que le médecin doit à tout malade une

⁸ Paul Arousseau était à l'inspection de l'assistance publique des hôpitaux de Paris.

égale assiduité et un égal dévouement et que le médecin doit avoir un grand respect de la personne humaine (Nardin, 2013). Ce n'est que par la loi du 31 décembre 1970 que les étudiants en médecine seront formés à la relation et à l'information du patient, notions afférentes au *care*.

En ce qui concerne les infirmières, en 1906, leur rôle auprès du malade selon la croix rouge française (CRF) est « *celui d'une mère ou d'une sœur* » (Nardin, 2013). En 1952, on demande à l'infirmière : bonté, douceur, fermeté et patience (CRF). En 1958, « *servir l'humanité est la fonction essentielle de l'infirmière* » (Nappée⁹). Dans les années 50 et 60, l'infirmière devient un peu l'icône de l'humanisation. Elle porte une tenue blanche, d'un rapport scientifique, et porte un voile comme les religieuses : « *il est certain que l'essentiel de la mission humaine de l'hôpital réside dans le geste maternel de l'infirmière devant un être affaibli* » (Leclainche 1956 cité par Nardin, 2013)¹⁰, l'infirmière s'inscrit pleinement dans la dimension du *care*.

Une quatrième révolution va marquer l'histoire de l'humanisation dans les soins. C'est l'intégration des usagers dans les soins. Depuis 2002, le patient fait partie prenante dans les soins qui lui sont prodigués notamment avec la parution de la charte du patient hospitalisé et le libre choix d'accepter les soins ou pas. Sur la pression des usagers, les soins relationnels intègrent les grilles de certification des établissements (Nardin, 2013).

Mais le corps à deux têtes de l'infirmière, la technicienne et la compatissante, commence à connaître des tensions. D'une part, elle souhaite garder son rôle propre, rôle en lien avec les activités du prendre de soin de la personne, du *care*, qu'elle revendique mais qu'elle n'applique que rarement et d'autre part, elle souhaite s'émanciper du médecin tout en revendiquant un rôle technique de plus en plus prégnant et valorisant (Nardin, 2013).

⁹ Marie Louise Nappée est une infirmière auteure du manuel pratique de l'infirmière soignante publié en 1937.

¹⁰ Xavier Leclainche, médecin, fut inspecteur général de la Santé, secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris, il participa à la création de l'Organisation Mondiale de la Santé.

1.3 De l'humanisation à la déshumanisation dans la relation de soin

Le concept de l'humanisation s'est peu à peu associé à celui de la bienveillance. Ce concept apparaît dans le médico-social autour des années 70 auprès des personnes en situation de handicap. Pourtant, peu à peu, en France, il est constaté que les hôpitaux de service public se déshumanisent, contrairement à la Belgique ou la Suisse (Nardin, 2013). Les missions initiales de l'hôpital ont évolué et Sicard ajoute en 2012 lors de la réflexion sur la fin de vie demandée par le gouvernement, que de nos jours : « *l'hôpital est fait pour réparer les gens malades, pas pour accueillir les mourants* ».

Enfin, un nouveau concept apparaît encore ces dernières années avec l'humanité. Popularisé par Gineste et Marescotti (1995), ils définissent le concept comme « *l'ensemble des particularités qui permettent à l'homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité* » (2007). La philosophie de l'humanité permet d'introduire le prendre soin et la dimension du *care* dans les actes professionnels en considérant la personne dans son unicité et sa singularité. Il s'agit de redonner du sens aux soins afin que le patient ne puisse douter de son humanité.

Hesbeen (2006) définit l'humanité comme le fait d'être humain, statut inaliénable qui ne se perd pas quelque soient les circonstances, alors que l'humanité n'est pas intrinsèque à l'individu. Elle se travaille par les attentions témoignées dans l'intérêt de la personne.

Pourtant, malgré tous ces concepts traitant de la relation à l'humain, force est de constater qu'à travers l'histoire et l'évolution de la profession infirmière, le lien entre le patient et le soignant s'est peu à peu effiloché. Dans cette notion d'humanisation, que recherche-t-on vraiment ? Humaniser les soins ? C'est-à-dire renforcer les liens ? Être plus à l'écoute ? Dans l'empathie ? Prendre le temps ? Ou s'agit-il de rendre à l'individu sa place d'être humain qu'il perd presque, rien qu'en passant les portes d'un centre de soins, pour devenir « objet » de soins ?

Toutes ces références à l'humanisation, leur étude et les préoccupations autour de ces concepts ne sont-elles pas le reflet d'un mal-être profond de la profession marquant une scission entre l'infirmière compatissante qui avait du temps pour le patient et cette infirmière d'aujourd'hui, toujours débordée de soins techniques ou administratifs et n'ayant comme relation au patient que celle autorisée par le temps d'un soin technique ? Et si le *care* semble devenir si populaire, n'est-ce pas pour tenter une réaction contre cette déshumanisation ressentie ? N'est-il pas un signal d'alerte d'une société en souffrance, l'objet transitionnel

révélateur de crise ? Et cette notion du *care*, inhérente à l'humanité dans les soins, très plébiscitée par les soignants et par les formateurs, n'est-elle pas un vain combat ? La profession n'est-elle pas en quête d'une identité à jamais perdue, marquée par l'évolution de la technique et la place actuelle de l'infirmière dans le système de santé en France ? Ou n'est-ce pas au contraire l'occasion de se saisir de ce malaise pour reconstruire « *une culture du soin* » (Rothier Bautzer, 2012) qui corresponde aux attentes des professionnels ?

Abric (2001), lors de ses recherches sur les représentations, a étudié les pratiques et représentations sociales des infirmières vues par elles-mêmes. Il a démontré que si les pratiques évoluent, les représentations aussi et qu'ainsi s'il y a changement des idées, c'est qu'en amont il y a eu un changement des pratiques...

Si nous considérons que l'identité professionnelle infirmière s'est construite à partir de deux process (Abdemalek & Gérard, 2001) : son histoire d'une part et ses valeurs et rôle propre d'autre part, nous ne pouvons que nous interroger : l'infirmière s'éloignant de plus en plus de son « image historique » et les valeurs humanistes étant largement bousculées, que reste-t-il des fondements de l'identité infirmière ?

Les professionnels subissent le contrecoup des bouleversements techniques et psychosociaux qu'a connus notre société. Les innovations techniques n'entraînant pas que du progrès, elles affectent inexorablement les professionnels en activité (Godin, 2013). Dans le métier d'infirmière, ces dernières années, la technique a pris davantage de place comparativement au soin relationnel. La conception actuelle du soin est centrée sur le *cure* qui prédomine le *care* (Rothier-Bautzer, 2013a). Or ce dernier n'est-il pas indispensable à la prise en charge curative et n'en fait-il pas partie ? Combien de fois n'entendons-nous que les soignants n'ont pas le temps de parler au patient, parce qu'il y a trop de soins ? À quel moment, la relation a-t-elle perdu sa qualité de soin ? Depuis quand le soin technique a-t-il priorité, est-il le seul légitime ? Ne serait-ce pas parce que l'infirmière a toujours été considérée, et culturellement se considère aussi comme « les petites mains ou le bras du médecin » et que le soin prescrit par le médecin prendrait de ce fait toute autorité sur le soin relationnel, rôle propre de l'infirmière donc secondaire ?

Philip, oncologue, précise que tant que les médecins « *n'accepteront pas de dire que pour ce rôle propre de soins, les infirmières sont meilleures qu'eux, elles ont donc le pouvoir puisqu'elles ont la technique et tant qu'on ne dira pas cela, on ne progressera pas. Et la complémentarité c'est bien cela, c'est bien de reconnaître la spécificité et le pouvoir*

technique de l'autre » (1992, p. 362). Honoré, psychosociologue, cité par Hesbeen (1999), interpelle sur l'opposition faite entre les professions médicales et paramédicales, notamment infirmières, car pour lui, elle contribue à entraver l'évolution des pratiques soignantes vers une perspective de santé.

La technique moderne joue actuellement le rôle d'un écran qui garde le patient à distance... de sécurité ? Pour éviter la confrontation à la souffrance, à la relation ? Dans les soins on parle dorénavant plus au malade à travers un écran d'échographie, de scanner, ou en regardant sa plaie qu'en le regardant en face. Dans les services de réanimation, une fois installés toutes les sondes et appareils divers : monitoring, respirateur etc... on dit du patient qu'il est « techniqué ». Rainhorn¹¹ dit que :

La déshumanisation à l'œuvre à tous les niveaux de la société atteint aussi la médecine. C'est un domaine où les cartes sont en pleine redistribution, et les technologies médicales considérées dans leur ensemble viennent bousculer le rapport entre le médecin et le patient. Aujourd'hui, le médecin est dominé par la technologie, et le réflexe d'un interne face à un patient souffrant de maux de ventre est de prescrire une IRM sans faire d'examen clinique. (2015, p.7)

Godin (2013) dit que dans une idée constante d'amélioration infinie, les valeurs modernes que sont l'utilité, la vitesse, la performance, l'adaptabilité, la nouveauté, ont pris les premières places dans l'organisation et la réalisation du travail. Rothier-Bautzer ajoute même que ce qui est demandé aux infirmières maintenant « *c'est de « tenir » sans fléchir* » (2012, p. 11). Cette recherche toujours constante d'amélioration « *tend à devenir une fin en soi* » (Godin, 2013), sans évaluation de sa réelle potentialité et dévalorise le passé et les techniques anciennes. La technique, tout en reconnaissant ses bienfaits dans l'amélioration des prises en charges médicales, a ainsi peu à peu modifié la tâche mais également l'acteur qui s'est adapté avec plus ou moins de résistance et qui évolue encore. Svandra dit ainsi « *agent d'exécution, simple interprète des résultats des analyses, le soignant se voit instrumentalisé par la technique puisqu'il n'aurait plus qu'à mettre en œuvre la thérapeutique prévue par les bonnes pratiques de l'EBM (Evidence based medicine) qui se décline en EBN (Evidence based nursing)* » (2011, p. 30).

¹¹ Jean-Daniel Rainhorn est médecin généraliste et professeur de santé internationale et d'action humanitaire à la maison des sciences de l'homme à Paris.

1.4 La transformation des hôpitaux en entreprises des soins

Un autre point à soulever est que les établissements de soins sont devenus des entreprises à gérer. Le travail réel est devenu invisible pour les dirigeants et les managers, « *ils voient des tableaux, des ratios, des résultats, mais ils ne voient plus le travail tel qu'il se fait... Derrière leurs écrans, les managers ne voient plus comment valoriser le travail réel, car ils ne voient plus où sont les sources de valorisation* » (Gomez¹², 2014, p. 7). L'auteur souligne que « *la dimension sociale et humaine a été oubliée* » (2014, p. 7). Nous citerons pour exemple un directeur d'établissement chirurgical qui parle du bloc opératoire comme de sa chaîne de production.

Svandra dit que « *l'hôpital peut être perçu comme un lieu où s'opposent trois logiques différentes (soignante, médicale et administrative)* » (2009a, p. 60) et que les cadres de santé dont la vocation est de donner sens à la pratique soignante se trouvent piégés entre la logique soignante (le *care*), la logique médicale (le *cure*) et la logique administrative « *dont l'objectif est de rationaliser toujours plus les soins* » (2009a, p. 45).

Il est vrai également que dans les établissements, la charge administrative des soignants n'a cessé de croître : dossier de soins informatisé, traçabilité, tableaux de suivi... sont devenus le quotidien, davantage qu'un entretien, une mise en commun de problèmes rencontrés dans l'exercice du travail ou une valorisation par son cadre. Gomez (2014) dit que si nous voulons inverser la tendance, il faut repartir de la réalité du travail dans toutes ses dimensions pour le valoriser et ensuite en édicter des règles. La solution viendrait de la prise en considération de ce que réalise le salarié, du « comment » il procède, du service rendu pour en augmenter sa valeur.

1.5 Les premières formations

C'est en 1633 qu'est proposé pour la première fois un début de formation infirmière dans la congrégation des filles de la charité : les sœurs de Saint Vincent de Paul¹³.

¹² Pierre-Yves Gomez est professeur à EM Lyon Business School, directeur de l'institut français du gouvernement des entreprises et lauréat du prix du livre RH 2014 pour son ouvrage « le travail invisible, enquête sur une disparition ».

¹³ Historique des soins infirmiers, site du CHU de Poitiers.

La révolution Française marque l'histoire de l'hôpital, lieu d'hospitalité, par la laïcisation des établissements et le retrait très progressif des religieuses expérimentées et main d'œuvre bon marché. Les médecins viennent désormais y travailler de manière continue. L'évolution scientifique et technique de la médecine et de la chirurgie avec la naissance de la clinique c'est-à-dire l'observation directe du patient, (De Balzac dit: « *la maladie n'est plus dans les livres, mais dans le malade* » (1976, p.536)) vont peu à peu imposer d'une part des besoins en formation des auxiliaires et d'autre part marquer une rupture et une prise de pouvoir par le corps médical sur le corps religieux. Ces événements vont profondément modifier le travail des religieuses qui doivent dorénavant se soumettre uniquement aux ordres des médecins, renonçant à leur exclusive fidélité religieuse. Les médecins voient leur rôle social grandir et leur autonomie devient totale. Le corps médical va, de tout ce poids, peser pour contenir l'infirmière dans le rôle du « bras du médecin ». Les religieuses perdent leur aura et deviennent des subordonnées se rapprochant du milieu populaire. Les infirmières laïques, d'origines modestes, ne cherchent plus à accompagner l'âme de leurs patients mais se centrent sur les soins et la guérison. Peu à peu, les infirmières se forment aux activités relevant du *cure* pour seconder le médecin et non plus seulement sur celles relevant du *care*. Ainsi, « *en France, la reconnaissance de la profession infirmière s'est faite au travers du cure, c'est-à-dire les soins qui permettent la guérison en lien avec un besoin des médecins du XIXème siècle* » (Nöel-Hureaux, 2015).

En 1867, la loi fait obligation de scolariser les filles. Les premières écoles d'infirmières apparaissent vers 1876. Les programmes montrent les soins directs aux patients mais également la couture, l'entretien du linge et de la maison. Le docteur Bourneville, républicain, qui participe activement à la formation des infirmières à la fin du XIXème siècle aux hôpitaux de Paris s'exprime en ces termes : « *L'esprit général qui doit dominer tous les actes de l'infirmière est un esprit de subordination absolue aux ordres du médecin* ». Il est à signaler qu'en France, là où le Docteur Bourneville rédige les contenus de formation, en Amérique, ce sont les infirmières universitaires qui les définissent déjà (Rothier Bautzer, 2012).

Reverby (1987, p. 41) traduit par Rothier Bautzer (2012, p. 30) précise même les qualités principales de l'infirmière à cette époque : « *L'ordre domestique créé par une bonne épouse, la prise en charge altruiste d'une bonne mère, et l'autodiscipline d'un bon soldat devaient être combinés pour former une bonne infirmière* ».

Mais Nadot (2009a) explique qu'à cette époque, les femmes cultivées accédant aux soins refusent les aspects « *domus* » et « *familia* » et privilégient l'« *hominem* » dans le prendre soin. Les basses besognes sont ainsi déléguées aux servantes.

En 1893, la loi du 15 juillet (JO 18 juillet, p. 3681) sur l'Assistance médicale gratuite et l'obligation d'assistance sanitaire oblige l'État à créer des écoles (Scotti, 1975). Le but est d'organiser la formation afin d'assurer la qualité de l'offre de soins. Toutefois, l'anatomie et la physiologie, de même que les travaux pratiques n'apparaissent dans les contenus des formations que fin XIXème, voire début du XXème siècle et ce, de manière officieuse et hétérogène selon les écoles. Il est à noter que c'est également au XIXème que la médecine va prendre un tournant important avec Claude Bernard (1813-1878), considéré comme le fondateur de la médecine expérimentale proposant une étude du corps humain en le « découpant » en organes et en fonctions. Avec cette évolution, (rappelons que ce sont les médecins qui rédigent les programmes de formation), l'apprentissage des infirmières va être influencé d'une rationalité médicale et l'importance du *care* envisageant l'individu dans sa globalité va s'en trouver amoindrie.

1.6 L'évolution au XXème siècle

La circulaire Combes du 28 octobre 1902 commande aux préfets de veiller à la création d'écoles d'infirmières et d'un diplôme :

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 y faut 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'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 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. (JO du 30 octobre 1902, p. 7043)

Notons ici l'évocation d'un état scientifique de l'infirmière alors que les qualités liées au *care* comme le dévouement à la personne « *ne suffisent plus* ».

Suite à un rapport également rédigé en ce sens par Chaptal¹⁴ au conseil supérieur de l'Assistance Publique, est créé par le décret du 27 juin 1922 (JO 1^{er} juillet, p. 6880), le brevet de capacité d'infirmière professionnelle qui marque la reconnaissance juridique de l'infirmière. Toutefois, de nombreuses religieuses gardent leurs fonctions ou prennent en charge les centres de formation. C'est seulement avec la déchristianisation du XX^{ème} siècle que les écoles seront gérées par des laïques. L'embauche d'infirmières non diplômées moins bien rémunérées étant autorisée, celle-ci est souvent privilégiée par les établissements. A cette époque, l'infirmière est avant tout considérée comme « *une femme et son travail doit exprimer ou exalter les caractères naturels de la féminité* » (Knibiehler, p. 58).

Par l'arrêté du 24 juin 1924 (JO du 14 septembre 1924, p. 8421), les programmes de formation sont officialisés avec des contenus différents selon qu'ils s'adressent aux infirmières hospitalières ou aux visiteuses d'hygiène sociale, ce dernier diplôme disparaissant en 1938 marquant la scission entre le sanitaire et le social. La formation infirmière s'effectue alors en deux années et oriente la soignante vers un rôle de plus en plus technique.

En 1943, une loi est votée assurant la protection du titre et renvoie au code pénal pour l'exercice illégal. Les établissements sont dorénavant dans l'obligation de recruter du personnel diplômé. Suite à cette loi, la première définition légale de l'infirmière naît : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin* » (loi n°46-630 du 8 avril 1946, JO du 9 avril 1946, p. 2958).

Les compétences de l'infirmière se développent dans un contexte social important. Les besoins en santé augmentent (création de la protection maternelle et infantile...) et la technique médicale est en plein essor.

Le programme du 4 août 1954 met en exergue une infirmière « exécutante » qui doit savoir alerter un médecin. L'enseignement est essentiellement réalisé sur les terrains de stage (21 mois de stage contre 160 h à l'école).

¹⁴ Léonie Chaptal est une riche héritière catholique infirmière connue internationalement pour ses actions dans le domaine de la santé publique.

En 1956, est créée la profession d'aides-soignantes pour libérer l'infirmière afin qu'elle ait plus de temps pour assister les médecins¹⁵. Son rôle curatif devient prédominant petit à petit au détriment des activités de soins liées au *care* qui sont confiées aux aides-soignantes.

Le programme de 1961 voit apparaître la notion de « rôle infirmier » et de capacité de décision (21 mois de stage et 646 h d'enseignement à l'école).

Le mouvement de 1968 met en avant la déshumanisation des soins. Les théories de soins visant à une individualisation du patient inspirent les infirmières (Henderson, Gordon...). Les soignantes se mobilisent également pour s'extraire des principes d'obéissance et de soumission, « *cette période, fortement dominée par de nombreux phénomènes de société, conforta les infirmières dans leur désir de retrouver le sens originel de leur fonction, les soins à la personne malade, et les fit se débarrasser du voile qui les assimilait, par trop encore, à la religieuse soumise et dévouée* » (Magnon, 2001). Cette période instaure une reconnaissance sociale de la profession d'infirmière. Il ne faut pas oublier que les médecins étant essentiellement des hommes et les infirmières, des femmes, « *le sexisme appuyé est très présent et les auxiliaires ont, en France, peu de recours pour lui échapper* » (Rothier Bautzer, 2012, p. 23).

Le programme de 1972 répondant à des accords Européens, s'effectue sur 28 mois. Les savoirs théoriques sont valorisés (on passe de 592 h à 1328 h) et la notion de responsabilité par rapport à un groupe de personnes soignées est introduite ainsi qu'une organisation de formation en six périodes. Cette formation vise à former une infirmière éducatrice de santé utilisant dorénavant des plans de soins centrés sur la personne entière et non uniquement sa pathologie, faisant ainsi apparaître un raisonnement clinique autonome.

En 1978, suite à des accords Européens (décret du 30 septembre 1975, n° 75-73 ; JO du 7 février 1975, p. 1661) et à une définition Européenne de l'infirmière qui la précise « *apte à juger à tout moment des soins infirmiers dont chaque malade a besoin* », pour la première fois, la profession ne se définit plus uniquement à travers son rôle sur prescription médicale. La loi reconnaît le rôle propre de l'infirmière et sa qualification sanctionnée par un diplôme. En 1979, la formation s'effectue en 33 mois. Elle s'organise en modules et apparaît également

¹⁵ Historique de la profession d'aide-soignante, aide-soignant.com.

pour la première fois, la notion de démarche de soins infirmiers. La prise en charge globale de la personne et les activités de soins liées au *care* apparaissent dans la rédaction de ces démarches de soins infirmiers au même titre que celles liées au *cure*.

De plus, les soins sur prescriptions entrent maintenant dans le domaine des soins infirmiers¹⁶, l'infirmière n'est plus l'exécutante d'actes médicaux délégués. Le champ des responsabilités de l'infirmière s'ouvre largement, elle accède à une certaine autonomie et reconnaissance. La définition de la profession évolue :

Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière, 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 de rôle propre qui lui est dévolu. En outre, l'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

Ces dernières notions sont fondamentales. Auparavant, la formation des infirmières était exclusivement du domaine médical, on leur reconnaît dès lors le droit à participer à la formation des pairs mais également une responsabilité hiérarchique à travers ce rôle d'encadrement. Toutefois,

Le décret du 17 juillet 1984 met en relief la difficulté persistante pour caractériser l'exercice infirmier, et notamment son rôle propre, autrement que sous forme d'une nomenclature d'actes professionnels que les soignants sont « autorisés » à effectuer. A la lecture du texte, le contraste est en effet frappant. Un premier article qui définit d'une façon générale voire abstraite l'objet et la nature des soins infirmiers, et les articles suivants qui énumèrent, dans un ordre plus ou moins logique et sans commentaire, l'ensemble des compétences pratiques des infirmières. (Scotti, p. 41)

En 1992, la formation passe à trois ans et demi, voit la transformation des écoles en instituts de formation et les élèves obtiennent le statut d'étudiants. Ce programme voit la

¹⁶ Décrets 81-539 du 12 mai 1981, JO 15 mai 1981, p. 1450 et 84-689 du 17 juillet 1984, JO 24 juillet 1984, p. 2419 précisent les champs de compétences, actes sur prescriptions et actes relevant du rôle propre. A noter que le décret de 1981 fut annulé sous l'influence de médecins biologistes. Il fallut trois ans pour que les pouvoirs publics mettent en place un nouveau décret.

fusion des soins généraux et ceux de psychiatrie. La notion de diagnostic infirmier apparaît, enrichissant encore le rôle propre de l'infirmière, il renforce son autonomie :

L'infirmier a compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires à accomplir les soins indispensables... 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. (Décret n°93-345 du 15 mars 1993, JO 16 mars 1993, p. 4098)

En 2006, la France est le 21^{ème} pays européen à voir la création de son ordre professionnel, gage de reconnaissance de la profession. En novembre 2016, la profession obtient son propre code de déontologie.

2009 est une année de réforme pour plusieurs professions de santé. La formation infirmière est intégrée dans un dispositif universitaire ayant pour but de placer des étudiants en capacité d'acquisition de connaissances à mobiliser en situation et non plus dans une capitalisation de savoirs.

Mais avant de nous attarder sur ce dernier référentiel et de le détailler, il nous semble important de préciser en quelques mots les ouvertures engendrées par ce dernier référentiel et les possibilités d'exercices offertes aux infirmiers diplômés.

1.7 Vers une nouvelle évolution de la profession

En plus des spécialités : infirmier anesthésiste diplômé d'État (IADE), infirmière de bloc opératoire diplômée d'État (IBODE), infirmière puéricultrice diplômée d'État (IPDE), les diplômés en soins infirmiers ont dorénavant la possibilité d'intégrer des cursus universitaires dans des domaines divers : Sciences Sociales, Sciences de l'Éducation etc. pour suivre des masters ou des doctorats, ou encore des masters de pratiques avancées dans le domaine des soins infirmiers.

La mise en place des masters formant des infirmières en pratiques avancées (IPA) tente de répondre aux inégalités géographiques d'accès aux soins pour le suivi des maladies chroniques, la création de consultations, les évaluations gériatriques, la surveillance des chimiothérapies orales ou de suite de radiothérapie, des missions de coordination de parcours de soins complexes (avec possibilité de prescription ou d'interprétation d'examens de dépistage) et l'élaboration de protocoles de coopération (DRESS, 2014). Cette formation professionnelle qualifiante vise à développer l'expertise clinique¹⁷. Mais ces nouveaux « métiers intermédiaires » sont encore méconnus et peu reconnus. Actuellement en France, on dénombre environ une centaine d'infirmières de pratiques avancées, leur exercice peut être libéral ou en structure de soins.

1.8 La formation des cadres de santé

Une fois diplômée, outre ces spécialités, l'infirmière a également la possibilité de suivre une formation de cadre de santé permettant de travailler dans les services de soins ou en institut de formation en soins infirmiers.

La formation de cadre de santé s'effectue actuellement en dix mois et est sanctionnée d'un diplôme (décret du 18 août 1995). Elle regroupe plusieurs professions paramédicales (ergothérapeute, psychomotricien, infirmière, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, audioprothésiste) favorisant l'interprofessionnalité, une culture et un langage communs. Les objectifs de cette formation sont de former le soignant à la fonction d'encadrement et à celle de l'enseignement en institut de formation de soins infirmiers. L'inscription au concours est autorisée après un exercice de quatre années comme infirmière. La formation par alternance (Instituts de Formation des Cadres de Santé (ou IFCS) et lieux de stages) se compose de six modules : initiation à la fonction cadre, santé publique, analyse des pratiques et initiation à la recherche, fonction d'encadrement, fonction de formation, approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation. Les IFCS ont ces dernières années mis en place des partenariats avec les universités, proposant des licences ou des masters de première année. Les instituts revendiquent également l'intégration de la formation dans le cadre du LMD avec un grade master, ce qui pourrait faire évoluer le temps de

¹⁷ Formations diplômantes, site de l'ehesp.

formation. Nous rappelons ici que le décret date de 1995 et que depuis cette date, le contenu de la formation n'a pas été modifié.

1.9 Les infirmières du secteur libéral

L'exercice libéral des infirmières, comme partenaires de soins, est devenu central ces dernières années, la place de l'hospitalisation à domicile et les retours précoces au domicile suite à une hospitalisation étant de plus en plus importants dans notre système de santé en France (loi HPST¹⁸).

En tant que profession de santé de proximité, l'infirmier libéral a un rôle important à jouer dans l'alternative à l'hospitalisation, le maintien à domicile, la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé. Les orientations actuelles de la santé, visant à diminuer les journées d'hospitalisation au profit des soins de ville, l'évolution de la profession via la délégation de compétences des médecins vers les infirmiers et le développement de la prévention, en font un métier d'avenir car l'infirmier libéral est, plus que jamais, un acteur de santé publique incontournable. (La fonction d'infirmière libérale, définition et activités, site infirmiers.com)

Selon le rapport de la DREES de février 2016, un infirmier sur six exerce en libéral et cet effectif est en forte progression depuis une dizaine d'année (+ 15 % entre 2008 et 2011). Nous faisons l'hypothèse que l'autonomie dans le travail, loin des contraintes institutionnelles et le salaire mensuel attractif sont des motivations à exercer en libéral.

L'infirmière libérale est soumise aux mêmes textes législatifs (code de la santé publique et code de déontologie) que les infirmières exerçant en structures de soins, elles doivent respecter les règles professionnelles notamment le secret professionnel.

Un rapport de la cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale du 15 septembre 2015 montre que les dépenses de l'assurance maladie, au

¹⁸ Loi du 21/07/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Cette loi prévoit que les professionnels de santé puissent s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient.

titre des actes effectués par les infirmiers libéraux, ont augmenté très significativement ces dernières années¹⁹. Les actes des infirmiers libéraux relèvent tous de prescriptions médicales et sont principalement des :

- Actes Médico-Infirmiers (AMI représentant les 2/3 des actes facturés (DREES, 2016)) qui sont des actes techniques (pansements, injections...), ils correspondent aux activités techniques de soins et relèvent du *cure*.
- Actes Infirmiers de Soins (AIS représentant le tiers des actes facturés (DREES, 2016)) qui sont les soins d'aide aux personnes dépendantes (toilettes, changes...), soins relevant du *care*.

Depuis 2011, deux autres types d'actes ont été ajoutés :

- la Majoration pour Acte Unique (MAU),
- la Majoration de Coordination Infirmière (MCI).

Le rapport précise que la cause première de la progression des dépenses est due à l'augmentation du nombre d'actes et donc des prescriptions médicales. La progression annuelle des actes est de 13% depuis 2011.

Le rapport précise également que l'âge de la patientèle²⁰ est à 60.6 % situé au-dessus de 60 ans (dont 42.3% au-dessus de 70 ans).

Il existe certes une augmentation du nombre d'infirmiers libéraux depuis 2000 mais cette croissance est mal répartie sur le territoire (par une régulation défailante selon la DREES) et le rapport indique qu'il existe une forte corrélation entre densité de professionnels et consommation de soins. Le rapport précise que cette augmentation des quotas peut s'expliquer par une forte croissance démographique infirmière (+75.4% entre 2000 et 2014) et par le nombre de places ouvertes en première année de formation aux soins infirmiers (+93% entre 1983 et 2014).

Borniche, président de l'ordre national des infirmiers (ONI) déclare dans un communiqué de presse en date du 16 septembre 2015²¹ que les pouvoirs publics, l'État et l'assurance maladie ont souhaité depuis plusieurs années, donner aux infirmiers libéraux un rôle accru dans la prise en charge des personnes âgées et de celles atteintes de pathologies chroniques. Le but est de réduire le déficit de la sécurité sociale, notamment les dépenses hospitalières et d'améliorer l'accès aux soins des patients sur l'ensemble du territoire en favorisant le retour à domicile, il s'agit du « *virage ambulatoire* » préconisé par le ministère de la santé. Les évolutions

¹⁹ Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement, 4766, site de la sécurité sociale.

²⁰ Le terme de « patientèle » est employé pour désigner la clientèle de l'infirmière libérale.

²¹ Rapport sur la sécurité sociale, la cour des comptes démontre que les infirmiers libéraux sont au cœur des évolutions de la prise en charge des patients, site de l'ordre des infirmiers.

démographiques, l'état de santé de la population, l'augmentation des prises en charges et l'évolution du champ de compétences des infirmiers libéraux sont autant de pistes expliquant cette augmentation du nombre d'actes effectués par les infirmiers libéraux.

Pour exercer en libéral, l'infirmière doit :

- posséder un diplôme d'État infirmier obtenu en France, en Suisse ou dans un État membre de l'Union Européenne
- répondre d'au moins 24 mois d'expérience professionnelle dans les six années précédentes au sein d'un établissement dispensant des soins généraux ou de 24 mois de remplacement d'une infirmière libérale conventionnée en plus de 18 mois effectués en équipe de soins généraux dans les six années précédant le remplacement
- Obtenir un conventionnement permettant l'installation
- Elle doit être inscrite au conseil de l'ordre des infirmiers.

Selon les régions de France, le conventionnement peut être plus ou moins facile à obtenir, certaines régions étant sur-dotées alors que d'autres manquent de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux).

L'exercice en libéral demande responsabilité, organisation et autonomie. L'infirmière travaille seule, même si elle peut, en cas de nécessité, appeler le médecin prescripteur. Elle planifie sa tournée de soins en fonction des exigences des soins (une prise de sang à jeun sera faite tôt, une glycémie capillaire pour déterminer le taux de sucre dans le sang se fera de préférence avant la prise du petit-déjeuner et du déjeuner). L'infirmière tient compte des impératifs des patients (une prise de sang faite à un patient travaillant sera faite de manière à ce que celui-ci n'arrive pas en retard à son travail), des souhaits des patients (certaines personnes souhaitent être levées plus tôt, d'autres plus tard pour effectuer la toilette). L'infirmière organise ainsi son travail en fonction des priorités du jour.

L'infirmière libérale s'occupe de la prise en charge administrative et financière des soins et travaille avec les caisses d'assurance maladie pour le paiement de ses prestations de soins. Elle doit s'acquitter de plusieurs taxes professionnelles et assurances professionnelles. La part administrative du travail en libéral est donc conséquente : « *l'indépendance permise par la*

profession renvoie, en contrepartie, à la nécessité de s'occuper de l'ensemble des démarches administratives²² ».

Les activités de soins des infirmières libérales comprennent les Actes Infirmiers de Soins (AIS) c'est-à-dire tous les soins relevant d'une prise en charge liée au *care* (toilettes partielles ou complètes, changes etc.), c'est la raison pour laquelle nous avons choisi de nous intéresser tout particulièrement à cette population infirmière dans le cadre de cette recherche sur les gestes professionnels infirmiers dans l'analyse de leurs activités de soins liées au *care*. En effet, nous émettons l'hypothèse que, de par leur exercice professionnel spécifique, les infirmières libérales font davantage utilisation du *care* que dans les structures de soins. Dans les établissements de santé, les Actes Infirmiers de Soins sont très souvent confiés aux aides-soignantes libérant ainsi les infirmières qui assurent le travail plus technique de la profession. Nous verrons ultérieurement que le travail technique n'empêche pas le professionnel de faire du *care* pendant les soins mais pour notre recherche, les AIS nous semblaient, de par leur nature, porteurs de manifestations liées au *care*.

²² La fonction d'infirmière libérale, définition et activités, site infirmiers.com.

2. Le référentiel actuel de formation infirmière

2.1 Structure du programme

Le programme de formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession d'infirmière (s'inscrivant dans la réglementation figurant au code de santé publique) a été modifié par l'arrêté du 31 juillet 2009 et mis en place à la rentrée scolaire de septembre 2009. La durée de la formation est de trois années, réparties en six semestres de vingt semaines chacun, équivalant à 4200 heures. La répartition des enseignements se décline en une formation théorique de 2100 heures, une formation clinique de 2100 heures et enfin du travail personnel complémentaire estimé à 900 heures. Le diplôme d'État d'infirmière s'obtient par l'obtention de 180 crédits européens (ECTS = European Credits Transfert System) (120 crédits pour les unités d'enseignement (UE) et 60 crédits pour la formation clinique en stage, soit 30 crédits par semestre), correspondant à la validation de chacune des dix compétences du programme de formation. Chaque compétence s'obtient de façon cumulée par la validation de la totalité des unités d'enseignement en relation avec la compétence, par l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence, évaluée lors des stages et par la validation des actes, activités et techniques de soins réalisés en services de soins.

Les unités d'enseignement contribuant à l'acquisition des compétences font appel à six champs différents :

- les sciences humaines, sociales et le droit
- les sciences biologiques et médicales
- les sciences et techniques infirmières, les fondements et les méthodes
- les sciences et techniques infirmières, les interventions
- l'intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière
- les méthodes de travail.

Le référentiel se compose ainsi de 36 matières de formation réparties dans 59 unités d'enseignement prônant une acquisition progressive des compétences²³.

2.2 Référentiels d'activités et de compétences

Le programme de formation conduisant au diplôme d'État Infirmier (et au grade licence), a été construit à partir des référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmière. Mais avant de nous attarder sur les compétences attendues pour exercer la profession, définissons la compétence.

Si une multitude de définitions ont été données, Bronckart estime possible de les regrouper dans deux catégories distinctes : la première allant de la singularité d'une personne vers le milieu saisit « *la compétence comme capacité statique de l'individu* » (2009, p. 1). La seconde, inversement, prend sa source dans les exigences d'une situation vers l'adaptabilité du sujet et la compétence devient donc procédurale et intimement liée à l'action. Il s'agit d'actualiser « ses » ressources en fonction des exigences d'une action située. Dans la formation infirmière, c'est cette deuxième catégorie qui nous intéresse car :

La logique de compétence articule dans l'action plus qu'elle ne les juxtapose, des savoirs académiques, des savoirs procéduraux et des attitudes adaptées à un contexte de réalisation. Elle est connexe aux notions de professionnalité et de professionnalisation qui caractérisent des métiers dont l'exercice concerne un travail «à la panne» et non un travail «à la tâche». En d'autres termes, la compétence renvoie à un acteur potentiel qui réalise son travail avec une certaine autonomie et dans un espace de responsabilité, et qui est confronté à des situations plutôt singulières auxquelles il lui faut s'ajuster et qu'il lui faut transformer, avec comme ressources principales des savoirs académiques et théoriques auxquels se combinent des savoirs d'action issus de l'expérience et de la réflexivité professionnelles. (Piot, 2006, p. 14)

²³ La définition du métier, le référentiel des compétences et les principaux axes de la réforme sont consultables en annexe 1.

Nous avons retenu une définition de la compétence donnée par Jonnaert :

La compétence est la mise en œuvre par une personne en situation, dans un contexte déterminé, d'un ensemble diversifié mais coordonné de ressources ; cette mise en œuvre repose sur le choix, la mobilisation et l'organisation de ces ressources et sur les actions pertinentes qu'elles permettent pour un traitement réussi de cette situation. (Jonnaert, Masciotra, Boufrahi, & Barrette, 2005, p. 6).

L'approche par compétences cherche ainsi à mettre en exergue les savoirs concrets du travail réel infirmier et est donc en lien avec la professionnalité. Ces compétences sont formulées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme, elles figurent dans le code de santé publique :

- Article L 4311-1 du code de santé publique : *l'infirmier ou l'infirmière donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmier ou l'infirmière participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation à la santé et de formation et d'encadrement.*
- Article R 4311-1 du code de santé publique : *l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et les infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.*
- Article R 4311-2 du code de santé publique : *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 :

- *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*
 - *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*
 - *De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes*
 - *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*
 - *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.*
- Article R 4311-3 du code de santé publique : *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 des articles R 4311-5 et R 4311-6²⁴. 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.*

²⁴ L'article R4311-5 énumère la liste des actes et soins relevant du rôle propre de l'infirmière. L'article R4311-6 énonce les activités du rôle propre de l'infirmière dans le cadre de la santé mentale.

L'infirmier exerce le métier dans le respect des articles R 4311-1 à R 4311-15 du code de santé publique du 29 juillet 2004.

Ces articles mêlent toutes les dimensions du soin et notamment celles relevant du *care*. Il est souligné dans l'article R4311-2 l'importance pour l'infirmier d'associer qualité technique et qualité des relations avec le malade. Le soignant doit respecter les droits de la personne et tenir compte de sa personnalité dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. Les objectifs sont de favoriser le maintien de l'individu dans sa vie familiale ou sociale ou de l'accompagner, lui et ses proches, en cas de détresse physique ou psychologique.

L'article R4311-3 évoque les Actes Infirmiers de Soins des infirmiers libéraux dont nous avons parlé précédemment. Ces soins sont liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et s'inscrivent dans la dimension du *care*. Ils visent à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Il s'agit par exemple des soins aux personnes âgées ou aux personnes atteintes de pathologies chroniques. Dans les structures de soins, on ne parle pas d'Actes Infirmiers de Soins mais de soins de nursing. Ce sont uniquement ces soins, relevant de l'article R4311-3, que l'infirmière peut confier à l'aide-soignante et ce, sous sa responsabilité.

2.3 Care et formation initiale aux soins infirmiers

L'enseignement en institut de formation de soins infirmiers permet, nous l'avons vu, à l'étudiant de bâtir peu à peu les édifices scientifiques et techniques qui lui permettront d'assurer son rôle professionnel et de s'identifier au groupe à travers ses normes et ses valeurs. La complexité de la formation infirmière pour Hesbeen « *réside surtout dans le développement d'habiletés qui permettent la rencontre professionnelle entre une personne soignante, qui est compétente pour apporter une aide appropriée et subtile, et une personne soignée, qui nécessite de l'aide par la juste dose d'attention, celle qui en fait une attention particulière* » (1997, p. 118). Formarier ajoute :

Une grande partie de l'apprentissage des infirmières (qu'elles soient étudiantes ou novices dans la discipline) se fait par transmission directe des savoirs, des expertes vers les moins expérimentées. La transmission des

attitudes relationnelles est complexe, car elle nécessite d'une part, que l'experte ait identifié et mis en mots les interactions qui se passent entre elle et les patients au moment des soins, ce qui reste très difficile, et, d'autre part, l'acquisition des attitudes relationnelles requises par tous les événements de soins se construit par l'expérience, par confrontation personnelle à la situation, avec une possibilité de verbalisation avec un tiers compétent pour analyser la situation. (2007, p. 33)

Concernant plus particulièrement l'enseignement des activités de soins liées au *care*, nous trouvons tout particulièrement la compétence trois « accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » qui est enseignée au premier semestre de formation. Celle-ci précise d' :

- Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et de l'accompagner dans ses soins,
- Adapter les soins aux besoins de la personne en tenant compte de ses ressources ou ses déficiences,
- Évaluer, d'anticiper et prévenir les risques induits par la diminution ou la perte d'autonomie,
- Adapter et sécuriser l'environnement de la personne soignée,
- Identifier des activités qui contribuent à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique ou psychique,
- Évaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins.

Outre la prise en charge des soins à proprement parlé, nous pouvons voir que cette compétence demande de la réflexion, de l'évaluation de la situation, de l'adaptation et de l'anticipation.

Si cette compétence est très largement centrée sur les fonctions d'entretien et de continuité de la vie donc sur le *care*, d'autres compétences l'évoquent également.

La compétence une « évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier » permet par exemple d'apprendre à identifier les besoins de santé et les attentes de la personne soignée, elle nécessite donc de porter attention à la personne, termes qui définissent en partie le *care*. La conception d'un projet de soins infirmiers relevant de la compétence deux, reprend tous les problèmes identifiés chez le patient pour rendre la prise en charge optimale, il faut donc envisager les problèmes relevant du *cure* comme ceux relevant du *care*. La compétence cinq « initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs »

préconise l'accompagnement des personnes dans des processus décisionnels concernant leur santé. La compétence six, axée sur la communication et la conduite d'une relation dans un contexte de soins, évoque la création de conditions propices à l'intervention soignante, l'accueil et l'écoute de la personne en demande de soins, dimensions s'inscrivant naturellement dans le *care*. Cette compétence souligne d'instaurer et de maintenir une communication verbale et non verbale ainsi qu'un climat de confiance. Lors de l'enseignement de cette compétence, à travers les unités d'enseignement consacrées à la psychologie, sociologie, anthropologie, nous pouvons retrouver des concepts se rattachant intimement au *care* : la vulnérabilité, l'attention, la bienveillance, etc. La compétence sept « analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle » évoque les valeurs professionnelles et la satisfaction de la personne soignée. Dans les unités d'enseignement législation, éthique et déontologie sont abordés : l'humanité, la dignité, le respect, l'altérité, l'engagement, les valeurs.

À travers l'étude de ces différentes compétences, nous pouvons constater que les fondamentaux théoriques d'une attitude de sollicitude sont étudiés mais l'utilisation du concept même de *care* est rare au cours des études et le terme de *care* n'est jamais cité tel quel dans le référentiel de formation infirmière.

Des instituts de formation mettent en place des accompagnements, des analyses de pratiques individuelles et collectives afin de travailler sur les émotions ressenties par les étudiants face à la découverte du milieu clinique, et au cours des études afin de les aider à gérer des situations difficiles. Toutefois, De Hennezel déplore que :

On n'attire pas assez l'attention des soignants sur la mimique des patients, sur le langage de leur « corporalité », on ne les aide pas à être davantage présents à l'autre, dans les soins. On sait à quel point la qualité d'une présence et la finesse d'une attention peuvent changer la manière dont n'importe quel soin ou intervention médicale, même les plus agressifs, sont perçus par les malades.
(1995, p. 71)

Force est de reconnaître que dans les instituts de formation, le *care*, sans patients, est difficile à travailler concrètement. Avec le référentiel de 2009 et les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui stipule : « *jamais la première fois sur le patient* », on a réintroduit le travail en salles de travaux pratiques de façon plus marquée que ces dernières

années. Certaines unités d'enseignement nommées « thérapeutiques et contribution au diagnostic médical » ont comme modalités d'évaluation :

- des calculs de doses appliqués avec préparation de l'injection en situation simulée en fin de première année,
- une pose de transfusion sanguine en situation simulée en fin de deuxième année,
- une injection dans les chambres implantables²⁵ en situation simulée en semestre cinq.

Ces pratiques sur mannequin ne facilitent pas la prise en compte du patient et restent axées sur les aspects purement techniques du soin. Piret (2003) précise qu'on apprend en formation à traiter techniquement le patient comme un mannequin et non l'inverse. La simulation est actuellement en plein essor et est reconnue comme une des méthodes applicables dans le cadre des programmes de formation du Développement Professionnel Continu (DPC) par la Haute Autorité de Santé. Or, en reconnaissant les avantages liés à l'utilisation des mannequins dans la formation initiale et continue, la simulation ne va-t-elle pas encore renforcer ces difficultés d'interaction et d'attention à l'autre ? Il faut donc être vigilants dans la construction du *scénario* et ne pas négliger la part relationnelle, la considération au patient et la globalité du soin : *cure* et *care* se complètent et s'enchevêtrent naturellement dans les soins.

2.4 Accompagnement clinique²⁶

Les professionnels qui encadrent les étudiants doivent mettre en évidence les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans la pratique quotidienne des soins avant, pendant et après le stage. Le formateur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et le tuteur de stage doivent donc proposer des stratégies pour aider l'étudiant dans ses apprentissages en milieu clinique afin de développer sa pratique réflexive. Ils l'aident à l'acquisition des compétences par l'exercice de raisonnement tantôt inductif, analogique ou déductif, par des retours sur des pratiques, des questionnements et de la réflexion. Les étudiants apprennent à confronter leurs connaissances et leurs idées et travaillent sur la recherche de sens dans leurs actions. Les stages cliniques permettent ainsi à

²⁵ Une chambre implantable est un dispositif médical placé entièrement sous la peau (en haut du thorax), il s'agit d'un boîtier et d'un cathéter relié au système veineux. On pique à travers la peau dans cette chambre pour réaliser des traitements lourds ou longs : réanimation, chimiothérapie. Ce dispositif permet une certaine autonomie pour le patient entre les différentes phases de soins et préserve les veines du patient.

²⁶ Les stages que doivent effectuer obligatoirement les étudiants au cours de la formation sont consultables en annexe 2 ainsi que les acteurs qui participent à la formation des étudiants.

l'étudiant d'intégrer des connaissances construites et d'en acquérir de nouvelles par différentes voies telles que l'observation, la participation aux activités de soins et aux réflexions menées en équipes, et l'utilisation de savoirs dans la résolution de situations. L'étudiant inscrit ensuite les éléments d'analyse de ses activités dans son portfolio, induisant ainsi une théorisation et une intégration qui favorisent l'auto-évaluation par une mesure de progression souvent liée aux objectifs de stage qu'il a posé.

Suite à une recherche que nous avons menée en master 2 qui étudiait l'activité des tuteurs dans l'évaluation en fin de stage de l'étudiant, nous avons pu constater (Eyland & Jean, 2013) que les tuteurs avaient des difficultés pour proposer des activités de soins liées au *care* et donc à les évaluer. Bien que fortement présents dans l'activité soignante, les soins liés au *care*, si l'on excepte les soins d'hygiène confiés aux aides-soignantes, ont une très faible prise en compte dans l'activité infirmière et sont peu mis en valeur. Les soignants ont donc du mal à les repérer, à les verbaliser et à leur donner leur place au milieu de la technicité des soins.

2.5 Évaluation de l'étudiant en stage

Le programme de formation a introduit de nouveaux outils d'évaluation avec en particulier le portfolio.

2.5.1 Fonctions du portfolio

Le portfolio assure plusieurs fonctions et détermine diverses postures pour le tuteur de stage. Il est (Péoc'h, 2010) :

- vecteur d'apprentissage : le portfolio permet la mise en évidence des éléments d'acquisitions des actes, activités et techniques de soins. Le rôle du tuteur est alors celui d'accompagnateur. Il doit permettre à l'étudiant de réaliser une auto-évaluation lui permettant sa transformation, sa construction identitaire professionnelle.
- un outil d'évaluation : il permet de pointer des niveaux d'acquisition des compétences en fonction des critères et indicateurs prédéfinis. Le tuteur est donc

ici évaluateur, l'évaluation étant formative sur le parcours de formation mais également certificative puisque permettant l'attribution d'un diplôme.

- un « révélateur » du développement personnel. Le rôle du tuteur étant d'aider l'étudiant à prendre conscience de son « image de soi » en lui permettant une mise en lumière de ses valeurs, de ses potentiels émotionnel et intellectuel. Le tuteur doit donc être en posture de reconnaissance de l'altération, favoriser la communication, l'interaction et l'intercompréhension. L'étudiant pourra ainsi se placer dans une démarche réflexive auprès des professionnels du terrain, se construire et objectiver son cheminement. La démarche réflexive étant la mise en récit par l'étudiant d'une action de soin, d'une situation clinique et d'en expliciter les contextes dans l'agir. « *Cette mise en mots favorise la conscientisation et le décryptage du vécu perceptif, représentationnel et/ou émotionnel* » (Péoc'h, 2008, p. 51).

À travers ces différentes postures, le tuteur-soignant voit son rôle se renforcer dans le domaine de la pédagogie. Le portfolio s'inscrit ainsi dans une perspective cognitive et constructiviste. « *C'est de la rencontre étudiant/tuteur autour du portfolio que naît l'action éducative dans la rencontre de deux libertés, autrement dit dans l'altération et la reconnaissance d'un étudiant sujet auteur de sa formation, de son projet professionnel et de son cheminement* » (Péoc'h, 2010, p. 15).

2.5.2 Contenu du portfolio

Dans le portfolio on peut trouver d'une part des éléments sur le cursus de formation de l'étudiant (unités d'enseignement suivies, points forts, axes d'amélioration, objectifs de stage...), des analyses de pratiques réalisées par l'étudiant lors de ses différents stages et d'autre part un bilan rempli par le tuteur portant sur les éléments d'acquisition des compétences. À la fin de chaque stage, un entretien entre le tuteur et l'étudiant permet une évaluation portant sur les acquisitions des actes, activités et techniques de soins et des éléments de chacune des dix compétences sur la base des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio permettant aux professionnels d'argumenter les éléments sur lesquels l'étudiant doit progresser. Le tuteur coche des cases en fonction du niveau d'acquisition : non mobilisé, non acquis, à améliorer, acquis. Une feuille de stage récapitulative reprend les mêmes items que ceux déclinés dans le portfolio et est destinée au dossier scolaire de l'étudiant.

Les équipes de soins se sentent investies d'une mission de formation accrue par rapport à l'ancien programme et davantage de responsabilités. Le fait de nommer un tuteur stigmatise l'évaluation sur une seule personne identifiée alors qu'auparavant c'est toute l'équipe qui évaluait l'étudiant et le notait, l'évaluation faisait alors l'objet d'une co-responsabilité. Cette dernière existe toujours puisque le tuteur effectue un recueil des observations des professionnels de proximité ayant assuré l'encadrement de l'étudiant mais il est seul face à l'étudiant lors de l'entretien d'évaluation de fin de stage pour remplir le portfolio.

Du fait de la parité entre formation en IFSI et formation clinique, les activités liées au *care* doivent, elles aussi, représenter une part importante dans l'apprentissage de l'étudiant si l'on veut que celui-ci développe les aptitudes et attitudes attendues d'un professionnel infirmier.

2.5.3 Après le stage

Après le stage, le formateur de l'institut en soins infirmiers, référent du suivi pédagogique de l'étudiant prend alors connaissance des informations portées sur le portfolio, en fait une synthèse en tenant compte des différentes conditions d'attribution des crédits en stage qui sont au nombre de quatre :

- l'étudiant doit impérativement avoir une présence en stage supérieure à 80 % du temps prévu,
- il doit analyser deux activités ou situations rencontrées pour chaque stage (ces analyses étant soumises au référent pédagogique de l'étudiant). Ce point tend à devenir facultatif selon les nouvelles directives ministérielles.
- avoir mis en œuvre et validé des éléments des compétences requises dans des situations diverses
- avoir validé des actes et activités en lien avec la spécificité du terrain de stage.

Le formateur propose ensuite à la commission d'attribution des crédits²⁷ (CAC) la validation ou non du stage (dans le cas d'une proposition de non validation, le référent de suivi pédagogique peut prendre contact avec le tuteur ou/et le maître de stage afin de compléter son

²⁷ Une description et composition de cette commission est disponible en annexe 3.

anamnèse). Si une non-validation est décidée par la commission d'attribution des crédits, l'étudiant effectue un nouveau stage dont les modalités sont définies par cette même commission. Le portfolio est donc un outil de suivi de l'étudiant en stage et fait le lien avec l'IFSI. Ainsi tout au long de la formation de l'étudiant, chaque professionnel d'encadrement peut être informé sur son parcours et sa progression. Le portfolio permet de tracer l'itinéraire du stagiaire, de façon personnalisée et de « raconter » l'histoire de la professionnalisation de l'étudiant. Perez-Roux caractérise la professionnalisation par « *le caractère progressif des acquisitions, inscrit dans une démarche mettant en jeu la réflexivité des acteurs et permettant au final de reconnaître un professionnel, de repérer chez lui un ensemble de connaissances, de savoirs, de capacités et de compétences caractérisant sa professionnalité* » (2011, p. 1).

2.6 Objectifs et fondements de la formation

2.6.1 Objectifs de formation

Le référentiel de formation infirmière a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, par la construction progressive de compétences à travers des savoirs, savoir-faire, attitudes et comportements.

La finalité de la formation est d'amener l'étudiant à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif en développant des ressources en savoirs théoriques, méthodologiques, habiletés gestuelles et en capacités relationnelles²⁸. Ces connaissances amènent l'étudiant vers la construction de son projet et son avenir professionnel tout en l'exerçant au raisonnement clinique, à la réflexion critique, au questionnement et à l'éthique professionnelle qui lui permettront d'intégrer plus rapidement de nouveaux savoirs et de s'adapter à des situations variées. Perez-Roux, qui travaille sur la professionnalisation des enseignants, dit que « *l'institution attend des formés qu'ils articulent progressivement expérience pratique et acquisition de savoirs professionnels, qu'ils soient capables d'analyser leur pratique, dans l'objectif de construire une réflexivité dans et sur l'action* » (2007, p. 149). Cette citation peut très largement se transposer à la formation des futures infirmières car le formateur infirmier amène l'étudiant « *à réfléchir sur tel ou tel aspect de la clinique infirmière qu'il a repéré comme étant essentiel à son apprentissage, à décortiquer sa pratique pour prendre*

²⁸ Issu de : profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, 2012.

conscience d'éléments fondamentaux qui feront par la suite la compétence du professionnel et la qualité des soins qu'il dispensera » (Kozlowski, 2010, p. 61).

2.6.2 Fondements de la formation

Le référentiel de formation, articulé autour de l'acquisition de compétences, met en place une alternance visant l'acquisition de connaissances et de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, la mobilisation de ces savoirs en situation en maîtrisant les concepts et l'analyse de situations professionnelles. Fumat, Vincens et Etienne précisent que *« le recours à de nouveaux paradigmes de formation initiale utilisent tous l'alternance car ils distinguent soigneusement l'action, qui est première, de la réflexion (le retour sur le faire) »* (2003, p. 12). Mura ajoute que :

La démarche de contractualisation formalisée dans le nouveau dispositif doit permettre à chaque acteur de se repositionner en termes de responsabilités et d'engagement envers les autres parties. La clarification des rôles de l'institut de formation (professionnalisation du parcours), des structures d'accueil (identification et mise à disposition des ressources d'apprentissage), et enfin, des étudiants (engagement dans le processus) crée les conditions formalisées d'une réelle alternance. (2010, p. 46)

« Le travail de concertation entre IFSI et service de soins... est alors essentiel pour que l'étudiant(e) se sente évoluer dans une cohérence intellectuelle formative, malgré l'alternance géographique ». (Moreau, 2004, p. 52). Pour les professionnels soignants, l'encadrement des étudiants consiste en un enseignement clinique mis en place lors des stages : *« les soignantes ont la responsabilité de transmettre à la stagiaire l'ensemble des compétences requises au travers des multiples activités impliquées par le soin »* (Moreau, 2004, p. 53). Il s'agit d'aller au-delà d'une simple reproduction de gestes vus ou acquis dans les unités de soins et d'impulser une dynamique d'amélioration, de transférabilité et de transposition. La collaboration des cadres formateurs et des personnes accueillant des étudiants en stage est donc indispensable. Elle dynamise un échange entre théorie et pratique, c'est établir selon Barbier et Nkoum (2001, p. 15) *« une boucle théorico-pratique et pratico-théorique »*. L'infirmier polyvalent doit avoir acquis des compétences qui lui permettront de

gérer différentes situations relevant tant du *cure* que du *care*. Pour cela, il faut lui avoir donné les moyens de se professionnaliser, c'est-à-dire d'être responsable, investi et efficace dans un contexte précis. Il doit être « *l'homme de la situation* » (Le Boterf, 2004), et pour cela il doit être capable de remobiliser des schèmes opératoires déjà vécus et conceptualisés par distanciation afin de construire une réponse adéquate et pertinente par rapport aux attentes situationnelles. Il est donc important de favoriser la réflexivité de l'étudiant afin de le faire progresser et donner du sens à ses actions, lui permettant de les comprendre, de les intégrer afin de pouvoir les combiner de façon adaptée et pertinente.

La formation, basée sur des études de situations, définit trois paliers essentiels d'apprentissage : comprendre (par l'acquisition de savoirs et savoir-faire), agir (l'étudiant mobilise ses savoirs dans l'action et est capable d'autoévaluation), transférer (l'étudiant conceptualise et acquiert la capacité de transposer dans des situations nouvelles). La mobilisation de ces savoirs est évaluée au cours de la formation par des unités dites d'intégration (mobilisation des savoirs et mise en œuvre des compétences ciblées réunissant les différentes unités d'enseignement du semestre autour d'études de situations) et par l'acquisition progressive des compétences en stage formalisées sur le portfolio de l'étudiant.

Si de nos jours, la formation est divisée en deux parties égales de temps d'enseignement entre théorie et pratique, les représentations du public n'ont que peu évolué. Les infirmières sont avant tout considérées pour leur travail d'action, tandis que les médecins, même s'ils ont un savoir pratique reconnu, sont avant tout les références au savoir scientifique. Et pourtant ce sont les médecins qui sont nommés « praticiens ». Le terme est même dorénavant utilisé dans les hôpitaux publics puisque les médecins sont identifiés « praticiens hospitaliers ». Les infirmières, elles, se voient attribuer dorénavant le terme de « soignantes » même si la définition réelle des soignants inclut tous les professionnels : médicaux et paramédicaux. Il existerait donc une dimension plus forte que la pratique au lit du patient et qui prédominerait dans les soins infirmiers ? Celle du « soin » ? Celle du *care* ?

3. Origines de la recherche et problématique

Nous avons effectué en master 2 : conseil et formation en éducation²⁹, une recherche auprès des tuteurs infirmiers encadrant les étudiants en stage. Cette recherche visait à adapter les formations au tutorat en nous appuyant sur l'identification des problèmes réels des tuteurs lors de cet exercice. Nous souhaitons d'une part mettre en lumière les logiques des tuteurs et leur interprétation des textes et d'autre part identifier l'adhésion au dispositif, les logiques déployées par les évaluateurs et accéder aux freins de la mise en place du processus.

Lors de l'analyse des résultats obtenus, nous avons été interpellée par le fait que les soignantes n'ont pas de difficulté pour évaluer les compétences contributives (rôle en collaboration, rôle sur prescription médicale) mais ont, *a contrario*, des difficultés pour évaluer les compétences relevant du rôle propre de l'infirmière.

Comment une infirmière expérimentée peut-elle de façon aussi aisée prendre en charge les patients, identifier leurs problématiques, leurs besoins, mettre en place des actions ciblées et ne pas savoir proposer des situations à l'étudiant lui permettant de l'évaluer sur le raisonnement clinique, la démarche analytique ou les activités relevant du *care* ?

Ces compétences sont-elles difficiles à transmettre par la transposition de l'écrit à la pratique lors de l'exercice du métier ?

Est-ce le fait que l'infirmière soit culturellement dans le « faire » et non dans « dire son activité » qui pose problème ?

À partir de ce constat et afin d'adapter la formation des étudiants en soins infirmiers et celle des tuteurs et de proposer des dispositifs adaptés, nous proposons d'étudier les gestes professionnels liés au *care* des infirmières et leurs liens avec les savoirs professionnels des infirmières (Barbier, 2011 ; Carper, 2014 ; Jean, 2014 ; Lechasseur, 2014 ; Schön, 1994...), mobilisés au cours de l'exercice professionnel.

La profession d'infirmière est devenue très technique et laisse globalement de moins en moins de place aux soins de confort et aux soins relationnels, ces activités de soins liées au « prendre soin » ou *care*, qui historiquement sont attachées à la fonction (Hesbeen, 1997 ;

²⁹ Université Paul Valéry - Montpellier 3.

Rothier-Bautzer, 2012...). Cette évolution des pratiques professionnelles nous interroge, notamment sur la place du *care* dans les soins d'aujourd'hui.

Les infirmières mettent-elles en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin » plutôt que de « faire des soins » ?

Où se situe actuellement la place du *care*, spécificité soignante, et comment peut-il se révéler dans le travail réel ?

Existe-t-il des gestes professionnels liés au *care* ?

Sont-ils identifiables ?

Relèvent-ils de savoirs construits par une communauté de pratiques ou au contraire, sont-ils liés à des développements professionnels singuliers ?

Quelles transformations ou transpositions de ces gestes professionnels seraient nécessaires pour un réinvestissement en formation ?

Quelles modalités, quels dispositifs pourraient être mis en perspective pour les « utiliser » en formation des infirmières ?

De manière générale, les facteurs subjectifs non mesurables sont globalement écartés des grilles d'évaluation et de certification, mais ne faudrait-il pas tenir compte également du non mesurable pour espérer une qualité du soin et rendre visible l'implicite de la situation de soin ?

Et ce non mesurable ne permettrait-il pas de mettre à jour un « *travail de lien invisible* » ? (Bourret, 2006).

Cette recherche prend ses racines dans ces interrogations. Dans un contexte actuel où protocoles, normes, indicateurs, tableaux de bords, tarification à l'activité (T2A), certification, sont devenus dans les services de soins des préoccupations permanentes, que les moyens budgétaires et humains sont de plus en plus limités, et où la formation et la spécialisation des infirmières avec la création de masters en pratiques avancées sont en pleine évolution, nous nous interrogeons sur la place actuelle du *care* dans l'exercice quotidien des infirmières.

4. Question de recherche

En situation réelle de travail, quels gestes professionnels liés au *care* les infirmiers libéraux mobilisent-ils et sur quels types de savoirs professionnels s'appuient-ils ?

4.1 Hypothèses de recherche

Parce qu'il est postulé que le travail réel ne correspond jamais exactement à ce que dit la prescription, que la tâche est toujours repensée, réorganisée et transformée par l'auteur, nous émettons les hypothèses suivantes :

- Le *care* dans les soins est tout ce qui est « en plus » du soin technique : des actes corporels ou langagiers engagés par le soignant en plus de la technique et ce, afin de ménager le patient.
- La personnalisation du soin a un impact sur la manière de gérer le *care* en situations de soins.
- La prise en compte du *care* amène une valeur ajoutée au soin (efficacité, qualité relationnelle et technique).
- La prise en compte du *care* amène une valeur ajoutée au soignant en termes de satisfaction au travail.
- Les infirmières font du *care* sans le savoir.
- Certaines variables telles que les représentations du corps, du soin, du toucher etc. par les infirmières ou la manière de définir le métier influencent significativement leur façon d'entrer en relation avec le patient.

4.2 Buts de la recherche au regard des hypothèses

En regard des hypothèses, les buts de la recherche sont :

- D'appréhender le travail réel des infirmières en situation de soins et les logiques déployées.

- De repérer les actes corporels, langagiers et les ajustements pratiqués par les soignantes lors des soins c'est-à-dire de nous éclairer sur les constitutifs du *care* et leurs manières de s'exprimer au travers des soins.
- De dégager d'autres variables éventuelles ayant une influence dans la manière d'aborder le *care*.
- De mettre en évidence des gestes professionnels liés au *care*.
- De créer un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*.
- De repérer d'autres champs théoriques à convoquer à partir de l'analyse du contenu et des imprévus inhérents à toute situation.

5. Le care

5.1 Contexte actuel des soins

Toute situation de soin est une rencontre sociale qui est l'occasion d'échanges et de relations avec les patients. Avec l'allongement de la vie, les pathologies chroniques se sont développées. La médecine, légitime dans son efficacité à traiter les pathologies aiguës se confronte aujourd'hui au passage à la chronicité et « *cette évolution impose de porter l'attention sur la personne* » (Rothier-Bautzer, 2013b, p. 1). Aubry³⁰ confirme en disant :

Plus notre médecine progresse et nous permet de devenir vieux, plus on fabrique de la dépendance. Mais dans une société où l'on valorise l'action, l'efficacité, la rentabilité, quelle place donne-t-on à des gens qui ne peuvent plus « faire » ? Nous n'avons pas assez anticipé cette réalité, nous n'avons pas prévu l'accompagnement que cela supposait. (2015, p. 5)

Bien que les occasions d'échanges ou d'engagement émotionnel à travers les situations de soins se soient multipliées, force est de constater que le soin, en tant que rencontre sociale, tend à être négligé, voire confié à d'autres intervenants : psychologues etc. (Acker³¹, 2005). Peut-être victime de la technicisation, de l'instrumentalisation des soins et du « travail en technique » enseigné dans les instituts de formation en soins infirmiers toutes ces dernières années, l'infirmière actuelle reconnaît plus dans son activité, un travail de soins prescrits et une gestion administrative de plus en plus conséquente, qu'une mise en relation réelle avec le patient ou une place pour son rôle propre. Il s'agit plus souvent d'interactions (accentuées par la mise en place de protocoles : accueil standardisé...) que de réelles relations qui désignent « *une dimension de la sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre* » (Fischer, 1996, p. 31).

Avec le développement des thérapeutiques et les succès des prises en charge, même sur des pathologies auparavant considérées comme incurables, la guérison devient possible et guérir : le but ultime du soin. Le travail technique de l'infirmière jouit d'une aura médicale

³⁰ Régis Aubry est chef du service de soins palliatifs du CHU de Besançon, président de l'Observatoire national de la fin de vie et membre du comité consultatif national d'éthique.

³¹ Françoise Acker est sociologue et auteure du rapport « configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital ».

tandis que les soins liés au *care* sont plutôt perçus comme le « sale boulot », le rôle propre que l'on confie à l'aide-soignante (Rothier Bautzer, 2012). Molinier et Gaignard précisent que dans les métiers du soin « *la dimension du boulot sale y est certes explicitement présente, en particulier dans les tâches réservées aux aides-soignant-e-s (vider les bouches d'urine, nettoyer le vomi et les excréments, etc.)* » (Molinier, Gaignard & Dujarier, 2010, p. 13). Marcel dit qu' « *il est intéressant de rappeler que l'origine du soin et de l'éducation sont aujourd'hui perpétuées par les aides-soignantes (pour l'hôpital) et les ATSEM (pour l'école), c'est-à-dire les métiers les moins reconnus (le « sale boulot »)* » (2016, p. 24). Le soin prescrit est ainsi faussement perçu comme le plus professionnel :

Les auxiliaires médicaux, eux, et particulièrement les infirmiers, sont au service du médecin et de la guérison. Ils sont, en quelque sorte, les moyens au service de cette fin... Le personnel non médical bénéficie toujours d'un statut subalterne, mais la finalité curative semble rendre son rôle plus gratifiant dans la mesure où il bénéficie en partie de l'image d'efficacité que produit la guérison de la maladie. (Rothier Bautzer, 2012, p. 9)

Molinier et al ajoutent que « *l'inclusion des infirmières dans les métiers respectables n'a pu se réaliser qu'au prix d'un certain tabou social, celui de tenir à l'écart les dimensions « impures » du soin* » (2010, p. 14).

Même si les pathologies chroniques se sont développées, ce secteur du soin ne jouit pas d'une grande notoriété auprès des personnels soignants³². Quand le soin est substitutif, qu'il panse les plaies mais ne traite pas, il est peu valorisant (Rothier Bautzer, 2012).

Par ailleurs, la T2A (tarification à l'activité) ne va pas dans le sens d'une prise en charge holistique puisque centrée sur la rentabilité. Les hôpitaux sont devenus des entreprises à gérer et même si toutes les théories défendues par les infirmières placent le patient au cœur des soins, les activités relevant du *care* ne sont pas identifiées comme activités tarifaires ni même comme un travail reconnu de l'infirmière mais comme un plus qu'amène le soignant dans sa manière d'être. Sicard³³, (1999) dit que « *tout se passe comme si l'impossibilité de mettre en chiffres une relation essentiellement humaine aboutissait à sa suppression* ».

³² En 2004, seulement 5% des infirmiers en France, exercent dans le social ou le médico-social (Rothier Bautzer, 2012).

³³ Didier Sicard est médecin, ancien président du Comité Consultatif National d'Éthique.

5.2 Le rôle propre de l'infirmière

Le rôle propre de l'infirmière, centré sur les besoins du patient, est enseigné dans les instituts dès la première année de formation à travers les projets de soins. De nombreux auteurs, essentiellement Anglo-Saxons, ont développé des théories de soins appliquées encore aujourd'hui dans les instituts de formation en France, notamment celle de Henderson et ses quatorze besoins³⁴. La maladie est le centre d'intérêt du médecin, alors que ces théories infirmières placent le patient au cœur de ses préoccupations et tous les aspects physiques, psychologiques et sociaux sont pris en compte. Pourtant, quand les étudiants partent en stage, les soins sont plus axés sur la pathologie, sur le curatif, sur le soin technique que sur l'individu qui occupe la chambre. Les étudiants, soumis aux pressions des services, ne peuvent appliquer ces théories qu'à de rares occasions. Nombre d'étudiants ont ainsi interpellé leurs formateurs en décrivant une réalité qui malgré les enseignements à l'institut n'avaient que rarement l'occasion de se révéler. On parle de « la vésicule du 7 » ou « du colon du 10 ». Les professionnels des services de soins sont pourtant attachés à ce que les étudiants commencent impérativement par le rôle propre infirmier quand ils débutent leur formation, comme un « incontournable ». Les infirmières mettent ainsi, presque systématiquement, les étudiants avec les aides-soignantes en début de formation de façon à ce qu'ils apprennent les soins de nursing. Pourtant, une fois diplômés, ils négligent presque tous, à l'exception de quelques services spécialisés, cette part de leur décret : « *le care est mis en avant dans les cours théoriques, mais dans les services, il est assimilé à du nursing, délivré par les aides-soignantes, et par les étudiants !* » (Rothier-Bautzer, 2013a).

Ces attitudes ont pour conséquence d'accentuer la division du travail et de mettre en relief les activités du *care* qui sont alors dévalorisées : « *les activités du care qui consistent à répondre aux besoins des autres contiennent une part importante de « boulot sale » et dévalorisé socialement* » (Molinier (2009) *as cited in* Molinier et al. 2010, p. 19). Rothier-Bautzer (2013b) précise que les dispositifs de formation des professions de santé sont centrés sur les soins aigus pouvant être traités dans un temps court et que la prévention et l'accompagnement des personnes malades nécessitant des soins liés au *care* sont peu développés en France. Les étudiants, en stage, sont confrontés à des soignants souvent en sous

³⁴ Virginia Henderson (1897-1996) Infirmière aux Etats-Unis, docteur et chercheur à l'école d'infirmière de l'université de Yale. Elle s'engage très tôt dans la promotion des infirmières. Elle rédige une conception des soins infirmiers basée sur 14 besoins fondamentaux de l'homme malade ou en santé (The nature of nursing, 1966). Cette conception du soin est encore actuellement enseignée dans les IFSI en France et est la base du projet de soin infirmier du patient.

effectifs, épuisés, centrés sur des problématiques éloignées de l'enseignement effectué en IFSI. Un étudiant, dans un IFSI, a même dit qu'on leur décrivait en institut « un monde des bisounours » qui n'existait pas.

Broussal ajoute :

« En dépit du ton quelque peu incantatoire du vade-mecum qui accompagnait la réforme - « ce sont toutes les forces vives de la santé qui la portent et la font vivre » était-il dit-, elle n'a manqué de provoquer des interrogations, des doutes, voire des réactions critiques quant à la place faite à l'humain dans des organisations où la gestion paraît tenir une place grandissante, quant au difficile équilibre des dimensions techniques et relationnelles du soin, quant aux effets conjoints du vieillissement de la population et de la libéralisation du système, quant aux paradoxes d'une autonomie soignante promue et d'une docilité toujours attendue ». (2016, p. 9)

5.3 Le care oublié ?

Pourtant, le *care* existe, même si « *le trait essentiel du care est son invisibilité* » (Catanas, 2010). Molinier (2006) précise que le *care* est en effet par nature invisible puisqu'il se caractérise par la capacité à anticiper les besoins de l'autre et d'y répondre sans attirer l'attention de la personne qui les reçoit. Dejours (1998) dit, quant à lui, que lorsqu'une chose est naturelle, on ne la voit plus et il parle de transparence. Comment le *care* peut-il alors se révéler à travers les situations de soins actuelles ? Et est-il réservé à certains secteurs du soin que, certains soignants, lassés, cherchent à retrouver³⁵ ? Et si des infirmières ont ce but, n'est-ce pas que la prise en compte du *care* dans les soins entraîne une satisfaction du professionnel au travail ? De Hennezel dit en parlant des infirmières, qu'elle a constaté que « *coincées entre l'angoisse des malades et la lâcheté des médecins, elles n'ont pas les moyens d'accompagner leurs patients et rentrent souvent chez elles avec le sentiment de n'avoir pas été humainement à la hauteur de la situation* » (1995, p. 46). Ne serait-il pas question de redéfinir l'objet du soin : patient ou organe ? De reconnaître la part de nos émotions et celles du patient dans la

³⁵ Nous rappelons ici que la durée moyenne de carrière d'une infirmière est estimée plus courte que dans d'autres professions même si les chiffres restent imprécis par manque de données fiables. Certaines infirmières abandonnent les unités de soins après seulement quelques années d'exercice et si certaines évoluent vers le libéral ou des fonctions d'encadrement, d'enseignement ou de recherche... d'autres changent totalement de secteur d'activité (DREES, rapports 2011 & 2014).

relation de soin ? De prendre en compte les attentes des deux protagonistes (infirmière et patient) ?

Pour appuyer ces réflexions, nous citerons Rothier Bautzer qui explique que :

La passivité requise par le malade et l'élève semble permettre au maître, au médecin, de faire « leur travail » sur le corps ou l'esprit de l'autre protagoniste. Dans cette optique, être soigné, c'est se laisser saisir, s'abandonner aux bons soins de celui ou celle qui nous soignera, nous guérira en luttant avec la maladie... Le patient qui émet des souhaits, voire des exigences, résiste, questionne, s'interpose entre le soignant et la pathologie, est le « mauvais patient », la « patate chaude » des professionnels de santé. Il bouleverse l'ordre des choses et, aux yeux des soignants, cette absence de coopération peut compromettre l'issue de la bataille avec la maladie. (2012, p. 4)

Cette « patate chaude » a été maintes fois constatée dans les unités de soins : ne pas répondre de suite à une sonnette parce que « en maternité, on n'est pas malade, la patiente peut attendre » ; les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) : chambres parias dans certains services ; le patient atteint de cirrhose suite à une consommation excessive d'alcool mourant seul dans sa chambre ; les patients en fin de vie évités ; le cancéreux râleur ou le pédophile hospitalisé ayant peu de passages dans leur chambre... ne sont que quelques exemples. Véga, en 2000, dans son ouvrage « *une ethnologue à l'hôpital, l'ambiguïté du quotidien infirmier* » arrive aux mêmes constatations sur le fait que les patients sans espoir de guérison et en fin de vie sont évités. La « juste distance » devient parfois la « grande distance » pour ne pas s'impliquer émotionnellement. Mercadier, dans son travail de thèse en sociologie sur le travail émotionnel des soignants à l'hôpital, dit que « *les soignants mettent en place tout un ensemble de mesures qui les protègent d'une trop forte proximité avec le malade et contribuent de fait à la maîtrise des émotions* » (2008, p. 22).

Rothier Bautzer rappelle que dans la langue Française, l'emploi des formules « *le médecin guérit le patient* » ou « *l'enseignant apprend aux élèves* » (2012, p. 4) est couramment usité. Pourtant, l'action n'est ni du côté médical ni professoral. Il s'agit plutôt pour les médecins et les enseignants de mettre en œuvre des actions qui vont permettre aux

patients de guérir et aux élèves d'apprendre, et pourquoi pas en privilégiant en toute liberté, le *care* dans une nouvelle approche centrée sur les besoins réels de l'individu ?

Rothier Bautzer cite également une analyse effectuée aux Etats-Unis sur la formation médicale au XXème siècle effectuée par Kenneth M. Ludmerer. Selon cet auteur, les « *professionnels de santé les plus établis ont peu à peu négligé et parfois même « oublié » le pacte qui les liait à la société, à savoir l'engagement à soigner en étant au service des autres* » (2012, p. 60).

D'autant plus que, comme souvent constaté, les soignants qui investissent ce rôle d'accompagnement, de sollicitude à l'autre sont souvent décriés par les collègues, montrés du doigt pour excès de zèle ou parce qu'ils font ainsi perdre du temps à l'équipe. De Hennezel confirme en disant :

Quand on a appris à être efficace et performant, à faire vingt toilettes dans la matinée, une injection en cinq minutes, il faut beaucoup de courage personnel pour assumer de passer du temps à ne rien faire auprès d'un mourant. Combien de fois reproche-t-on aux infirmières de perdre leur temps, si, suivant le mouvement de leur cœur, elles consacrent en effet un peu de leur seule présence aux malades ? (1995, p. 85)

5.4 De l'étymologie du *care*

Si les Anglais ont deux manières de dire soigner, deux significations bien distinctes sont associées aux deux termes. *To cure* se traduit par « soigner » dans le sens thérapeutique du terme visant à une guérison. *To care* qui peut se traduire également par « soigner », est cette fois utilisé dans un sens de porter attention à l'autre et son gérondif *caring* est traduit par « prendre soin » dans le langage professionnel, c'est-à-dire soigner en accordant de la sollicitude à l'autre. De ce fait, si en Anglais, à travers l'usage de l'un ou l'autre des deux mots, il est facile d'identifier la dimension sous-jacente, il n'en est pas de même en Français, le terme de soigner (du latin *soniare*, s'occuper de) pouvant tant être employé dans le sens curatif que dans le sens de la préoccupation portée à l'autre.

Nous avons donc décidé de garder tout au long de ce travail le terme anglais *care*. En effet, bien d'autres mots anglais sont utilisés dans la langue française, y compris dans la

santé : *stress, burn out, coping, empowerment, nursing...* sans que nous ayons eu le besoin d'une traduction approximative, qui ne rendrait pas toute sa profondeur au concept cité. Bronckart dit à ce propos que :

Les langues naturelles se différenciant non seulement par leurs signifiants apparents, mais surtout par l'empan et la structure interne des images constitutives des signifiés, comme en attestent les problèmes de traduction, c'est dès lors dans le cadre de ces formes socio-langagières particulières et arbitraires que s'organisent les représentations humaines. (1996, p. 56)

Nous noterons que les Québécois citent le mot *care*, utilisent le « soin » ou le « prendre soin de la complexité » ou parlent de « l'éthique de la sollicitude ».

Dans l'ouvrage « *les concepts en sciences infirmières* » (Formarier & Jovic, 2009), le terme *care* est traduit par « *précaution, sollicitude* ». En *nursing*, il désigne les soins qui permettent le bien-être physique, mental et social, le concept est stabilisé et apparenté à un acte. L'action de *caring* c'est-à-dire soigner dans une relation de sollicitude à l'autre n'est pas un concept stabilisé, il traduit une façon d'être dans le soin (Vigil-Ripoche³⁶, 2009). Force est de reconnaître qu'un amalgame des deux termes est souvent fait et que le terme *care* reste presque exclusivement le seul à être utilisé.

Étymologiquement³⁷, *care*, est issu du latin *carus* (valeur) et *caritas* (charité, amour). En vieil anglais *caru* signifie « tristesse, anxiété ou douleur ». En proto-germanique, il donne *karo* (lamentation) et est apparenté au vieux saxon *kara* (chagrin), *karon* (soins), au vieux haut-allemand *chara* (pleurs, lamentations) et au gothique *kara* (tristesse, ennui, soins). Dans les différentes langues, le sens du mot a évolué selon des axes différents (par exemple, en Allemand il a donné naissance à *Karg* signifiant « avare, maigre »). En Anglais, le *care* a évolué de « pleurer » à la « douleur » avec une évolution vers la « surveillance » et la « protection » dès le début du XVème siècle pour en arriver au « prendre soin » vers 1580.

³⁶ Marie-André Vigil-Ripoche est cadre supérieure de santé, docteur en sociologie-anthropologie, responsable de la filière Clinique et Recherche et coordinatrice des formations universitaires à l'École Supérieure Montsouris. Elle a participé à la rédaction de l'ouvrage « les concepts en Sciences Infirmières » sous la direction de Formarier et Jovic.

³⁷*Care* ne paraît pas au dictionnaire Larousse étymologique, cette étymologie est issue du site en ligne de l'Oxford English Dictionary et de l'article de Chatel, 2011.

L'idée d'attention à l'autre est intimement liée au *care*. Pour en donner la preuve, nous citerons le terme utilisé dans sa version négative : « *I don't care !* » qui signifie « ça m'est égal ! ». Nous pourrions également faire mention au « *take care* » (prenez soin de vous) utilisé fréquemment par les anglophones au bas d'un courrier ou à la fin d'un entretien. Chatel dit que tous les mots se rattachant au *care* : caresse, charité, caritatif, « *postulent que l'autre est toujours un être de valeur, un être capable de nous toucher et de nous devenir subitement proche et « cher » (carus), un « étranger » dont il importe alors de soucier (to care) et de prendre soin (« take care »)* » (2011, p. 85).

Svandra, pour définir le *care*, s'attache également à son opposé : la négligence. L'auteur souligne que l'étymologie du mot « négligent » est associée à deux termes latins « le suffixe « *neg* » signifiant « ne pas » et ensuite « *ligere* » signifiant « lier ». Ainsi « « être négligent » renvoie à l'idée de « ne pas lier » » (2009a, p. 19) et traduit ainsi une non-reconnaissance de l'autre. Il souligne ainsi que si la négligence consiste à « ne pas lier », le soin constituant son contraire, est une forme de lien et le *care* « viserait donc au « souci de l'autre », à la préservation du lien qui nous attache à l'autre et qui nous fait nous préoccuper de sa vulnérabilité » (2009b).

Svandra ajoute que le concept de *care* couvre en anglais deux dimensions. La première correspond à « une disposition individuelle, perceptive (faire attention à, se soucier de...) et l'autre renvoie davantage à l'idée d'activité, voire de travail (dans le sens s'occuper de..., procurer des soins) » (2009b).

5.5 Les débuts du concept du *care*

Avant de nous attarder sur le mot même de *care*, nous allons nous intéresser à la *philia* décrite par Aristote. Si nous souhaitons ici l'évoquer, c'est parce que la *philia* est une notion proche de la bienveillance, de la bienfaisance, du prendre soin, du *care* (Lemoine³⁸, 2016). « La traduction traditionnelle de la *philia* est « amitié », néanmoins tous les traducteurs disent que cela ne correspond pas vraiment mais qu'il n'y a pas de mot satisfaisant » (Lemoine, 2016). La *philia* relève de l'intimité, de la vie privée, du familier : l'amitié, l'amour, la fraternité, la bienveillance et selon Aristote, on est d'abord bienveillant avec ce qui nous est proche, là où un lien existe. « Pour Aristote, c'est le lien à l'autre qui fait que

³⁸ Maël Lemoine est professeur de philosophie à l'université de Tours et membre de l'espace de réflexion éthique de la Région Centre (ERERC).

notre vie biologique se transforme en vie humaine » (Lemoine, 2016). Aristote ajoute que cette bienveillance s'exerce dans l'action, se cultive au quotidien et permet de progresser. La *philia* peut s'exprimer de manière démonstrative tandis qu'avec d'autres personnes elle doit être pudique, et c'est l'apprentissage qui permet de déterminer comment l'exprimer. La *philia* concerne deux personnes recouvertes par cette notion : le donneur du soin, d'amour ou d'amitié et l'autre qui donne en échange. Il existe donc dans la *philia*, dans le *care*, une notion de réciprocité, contrairement à la bienveillance qui semble, quant à elle, asymétrique (Lemoine, 2016).

Les premières mentions au concept de *care* datent des années 1970 aux USA et pour Nadot, si « *l'origine du prendre soin fait l'objet d'un déni* » (2009a, p. 16), c'est parce qu'il n'est pas valorisé dans la société et qu'il a fait l'objet de conceptualisations tardives au sein de la discipline.

Le philosophe Mayeroff le définit en 1971 dans *on caring* comme un processus de mise en relation avec l'autre favorisant son développement, le but étant d'aider la personne à croître et à s'actualiser.

Watson³⁹ (1979), propose une approche humaniste du soin infirmier en tenant compte de l'aspect spirituel de l'être humain. Elle élabore une théorisation de la démarche soignante qu'elle nomme *Human caring* et qui s'appuie sur des facteurs qu'elle nomme « caratifs » (par opposition au curatif) favorisant le développement, le maintien de la santé ou une mort paisible. Ces dix facteurs « *servent de guide pour comprendre le processus thérapeutique interpersonnel entre infirmière et personne soignée* » (Naissance de la formation infirmière, Vigil-Ripoche, p. 96), dans une approche holistique de la personne (le corps, l'esprit, l'âme) :

- des valeurs humanistes et altruistes
- le soutien de la croyance et de l'espoir
- une prise de conscience de soi et des autres
- le développement d'une relation d'aide et de confiance
- l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs

³⁹ Jean Watson est Professeur Émérite en sciences infirmières, titulaire de la chaire Murchinson Scoville en sciences du *caring* à l'université de Colorado Denver et des sciences de la santé. Elle a également occupé le poste de Doyen de la Faculté des sciences infirmières à l'université Health Sciences Center et de Présidente de la Ligue Nationale des soins infirmiers.

- la création d'une méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de décision
- l'enseignement et l'apprentissage transpersonnel
- le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel
- l'assistance dans la satisfaction des besoins humains
- la prise en compte des forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles.

Selon Watson, cette énumération n'est pas exhaustive car « *il existe sans doute un nombre illimité de moyens de produire un résultat thérapeutique à travers les soins infirmiers* » (1998, p. 21).

La conception de Watson considère la profession infirmière comme un art reposant sur des valeurs humanistes et altruistes mais aussi sur des connaissances scientifiques : « *il s'agit d'apprendre à développer soi-même une empathie à l'autre, appuyée sur des valeurs professionnelles humanistes et nourries par les sciences connexes aux sciences infirmières que sont les sciences humaines* » (Favetta & Feuillebois-Martinez, 2011, p. 32).

Pour Watson, le *caring* fait appel à un engagement personnel dans le but du respect de la dignité humaine, c'est un idéal moral. Elle considère l'amour et le soin comme essentiels à la croissance et la survie de l'humanité en n'omettant pas de s'attribuer à soi-même ces principes avant de pouvoir les offrir à autrui. Pour cet auteur, l'être humain a des ressources et il s'agit pour le soignant d'accompagner ces potentialités dans le respect de la personne. Watson insiste sur l'importance des émotions dans le soin :

Être humain signifie avoir la capacité de ressentir. Bien trop souvent, des personnes se permettent de penser mais s'interdisent de ressentir des émotions. La seule façon de développer une sensibilité à soi et aux autres est de reconnaître ses émotions et de s'autoriser à les ressentir qu'elles soient pénibles ou agréables. (Watson, 1998, p. 31)

Le *caring* est un moment privilégié qui fait appel afin d'entrer dans le champ de l'autre. Watson différencie ainsi ce qu'elle nomme l'essence et l'accessoire des soins infirmiers : l'essence est la démarche qui se construit entre le patient et l'infirmière en vue d'obtenir un résultat thérapeutique en contribuant à son bien-être et l'accessoire est l'ensemble des

techniques, des protocoles, des modes d'organisation... tout ce qui peut servir de support à cette activité du soin infirmier « essence-tiel ».

5.6 L'approche des soins par Collière

En France, dans les années 1970-80 Collière⁴⁰, infirmière, cadre de santé, formée aux USA à un *master of science* « *Teachind Public Health Nursing* » avec option anthropologie et sociologie des religions (Détroit-Michigan), évoque le *care* et les soins dans ses ouvrages.

Collière parle du *care* qu'elle relie aux soins infirmiers c'est-à-dire :

- « *les soins moraux, en terme de responsabilité envers autrui, souci des autres et sollicitude ;*

- *les soins vitaux, en terme de nécessité, ressource(s) pour rester en vie et vivre au quotidien dans le temps* » (Vigil-Ripoche, 2011, p.17 citant Collière, 1982, p. 243).

Collière nous montre une approche intéressante des soins à travers l'image du corps au cours de l'histoire. Elle nous rappelle que les premiers philosophes voyaient le corps comme la prison de l'âme ou un tombeau (Platon) et que depuis tout ce qui est rattaché au corps « *devient vil, ou suspect* » (Collière, 2001, p. 4), y compris les personnes qui s'occupent des soins aux corps. De Hennezel dit à ce propos qu'aujourd'hui encore « *on cache la mort comme si elle était honteuse et sale* » (1995, p. 13).

Au cours de l'histoire, prêtres, philosophes, tribunaux de l'inquisition puis les médecins poursuivront le corps dans ses pires représentations et l'assimileront à des œuvres de Satan. Les médecins « *imprégnés de théories savantes, se distançant de la clinique, veilleront à endiguer, assouvir, redresser les instincts et les pulsions de ce corps chargé de turpitude, à faire taire ses émotions, ses sensations et ses sentiments* » (Collière, 2001, p. 4). Le corps médical se méfie des personnes bénévoles qui soignent et de celles détenant le savoir (oral donc sans valeur voire dangereux) de l'accouchement. Ils n'auront de cesse de faire reconnaître, grâce à leurs écrits, leur savoir et d'exercer leur contrôle.

Les soignantes deviennent des subalternes, comme nous l'avons vu précédemment, un personnel secondaire et inférieur soumis aux soins de ce corps assimilé à la saleté, au dégradant, subissant par là même, déconsidération et mépris.

⁴⁰ Marie-Françoise Collière (1930-2005) était pionnière dans l'approche historique et anthropologique des soins infirmiers et reconnue internationalement. Elle était diplômée d'un DEA (Diplôme d'Études Approfondies) d'Histoire des Civilisations de l'Université Diderot Paris VII. Elle était membre du Conseil Supérieur des Professions Paramédicales et expert en soins infirmiers de l'Organisation Mondiale de la Santé.

La formation des infirmières a cherché à rendre des titres de noblesse à la profession mais :

C'est par la professionnalisation conférée par l'instruction qu'on s'efforcera d'élever les soins (ou ce qui restera dénommé comme tel) au-dessus de la bassesse du corps en les imprégnant de l'idéologie transmise par la morale et la pédagogie, en les soumettant à la rationalité scientifique dans ce qu'elle a de plus réductrice... en adoptant une technicité répondant aux exigences d'un corps-machine. (Collière, 2001, p. 5)

Collière ajoute que l'instrument va peu à peu remplacer la parole et marquer la distanciation entre le corps du soigné et celui du soignant.

C'est à partir du corps et de la pensée en ce qu'elle a de plus noble que s'établit une hiérarchie sociale. Collière dira que dans les institutions, le but est d'accéder à un niveau supérieur tout en « *s'assurant qu'il y ait toujours des personnes au niveau le plus bas, car on ne saurait se passer de ce qu'elles apportent d'irremplaçable sans pour autant donner valeur à ce qu'elles font* » (2001, p. 8). Molinier et al. (2010, p. 13) précisent que « *les boulots sales sont explicitement en bas de l'échelle sociale* » et elles citent Hughes : « *nul n'est inférieur, à l'hôpital, à ceux qui sont chargés du linge sale* » (1956, p. 64 in Molinier et al. 2010, p. 13).

Collière explique en parlant des soins qu'il s'agit d'un acte de vie individuel puisque nous nous l'attribuons à nous-mêmes dès qu'il y a acquisition de l'autonomie, mais également un acte de réciprocité qu'on attribue à toute personne qui a besoin d'aide de façon temporaire ou définitive, pour assumer les soins liés au *care*. Elle définit ces derniers comme les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité (soins coutumiers et habituels ayant pour fonction d'entretenir la vie et en assurer sa permanence en la réapprovisionnant en énergie) qu'elle oppose aux soins de réparation (*to cure*) liés à la réparation et au traitement de ce qui fait obstacle à la vie. Collière insiste sur le fait que sans les soins liés au *care*, les soins de réparation ne peuvent que se stabiliser voire s'aggraver et que la vie se retire dès que l'on s'occupe davantage de ce qui meurt que de ce qui vit. Elle déplore que dans nos sociétés modernes les soins se soient centrés sur la maladie en écartant l'homme en relation avec son environnement. Les soins de réparation ont envahi les pratiques soignantes professionnelles mais aussi privées et cette facilité à traiter n'est pas pour autant soigner. Lorsque le *cure* prédomine le *care*, les forces de la personne s'annihilent par épuisement des sources d'énergie vitale (de nature physique, psychique, affective, sociale). Pour Collière, il est important

d'associer *care* et *cure* dans les situations pour apporter les soins et l'aide répondant aux besoins vitaux de la personne. Rothier-Bautzer (2012) appuie ces propos en disant que sous-estimer le *care*, c'est mettre en péril les possibilités curatives. Elle ajoute que les infirmières sont devenues presque uniquement les auxiliaires du médecin et non plus celles du malade. Les infirmières ont délaissé tout ce qui fait sens pour assurer la continuité de vie et les raisons d'exister : permettre aux usagers de développer des capacités à vivre ou à compenser l'atteinte des fonctions malades en suppléant tous les dysfonctionnements physiques et psycho-sociaux. Il n'y a plus ainsi de soins, mais uniquement des traitements.

5.7 L'approche par les « petites choses » dans les soins liés au *care* d'Hesbeen

Avec Hesbeen⁴¹ et son ouvrage « *prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante* » en 1997, la notion du « prendre soin » revient en force dans le milieu soignant en France, notamment dans les instituts de formation. Dès cette année, l'auteur exprime une certaine urgence à vouloir interpeler, susciter la réflexion et l'action « *en vue de contribuer à un système plus authentiquement et plus généreusement humain* » (1997, p. 1). L'auteur suggère une réorientation et pas uniquement « *une simple réorganisation* » des structures à partir des personnes soignées. Selon Hesbeen, c'est en partant d'une logique soignante « *que l'on pourra insuffler une nouvelle atmosphère d'humanité dans les lieux de soins et améliorer la qualité réelle du service offert* » (1997, p. 2). Il rejoint ainsi Gomez cité plus haut qui, en 2014, rappelons-le, déclare qu'il faut partir de la prise en considération de ce que réalise le salarié, du « comment » il procède, du service rendu, pour en augmenter sa valeur.

Hesbeen différencie « *faire des soins à quelqu'un* » c'est-à-dire en considérant l'être humain comme un corps-objet et « *prendre soin de quelqu'un* » en considérant l'être comme un corps-sujet qui a besoin de sens et d'une attention particulière. Il souligne l'intérêt grandissant des patients pour les médecines douces, tentant d'y trouver une écoute et une autre perspective d'aide, tandis que la médecine techno-scientifique se centre sur la maladie ou l'organe à traiter. Le développement de la médecine participative aux Etats-Unis pourrait

⁴¹ Walter Hesbeen est infirmier, docteur en santé publique de l'Université Catholique de Louvain (Belgique). Après avoir été directeur de services hospitaliers, il devient professeur à l'école nationale de santé publique à Rennes (France) puis responsable de l'unité de recherche et de développement de l'Ecole La Source à Lausanne (Suisse). Il est aujourd'hui responsable du GEFERS à Paris (Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin) et professeur invité à la Faculté de santé publique de l'UCL à Bruxelles. Il est également co-fondateur et rédacteur en chef de la revue *Perspective Soignante*.

également appuyer ces propos⁴². De Hennezel précise que nous vivons « *dans un monde où le soin et l'attention portés à la personne ne sont pas valorisés* » (1995, p. 128) et qu'elle a pourtant « *souvent remarqué que les malades savent mieux que nous où ils en sont, et ce dont ils ont besoin. Les écouter fait quelquefois toute la différence* » (1995, p. 113).

Hesbeen explique que les soignants sont toutes les personnes qui exercent auprès de patients, et non pas uniquement les infirmières. De ce fait, tous doivent adopter une logique soignante car « *tel est le soin, une œuvre commune mais unique, un art dont le résultat pour une personne ne peut être que le fruit de la rencontre subtile entre des compétences diverses, toutes utiles à un moment plus ou moins long du processus entrepris* » (Hesbeen, 1997, p. 4). Pour Hesbeen, il s'agit d'un problème de santé publique pour une meilleure reconnaissance de l'individu et une amélioration de la santé. Il déplore que les pratiques actuelles soient centrées sur des logiques scientifiques, de moyens, de carrières et de pouvoirs. À ceux-ci s'ajoutent, selon l'auteur, le développement de comités, groupes de travail, protocoles et outils divers qui ne servent pas les usagers, même si c'est en leur intérêt qu'ils sont présentés, provoquant tensions et pressions :

Que de temps passé par les soignants à essayer de se dégager de ce carcan ou, tout simplement, à en négocier certains aspects. Quel fardeau lourd à porter pour pratiquer sereinement et efficacement l'art de soigner. Que de talents ainsi gâchés, que d'énergie gaspillée. Que de motivations anesthésiées par des organisations et des comportements qui ne sont pas en rapport avec la richesse de l'art soignant et ne favorisent pas son émergence. (Hesbeen, 1997, p. 5)

Notons que, comme Collière, Hesbeen parle du soin comme d'un art car toujours inédit, créé à travers les situations par la capacité d'inférence des infirmières. L'auteur incite les soignants à s'interroger, d'une part sur la question du sens (la perspective donnée aux actions) et, d'autre part sur, que mettre en place pour développer une logique soignante.

Par contre, s'opposant en cela à Collière (2001) qui avance que quelle que soit la situation, des soins de nature différente s'imbriquent ensemble et que le singulier ne peut donc être employé, Hesbeen lui, parle « *du soin* ». Pour lui, l'attention particulière contenue dans le

⁴² Aux USA, des sites médicaux sont accessibles ouvrant le dialogue entre patients et médecins : patientslikeme.com ou curetogether.com.

concept du prendre soin ne peut qu'être unique et singulière. De plus, l'emploi au pluriel « les soins », a une connotation très instrumentale de nos jours et fait souvent référence aux actes ou aux tâches des infirmières sans dimension singulière :

L'organisation la plus répandue des services de soins montre à quel point les tâches à effectuer, les actes à poser, ont pris une place centrale, on peut dire prépondérante, qui ponctuent ce qu'il faut bien se résoudre à nommer un « rituel quotidien ». (Hesbeen, 1997, p. 9)

Svandra ajoute qu' « à un rôle soignant toujours singulier, on peut opposer une fonction soignante par nature anonyme et interchangeable dont l'objectif est de produire des soins » (2009, p. 45). Pour Hesbeen, les soins effectués s'adressent aux corps-objets ou « *corps que l'on a* » et non pas aux corps-sujets ou « *corps que l'on est* ».

Le soin, au singulier, permet de rappeler qu'il s'agit – ou devrait s'agir – d'une œuvre de création à chaque fois unique qui concerne une personne dans la singularité de sa situation de vie. C'est pour cela que la pratique soignante est un art et non pas une science. (Hesbeen, 1997, p. 9)

Cette focalisation sur les tâches guide aujourd'hui les organisations des unités de soins mais entraîne l'insatisfaction des patients et l'usure des soignants. Rothier-Bautzer (2012) arrive au même constat et précise que la conception du soin centrée sur le curatif entretient malaise et désaffectation chez les soignants et un déficit de confiance chez les patients et que la division du travail tout au long du XXème siècle a généré ces situations contreproductives.

Selon Hesbeen, la médecine expérimentale moderne, appliquant les principes des sciences dures « *progresses vers une réduction de l'être humain en le limitant à sa seule partie objectivable* » (1997, p. 13), or on ne peut dissocier le malade de sa maladie. Nadot (2010) confirme ces propos en disant que « *contrairement à ce que l'on pense habituellement, l'objet de la discipline infirmière n'est pas le soin, mais l'homme vivant objet de soins dans un espace-temps singulier* ». De Hennezel nous interpelle également sur le sujet :

Soigne-t-on un pied, une jambe, un poumon, un sein, comme un objet partiel, objet des soins, objet d'intérêt médical, ou soigne-t-on une personne qui

souffre en tel ou tel point de son corps et exprime par sa manière d'être la façon dont elle ressent cette souffrance ? (1995, p. 71)

Enfin, Svandra dit que le soin trouve « *sa nature non pas dans le domaine qu'il investit (le corps), mais dans le but qu'il se propose (la personne singulière). A bien y réfléchir, c'est cette distance entre l'acte et sa finalité qui caractérise peut-être le mieux le soin* » (2009, p. 20).

Hesbeen décrit le soin infirmier comme :

Une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de « petites choses » qui offrent la possibilité de témoigner d'une « grande attention » à la personne soignée et à ses proches, tout au long des vingt-quatre heures d'une journée [...] Ces « petites choses » ne sont pas à confondre avec des « petits actes », « des petits comportements » ou des « petits gestes-objets calculés », qui, à ce titre, pourraient peser pour « presque rien » voire « moins que rien ». Il s'agit bien de toutes ces « petites choses » de la vie, celles qui, pour une personne donnée, en éclairent le sens et comptent pour elle. (1997, p. 45)

L'auteur ajoute que c'est par la mise en relief de toutes ces « *petites choses* » qui constituent le soin infirmier et des qualités professionnelles nécessaires pour leur donner vie et sens que la profession clarifiera son identité en révélant leur rôle primordial pour la santé des individus. Malheureusement, ces « *petites choses* », non spectaculaires, peu observables ou mesurables, ne bénéficient pas ou peu de reconnaissance contrairement à la technique scientifique. Pourtant, Hesbeen ajoute que :

Ces « petites choses » ne sont pas compliquées alors qu'elles s'inscrivent véritablement dans la complexité de l'approche de l'humain. Dans sa réalité profonde, le soin infirmier est ainsi plus marqué par la subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition que par la science et la technique. (1997, p. 46)

C'est le soin qui devrait réunir les infirmières selon Hesbeen, or, la technique les divise. Il est donc primordial de revaloriser le soin, de lui réattribuer contenu et sens, si les infirmières ne

souhaitent pas encore voir s'accroître leur rôle technique d'auxiliaires médicaux. Une des spécificités des infirmières est la présence continue permettant d'apporter de la sérénité aux personnes soignées par « *le confort, la douceur, la chaleur et l'attention aux « mille et un détails »* » (Hesbeen, 1997, p. 66). Il ajoute que les enquêtes de satisfaction menées auprès des patients montrent que ces items sont précisément ceux faisant défaut lors d'une hospitalisation, mais ils ne sont pas mis en avant, car d'une part, ils sont difficilement mesurables et d'autre part ils sont évocateurs du passé religieux de l'infirmière. Hesbeen explique qu'il est facile d'apporter confort, chaleur, douceur et attention à ceux qu'on aime mais que lorsqu'il s'agit de personnes étrangères, cela est bien plus complexe et relève alors du professionnalisme :

Le professionnalisme est dans cette subtilité, dans cette capacité à aller à la rencontre de l'autre et de donner sens à cette rencontre et, ensuite, à effectuer un bout de chemin avec l'autre. Ce professionnalisme ne peut être dénaturé par l'ambition de tout décrire ou de maîtriser par des outils. (1997, p. 69)

Hesbeen déplore que le métier se soit centré sur la succession des tâches à effectuer car cela nuit à la construction identitaire de l'infirmière mais également à sa reconnaissance par la mise en exergue d'un rôle d'exécutant plus ou moins spécialisé du soin. Pour l'auteur :

Il ne s'agit pas de profiter de la scission réelle entre le « curing » et le « caring » pour s'approprier l'exclusivité de ce dernier, mais bien d'œuvrer pour resituer le « curing » dans le « caring » ou d'œuvrer pour que la maladie ne soit plus détachée, isolée du malade. (1997, p. 90)

Nadot dit en ce sens également que « *ce n'est pas sur la maladie et les traitements que commence la standardisation de nos savoirs, mais sur l'accueil et le prendre soin de l'humain en difficulté (care)* » (2009, p. 14).

Hesbeen développe également l'idée que tisser des liens de confiance entre le personnel soignant et la personne malade permet à celle-ci de croire en l'aide réelle du soignant tout en respectant qui il est.

Pour réussir à tisser ces liens, Hesbeen estime nécessaire la combinaison de huit éléments essentiels :

- la chaleur,
- l'écoute,
- la disponibilité,
- la simplicité,
- l'humilité,
- l'authenticité,
- l'humour
- la compassion.

Pour l'auteur, il n'est pas souhaitable de dissocier la technique de la personne soignée (y compris en formation) car cela entrave ce qui les relie et donne une image erronée du soin. La dimension relationnelle est inhérente à tout soin, quel que soit le service d'exercice, puisque mettant en relation des êtres humains : des soignants et un patient.

Hesbeen (1999) admet des similitudes entre le prendre soin et le *caring* car tous deux sont de tonalité humaniste mais met en exergue deux différences. La première est que le prendre soin se présente comme une valeur, une philosophie tandis que le *caring* se présente comme une théorie, une science et une philosophie, ce qui pourrait le laisser paraître moins propice à l'ouverture et la créativité. La deuxième différence est que le *caring* est présenté comme rattaché presque exclusivement au domaine infirmier alors que le prendre soin est pluriprofessionnel.

5.8 La remise en lumière du *care*

C'est Gilligan⁴³, en 1982, qui a remis en avant le concept du *care*, à travers son ouvrage « *une voix différente* ». Depuis, il n'a cessé d'être exploré ou utilisé à travers le monde et a intégré le paysage intellectuel français en politique (Aubry, 2010), en sociologie

⁴³ Carol Gilligan, philosophe et psychologue féministe américaine est Professeure à l'université de New York et Cambridge. Gilligan (éthique du *care*) est connue pour ses travaux de recherche en psychologie du développement moral dans la lignée de ceux de Lawrence Kohlberg (éthique de justice ou principe moral auquel on ne peut déroger).

(Paperman, 2009), en philosophie (Brugère, 2014, Laugier, 2009), en psychologie (Molinier, 2009) etc. Halpern dit que « *le care est devenu un concept à part entière dans les sciences humaines, fort utile par exemple en psychologie du travail pour comprendre les contraintes et la pénibilité propres aux métiers de la santé ou aux services à la personne* » (2009, p. 73). Gilligan qui définit le *care* comme un souci fondamental du bien-être de l'individu, émet l'idée que les femmes ont une manière différente d'envisager la morale que les hommes (Gilligan, 2008) et pour la première fois, elle nomme une éthique du *care*⁴⁴. Gilligan avance qu'il existe « *une orientation morale qui identifie et traite autrement les problèmes moraux que ne le fait le langage de la justice, et que le langage du care permettrait de saisir*⁴⁵ » (Laugier *in* Molinier, Laugier & Paperman, 2009, p. 162). Gilligan répond à travers cet ouvrage aux théories développées par le psycho-sociologue Kohlberg qui décrit les étapes de développement moral des enfants pour devenir adultes selon des principes de justice. Gilligan souhaite ainsi valoriser cette approche morale différente des femmes, plus investies que les hommes, dans le prendre soin ou la sollicitude.

Selon Petit, « *la théorie du care introduit dans la théorie morale le domaine du sensible et des affects, le rôle des intentions, de la motivation et des attitudes, ainsi que la prise en considération du contexte de la décision* » (2014, p. 9). Cet auteur (2014, p. 45) confirme qu'après Gilligan, de nombreux travaux en philosophie morale expérimentale ont été menés et montrent que « *les jugements moraux sont le fruit de processus spontanés, intuitifs ou affectifs et non d'un processus de délibération complexe* » (travaux de Clavien⁴⁶ en 2009).

Rédigé sous la présidence de Reagan, et d'une politique de néolibéralisme, Gilligan rappelle que cette quête individuelle de réussite sociale des hommes et des femmes recherchant l'autonomie, n'est possible que parce que d'autres personnes (femmes, migrants) prennent en charge les tâches de soin, initialement attribuées, le plus souvent, à la femme de la maison (soins aux enfants ou aux personnes âgées) (Molinier *et al*, 2009). Dès lors, il deviendrait légitime que les tâches de soin jusque-là ignorées soient :

Reconnues comme condition sine qua non de l'activité économique. Il ne peut exister de libéralisme, et a fortiori de néolibéralisme, sans une prise en compte

⁴⁴ Le CNAM propose une formation éthique du *care* et clinique du travail qui s'appuie sur les travaux de Gilligan.

⁴⁵ De nombreux travaux sur l'éthique du *care* mettent maintenant en avant la possibilité d'associer les deux, la sensibilité pouvant s'associer à la justice.

⁴⁶ Christine Clavien est philosophe des sciences et de la morale et Maître d'enseignement et de recherche à l'université de Genève.

des tâches de soin qui rendent possible, grâce à l'activité des uns, que d'autres se consacrent à la conquête des parts de marché. (Brugère, 2014, p. 4)

Petit confirme ces propos en disant que la construction d'une économie humaniste implique « *de remplacer l'homo oeconomicus par un homo vulnerabilis : un homme imparfait, limité, empathique, attentif à autrui et à son environnement social, très éloigné de la conception de parfaite autonomie et d'égoïsme universel sur laquelle repose la théorie économique standard* » (2014, p. 47). Il est nécessaire de développer une responsabilité sociale afin de reconnaître que la réussite individuelle n'est possible que par l'existence des personnes ayant des fonctions liées au *care*. Pour Molinier, Laugier et Paperman (2009), il s'agit donc d'un changement important tant théorique que pratique au sein de nos sociétés modernes, un bouleversement politique des hiérarchies et des manières de penser, notamment dans la manière de considérer l'expérience des personnes réalisant cette partie dévaluée du travail du *care*. La reconnaissance de ce dernier dans les sphères politiques entraîne d'admettre sa nécessité et de donner des conditions en vue de son accomplissement. Les auteures ajoutent de plus qu'il faut noter que les personnes ayant des fonctions liées au *care* sont essentiellement de sexe féminin, des migrants ou des individus appartenant à des catégories socioprofessionnelles peu élevées qui, par contraintes économiques et les réalités du marché du travail actuel, se retrouvent à ces postes peu rémunérés. Cette distribution contribue peu à l'essor du *care* et à sa reconnaissance par le faible poids politique de ses représentants dans les sociétés occidentales. Raisky déclare qu' « *aujourd'hui, la hiérarchie des salaires, fondée non sur l'utilité sociale des producteurs, mais en grande partie sur la place des acteurs dans la hiérarchie des diplômes (bac + quelque chose), relègue encore le travail manuel à la dernière place* » (2008, p. 82). La réussite sociale et l'autonomie étant les maîtres mots de nos sociétés actuelles, le *care* s'en trouve d'autant plus dévalorisé qu'il représente tout l'opposé. Svandra (2015) dit en parlant du *care*, que « *si le genre y est important, les classes le sont encore plus. On le méprise mais on confie le plus important : nos enfants* ».

Nadot ajoute que :

De grandes confusions par amalgame entre activité ménagère, bénévolat, dévouement, abnégation, ou travail de l'ombre de la ménagère se sont opérés autour des représentations hâtives, réductrices ou péjoratives de l'activité soignante. Lorsque dans un article de vulgarisation scientifique on associe dans le même paragraphe et sans précautions ou distinctions les « tâches

ménagères » et les « femmes qui exercent dans les services de soins à la personne », on participe à l'idée que « ménage et métier de soin » c'est pareil. (2009a, p. 15)

Tronto⁴⁷ affirme « *qu'il faut cesser de parler de la « moralité des femmes » et commencer à parler d'une éthique du care qui inclut les valeurs traditionnellement associées aux femmes » (2009, p. 28). Il s'agirait de reconnaître la valeur des émotions, très souvent dévaluées, et non plus de les concevoir comme obstacle à la raison mais comme outil d'attention, réunissant ainsi éthique du care et éthique de la justice. Rothier Bautzer (2013a) ajoute que les activités liées au care font appel « à des connaissances et compétences avant de répondre à je ne sais quelle disposition innée liée au talent ou au sexe, féminin bien sûr ». Pour illustrer ces propos, nous nous appuyerons sur l'exemple d'une femme politique française influente Martine Aubry, qui a « voulu faire de la « société du care » l'axe d'un renouvellement du projet politique de la gauche » (De La Vega, 2010). Les pays développés font face à ce qui est dénommé la « crise du care », c'est-à-dire que les conditions d'accès en structure ou le maintien à domicile des enfants, des personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques, sont difficiles à mettre en œuvre. Aubry a tenté d'aborder cette notion pour souligner les dysfonctionnements et proposer des aménagements pour une « société du bien-être et du respect, qui prend soin de chacun » (Laurent, 2010). Les retombées ont tout de suite été dévalorisantes, de l'ordre du « prix de la nunucherie » décerné par un journaliste. Lhuillier précise que « [l]a culture occidentale et sa vision cartésienne fondée sur l'opposition entre émotion et raison, entre « corps » et « âme », opère une dévaluation des émotions : il s'agit de les apprivoiser, les dominer, voire les occulter » (2006, p. 92). Paperman dit en parlant des sentiments :*

Non... qu'ils ne jouent aucun rôle dans l'identification des questions morales et les réponses qu'elles reçoivent, mais parce que l'association des femmes à la sensibilité et aux émotions fonctionne comme un cheval de Troie dans la discussion politique : faites entrer les sentiments et vous obtenez à coup sûr la relégation des femmes et de leurs revendications hors du champ politique. (Molinier et al, 2009, p. 98)

⁴⁷ Joan Tronto est Professeure de science politique à l'université du Minnesota.

André ajoute que :

Dans ces attaques et ces moqueries, on sent poindre le double préjugé à propos du care freinant son intégration dans le contexte politique français : une théorie prenant racine aux Etats-Unis et dans les courants féministes... En politique, mieux vaut parler croissance et de système que parler de vulnérabilité et d'émotion. (André, 2013, p. 15)

D'autres politiciens et journalistes ont relevé suite à cette intervention d'Aubry que ce concept était un écran masquant des problèmes politiques tels que l'accroissement des inégalités, les rapports de domination etc.

« *Le care concerne des métiers, nombreux, dont l'objet est le service à autrui* » (Rothier Bautzer, 2013, p. 1). Les travaux menés ces dernières années par les auteurs cités ici sur les crises du *care*, montrent que les besoins ne cessent d'augmenter alors que l'offre, elle, ne cesse d'une part de diminuer et d'autre part, décroît en qualité comparativement au *care* pourvu par les anciennes générations (Molinier et al, 2009). Le *care*, remis en lumière, semble être une réponse à la prise de conscience collective de la déshumanisation de nos sociétés et répond ainsi à un besoin. Toutefois, il est victime de sa nouvelle popularité et fait souvent l'objet d'amalgames concernant ses principes fondamentaux ou d'instrumentalisation tant de notions lui sont parfois associées.

Par ailleurs, il existe d'importantes retombées néfastes pour les pourvoyeuses de *care* et leurs familles (notamment pour ces femmes venues de pays éloignés pour vendre leur travail en laissant leurs propres enfants dans leur pays, dépourvus du *care* de leur mère absente) (Molinier et al, 2009). Les classes ouvrières ont toujours connu ces difficultés pour gérer travail et charges familiales. Ces recherches montrent que si soudain le terme « crise du *care* » fait son apparition, c'est certainement parce que les difficultés de gestion du *care* touchent maintenant aussi les classes moyennes, plus influentes politiquement. Ceci expliquerait l'augmentation de la demande de *care* et la diminution de l'offre.

Tronto a mis en évidence que la féminisation de l'éthique du *care* ne parvient pas à s'extraire du domaine privé, et a proposé, selon Molinier, Laugier et Paperman :

Une définition du care ne reposant plus sur une disposition psychologique qui serait inhérente au développement psychocognitif des femmes, mais sur une série d'expériences ou d'activités. Ce déplacement est considérable en ceci qu'il dénature le care et son sujet. Le sujet... est capable de les formaliser en savoirs que chacun est susceptible de s'approprier dans l'intérêt de tous. (Molinier et al, 2009, p. 11)

Svandra souligne que le *care* repose sur la mise en œuvre d'un savoir particulier :

Actualisé dans des « savoir-faire » discrets, qui requière un apprentissage. Il s'agit de déplacer l'intérêt que je porte à ma réalité vers celle de l'autre. Cette condition d'ouverture et décentrement implique un investissement physique, psychique et affectif qui donne sa spécificité au travail du care. (2009b)

Molinier, Laugier et Paperman expliquent que :

On ne naît pas caring, on le devient. Et on le devient par le travail... C'est sous la contrainte de devoir s'occuper des autres que la disposition au care a quelque chance (pas toujours mais souvent) de se développer. La disposition ne précède pas le travail de care, elle y trouve l'occasion de s'exercer. (2009, p. 15)

Roux-Lafay témoigne que « nombre d'études en psychologie sociale conduites aux États-Unis attestent l'existence chez l'homme d'une tendance à l'altruisme confirmée par les travaux en neurosciences sur la plasticité du cerveau, et la possibilité d'un entraînement à cette disposition » (2016, p. 5). C'est à travers les tâches accomplies quotidiennement par les femmes au fil des siècles que celles-ci ont acquis des savoirs liés au *care* et se sont vues ainsi identifiées comme féminines. Les tâches liées au *care* fournissent rapidement un confort de vie qui semble « naturel » pour ses bénéficiaires. Cependant,

Au quotidien la tâche est loin d'être aisée car, contrairement à ce que pourrait laisser penser une vision romantique du care, ce travail constitue bien une épreuve, à la fois du fait de la responsabilité qui incombe à ceux qui le prennent

en charge et de la confrontation ordinaire avec la vulnérabilité d'autrui qu'il implique. (Svandra, 2009b)

L'auteur explique que la complexité de ce travail (incluant responsabilité, émotions et affects) ne se révèle que lorsqu'il est absent ou mal effectué, révélant ainsi notre toute relative autonomie et la vulnérabilité de chaque être qu'humainement nous avons tendance à dénier. Piot précise que : « *la vulnérabilité « impose » aux personnes qui la prennent en charge une posture éthique d'essence humaniste, finalisée par la notion de dignité inaliénable* » (2016). Ces points permettent de déduire que le *care* est une valeur ajoutée dans les actes de vie mais également dans les soins. Svandra déclare que :

Les éthiques du care reconnaissent la vulnérabilité comme un élément central de nos vies (et de nos institutions), elles visent... à revaloriser l'entraide et la sollicitude, cherchant à transformer la nature même du questionnement moral en intégrant des questions qui peuvent sembler très ordinaires, comme celles de la sensibilité ou de la dépendance... Au cœur de l'engagement de soignant et de cadre, le care permet de mettre en œuvre une certaine idée de la solidarité entre les hommes dont nous avons le plus grand besoin. (2013, p. 22)

Svandra précise que :

La nature de la relation soignante ne peut se réduire à une forme de pitié ou de sympathie relevant du sentiment, ni à un devoir ou impératif moral qui se référerait à la seule raison mais à l'ensemble des deux. Dans un certain sens, on peut affirmer que le soin relève de la raison et du sentiment. (2009a, p. 30)

Nous pourrions ici évoquer une situation vécue par une étudiante lors d'un stage afin d'illustrer toute la complexité de ce travail. D'un naturel très jovial et empathique, cette étudiante s'est retrouvée en difficulté lors de soins qu'elle a dû effectuer auprès d'un homme âgé qui avait été condamné pour pédophilie. Cette étudiante s'interrogeait sur son rôle et comment dépasser les préjugés afin de « prendre soin » réellement de ce patient. Mais le *care* dans ce cas, ne consiste-t-il pas justement à lutter contre ce sentiment de rejet et de dégoût ? Les interrogations de cette étudiante ne prouvaient-elles pas déjà son inscription dans cette dimension du soin ?

Les femmes, qui s'occupaient des enfants ou des parents vieillissants supportant quasi seules le poids de la maladie et de la mort, ont, par leur émancipation et leur entrée sur le marché du travail, soulagé leurs épaules de ce poids. Ce transfert a simultanément provoqué un déplacement des activités relevant du *care* du domaine privé vers le domaine public (Molinier et al, 2009). Tronto précise que la politisation du *care* ne pourra s'effectuer que par la reconnaissance du fait que nous en sommes tous bénéficiaires et d'accepter l'idée d'interdépendance entre les individus :

Alors que beaucoup d'adultes autonomes pensent qu'ils se prennent tout seuls en charge, en réalité chacun de nous est le centre d'un réseau complexe de relations de care... La reconnaissance véritable de notre profonde vulnérabilité et du fait qu'elle est liée aux autres peut très bien changer notre façon de penser les responsabilités sociales. (Tronto in Molinier et al, 2009, p. 51)

La vulnérabilité est intimement liée au *care* dans le sens de condition humaine. De plus, « *la dichotomie entre autonomie et dépendance qui sépare de façon binaire deux états, comme si nous étions l'un OU l'autre et non l'un ET l'autre* » (Paperman, 2009) permet aux individus privilégiés de faire l'impasse sur les relations de dépendance et la vulnérabilité de chacun.

Tronto soutient que c'est en tenant compte du point de vue des bénéficiaires du *care* que pourraient s'ériger les intentions politiques. D'autant plus, et nous avons pu le vérifier largement, que les conditions d'accès au *care* ou de suivi, sont très inégales selon les individus (revenus, isolement...) ou les régions. La tendance actuelle est en effet à la privatisation des prises en charge (il convient alors d'évoquer le système de soin sous deux visées : la sollicitude et la justice sociale en terme d'équité (Svandra, 2009b)) ou au maintien à domicile⁴⁸ (développement de l'hospitalisation à domicile (ou HAD), aides diverses à domicile, indemnités financières aux aidants familiaux etc.) et ce, afin d'alléger les coûts des services publics. Paperman ajoute que :

⁴⁸ Un article du New York Times de 1999 stipulait qu'environ 26 millions d'Américains fournissaient des soins de type infirmier auprès de parents malades ou dépendants, et ce, en moyenne, dix-huit heures par semaine. (Molinier & al, 2009, p. 116).

En France, trois quart des personnes âgées dépendantes bénéficient de l'aide de leurs proches (famille, amis) en majorité de sexe féminin (Pascale Breuil-Grenier « aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels » *Economie et statistique*, n°316-317, 1998, p. 21-43).

Pour que l'éthique du care puisse se concevoir comme une éthique politique, il est nécessaire de forger des outils pour une connaissance du travail de care permettant de déconnecter l'éthique du care de son association aux femmes en mettant en évidence qu'il s'agit d'activités qui sont des réponses à une vulnérabilité commune. (Molinier et al, 2009, p. 108)

Aubry ajoute qu' « une société incapable de s'intéresser aux plus vulnérables court à sa perte » (2015, p. 5). Svandra confirme en disant que la revalorisation des métiers liés au care n'est possible que « si la société sait reconnaître à sa juste valeur les difficultés et le mérite de cet agir avec et pour autrui. Pour y parvenir, il s'agit d'affirmer que ce travail est essentiel et irréductible et qu'aucune société, au risque d'un éclatement, ne peut en faire l'économie » (2009b). Petit souligne quant à lui que :

Le care suggère en particulier une réorientation de nos valeurs, un engagement moral, une conception nouvelle du lien entre sphère privée (la famille ou le réseau social) et sphère publique (le marché), une pratique citoyenne démocratique qui s'inscrit dans une compréhension de l'interdépendance entre care et justice. Ainsi, l'enjeu pour la personne moralement adulte et, en conséquence, pour la société, est de comprendre l'équilibre entre le souci de soi et le souci des autres. (2014, p. 34)

Trop souvent associé aux femmes et à leur « devoir » de mère ou de fille envers les aînés, le concept du care a largement souffert de ces associations empreintes d'histoire, de sentiments et de subjectivité, néfastes à sa reconnaissance comme un « vrai » travail. D'autant plus qu'historiquement les femmes mariées n'avaient pas la capacité d'agir indépendamment et de vendre leur travail puisqu'il ne leur appartenait pas, il était propriété de leur mari, les soins à la famille étant très clairement stipulés dans le contrat de mariage comme à charge de la femme. Nadot précise que dans les soins effectués par les infirmières « on parle de dévouement, d'engagement, etc, alors que c'est de compétences et de responsabilités dont il faut parler. Une bonne partie d'entre elles n'est pas prise en compte. C'est la distinction classique des sociologues entre travail réalisé et travail prescrit » (2010).

Nous inscrivant dans la lignée de ces auteurs, nous considérons que c'est la prise en compte de la condition humaine et de l'interdépendance de chaque individu qui confère au

care son ancrage épistémologique. Cette reconnaissance de la dépendance est selon Nussbaum (2010) le fondement de la moralité et de la vie en société.

La dépendance ne doit pas être uniquement abordée dans ses aspects négatifs, elle peut être source d'apprentissage et de sens. Nous dépendons tous des autres pour assurer certains de nos besoins (matériels ou affectifs) tant dans le domaine privé que dans le domaine social.

5.9 Des recherches autour du travail de *care*

5.9.1 Recherche autour du *care* au sein de groupes familiaux

Damamme et Paperman (2009) ont réalisé une recherche afin de décrire l'organisation au sein des familles autour du travail de *care*. Elles se sont intéressées aux pourvoyeuses de *care* au sein d'un groupe familial. Cette recherche a permis d'une part, une reconnaissance de ce travail et de son intérêt social et moral et d'autre part, de montrer les différentes faces du *care* domestique et ses exigences sur le long terme en ce qui concerne les relations entre les protagonistes. Nous pourrions rapprocher ce travail sur la durée de celui des infirmières libérales qui, jour après jour, entrent dans le domicile, l'intimité des familles, la vie des patients. Les enquêtrices relatent la spontanéité des propos et la description de tensions morales (souffrance, violence) qui n'avaient pas fait l'objet de questions lors des entretiens. Elles ont proposé des hypothèses portant sur les traits qui caractérisent les pourvoyeuses principales de *care*. Les principaux résultats montrent un rôle essentiel de coordination et d'organisation, pas toujours reconnu par les structures de soins. Les notions de temps et d'ajustement aux institutions sont très importantes. Dans nos sociétés de plus en plus axées vers le traitement de l'aigu et non la chronicité, la prise en charge sur du long terme est complexe à mettre en place et surtout à maintenir pour assurer la continuité des soins. La disponibilité et l'aménagement du temps sont également relevés et créent des tensions (conséquences sur le travail par exemple).

Ce qui est commun aux pourvoyeuses de care, en prise avec des situations de dépendance très diversifiées, est bien le fait d'avoir à assurer la coordination et la continuité des soins aux destinataires, par-delà les fluctuations de la vie des différents membres de la famille potentiellement concernés, par-delà les

ruptures et recompositions des vies des familles, par-delà les transformations des positions professionnelles et des situations de travail, par-delà les aléas de la vie et les évolutions des pathologies, par-delà la superposition des charges de dépendance qui adviennent au fil des vies. (Damamme & Paperman in Molinier et al, 2009, p. 148)

5.9.2 Recherche autour du *cure* et du *care* en unités de soins de longue durée

Grinfeld, cadre de santé en médecine gériatrique explique qu' « *il existe deux types de soignants : ceux qui s'inscrivent dans le « cure » ou un travail plus prescriptif et ceux qui s'inscrivent dans le « care » ou un travail avec des « considérations plus humanitaires »* » (Grinfeld, 2014, p. 23) et que c'est l'appartenance à l'un ou l'autre de ces modèles qui déterminera la représentation de son travail par le soignant. Lors d'une étude menée en unité de soins de longue durée accueillant des personnes âgées et où la spécificité est d'associer lieu d'hébergement et service de soins, l'auteur s'interroge sur le modèle le plus adapté au service. Les infirmières déclarent prendre en charge entre 33 et 45 patients. Le travail s'organise en tours de soins matérialisant l'activité soignante souvent décrite comme un travail à la chaîne donnant l'impression de devoir chronométrer le temps passé près des patients, et ce, quel que soit le modèle dans lequel s'inscrit le soignant. Grinfeld précise qu' « *il existe une autre perception du temps qui est celle de la temporalité, le temps vécu auprès de cette dernière [la personne âgée dépendante]. Ce temps-là est fonction du modèle choisi par le soignant* » (2014, p. 24). Pour les infirmières s'inscrivant dans le *cure*, le soin est objet transactionnel de la relation avec le patient et des échanges verbaux s'opèrent de façon stéréotypée, leur objectif est centré sur la réalisation de la tâche. Pour les infirmières s'inscrivant dans le *care*, la fonction d'hébergement prédomine et elles privilégient l'écoute. Toutefois, l'organisation des soins et le nombre important de patients rendent difficiles pour ces soignantes de se dégager pour accorder du temps de présence et permettre une rencontre informelle. Une des infirmières interrogées, pour être en accord avec sa philosophie du soin, arrive en avance afin de se créer des moments d'échanges et globalement le constat est que les soignantes s'inscrivant dans le *care* « *souffrent de ne pas pouvoir établir une relation de qualité avec la personne âgée. Elles se sentent maltraitantes et se culpabilisent de ne pas donner suffisamment de leur temps de présence et d'écoute dans cette relation soignant-soigné* » (2014, p. 25). Il est intéressant de noter que dans le cadre de l'enquête, l'auteur a interrogé

une aide médico-psychologique et que celle-ci, issue d'une formation axée sur le social et l'accompagnement, trouve dans son travail d'aide individualisée aux personnes dans les actes de la vie quotidienne, la possibilité de faire émerger le modèle du *care*.

5.9.3 Recherche ayant pour objet l'analyse d'un objet invisible : le travail de *care* dans le secteur social

Les auteures Benelli et Modak⁴⁹ (2010) précisent en premier lieu que le *care* est si présent mais si discret et si peu valorisé dans notre quotidien que cela le rend banal. De plus, sa définition est si floue que cela le rend invisible, excepté lorsqu'il fait défaut : une infirmière froide par exemple, or si cette même infirmière fait preuve d'une écoute attentive et se montre disponible, c'est « normal ».

Benelli et Modak ont constaté lors d'une enquête sociologique portant sur les pratiques de *care* des assistants sociaux (AS) en Suisse Romane, toute la difficulté de dévoiler celles-ci. L'objectif était d'observer les interactions entre les professionnels du social et les usagers afin de décrire les conditions de production du *care*. Mais les auteures déclarent qu'elles n'auraient rien « vu » sans la mise en place d'un dispositif méthodologique qu'elles ont dû développer.

Benelli et Modak soutiennent que de nos jours la subjectivité, longtemps considérée comme obstacle dans un processus de recherche, est admise dans certains domaines de recherche, telle l'anthropologie qui place le chercheur comme outil le plus important du travail d'exploration. La subjectivité devient ainsi :

Un ingrédient indispensable permettant d'accéder à certains pans de la réalité empirique difficiles d'accès. Mettre en évidence ses émotions – montrer par exemple son indignation suite aux propos tenus par un informateur, ce qui en retour va susciter son besoin de s'expliquer longuement - peut constituer un moyen d'accéder à son terrain, l'exploitation du désaccord avec les sujets interrogés permettant d'obtenir des informations qui, sans cela, resteraient hors de portée. (2010, p. 40)

⁴⁹ Natalie Benelli travaille au centre en études genre LIEGE à l'université de Lausanne et Marianne Modak à l'école d'études sociales et pédagogiques – Haute école de travail social et de la santé – Vaud à Lausanne.

Il est donc indispensable d'intégrer l'expérience privée au travail scientifique : « *confrontées à un terrain d'enquête éprouvant émotionnellement (la vue de la souffrance d'autrui), nous avons mobilisé nos émotions intimes pour orienter un questionnement susceptible de mettre au jour le travail de care des AS* » (2010, p. 40).

Les auteures constatent que les recherches menées jusque-là citent l'écoute, l'empathie etc. mais « *ne décrivent pas l'ensemble des actes, gestes, attitudes mis en œuvre par l'AS pour qu'elle ou il soit « à l'écoute* » (2010, p. 41), et ce, par difficulté de faire apparaître ce travail de care.

« *Les pratiques de care, portées par le souci de répondre aux besoins d'un autrui vulnérable, impliquent une charge mentale, émotionnelle et éthique qui se traduit par une spirale d'obligations difficilement limitables, mais que tout professionnel-le apprend à limiter* » (2010, p. 43), or ce travail émotionnel est difficilement descriptible et se raconte mal d'où la difficulté lors d'une recherche de faire décrire par les professionnels les savoir-être complexes mobilisés dans l'action. Dans un premier temps, suite à des observations peu porteuses, Benelli et Modak se sont laissées « *imprégner par le récit des difficultés* » (2010, p.44) des usagers, orientant ainsi leur démarche d'enquête de façon fortuite. Elles pensaient que si ces situations étaient insupportables pour elles, elles devaient également l'être pour les assistants sociaux or leurs réponses :

Ajoutant ainsi au choc émotionnel initial l'indignation face à des professionnel-le-s dont la « solide maîtrise de soi » que nécessite ce métier passait parfois à nos yeux pour de l'indifférence, de la froideur ou même du cynisme, tous signes qui dénotaient un manque de care. Ce choc émotionnel et moral fut notre outil d'investigation. (Benelli & Modak, 2010, p. 44)

Benelli et Modak ont donc utilisé « *ce décalage des cadres de référence* » (2010, p. 45) dans les entretiens de co-interprétation et ainsi accéder au travail de care. Les chercheuses présentaient leurs impressions (sensations, états émotionnels... de manière faussement naïve) et observations (attitudes corporelles...) en se référant à leurs notes, et le professionnel présentait ou défendait sa conception professionnelle du travail de care et expliquait minutieusement les logiques mobilisées lors de la situation. Ce dispositif méthodologique repose ainsi sur la capacité réflexive des individus, la mise à jour de leur subjectivité (par

l'économie émotionnelle cachée du travail de *care*) et la co-construction du sens de leur activité.

Cette recherche a montré que les assistants sociaux estiment que même si le métier requiert des compétences intellectuelles et techniques, il faut « *être fait pour ce métier* », avoir en soi cette disposition à l'écoute et à la sollicitude que l'expérience va permettre de développer, affiner » (2010, p. 56). Il s'agit de trouver un équilibre car le vide émotionnel semblerait être le signal pour quitter le métier, tandis que l'inflation émotionnelle conduit au *burn-out* et à la gratification de « *mamie du care* », terme désobligeant renvoyant à l'univers du don et à la sphère familiale.

Benelli et Modak précisent que les professionnels « *ne savent pas décrire leur travail invisible, naturalisé, qu'ils effectuent de manière routinière souvent, probablement parce qu'il est profondément intégré à leur personnalité et aussi parce qu'à première vue il passe pour être insignifiant* » (2010, p. 57).

Cette démarche méthodologique a, selon les Auteurs, permis de mettre en évidence l'importance de limiter la subjectivité du pourvoyeur du *care*, et que le *care* ne peut donc s'accomplir que dans un cadre qui le limite et le contraint.

5.9.4 Recherche sur le *care* dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel

Gaudry-Muller⁵⁰, lors de sa thèse en Sciences de l'Éducation a exploré l'apprentissage informel des infirmières et notamment « *la présence du care dans la pratique d'apprentissage informel des infirmières à l'hôpital* » (2015, p. 46). Sa recherche a révélé des similitudes « *entre la transversalité du care dans le soin et la pratique d'apprentissage informel infirmière* » (2015, p. 46). L'auteure explique que, à travers l'apprentissage informel entre soignants, le souci du soigné est présent afin d'améliorer la qualité des soins prodigués. L'exploitation de ses données, suite aux entretiens menés, a permis de dire :

L'activité de care se décline en quatre temps. En premier lieu, l'infirmière ayant le souci des autres reconnaît un besoin auquel elle doit répondre soit pour le patient, soit pour une collègue. Il s'agit du caring about [Tronto,

⁵⁰ Anne Gaudry-Muller est infirmière, docteure en Sciences de l'Éducation (thèse intitulée : « des apprentissages infirmiers informels à l'organisation apprenante »), cadre supérieure de santé en IFCS, Île-de-France.

2009]. *Elle se sent responsable de la prise en charge et de l'adaptation de la réponse au besoin que ce soit dans le soin ou l'apprentissage (taking care of). Elle prend soin de l'autre, dans l'activité de soin ou d'apprentissage avec les moyens requis, ce qui correspond au care giving... Puis, se souciant de sa collègue, elle lui transmet les savoirs dont elle aussi va avoir besoin dans une situation similaire. La réception du care du soin (care receiving) est convoquée.* (Gaudry-Muller, 2015, p. 47)

Gaudry-Muller précise que la majorité des apprentissages informels concernent la dimension thérapeutique des soins (imprévus, incidents, dysfonctionnements) et que l'objectif est la qualité et la sécurité des soins au patient. Les professionnelles interviewées ajoutent qu'il existe « *une réciprocité des apprentissages, un care entre soignant et soigné et un care entre soignants* » (2015, p. 48). L'auteure énonce que le *care* relève d'une posture professionnelle.

5.10 Le mauvais care

Nous devons ici également aborder un aspect négatif du *care*, nommé mauvais *care* qui peut être fourni par un individu ou un soignant (Molinier, Laugier & Paperman, 2009). Le mauvais *care* peut être un soin donné sans sollicitude, sans engagement du soignant ou effectué avec passivité, dans une « *forme d'oubli de l'autre* » (Svandra, 2009, p. 39). Les soins effectués de façon routinière sans adaptation aux situations, sans investissement personnel aboutissent à la non-considération de l'autre. Nous pouvons donc nous interroger : pourquoi l'appeler mauvais *care* ? Si le *care* prend en compte la vulnérabilité de l'individu et y répond de manière adaptée en considérant l'autre, la non-considération et la négligence ne peuvent être reliées au *care* puisqu'elles sont son contraire.

Clot (2013) précise que l'activité est la réalisation de la tâche prescrite. La tâche prescrite demande souvent à être transformée et enrichie mais, lorsqu'il y a absence de recréation du réel et que les personnes agissent en « *mode automatique* », l'activité est alors passive et bourrée de résistances. Ces situations entraînent de la fatigue physique et morale, voire de l'agressivité envers l'objet de l'activité c'est-à-dire ici le patient. Cet objet du travail est alors, selon Clot, controversable par nature et l'activité se fait alors tantôt avec, tantôt sur, tantôt contre ou même sans l'objet c'est-à-dire sans s'occuper de sa présence.

Pour illustrer ces propos, nous citerons ici un passage de De Hennezel qui suite à son expérience en unité de soins palliatifs relate ce témoignage d'un patient qui, lassé d'être le « *cyto du 12* » d'un hôpital, a demandé un changement d'établissement. Il s'exprime en ces termes :

Ils débarquent à dix dans votre chambre. À peine une poignée de main indifférente, et les voilà autour de vous à discuter du traitement, comme si vous n'étiez plus là ! Le médecin chef demande à la surveillante combien de fois vous avez souillé vos couches, si vous dormez bien, si vous vomissez, tout cela par-dessus votre tête, comme si vous étiez débile ! Les internes regardent les yeux vagues par la fenêtre, pour ne pas croiser votre regard anxieux. On grommelle quelque chose d'incompréhensible concernant l'essai d'un autre traitement, et tout ce monde tourne les talons, sans que quelqu'un ait eu l'humanité de s'asseoir près de vous et de vous demander comment vous vivez tout ça ! (De Hennezel, 1995, p. 111)

5.11 Les différentes définitions du *care*

Le *care* ne bénéficie pas d'un langage expressif ni pour qualifier les relations qui se construisent dans une relation à autrui ni pour le définir concrètement. Il se construit peu à peu, à travers les expériences, s'appuyant sur des valeurs morales, des connaissances acquises, de l'affect et de la sensibilité (Molinier et al, 2009).

Laugier énonce que l'éthique du *care* est « *fondée non sur des principes mais une question : comment faire, dans telle situation, pour préserver et entretenir les relations humaines qui y sont en jeu ?* » (Laugier in Molinier et al, 2009, p. 159). De plus, le *care* ne fait pas l'objet de consensus et diverses définitions ont été proposées.

Pour certains, il s'agit d'une dyade de soin telle la définition de Cancian⁵¹ : « *une combinaison de sentiments d'affection et de responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face-à-face* » (Tronto in Molinier et al, 2009, p. 36).

⁵¹ Francesca Cancian est Professeure de Sociologie à Harvard university.

Noddings (1984) dans une approche éducative le définit comme un type de relation qui existe de manière naturelle comme une mère avec son enfant.

D'autres proposent des définitions plus larges réunissant divers champs (sociologie, psychologie, économie et politique) comme Fischer⁵² et Tronto qui définissent le *care* comme :

Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie. (Tronto in Molinier & al, 2009, p. 37).

Fischer et Tronto proposent ainsi quatre phases de *care* :

le <i>caring about</i>	se soucier de l'autre ou de quelque chose après identification et prise en compte d'un besoin
le <i>taking care of</i>	on répond au besoin de quelqu'un en assumant la responsabilité
le <i>care giving</i>	soigner quelqu'un avec compétence, travail concret du <i>care</i>
le <i>care receiving</i>	il s'agit de la réponse de la personne dont on a pris soin et y être réceptif en établissant des limites (notion de juste distance)

Pour Tronto (selon Molinier et al, 2009), les deux premiers niveaux de cette fragmentation du *care* correspondraient aux obligations politiques et relèvent de la sollicitude (identifier un besoin et construire la réponse adaptée). Les deux niveaux suivants seraient laissés aux acteurs sociaux, sanitaires ou familiaux (action et évaluation du soin par son

⁵² Bérénice Fisher est professeur de philosophie à l'université de New York.

bénéficiaire). Dans la réalité des choses, la question de la répartition des tâches se pose souvent ainsi que la conduite des actions à mettre en place. Les clivages entre les infirmières et les médecins portent sur « *la façon dont on identifie les besoins du patient : les médecins sont plus attentifs à la pathologie, les infirmières à la personne* » (Rothier Bautzer, 2013, p. 1).

Concernant le *care giving* et *care receiving*, nous pouvons faire le lien avec Petit (2014, p. 41) qui cite l'économiste Pulcini (2012, p. 54) qui déclare que « *le care d'autrui est pour ainsi dire indissociable du care de soi* » et que la vulnérabilité ontologique est la source de motivation du don.

Ces différentes phases décrites par Tronto s'appuient sur des notions morales et sollicitent différents acteurs dans une même activité de *care*. Si le *care* fait incontestablement appel à des notions d'évaluation (de la situation), il n'est pas aisé voire souhaitable de définir des critères de « *bon care* » (Molinier et al, 2009). L'important est plutôt de s'appuyer sur les expériences de chacun des bénéficiaires du *care* pour construire les réponses les plus adaptées, ce qui permet par ailleurs, aux fournisseurs du *care* d'en ressortir des satisfactions dans le travail comme la dignité et l'estime. Nous citerons ici un message (s'adressant aux infirmières) de Collière lors de ses derniers jours de vie, dicté de son lit d'hôpital le 22 janvier 2005 à Denayrolles, pour insister sur l'importance de ce travail de *care* collectif :

Sachez que j'ai pu par mon expérience de vie me conduisant jusqu'à la mort, constater qu'il suffit d'une rupture comportementale ou gestuelle dans la continuité des soins, pour que toute la qualité du travail d'une équipe soit détruite. Il suffit d'un « mouton noir » pour que la fragilité de celui qui quitte la vie soit confrontée au désarroi, voire au désespoir le plus abrupt. Les meilleures compétences techniques professionnelles sont annulées par la rupture du respect interpersonnel et prive la personne soignée de parole pour se défendre, car apparaissent alors les réalités des représailles et de la persécution dans les soins. À chacun je demande de se centrer sur les forces de vie, sur la mobilisation des ressources vitales, dans le respect de l'individu et de l'humanité, pour promouvoir les soins et promouvoir la vie. (Collière, 2005)

Cette citation met en avant une perception systémique de l'équipe soignante par le patient. En effet, même si une situation faisant appel au *care* est souvent dyadique à un moment donné,

elle s'inscrit dans une globalité s'organisant en une division du travail qui forme un tout bien perceptible par l'individu qui reçoit les attentions de l'autre.

5.12 Notre définition du *care*

Pour conclure cette revue de littérature, nous proposons ici la définition suivante du *care* :

Le care est une pratique d'attention, de sollicitude engagée et personnalisée envers soi-même ou autrui et peut faire l'objet d'un processus individuel ou collectif. Le care s'appuie sur la sensibilité morale, la perception d'une situation singulière et l'anticipation. Il se caractérise par une adaptation en actes aux situations et vise à la satisfaction des besoins du bénéficiaire du care sans que celui-ci ne la perçoive nécessairement comme telle.

Ainsi, selon nous, le *care* peut se manifester à travers un geste, un regard, une parole, un silence, un sourire, un ajustement lors d'un soin ou toute autre manifestation d'attention.

5.13 Le *care* et les représentations sociales

Comme nous l'avons précisé plus haut, Abric (2001), lors de ses recherches sur les représentations sociales des infirmières a démontré que si les pratiques évoluent, les représentations aussi et qu'ainsi s'il y a changement des idées, c'est qu'en amont il y a eu un changement des pratiques.

En ce qui concerne le *care*, sa nouvelle popularité pourrait signifier que le changement des pratiques soignantes ait mis en évidence de nouveaux besoins voire de nouvelles représentations. Par ailleurs, nous émettons l'hypothèse que les infirmières, en fonction de leurs représentations des soins, du corps ou du toucher dans les soins, vont avoir des approches différentes dans la gestion des soins liés au *care*. Nous retiendrons la définition

donnée par Dany, Dormieux, Futo et Favre⁵³ de la représentation sociale et qui s'appuie sur les travaux de Jodelet (1989) :

« Par représentations sociales, nous entendons l'ensemble organisé des connaissances, des croyances, des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe à l'égard d'un objet social donné... L'étude des représentations permet de rendre compte à la fois du rapport que l'individu entretient avec « l'objet représenté » (histoire personnelle, expérience, vécu), mais aussi de l'inscription de ce rapport dans un contexte social (appartenance à des groupes sociaux) ». (2006, p. 94)

Durkheim introduit la notion de représentation en 1898 et identifie trois réalités : les processus physico-chimiques du cerveau, les représentations individuelles et les représentations collectives. Pour lui, ces dernières se définissent comme les croyances et valeurs communes à tous les membres d'une société, celles-ci assurant l'emprise de la société sur l'individu.

En 1961, Moscovici, psychosociologue, théorise la notion de représentation sociale et soutient que celle-ci oriente les actions et les relations sociales, donnant du sens et permettant l'adaptation au sein du groupe. Elle pose comme principe qu'*a priori* la réalité objective n'existe pas mais est toujours représentée.

Pour Abric, *« la représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité qui régit les relations des individus à leur environnement physique et social »* (2001, p.13) et *« la représentation est donc constituée d'un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes à propos d'un objet donné »* (2001, p.19).

Pour cet auteur, les représentations sociales répondent à quatre fonctions essentielles :

- une fonction cognitive permettant d'expliquer et de comprendre la réalité et de permettre les échanges sociaux,
- une fonction identitaire car les représentations sociales permettent d'élaborer une identité sociale et personnelle compatible avec des systèmes de normes et de valeurs,

⁵³ Équipe pluriprofessionnelle (psychologue, cadre de santé, infirmière, médecin) ayant travaillé sur les représentations de la souffrance. Service d'oncologie médicale, CHU de la Timone, Marseille.

- une fonction d'orientation car les représentations guident les comportements et les pratiques dans un contexte social donné,
- une fonction justificatrice car les représentations permettent de justifier et d'expliquer des conduites.

Pour Abric, il s'agit donc d'un ensemble organisé et hiérarchisé constitué d'un noyau central, élément stable qui définit à lui seul l'objet de la représentation :

L'organisation d'une représentation présente une modalité particulière, spécifique : non seulement les éléments de la représentation sont hiérarchisés, mais par ailleurs toute représentation est organisée autour d'un noyau central, constitué d'un ou de quelques éléments qui donnent à la représentation sa signification. (2001, p. 25)

Ce noyau central assure deux fonctions essentielles :

- une fonction génératrice de sens : « *il est l'élément par lequel se crée ou se transforme la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. Il est ce par quoi ces éléments présentent un sens, une valeur* » (Abric, 2001, p. 22).
- une fonction organisatrice : c'est par le noyau central que se détermine la nature des liens qui unissent les éléments de la représentation. Il est le stabilisateur de la représentation.

Toute modification du noyau central entraîne une transformation de la représentation.

Des éléments périphériques s'organisent autour du noyau central qui « *constituent l'interface entre le noyau central et les situations concrètes* » (2001, p. 32). Ces éléments répondent eux, à trois fonctions principales :

- Une fonction de régulation : adaptation de la représentation aux évolutions du contexte, aux contraintes des situations et à une certaine modulation individuelle,
- Une fonction de concrétisation : ils sont dépendants du contexte et résultent de l'ancrage de la représentation dans la réalité,

- Une fonction de défense : « *pare-chocs* », le noyau central résiste au changement et c'est le système périphérique qui va transformer la représentation (interprétations nouvelles, intégrations d'informations contradictoires...).

Les auteurs s'accordent pour dire que les représentations ont un ancrage social : « *les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, événements, catégories sociales, etc.) et donnant lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales* » (Fischer, 1996, p. 124) mais également un ancrage psychologique. Ce dernier est lié aux acquisitions dans l'enfance et va petit à petit évoluer et s'enrichir par les valeurs et croyances.

Pour Abric, les représentations sociales vont déterminer les pratiques sociales en tenant compte de l'historique du collectif. Les représentations sociales et les pratiques s'engendrent et se transforment donc mutuellement. Ces transformations peuvent être brutales, résistantes quand les pratiques sont en contradiction avec la représentation ou progressives comme lors de pratiques nouvelles ne remettant pas en cause la représentation.

Ainsi le *care*, selon les services ou le type d'exercice : libéral ou salarié, pourrait avoir des représentations différentes, ce qui permettrait de justifier ou d'expliquer l'engagement plus ou moins important des infirmières dans cet aspect du soin. L'appartenance à un groupe professionnel devient capitale dans la manifestation du *care* entre le groupe auquel la personne appartient et les autres groupes professionnels.

5.14 Le *care* et la notion de projet

Beaucoup d'auteurs (Tronto, 2009, Molinier, 2010 etc.) estiment que si nos sociétés modernes ont fait appel au concept du *care*, c'est pour traduire un malaise individuel et collectif. Il nous évoque le « projet » d'une société sans projet de Boutinet (1999) : la maîtrise du futur semblant échapper de plus en plus aux individus, ceux-ci répondent par un engouement manifeste pour les projets : projet de soins, projet thérapeutique, projet d'établissement etc., pour ce qui concerne le domaine de la santé.

Boutinet, dans l'anthropologie du projet, oppose le temps existentiel au temps opératoire (1999). Il faut se projeter en avant pour prévoir. Il dit que « *le projet est une représentation opératoire d'un futur possible* ». Il précise quatre éléments essentiels qui définissent un projet :

- *Il vise une préoccupation diffuse consciente qui oblige l'individu à savoir ce qu'il veut et comment il souhaite s'orienter pour le réaliser.*
- *Il concerne une anticipation de l'action, par mise à distance des préoccupations momentanées trop impliquantes.*
- *Il met en évidence le rôle de l'acteur individuel ou collectif, qui devient acteur de son propre projet.*
- *Il ordonne la créativité et l'innovation et se veut donc un antidote à la répétition et aux conditionnements.* (1999, p. 21)

Dans la même idée, nous pourrions également citer Sénèque (cité par Peyré, 1995, p. 165) qui dit qu' : « *il n'y a pas de vent favorable pour qui ne connaît pas son port* ».

Rothier Bautzer dit que « *l'enjeu contemporain des soins est d'allier « care » et « cure » et non de privilégier l'un ou l'autre* » (2013). En effet, les patients, afin de faciliter le processus de guérison ou de fin de vie ont besoin de soins techniques mais aussi du *care*, mais, pour cela, il est vraiment indispensable de changer de paradigme. Accepter et reconnaître la vulnérabilité de l'individu seraient un premier pas. Laisser la place aux émotions comme catalyseurs des actions soignantes et les reconnaître comme telles en seraient un deuxième. Enfin admettre la responsabilité des soignants dans les actes de soins liés au *care* serait le troisième pas vers cette renaissance.

6. Notions de responsabilité

Nous avons vu que le concept du *care* est intimement lié avec la notion de responsabilité. L'expression « les responsabilités d'État » peut ainsi se traduire en Anglais par « *Cares of States* ».

La responsabilité est essentielle dans la profession infirmière et étudiée lors de la formation initiale. Thominet, cadre de santé, déclare que « *la sollicitude exercée par l'infirmier passe par une exigence de compétence qui engage sa responsabilité... Les valeurs d'un professionnel infirmier sont d'abord celles du citoyen auxquelles s'ajoute l'exigence de compétence qui constitue la valeur ajoutée indispensable à son professionnalisme* » (2011, p. 37). Svandra, quant à lui, nous dit : « *en réalité, c'est moins la responsabilité qui porte sur les actes accomplis que l'engagement qui concerne les actes à venir qui caractériserait le mieux l'activité soignante* » (2009, p. 31).

6.1 Responsabilité et soins infirmiers

La responsabilité est le sentiment d'avoir à répondre d'une situation. Ceci, en se référant à un ensemble de règles sociales, morales et éthiques (Ponte & De Broca, 2013). C'est répondre de ses actes mais aussi répondre par avance en explicitant ses choix. La prise de responsabilité consiste à réduire au maximum les risques qui s'attachent aux activités dont nous avons la charge, ce que nous pouvons aussi appeler le principe de précaution.

L'infirmière exerce une profession humaniste et technique, fondée sur le respect et la dignité de chaque personne et sur les différentes dimensions de la responsabilité : morale, juridique et sociale dans le sens où « *le soignant pratique les valeurs du droit, et leur donne du sens dans la société* » (Devers, 2006, p. 11). Il se doit donc d'assurer la sécurité et la qualité des soins, en gardant toujours un droit de regard sur tous les actes qu'il accomplit. « *Compte tenu de sa formation initiale et de son expérience professionnelle, eu égard à son sens des responsabilités, elle doit toujours porter sa marque sur le travail qui lui est demandé. Cet engagement de l'infirmière est son premier devoir* » (Devers, 2004, p. 27).

Pourtant, les infirmières redoutent la responsabilité car elles l'associent parfois à la culpabilité juridique (Devers, 2001). Elle apparaît alors comme un droit « *sanctionneur* », dû à son histoire jurisprudentielle relevant de problématiques contentieuses, phénomène amplifié

par la faible culture juridique des infirmières : « *alors que le droit est un allié car il est signe de civilisation, il est ressenti comme un gêneur, voire un obstacle* » (Devers, 2001, p. 18). Cela peut entraîner un refus de prendre des risques, si le professionnel pense pouvoir être menacé de poursuites. Or, la responsabilité est d'abord une notion morale qui s'apprécie sur un plan personnel (Devers, 2001). La responsabilité morale ne connaît d'autres sanctions que la conscience individuelle qui définit notre ligne de conduite. La relation de soin demande du soignant un engagement, une force de conviction donc une prise de responsabilités. Chaque professionnel agit en fonction d'un sens du devoir et doit donc se sentir responsable. La responsabilité ne doit pas être perçue comme source d'inquiétude. Elle doit être comprise pour l'appréhender en passant par la connaissance. Certes, la responsabilité morale n'efface pas l'importance de la responsabilité juridique qui elle, vise à protéger des valeurs sociales essentielles. Les sources légales de la profession d'infirmière sont applicables à tous ses membres quel que soit le secteur d'exercice (privé, public, libéral, etc.) et sont édictées par les lois n° 78-615 du 31 mai 1978 et n° 80-527 du 12 juillet 1980. Ces dernières sont réunies dans le code de santé publique de la famille et de l'aide sociale - articles L 473 à L 486 – Annexe III. Elles se définissent comme « *une règle ou un ensemble de règles obligatoires établies par l'autorité souveraine d'une société et sanctionnées par la force publique* » (Florin, Moussa & Ollier, 1999, p. 8).

La responsabilité juridique doit donc être suffisamment connue des professionnels pour pouvoir prendre les décisions imposées par l'exercice infirmier. Si la responsabilité morale correspond à une pratique personnelle des soins, la responsabilité juridique relève, quant à elle, d'une dimension sociale car « *au cœur du droit est la question principale, celle du vivre ensemble* » (Devers, 2006, p. 8). Hors, « *la vie en société suppose des règles, de manière à donner un sens à l'adage fondamental : pas de liberté sans responsabilité* » (Ariès, 2006, p. 501). Ainsi, « *les droits reconnus au patient s'accompagnent de responsabilités propres à assurer la pérennité du système de santé* » (article L-1111 du code de santé publique), ce qui signifie que le premier droit d'un usager de soins est d'abord d'être correctement soigné. Ce à quoi, la loi du 4 mars 2002 sur les droits des patients fait écho.

Le législateur, en reconnaissant à l'infirmière un rôle autonome et une compétence exclusive, augmente par là même ses niveaux de responsabilité : répondre de ses décisions et de ses actes : « *être autonome et responsable, c'est être capable d'exercer son jugement, de faire des choix, de prendre des décisions, en fonction de la connaissance que l'on a de la*

situation » (Parra, 2002, p. 13). L'infirmière exerce donc une profession réglementée au nom de l'intérêt général, au nom de l'intérêt thérapeutique. L'article 1384 du code civil précise également qu' « *on est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde* ». Cet article engage ainsi également l'infirmière lors de l'encadrement des étudiants en stage mais aussi le travail des aides-soignantes qui assument le rôle propre confié par les infirmières, activités relevant du *care*.

Dans une relation de soins où plusieurs acteurs interviennent, la responsabilité est diluée, Chanlat l'évoque en ces termes :

Dans le cas de travailler ensemble qui nous préoccupe ici, il apparaît central que l'action repose sur une éthique à la fois de la responsabilité et de la solidarité. La première renvoie aux conséquences que nos décisions et nos actes peuvent avoir sur autrui ou sur l'environnement, la seconde à la place que doit occuper le collectif dans nos actions au quotidien. (2004, p. 21)

En effet, il ne faut pas perdre de vue la finalité de la prise en charge : l'intérêt du patient. De plus, n'oublions pas que dans la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (loi du 4 mars 2002) « *la personne soignée est traitée avec égard* » et que « *la dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées [...] constituent une préoccupation constante de tous les intervenants* ». Nous pouvons donc nous appuyer sur ces textes de loi pour assurer nos actions face aux autres mais aussi face à nous-mêmes (responsabilité morale).

6.2 Rencontre de la justice et de la santé

Les relations de l'infirmière avec la personne soignée et la société sont régies par la Morale, l'Éthique et le Droit. Or, un professionnel soignant est d'abord un citoyen responsable vivant dans un état de droit :

Être responsable, c'est se reconnaître comme auteur de ses actes et être reconnu comme tel. C'est en accepter les conséquences et en répondre devant

soi, devant autrui, devant la société. Être responsable, c'est aussi admettre la nécessité de remplir des devoirs, de tenir un engagement, puis de réparer un dommage causé. (Florin & Moussa, 1985)

La valeur la plus protégée, la plus sacrée par le Droit est la défense de l'être humain, inscrite dans le premier article de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen du 26 août 1789 : «*Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit* ». Déclaration qui a été reprise en préambule de la déclaration universelle des droits de l'homme sous la forme : «*Tous les êtres humains naissent et demeurent libres et égaux en dignité et en droit. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité* ».

C'est autour de ces articles que le monde de la santé et le monde du droit se retrouvent : «*Ceux qui exercent une profession soignante sont donc naturellement porteurs, gardiens et défenseurs de cette valeur* » car «*c'est par le fait même de son existence que l'être est sujet de droit : la personne et le corps humain sont co-substantiels* » (Devers, 2004, p. 99). Ce qui signifie que la personne est l'incarnation du corps humain et que toute forme de maladie ou d'affaiblissement ne peut remettre en cause l'égalité humaine, ni sa protection, que celle-ci soit soignante ou juridique. Cela met bien en exergue les enjeux de la responsabilité des soignants qui s'occupent du corps dans tous ses états, portant ainsi une attention permanente au corps humain tant dans les aspects curatifs que les soins liés au *care*.

Notre système juridique repose sur des fondements élaborés lors de la révolution française par l'esprit de la philosophie des Lumières (ou idéalisme), c'est-à-dire un respect de l'individu en tant qu'être unique⁵⁴.

En psychanalyse, il y a trois impossibles : soigner, gouverner, éduquer. Bien sûr, on soigne, bien sûr on gouverne et on éduque, mais les gens qui sont dans ces situations doivent se rappeler en permanence que l'autre ne peut pas être réduit à l'état d'objet du savoir, d'objet du pouvoir ou d'objet d'enseignement. (Richard, 1998, p. VIII)

⁵⁴ L'enfance des lumières, site des thèses ulaval.

Il s'agit donc d'être vigilant à considérer le patient comme un « sujet » et non comme « objet », de reconnaître sa singularité, ceci relevant d'une quête de sens, de rapport au bien, de morale et d'éthique.

6.3 La responsabilité comme concept

Le concept de responsabilité professionnelle est indissociable du concept de compétence. La responsabilité a un contenu positif dans la mesure où elle signifie relation avec l'autre, reconnaissance de compétences et de libertés d'initiatives (Perrenoud, 2002 ; Zarifian, 2001). Plus nous jouissons de libertés, plus nous supportons de responsabilités. Ces dernières s'apprécient en termes d'exigences, contrepartie d'une liberté fondée sur la compétence : on ne saurait être libre si l'on n'est pas responsable (Paturet, 2003).

Nietzsche, cité par Paturet (2003, p. 48), dit que la faiblesse des hommes les conduit à s'associer et à se protéger mutuellement. C'est cette relation, non du « *moi au monde* », mais du « *moi à toi* » qui implique une relation de responsabilité. Levinas⁵⁵ reprend cette idée de la responsabilité face au « *visage d'autrui* » qui nous renvoie à nous-mêmes. Toute relation, même si elle n'est que gestuelle, comme serrer la main, implique déjà de répondre de l'autre. Là encore se situe l'importance de la réflexion sur l'altérité et la notion de subjectivité. Husserl énonce le caractère inéluctable de travailler sur le solipsisme afin de donner toute sa force au thème de la subjectivité (Paturet, 2003). Ricœur, quant à lui, nous mène vers une réflexion centrée sur l'identité et l'ipséité, nécessaire reconnaissance de soi si l'on veut entrer en relation avec l'autre (Truc, 2009).

L'*ethos* (étymologie de l'éthique) a deux orthographes en grec et donc deux sens. Le premier signifie « habitude » dans le sens des habitudes sociales, des mœurs, de la morale (Fusulier, 2011). Pour la seconde orthographe, plusieurs philosophes (Héraclite, Platon) ont défini l'*ethos* comme le signe ou le caractère particulier de l'homme. Ils considèrent que « *le caractère propre pour l'homme est son démon* » (Paturet, 2003, p. 103), c'est à dire ce qui caractérise l'homme en tant que tel. L'*ethos* est ce qui rend l'homme « *responsable* » de ses « *choix de démons* » et de son engagement dans le choix de son destin. Le choix apparaît donc

⁵⁵ Site de philosophie, Levinas et éthique.

comme « *décisif, irrévocable et irréversible* » (Paturet, 2003, p. 104) mais libre dans sa délibération préalable.

Ardoino (2000) associe la responsabilisation à son terme « d'auteur » en tant que celui qui se situe et qui est explicitement reconnu par d'autres. Il est donc à l'origine de ses actes et les assume. Face à l'agent et à l'acteur, l'auteur est seul véritablement responsable.

Jonas place également la notion de responsabilité au centre de l'éthique : « *Agis de façon que les effets de ton action ne compromettent pas la possibilité future d'une vie proprement humaine sur terre* » (Paturet, 2003, p. 112). Jonas prône donc une heuristique de la peur de l'avenir en imaginant le « mal » possible pour orienter nos choix vers une quête du « bien ». Nous nous situons ici sur le principe de précaution et dans le conséquentialisme. C'est en ce sens que doit donc reposer la notion de responsabilité. Derrida ajoute dans l'éthique du don (1990) cité par Paturet que « *la responsabilité exige la singularité irremplaçable. Or l'irremplaçabilité, à partir de laquelle seule on peut parler de sujet responsable, d'âme comme conscience de soi, de moi, etc., seule la mort, ou plutôt l'appréhension de la mort peut la donner* » (2003, p. 120).

Il s'agit dans toute situation de prise en charge, d'appréhender ces notions de libre choix, tout en reconnaissant l'importance des conséquences possibles et en respectant la notion primordiale de l'éthique de l'être humain, de son devenir. Dans la responsabilité, il est ainsi question d'une possibilité de choix en ayant conscience d'un engagement à long terme pour l'avenir et le salut de l'être humain en dépassant la satisfaction d'intérêts immédiats.

Étymologiquement, la responsabilité, du latin *respondere* (répondre), est apparentée à *spondeo* qui veut dire « je promets ». Pour Svandra, « *l'idée de responsabilité sous-entend donc deux processus : l'attribution d'une action à son auteur et une qualification morale. Ce terme réunit en fait deux significations : être comptable de... et compter sur...* » (2009, p. 11). Levinas nous éclaire sur la responsabilité par rapport à autrui, en disant que « *dans une expérience de responsabilité, nous sentons que nous n'avons pas le choix. L'autre me met en demeure de répondre... c'est un virement de la liberté... en responsabilité* » (1973, p. 136). Or, si nous n'avons plus le choix, nous nous trouvons dans une situation où nous nous sentons responsables, ce qui peut engendrer de l'angoisse face aux décisions à prendre et à avoir un comportement de fuite. Sont-ce cette angoisse et cette peur de responsabilité qui freinent certains professionnels à s'engager dans une relation réelle au patient ?

Pour nous éclairer face à ces interrogations, Ricœur désigne la responsabilité comme la capacité d'autodésignation de ses actions : « *c'est cette responsabilité qui s'affirme dans l'attestation de puissance* » (1996, p. 205). Mais face à cette affirmation, il faut lui opposer la notion de fragilité de l'être humain. Et c'est « *cette fragilité qui suscite les difficultés de juger et de punir, les difficultés de soigner et de guérir* » (Ricœur, 1996, p. 205). La fragilité est ainsi entremêlée, tressée au concept de responsabilité obligeant l'homme à s'éduquer à la responsabilité, à la conquérir, à l'acquérir, à la cultiver et à la préserver car « *c'est le même homme qui est responsable et fragile. Fragile responsabilité, dirons-nous ; mais aussi responsable fragilité. Ce qui, en effet menace de paralyser la réflexion, c'est l'impact d'un terme du paradoxe sur l'autre* » (Ricœur, 1996, p. 205). Ricœur ajoute que pour appréhender cette aporie, la seule issue réside dans une pratique éclairée par la réflexion, la connaissance des enjeux posés et de leurs conséquences. Il s'agit d'un investissement institutionnel et personnel pour transformer ce paradoxe intellectuel paralysant en un élément moteur de la pratique.

Dans les soins, il ne peut y avoir de report de responsabilité en comptant sur les autres. Chacun est responsable. Dans la dimension soignante, le corps professionnel doit donc agir dans une visée de cooptation et la responsabilité est la contrepartie de la liberté décisionnelle.

7. Le *care* et la certification des établissements de santé

Dans l'intérêt de notre travail sur le *care*, nous avons souhaité étudier ce qui est mis en avant pour évaluer les activités liées au *care* dans les soins dans les établissements de santé. Cet état des lieux permet ainsi d'appréhender la réalité contextuelle et la responsabilité des établissements et ce qui leur est imposé concernant ces activités. Svandra précise qu'actuellement « *pour des raisons de gestion et de rationalisation, le soin se réduit à un simple acte. Acte que l'on peut qualifier de tâche dont l'avantage est de pouvoir être facilement mesurable et évaluable, donc reproductible* » (2009, p. 45). Nous avons signalé plus haut que « les petits plus » ou ce qu'Hesbeen (1997) nomme les « *petites choses* » n'entrent pas dans la tarification des activités mais comme un plus « naturel » attribué par le soignant envers le patient. Pourtant, sur l'insistance des associations de patients considérant que la qualité des soins aux patients n'était pas assez mise en exergue, de nouveaux items sont apparus dans le manuel de certification (Hesbeen, 1997).

Ainsi, après évaluation et réajustements, et après 14 ans de mise en œuvre de la certification (initialement appelée accréditation) en France, le manuel de certification a évolué en 2010.

7.1 La V2014

La Haute Autorité de Santé (HAS) a considéré que l'enjeu majeur de la certification V2014 était d'agir sur la culture qualité et sécurité des établissements de soins et a identifié trois thématiques prioritaires pour faire levier sur la qualité et la sécurité des soins :

- Promouvoir des démarches sur des thèmes d'impulsion (bien-être, qualité de vie au travail...).
- Fournir aux professionnels des leviers d'amélioration des prises en charge (travail sur le fonctionnement des équipes de soins, structuration des parcours de soins).
- Consolider les acquis sur les pratiques exigibles prioritaires (management de la qualité et des risques, prise en charge médicamenteuse, bloc opératoire...).

C'est sur le premier item « promouvoir des démarches sur des thèmes d'impulsion » que nous souhaitons nous arrêter. En effet, la Haute Autorité de Santé souhaite notamment donner une impulsion à :

- La bientraitance des patients et les approches centrées patients.
- La qualité de vie au travail.

La HAS souligne que ces thèmes sont essentiels pour la qualité et la sécurité des soins et qu'ils comportent une forte dimension d'ordre culturel. Elle préconise un engagement des établissements et la mise en place de démarches et de projets visant à produire un changement progressif, dans le but de sensibiliser et d'apporter l'information nécessaire permettant de répondre à ces enjeux. Son objectif est que les établissements puissent se mobiliser pour permettre une progression de la culture du système de santé sur ces sujets.

7.2 Le manuel de certification et activités liées au *care*

Si nous nous attardons sur le manuel de certification⁵⁶, nous retrouvons certains items qui peuvent se rattacher au *care* :

7.2.1 Chapitre 1 : management de l'établissement

- critère 1.c : démarche éthique. Cet item souligne entre autres, les risques de dépersonnalisation liée à la spécialisation de la médecine. Les situations quotidiennes avec le refus de soins d'hygiène, le respect de l'intimité des patients sédatisés⁵⁷ et le respect des droits des patients (loi du 4 mars 2002) sont des exemples de thématiques à travailler au sein des établissements.
- Critère 1.d : politique des droits des patients : elle doit être inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et des formations doivent être organisées.

⁵⁶ Le manuel de certification des établissements de santé V2010 de janvier 2014 est consultable en annexe 7.

⁵⁷ Les patients sédatisés sont des patients « endormis » artificiellement par des drogues médicamenteuses (en service de réanimation ou soins intensifs le plus souvent).

- Critère 2.b : implication des usagers, de leurs représentants et des associations. Cette implication concerne trois niveaux : celui de la représentation institutionnelle, celui de l'action des associations de patients, celui de l'écoute et du recueil des attentes des usagers (sondages, enquêtes...).
- Critère 2.e : indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement. Cet item énonce de mentionner des critères de qualité portant, entre autres, sur la satisfaction du patient.
- Critère 6.c : qualité de la restauration : précise que dès l'admission du patient, il est nécessaire de recueillir les préférences alimentaires.
- Critère 8.f : dans le cadre de la gestion des événements indésirables, il est stipulé dans les exemples qu'une plainte ou les enquêtes de satisfaction peuvent être traités par cette instance.
- Critère 9.a : système de gestion des plaintes et réclamations : il contribue à la prise en compte des expériences des usagers et de leur entourage pour concourir à l'amélioration de la qualité du fonctionnement des établissements. Il permet le recueil de l'expression des usagers ainsi qu'une réponse pertinente et individualisée.
- Critère 9.b : évaluation de la satisfaction des usagers par questionnaire ou appel quinze jours après la sortie pour les établissements de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

7.2.2 Chapitre 2 : prise en charge du patient

- critère 10.a : prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance : stipule que les travaux menés dans le secteur médico-social montrent l'intérêt d'une démarche de promotion de la bientraitance et de lutter contre la maltraitance notamment passive ou institutionnelle constatée dans les établissements. Le référentiel précise que, souvent, les plaintes des usagers évoquent un ressenti d'abandon, un manque d'écoute, de considération et d'information, ce qu'Hesbeen (1997) avait également précisé. Il semblerait que la prise en compte des besoins et des droits des personnes soit

insuffisante notamment en ce qui concerne les personnes vulnérables. « *La recommandation de bonnes pratiques professionnelles... définit la posture professionnelle de bientraitance comme une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus* » (manuel de certification des établissements de santé V2010 datant de janvier 2014, p.48). La mise en place d'une politique de bientraitance implique son inscription dans les orientations stratégiques, des actions de sensibilisation et des formations professionnelles visant tous les aspects de vie des patients notamment les plus « ordinaires » et les plus quotidiens. Quatre aspects doivent être pris en compte dans une démarche de bientraitance en établissement : la mobilisation par sensibilisation et formation de tous les acteurs ; la mise en place d'actions (mise en place de groupes de réflexion éthique...) ; des actions améliorant la vie quotidienne des patients ; des actions de lutte contre la maltraitance (dépistage des formes passives, actions d'amélioration...).

- Critère 10.b : respect de la dignité et de l'intimité du patient : les soins y compris les soins d'hygiène doivent être réalisés dans le respect et la dignité du patient.
Nous constatons que les soins d'hygiène sont mis en exergue dans cet item comme s'ils étaient un peu à part ou pour mettre l'accent sur eux.
- Critère 10.d : accueil et accompagnement de l'entourage.
- Critère 10.e : respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté : il s'agit de confinement, contention, isolement, sédation, limitation des contacts. Toute décision de limitation de liberté doit faire l'objet d'un protocole à réévaluer.
Lors d'entretiens avec des professionnels infirmiers, nous avons constaté que des lois, notamment celles concernant la contention, sont méconnues ou inconnues et que de ce fait, elles ne sont pas toujours respectées dans les services.
- Critère 11.a : information du patient sur son état de santé et les soins proposés (entretiens renouvelés, ressources documentaires...).
- Critère 11.b : consentement et participation du patient.

Beaucoup de soins sont réalisés sans demander au patient s'il est d'accord, le « *corps-objet* » prend souvent la priorité sur le « *corps-sujet* » (Hesbeen, 1997).

- Critère 11.c : information du patient en cas de dommage lié aux soins.

- Critère 12.a : prise en charge de la douleur.

Nous nous attarderons sur ce critère car la HAS définit un indicateur « *traçabilité de l'évaluation de la douleur* » qui figure au dossier du patient. Les objectifs sont de favoriser les formations pour permettre aux professionnels de faire face à cette douleur ; d'inciter l'établissement à s'inscrire dans des réseaux d'échanges afin d'améliorer la prise en charge ; d'améliorer la prise en charge en repérant les patients douloureux, en mettant des protocoles à disposition des équipes soignantes, en améliorant la mise à disposition des outils, en rendant effective l'utilisation des outils.

Nous constatons que le discours est centré sur les outils, les protocoles antidouleur et les traitements, seule une mention est faite sur des méthodes non pharmacologiques. Quant à l'aspect clinique avec l'écoute du patient, ses mimiques de douleur ou sa posture, elles ne sont pas du tout tracées.

- critère 13.a : prise en charge et droits des patients en fin de vie. Il s'agit ici des soins palliatifs qui sont, par essence, aussi les soins fournis aux patients atteints de pathologies chroniques puisqu'ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients ou de leur entourage face aux conséquences d'une maladie qui ne pourra être guérie. Il s'agit d'une prise en compte des problèmes physiques, psychologiques et sociaux.

En France, les représentations autour des soins palliatifs sont simultanément associées à la mort. Nous avons pu constater que chez les soignants également, l'association existait. Si les pathologies chroniques étaient reconnues comme elles devraient l'être, c'est-à-dire palliatives, peut-être gagneraient-elles en aura ?

- critère 14.b : accès du patient à son dossier : il est stipulé dans le référentiel que ce droit est encore « *parfois mal connu et mal appliqué dans les établissements de santé* » (manuel de certification des établissements de santé V2010 datant de janvier 2014, p. 55).

- critère 16.a : dispositif d'accueil du patient : il inclut le respect d'un cadre juridique, la mise en œuvre d'une organisation et une attitude d'écoute et de disponibilité des professionnels qui doivent être formés de manière adaptée. L'objectif est d'assurer la qualité de l'accueil des patients tout au long de la prise en charge.
- Critère 17.a : évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé : il est précisé que chaque patient doit bénéficier d'un projet de soins personnalisé qui doit être réajusté en continu. Le but est l'amélioration de l'état de santé du patient avec des modalités adaptées à ses besoins et ses capacités, « *le projet doit promouvoir la recherche de l'autonomie, la réadaptation, la réinsertion, la santé et le bien-être du patient* » (manuel de certification des établissements de santé V2010 datant de janvier 2014, p. 57).

Nous avons vu précédemment que le projet de soins, s'il est un outil particulièrement développé dans les instituts de formation en soins infirmiers, n'est que peu utilisé dans les services faute de disponibilité, d'organisation et de réunions pluridisciplinaires pour mettre en commun les informations. Nous pouvons ajouter que les transmissions entre les équipes du matin et du soir, du soir et de la nuit puis de la nuit au matin tendent à disparaître complètement dans de nombreux établissements.

- critère 18.a : continuité et coordination de la prise en charge des patients : elles s'apprécient par la qualité de l'information, la qualité de la relation thérapeutique entre le patient et l'équipe pluriprofessionnelle, une planification des soins, l'organisation permettant d'assurer la continuité des soins et la coordination et concertation entre les acteurs des soins. Nous faisons ici le lien avec les dires des auteurs (Collière, 2001 ; Hesbeen, 1997 ; Svandra, 2011) décrivant une réalité du travail où les soins s'effectuent par « tours » d'activités spécifiques : tour des médicaments, tour des tensions, tour des pansements...
- Critère 19.a : prise en charge des patients appartenant à une population spécifique : elle nécessite une adaptation des organisations afin de répondre aux besoins spécifiques. Il s'agit des personnes âgées (prise en charge globale par tous les acteurs de soins, réflexion sur un parcours de soins coordonné), des patients atteints de maladies chroniques (soit une estimation de 45 % de la population française : coordination avec les réseaux de soins, prise en compte des aidants), les enfants et adolescents (le

développement de l'enfant doit pouvoir se poursuivre), les personnes atteintes de handicaps, les personnes démunies, les personnes détenues.

Concernant les patients atteints de maladies chroniques, nous avons vu plus haut, notamment à travers l'enquête de Damamme et Paperman (2009) que les structures de soins ne reconnaissent que peu les aidants naturels et que ceux-ci doivent « *s'ajuster* » aux structures. L'enquête montre également que la continuité des soins sur le long terme est difficile à assurer.

- critère 23.a : éducation thérapeutique du patient : la loi du 21 juillet 2009 dite HPST (réforme de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires) en précise le cadre pour le développement et la mise en œuvre des programmes dans un souci de qualité et de proximité. Une autorisation par les Agences Régionales de Santé (ARS) doit être délivrée pour l'ensemble des programmes d'éducation thérapeutique⁵⁸. Les équipes sont toutefois en devoir d'informer et conseiller les patients voire d'entreprendre des actions à visée éducative pour la dispensation de soins de qualité.

7.3 Conclusion

La démarche de certification entreprise en France ces dernières années a été, et est, source d'amélioration des soins et de la prise en charge globale des patients. Toutefois, en fonction des budgets alloués et des objectifs managériaux des établissements, les situations sont inégalitaires. Bien que ces démarches ont permis d'intégrer les personnels dans des groupes de travail, certaines sont mises en place pour la visite mais peu investies par la suite faute de motivations ou de moyens. Gomez dit à ce propos que « *pris dans un système de contraintes et d'objectifs, le collaborateur n'est pas incité à coopérer* » (2014, p. 7).

La version 2014 s'attache à l'amélioration de la prise en charge du patient. Si la mise en place de groupes de réflexion pouvait amener une prise de conscience sur le prendre soin infirmier et le *care*, alors nous faisons l'hypothèse que les patients seraient gagnants.

⁵⁸ Le décret n° 2010-904 du 2 août 2010 précise les conditions de cette autorisation reposant sur un cahier des charges national. Le décret n° 2010-906 du 2 août 2010 et l'arrêté du 2 août 2010 précisent quant à eux, les compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

8. Synthèse

Dans cette première partie, nous nous sommes attachée à définir les soins infirmiers liés au *care*, en retraçant l'historique qui explicite l'importance de ces soins liés au *care* dans les fondements de la profession infirmière. Nous avons pu voir que le *care*, s'il est un concept à la mode, est peu utilisé sous cette appellation dans la formation actuelle aux soins infirmiers mais que d'autres concepts s'y référant sont étudiés comme la vulnérabilité ou la sollicitude. Nous avons montré le lien étroit entre responsabilité et soins infirmiers rappelant ainsi les différentes phases du *care* identifiées par Tronto (2009) où la responsabilité est mentionnée. L'importance des représentations d'un groupe dans l'activité de travail a été évoquée, notamment par rapport aux soins liés au *care*. Ces représentations pourraient expliquer les différents comportements des soignants face aux soins de continuité de la vie. Nous avons également développé le concept du *care* pour en arriver à donner notre propre définition :

Le care est une pratique d'attention, de sollicitude engagée et personnalisée envers soi-même ou autrui et peut faire l'objet d'un processus individuel ou collectif. Le care s'appuie sur la sensibilité morale, la perception d'une situation singulière et l'anticipation. Il se caractérise par une adaptation en actes aux situations et vise à la satisfaction des besoins du bénéficiaire du care sans que celui-ci ne la perçoive nécessairement comme telle.

Les critères se référant au *care* dans le manuel de certification des établissements de santé ont été relevés montrant le souhait de recentrer les soins sur le bien-être du patient et du personnel de soins. Ont été ensuite développées les différentes évolutions possibles de la profession infirmière ainsi que l'exercice en libéral, terrain de notre recherche. Nous avons défini une problématique centrée sur la place du *care* dans l'exercice quotidien des infirmiers qui a donné naissance à une question de recherche ouvrant sur l'étude de nouveaux concepts...

II CADRE CONCEPTUEL

Outre le *care* que nous avons développé en première partie dans le contexte des soins, nous traiterons dans la seconde partie de cette thèse des concepts évoqués dans notre problématique ou y faisant appel pour la recherche. En premier lieu, nous nous centrerons sur les savoirs professionnels, terme que nous utilisons dans notre question de recherche que nous rappelons ici :

En situation réelle de travail, quels gestes professionnels liés au *care* les infirmiers libéraux mobilisent-ils et sur quels types de savoirs professionnels s'appuient-ils ?

1. Les savoirs professionnels

Le métier d'infirmière est un métier mettant en exergue divers savoirs (Carper, 1978 ; Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014). La diversité des exercices (libéral, hospitalier, scolaire, en entreprise, spécialités...) et l'historique de la profession à prédominance pratique sans références théoriques attachées (Geadah, 2012 ; Nadot, 2009a) nous renvoient à ce conflit entre savoirs théoriques et savoirs pratiques (Barbier, 2011). Si les infirmières revendiquent une culture professionnelle pratique, elles souhaitent également une reconnaissance des savoirs théoriques sous-jacents à ces savoirs d'action. Le référentiel de 2009 met en exergue à travers diverses compétences, et principalement la compétence une, les aptitudes de l'infirmière à évaluer une situation clinique à travers des symptômes, domaine qui était jusqu'à présent principalement réservé aux médecins. L'évolution de la santé en France, avec une répartition inégale des médecins entre villes et zones rurales (DRESS, 2016, p. 40 & p. 122), amène les métiers à évoluer et à élargir leurs champs de compétences afin d'assurer à la population des soins de qualité quelle que soit la région d'habitation (rapport Hénart⁵⁹).

⁵⁹ Hénart L, Berland Y, Cadet D. Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Paris, 2011. Pour faire face au manque de médecins dans les années à venir, le rapport préconise la création de nouveaux métiers de santé, entre celui d'infirmier et celui de médecin.

Dans le cadre de cette recherche, nous souhaitons identifier des gestes professionnels liés au *care* et identifier leurs liens avec les savoirs professionnels.

1.1 Savoirs et formation infirmière

Le dispositif par alternance de la formation initiale conduisant au diplôme d'État Infirmier permet l'articulation de différents savoirs indispensables pour l'exercice du métier⁶⁰. Si les centres de formation en soins infirmiers sont globalement très attachés à la prise en compte des diverses expériences antérieures tant professionnelles que personnelles, c'est parce qu'ils savent que ces savoirs expérientiels trouveront leur place et s'articuleront avec les savoirs enseignés au cours de la formation. Ils participeront ainsi à la construction identitaire du futur professionnel. Ainsi, Bourgeois, en 1996, dit que « *tout individu qui arrive en formation dispose de représentations, conceptions et connaissances préalables qui auront une influence importante sur les acquisitions ultérieures* ». Dubar (2003) définit l'identité professionnelle comme le résultat de relations diverses d'appartenance à un groupe professionnel et énonce que « *la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image* » (Fray & Picouneau, 2010). Cette construction de l'identité professionnelle est permanente, évolue au cours du temps et possède des dimensions individuelles et collectives (Dubar, 2000).

La mise en pratique, lors des stages, n'est pas une application de l'enseignement reçu en institut, elle permet la construction d'un modèle opératif à partir, d'une part, de la théorie reçue en amont du stage, et d'autre part, de l'exercice de l'activité de soin (Altet, 2008, p. 94). Les situations réelles permettent à l'étudiant de « composer » sa réponse, en mettant en corrélation et en réorganisant, divers savoirs mobilisés et transférés *in situ* en fonction du but poursuivi et de l'évaluation clinique réalisée. De plus, ces expériences, ces confrontations au réel, permettent à l'apprenant de conscientiser ces apprentissages et ces liens entre théorie et pratique, si souvent questionnés par certains étudiants en formation (Altet, 2008, p. 96). Il y a en effet deux manières d'appréhender la formation : certains étudiants voient de l'incohérence entre les discours des formateurs en IFSI et les discours des professionnels (paradigme technologique : savoir = objet à stocker (Altet, 2008, p. 99)), tandis que d'autres étudiants « *la*

⁶⁰ Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, 2012.

vivent comme l'occasion d'un questionnement et d'une réflexion personnelle » (Altet, 2008, p. 96) (paradigme biologique : savoir = objet de construction et de réflexion).

Si la formation initiale apporte les fondations, c'est au cours de la vie professionnelle de l'individu que celui-ci va acquérir d'autres savoirs, bâtis à partir des expériences antérieures de travail qui vont s'imbriquer avec les savoirs issus de la formation et ceux acquis par l'histoire de vie. Même si pendant la formation, l'étudiant-acteur se construit et est dans une dynamique de changement identitaire, ce sont ces différents savoirs issus de l'activité réelle qui forgeront peu à peu l'expertise du professionnel (Altet, 2008, p. 100).

Dans la formation infirmière, des analyses de situations vécues en stage sont demandées aux étudiants. Ils doivent les remettre à leur formateur référent pédagogique à leur retour de stage. Toute situation peut être analysée, qu'il s'agisse d'un soin technique, un soin relationnel, un conflit dans l'équipe, une situation éthique ayant interpellé l'étudiant etc. L'étudiant peut donc choisir les situations qu'il souhaite analyser, sauf souhait d'un axe à privilégier demandé par un formateur de l'institut de formation, par exemple : pour évaluer la compétence d'infectiologie et d'hygiène au semestre un, les modalités d'évaluation prescrivent un travail écrit individuel d'analyse d'une situation rencontrée en stage. Les critères d'évaluation relèvent de l'identification des règles d'hygiène et de leur argumentation avec pertinence⁶¹. La réflexivité (Schön, 1994) de l'étudiant est ainsi sollicitée par un questionnement sur la situation vécue ou observée, sur les difficultés rencontrées et les points à approfondir. Il est également demandé à l'étudiant de situer son niveau d'autonomie dans la situation. Ce retour sur la pratique, en mobilisant des concepts, potentialise la construction de l'étudiant et l'intégration des savoirs.

Les analyses de pratiques sont un des axes privilégiés du nouveau référentiel de formation. Les infirmières, plus habituées à agir qu'à expliciter le processus qui les amène à l'action, ont, de ce fait, des difficultés à appréhender ce nouvel aspect du rôle de tuteur de stage. En effet, il est précisé que le tuteur doit favoriser la réflexivité de l'étudiant par un retour sur sa pratique et sur les situations rencontrées en stage. Mais comment un infirmier non formé à l'accompagnement et à l'analyse de pratiques peut-il remplir ce rôle ? De plus, comme précisé plus haut, suite à notre recherche menée en master, les professionnels ont davantage tendance à favoriser les retours sur les situations relevant du *cure*, c'est-à-dire les actions de soins

⁶¹ Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, 2012.

relevant du rôle prescrit, que sur celles relevant du *care* et du rôle propre, c'est-à-dire relevant de la seule compétence de l'infirmière.

La formation des tuteurs doit donc prendre en compte ces freins pour favoriser l'intégration de méthodes d'analyse et l'acquisition d'outils théoriques, notamment concernant l'analyse des situations relevant du *care*. Le retour sur la pratique doit être un temps planifié, structuré, dans le but d'un réel accompagnement de l'apprenant. Pastré (2008, p. 66) déclare qu'en situation de tutorat, la principale caractéristique est de se déployer au sein même de la situation de travail et que l'activité productive et l'activité constructive y sont indissociablement mêlées :

On pourrait dire que les meilleures conditions pour apprendre sont présentes quand on peut réunir l'exercice de l'activité et l'analyse de l'activité. Car c'est cette conjonction qui permet un déplacement facile entre le registre pragmatique (de la réussite de l'action) et le registre épistémique (de la compréhension, voire de la justification). (Pastré, 2008, p.75)

Le rôle du tuteur est donc d'être celui d'un référent professionnel aidant l'étudiant à construire son identité, à mettre à distance sa pratique pour identifier son mode de fonctionnement et identifier ses ressources et ses limites. Altet parle d'une posture de « *tiers-passeur* » qui « *accueille, écoute, fait faire d'empathie, de disponibilité, de respect, de sollicitude. La posture de quelqu'un qui accompagne, rassure, chemine « à côté » vers un but : la progression du stagiaire, dans un contrat d'engagement mutuel* » (Altet, 2008, p. 104).

Le désir de réduire l'écart entre le travail prescrit et le travail réel est actuellement prégnant dans différents secteurs de la recherche : en didactique, en psychologie du travail, en sociologie (Barbier, 2011). Réduire la distance entre la théorie (savoir universel applicable à la pratique par déduction) et la pratique (situation complexe toujours inédite) semble au cœur d'enjeux d'améliorations des entreprises (Barbier, 2011). On cherche de plus en plus à articuler les acquisitions des situations réelles de travail avec celles de la formation. Le référentiel infirmier n'échappe pas à ces enjeux. C'est par le biais des analyses de pratiques, que celles-ci s'effectuent en stage avec le tuteur ou à l'institut de formation, que cette construction itérative de nouveaux savoirs transférables se réalise en partie. Bien sûr, pour que la production soit bénéfique à l'étudiant, ce dernier doit faire preuve d'engagement et

d'implication pour obtenir une évolution identitaire : « *L'acte de travail devient acte de formation lorsqu'il s'accompagne d'une activité d'analyse, d'étude ou de recherche sur lui-même. La production de savoirs par l'apprenant est alors utilisée comme un outil direct de production de compétence* » (Barbier, 2011, p. 3). Ces savoirs d'action, définis par Barbier comme « *assimilés aux compétences pratiques, aux savoirs cachés, aux savoirs d'expérience, aux savoirs informels, aux habiletés acquises dans l'action et par l'action* » (2011, p. 4), donnent lieu à formalisation tendant ainsi à leur donner un statut de savoirs théoriques, eux-mêmes « *assimilés à des savoirs disciplinaires qu'il s'agisse de disciplines de recherche ou d'enseignement, ou même de disciplines professionnelles* » (Barbier, 2011, p. 4).

Toutefois, si les tuteurs ne favorisent pas la réflexion de l'étudiant sur les situations relevant du *care*, comment les étudiants, qui deviendront à leur tour des professionnels-tuteurs, pourraient-ils apprendre à dire puis, à faire dire cette pratique ? En privilégiant les situations relevant du *cure*, les tuteurs favorisent et privilégient l'aspect technique sur le rôle propre dans la construction de l'étudiant. Dans les instituts de formation en soins infirmiers, les formateurs remarquent que, majoritairement, les sujets des travaux de fin d'études (TFE = mémoire) relèvent de soins relationnels ou de situations éthiques. Des recherches ont été menées pour identifier les choix des étudiants, ainsi Baudry, Chauvey, Chocat, Doublon et Guilhem énoncent que « *les thématiques convergent principalement vers une même dimension relevant des Sciences Humaines... les thèmes ayant trait à la relation et au vécu émotionnel* » (2015, p. 47), thématiques relevant du *care*.

1.2 Typologie des savoirs infirmiers

Carper⁶² (2014), en 1978, identifie quatre origines de savoirs mobilisés dans la pratique infirmière :

- Le savoir empirique : il correspond à la science des soins s'organisant autour de la théorie.
- Le savoir personnel : dans les rapports thérapeutiques, il est nécessaire de se connaître soi-même pour accepter l'autre. Il s'agit ici des aptitudes personnelles

⁶² Barbara Anne Carper est professeur Emérite en soins infirmiers à l'université Columbia.

notamment à l'empathie pour entrer en relation avec le patient. Selon Carper, il est difficile à maîtriser et enseigner.

- Le savoir éthique : le soin exige une attitude éthique, avec prise de conscience des situations et des choix moraux. Il s'agit d'envisager toutes les options possibles et d'alimenter quotidiennement le questionnement.
- Le savoir esthétique : il s'agit de l'art du soin. La rencontre avec le patient est unique et doit être considérée comme telle. La créativité qui s'y révèle fait partie des soins par l'appréciation de la situation.

Chaque type de savoir contribue au soin et même s'ils restent distincts, ils se lient dans l'activité de l'infirmière.

En 1995, White a proposé un cinquième savoir sociopolitique mobilisé lors de prises de décisions en réponse aux demandes des patients.

Au Québec, Lechasseur⁶³, en 2009, a retravaillé ces savoirs à partir des données existantes et de ses recherches qualitatives. Il en ressort une nouvelle typologie de savoirs (Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014) :

- Le savoir scientifique (empirique chez Carper selon Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014) : il s'appuie aussi sur l'exploration des situations concrètes, faisant du lien entre son observation et ses connaissances.
- Le savoir moral et éthique (éthique chez Carper selon Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014) : moralité personnelle, moralité publique ou sociale (décrets...), devoirs et obligations
- Le savoir intrapersonnel et interpersonnel (personnel chez Carper selon Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014) : connaissance de soi, recherche de connaissance des autres par les habiletés de l'infirmière à entrer en relation
- Le savoir combinatoire constructif (esthétique chez Carper selon Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014) : contribution importante d'une pensée critique et gestion de la complexité
- Le savoir perceptuel : perception des significations des comportements s'appuyant sur les indices très fins, perception de modification de l'état de santé
- Le savoir expérientiel : expériences personnelles

⁶³ Kathleen Lechasseur est Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières à l'Université Laval au Québec.

- Le savoir pratique : expertise technique et maîtrise des signes non verbaux (lien étroit avec le savoir perceptuel)
- Le savoir contextuel : dimensions procédurale (protocoles...), matérielle (dimension technique), organisationnelle (service...), sociale (type de patients...).

1.3 Notions autour du savoir et des savoirs professionnels

1.3.1 Le savoir

Selon Barbier (2011), il y a deux manières d'envisager la notion de savoir. Les « *savoirs objectivés* » (2011, p. 9) renvoient à des représentations culturelles extérieures à l'individu et les « *savoirs détenus* » (2011, p. 9) à ceux ayant bénéficié d'une appropriation par l'individu, d'une combinatoire de compétences ou d'aptitudes avec des expériences diverses que Barbier nomme « *composantes identitaires* » (2011, p. 9).

Souvent opposés, les savoirs théoriques et les savoirs d'action font actuellement l'objet de recherches dans le cadre des organisations du travail et de la formation (Barbier, 2011).

Selon Vergnaud, le concept de schème permet d'explicitier les liens entre savoirs d'action et savoirs théoriques. Le schème est « *une manière de régler son action en fonction des caractéristiques particulières de la situation à laquelle on s'adresse, ici et maintenant* » (Vergnaud, 2011, p. 281). « *Il met en évidence la dimension de conceptualisation présente au cœur de l'organisation de l'activité. C'est pourquoi le concept de schème permet de comprendre en quoi l'activité humaine est organisée, efficace, reproductible et analysable* » (Pastré, Mayen & Vergnaud, 2006, p. 156). Vergnaud le définit ainsi :

- Le schème est une « *totalité dynamique fonctionnelle* » c'est-à-dire « *une unité identifiable de l'activité du sujet* » avec un but identifiable, un déroulement temporel et une fonctionnalité reposant sur des éléments peu dissociables les uns des autres.
- « *Le schème est une organisation invariante de la conduite pour une classe donnée de situations* ». L'organisation de l'activité est invariante non la conduite en elle-même c'est-à-dire qu'un même schème peut engendrer des conduites différentes

en fonction de la singularité des situations. « *Il existe des schèmes pour tous les domaines de l'activité (gestuels, techniques, langagiers, symboliques, sociaux et affectifs)* » qui s'inscrivent dans d'autres schèmes de plus haut niveau formant des répertoires permettant le traitement d'activités plus complexes.

- Le schème « *est formé de plusieurs catégories d'éléments, tous indispensables : des buts et anticipations, des règles d'action, des possibilités d'inférence en situation, et des invariants opératoires* ». Ces derniers sont les concepts-en-acte permettant « *de sélectionner et interpréter l'information pertinente et de la traiter* ». Le schème est une unité-totalité fonctionnelle mais ses éléments peuvent appartenir à plusieurs schèmes permettant ainsi au sujet de naviguer, expérimenter et combiner plusieurs ressources en situation.
- « *Le schème est une fonction temporalisée de l'espace à n dimensions des informations disponibles dans l'espace à n dimensions des actions possibles* ». Le schème s'inscrit dans un décours temporel, « *l'espace des informations disponibles et l'espace des actions possibles varient au cours du temps* » (2011, p. 283-286).

Altet (2008) déclare que toute formation implique des savoirs mais que ceux-ci ne prennent sens que par rapport à la fin poursuivie et s'ils s'ancrent dans une expérience concrète. C'est à travers l'expérience pratique du travail que les savoirs acquis en formation vont être mobilisés et vont s'ajuster à la réalité du métier.

1.3.2 Les savoirs professionnels

Il n'existe pas de consensus quant à l'emploi de ce concept, de ce fait, on les retrouve associés à différents types de savoirs : théoriques, techniques, savoir-faire etc... et liés à d'autres concepts comme la compétence par exemple.

La théorie du praticien réflexif de Schön (1994) s'appuie sur les savoirs professionnels. L'auteur souligne en effet l'importance de la pratique dans la construction du savoir professionnel. La formation procure des connaissances mais c'est l'expérience qui va transformer ce « *savoir acquis* » en « *savoir pratique* » en passant par la réflexion et le jugement professionnel en mobilisant d'autres ressources. Le savoir d'expérience se construit dans un esprit de recherche développé par l'exercice de l'analyse réflexive.

Pour Leplay, il existe quatre principaux présupposés concernant les savoirs professionnels :

- *Les « savoirs professionnels » ont pour objet des activités de professionnels.*
- *Les activités comportent du singulier et du général.*
- *Les « savoirs professionnels » ont un rapport avec des « compétences » (le jugement de compétence est effectué à partir d'un constat de performance, dans une situation singulière, en termes de réussite ou d'échec).*
- *Les professionnels en activité acquièrent une expérience et des connaissances tacites ou non écrites, qu'ils sont susceptibles de transformer en énoncés par leur activité de prise de conscience et de réflexivité dans et sur leur activité professionnelle. (2008, p. 65)*

Leplay (2008) déclare que dans le champ de la didactique professionnelle, les savoirs professionnels ne constituent pas un ensemble homogène mais des savoirs de natures différentes avec des objectifs de production et de valeur, qu'ils s'inscrivent toujours dans l'action et sont rattachés à une situation.

L'auteur les définit ainsi par quatre caractéristiques :

- *Un « savoir professionnel » est un énoncé qui met en relation les trois types d'éléments suivants :*
 - *une classe de situations professionnelles,*
 - *une classe d'actions, correspondant à cette classe de situations,*
 - *une classe de résultats attendus de cette classe d'actions, dans cette classe de situations.*
- *La relation entre classe de situations et classe d'actions est exprimée par un « jugement de pertinence ».*
- *La relation entre classe d'actions et classe de résultats est exprimée par un « jugement prédictif d'efficacité ».*
- *L'ensemble de cet énoncé, porté par une personne, est partagé au sein d'un groupe professionnel. (2008, p. 66)*

Leplay précise que les professionnels construisent des connaissances qui leur sont propres, « non écrites » (2008, p. 67) et qui leur permettent d'articuler différents types d'éléments où puise leur culture professionnelle. Cette construction s'effectue :

Dans la confrontation régulière entre l'expérience résultant de l'exercice de l'activité d'une part et de ces autres éléments que sont des savoirs, des valeurs et des méthodes, acquis notamment dans la formation : c'est cette confrontation individuelle et collective des praticiens, qui serait à l'origine de la construction de « savoirs professionnels ». (Leplay, 2008, p. 67)

Samurçay et Rogalski définissent les savoirs professionnels « *comme un ensemble de savoirs en actes efficaces manifestés dans des pratiques professionnelles* » (1992, p.231).

Pour Raisky :

Les savoirs professionnels ne sont ni la juxtaposition de savoirs pratiques, de savoirs techniques, de savoirs scientifiques, ni leur somme, mais des savoirs de ces trois types relus, réinterprétés par une logique de l'action dont les caractéristiques seront celles à prendre en compte : finalités, valeur, inscription dans une temporalité. (Raisky, 1993, p. 118)

Tamir, cité par Altet, définit les savoirs professionnels comme « *l'ensemble des savoirs et des habiletés qui sont nécessaires pour fonctionner avec succès dans une profession particulière* » (2008, p. 93).

Jean (2014) énonce que les différentes approches du concept montrent des ressources convoquées pour et dans l'action. L'auteur fait référence à Schwartz (2009) pour dire qu'il existerait un « *continuum de production de savoirs entre adhérence et désadhérence* » (Jean, 2014, p. 11). Par adhérence, Schwartz (2009) sous-entend la mobilisation d'énergie issue de nos facultés intellectuelles et biologiques pour repérer les points d'appui ou de résistance dans le présent et le milieu à vivre. L'adhérence agit comme un « *moteur de recherche* » pour la production d'un savoir mais ce dernier ne peut devenir un concept qu'en étant en désadhérence, atteint via le langage, par le concept.

Jean (2014) propose ainsi une catégorisation en trois parties en tenant compte :

- Des savoirs professionnels institutionnels, exigibles sous différentes formes de ressources pour maîtriser les outils. Il s'agit de savoirs liés au fonctionnement, au règlement, à des valeurs...
- Des savoirs professionnels communautaires construits par des communautés de pratiques. Rarement formalisés, ces savoirs sont souvent oraux parfois implicites et transmissibles car reconnus efficaces et conformes à la profession.
- Des connaissances professionnelles liées à l'activité : l'individu construit des ressources cognitives ou corporelles vues ou créées par le professionnel. Ces ressources permettent de donner du sens à une situation et la mener de manière adéquate.

Cette catégorisation peut s'appliquer aux infirmières libérales. En effet celles-ci manifestent :

- Des savoirs professionnels institutionnels car les infirmières libérales sont soumises à une législation, à des décrets de compétences et à des valeurs professionnelles fortes.
- Des savoirs professionnels communautaires issus des différentes expériences professionnelles des infirmières.
- Des connaissances professionnelles liées à l'activité car l'infirmière libérale, soumise à des situations toujours inédites, fait preuve d'adaptation et d'ingéniosité pour mener à bien l'action entreprise dans son contexte singulier.

Les savoirs professionnels nous interrogent, ne serait-ce que par la diversité des définitions.

Rabardel dit qu' :

Une grande partie des savoirs professionnels sont non-explicites, et n'ont pas besoin de l'être pour leur mise en œuvre efficace. De ce fait, leur explication est problématique, et dans certains cas peut même s'avérer impossible. Leur transmission nécessite de penser des relations didactiques, dans des perspectives nouvelles. Ces caractéristiques ont conduit notamment à penser les savoirs professionnels en termes de compétences, qui d'une part ne se confondent pas avec ces derniers, et d'autre part permettent de mettre des

situations de travail et des activités qui y sont développées au cœur des relations didactiques. (2010)

Pour notre recherche, centrée sur les gestes professionnels liés au *care* manifestés par les infirmières libérales et leurs liens avec les savoirs professionnels, nous nous appuyerons essentiellement sur les savoirs professionnels infirmiers identifiés par Carper (1978) et Lechasseur (2009).

2. Le geste et les gestes professionnels

Étymologiquement⁶⁴, le mot « geste » provient du latin *gestus* signifiant contenance et de *gestum* (*gerere*) signifiant porter. Il se définit comme l'action et le mouvement du corps et particulièrement des bras et des mains, action et mouvement employés à signifier quelque chose. Il permet d'illustrer les mots du langage, de les compléter, de les appuyer voire de les remplacer (Barrier, 2006).

Mauss (1934) présente le geste comme une technique du corps. Il est culturellement imprégné car relevant d'un apprentissage. Simonet (2016) ajoute que le geste a une signification historique et culturelle et doit être pensé dans son environnement situationnel.

Citton énonce que « *les gestes opèrent à la fois comme des sous-actes, comme des substrats d'actes, comme des démultiplicateurs d'actes et comme des substituts d'actes* » (2012a, p. 159). Le geste est un médiateur social selon Citton dont les manifestations sont incontrôlées souvent pré-paramétrées créant des schémas gestuels et dont l'expression est subie (2012b, p. 31). L'auteur fait le constat que les gestes, suite à l'industrialisation, tendent à disparaître. Il distingue les gestes machinants qui « *mobilisent des programmes pour communiquer des mouvements à des agents extérieurs* » des gestes machinisés « *dont les mouvements apparaissent comme programmés par les machines* » (2012b, p.65). Pour Citton, il existe plusieurs types de gestes :

- la gestualité affective : elle influence les comportements,
- la gestualité immersive : les gestes se communiquent,
- la gestualité critique : travail d'analyse et d'appropriation identitaire ayant un rôle central dans le processus d'humanisation.

Gendrier, quant à lui, définit le geste comme :

Moyen d'expression et de mise en œuvre de la pensée d'un moment social donné, l'acte moteur évolue ainsi en fonction des rythmes du milieu dans lequel il s'insère... C'est ce mouvement même, en tant que porteur de pensées, de culture,

⁶⁴ Site du littré.

d'affectivité et d'espérance qui caractérise et définit le comportement physique de l'homme au travail. (2004, p. 29)

Les gestes réalisés dans le cadre du travail constituent un référentiel du poste. Si l'opérateur modifie sa gestuelle habituelle, l'auteur estime que l'individu « *sort* » de son poste de travail, non pas physiquement mais mentalement. Il en découle les mêmes effets que lorsqu'on quitte une tâche précise. On s'expose aux mêmes problèmes d'adaptation du comportement que lorsque le milieu se modifie » (2004, p. 27).

Barrier (2006), propose une typologie des différents gestes :

- les gestes autocentrés ou d'autocontact (se toucher) : permet la gestion de l'émotion,
- les gestes rythmiques : mouvements semi-conscients impulsés par la parole (mains, bras, doigts, tête...),
- les gestes de désignation ou déictiques : ils désignent, indiquent et dirigent l'attention,
- les gestes iconiques et de mime : simuler un geste à partir d'un objet invisible,
- les gestes pantomimiques : gestuelle de tout le corps,
- la langue des signes : mimiques faciales, gestes iconiques et pantomimiques,
- les gestes emblèmes : peuvent remplacer les mots ou les accompagner (exemple du pouce dressé devant soi vers le haut...), ils peuvent être différemment interprétés selon la culture.

Le terme de geste n'est généralement pas utilisé dans le domaine des soins, il lui est préféré celui d'« acte », on parle d'un « acte médical » comme d'un « acte juridique », le terme est attaché à ces professions. Le conseil de l'Union Européenne des Spécialistes Médicaux (UEMS) propose une définition large de l'acte médical :

L'acte médical comprend toutes les actions professionnelles et les démarches scientifiques, d'enseignement, de formation et de pédagogie, cliniques et médico-techniques, accomplies afin de promouvoir la santé, prévenir les maladies, fournir un diagnostic ou un soin thérapeutique aux patients, individus, groupes ou communautés⁶⁵.

⁶⁵ Site priorité santé, qu'est-ce qu'un acte médical.

La Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé définit quant à elle, l'acte médical comme « *tout acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale, dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence* »⁶⁶. Ces actes peuvent être exercés par des médecins ou, sous leur responsabilité, par un membre du personnel paramédical dans la limite de leurs décrets.

Lorsque nous cherchons à définir l'acte infirmier sur des moteurs de recherche, deux domaines de références ressortent principalement. Premièrement, la nomenclature des actes infirmiers des libéraux est identifiée, c'est-à-dire les modalités de cotation des actes (dans le sens des soins) effectués auprès d'un patient. Cette nomenclature permet aux infirmières libérales de tarifier leurs soins. Le deuxième fait référence aux décrets du code de santé publique énumérant les « actes » qu'une infirmière peut effectuer dans le cadre de ses compétences. Le terme d'acte est donc utilisé de façon très généraliste.

Barbier définit pourtant l'engagement dans des actes comme « *des transformations du monde physique, mental ou social* » en développant « *en accompagnement de ces actes, des constructions de sens* » (2009, p. 120).

Cependant, pour cette recherche, nous lui préférons le terme de « geste » au sens de Jorro. Le geste professionnel est un concept introduit par Jorro en 1998. Elle propose une double dimension interprétative « *entre faire et signifier* » (1998, p. 165) c'est-à-dire de lier les aspects opératoires aux aspects symboliques. Bucheton le définit comme « *une action pour faire agir ou réagir l'autre* » selon certaines préoccupations (2012b, p. 1). Bucheton et Jorro précisent que « *la notion de geste est ancienne, elle puise ses significations dans notre histoire culturelle et porte une dimension éthique : faire un geste ce serait porter attention à l'autre tout en interagissant avec lui avec l'intention de transmettre des valeurs* » (2012, p. 23). De plus, l'approche de Bucheton et Jorro, a l'avantage d'inclure le geste langagier, or dans notre recherche axée sur le *care*, le geste langagier aura une place importante. Collière dit que :

Le geste et la parole demeurent le moteur des soins, c'est-à-dire de ce qui mobilise la vie et lui vaut de s'affirmer. Le geste qui découvre, qui impulse, qui

⁶⁶ Site priorité santé, qu'est-ce qu'un acte médical.

perçoit le rythme, qui apaise, qui met en mouvement... et la parole qui appelle à EXISTER. (2001, p. 2)

Broussal précise que le terme de geste :

« Rend compte d'une logique de développement des acteurs procédant par appropriation de manières de faire, de formes d'agir repérables par l'observation... Pour comprendre ce qui conditionne l'efficacité du geste, il est en effet nécessaire de mettre à jour l'architecture qui le supporte. Cette architecture souterraine constitue la dimension professionnelle du geste. Elle associe des éléments de conceptualisation des situations, des préoccupations spécifiques, une visée opérative, la référence à des systèmes de valeurs. Le caractère dynamique et dialogique de cette architecture rattache le geste et son auteur à un genre professionnel qu'ils contribuent à enrichir, à transformer ». (Broussal, 2008)

Jorro distingue les gestes de métier (savoir-faire génériques, partagés et reconnus par la profession, invariants d'une activité faisant référence au genre (Clot, 2010)) qui permettent de saisir les dimensions structurantes et symboliques d'un métier et les gestes professionnels caractérisés par la disponibilité et la réactivité de l'individu au travail où on ne regarde plus l'agir du point de vue de l'activité mais du point de vue de la professionnalité (Aballéa, 1992).

Les gestes professionnels intègrent les gestes du métier en les mobilisant d'une façon particulière, leur mise en œuvre dépend de processus d'ajustement, d'agencement, de régulation. Il n'y a pas un modèle opératoire à privilégier, mais des variations à construire dans l'interaction avec le contexte. (Jorro, 2006, p.7)

Pour Jorro (2016), le geste se fait aussi à travers le corps qui devient un médiateur entre le sujet agissant et le monde. Le geste est un mouvement du corps adressé, porteur de valeurs, inscrit dans une situation. Il s'appuie sur la biographie, les représentations et l'expérience du sujet, et possède un effet performatif. Jorro (2016) précise que le geste a quatre caractéristiques :

- le geste s'adresse en fonction d'un contexte
- le geste est fait au moment opportun (kaïros) et relève d'une expertise

- le geste a une amplitude c'est-à-dire qu'il révèle le degré d'engagement dans la situation
- le geste est éthique et tient compte de l'autre.

Ce sont sur ces gestes construits au fil de la pratique dans le domaine des soins et plus particulièrement sur les gestes professionnels liés au *care* que porte notre étude.

3. Notions autour du travail

Puisque nous nous attacherons à identifier des gestes professionnels dans le travail quotidien de l'infirmière et que notre question de recherche parle du travail réel du *care*, il nous semble important de nous attarder sur les définitions du travail et sur la distinction entre travail prescrit et travail réel, entre tâche et activité. Rappelons que les activités relevant du *care* ne font pas toutes l'objet de prescriptions mais que toutes ses manifestations sont attendues de manière incontournable chez les infirmières.

Pastré citant Faverge donne cette définition du travail : il s'agit « *d'une conduite par laquelle l'acteur cherche à s'adapter par une démarche active aux caractéristiques d'une situation* » (2002, p. 10). Le travail est décomposé en une phase de diagnostic de situation, une étape de résolution et de planification avant une mise en action.

Gomez dit que le travail est :

Ce qui fait société, ce qui permet à des humains d'avoir un statut et donc une dignité, d'être utiles relativement à ce qu'ils savent faire et enfin, collectivement, d'être solidaires. Une des dimensions du travail est de réaliser le « sujet ». Je suis « la personne qui travaille », qui se réalise dans son emploi. (2014, p. 7)

Gomez précise qu'il existe une dimension objective dans le travail car ce dernier ne se fait pas pour l'individu mais pour l'autre, en vue de réaliser quelque chose. Le travail est aussi toujours dépendant du travail des autres. Il identifie ainsi trois dimensions dans le travail : subjective, objective et collective. Dans l'activité de l'infirmière libérale, le travail se fait sur et pour l'objet c'est-à-dire « sur et pour le patient ». En effet, l'activité du soin porte « sur » la personne elle-même, qu'il s'agisse d'un soin technique ou d'un soin relevant du *care*, et « pour » la personne car l'intérêt du soin est d'apporter une amélioration à l'état de santé de la personne soignée. La culture et les représentations personnelles vont influencer la mise en pratique effective de ce travail. De même, l'appartenance à un type de soignants, en fonction des services fréquentés et des représentations professionnelles construites, va avoir un impact sur la manière de concevoir le soin et d'entrer en relation avec la personne soignée.

Comme une représentation sociale est une grille de lecture de la réalité, socialement construite, des groupes forts différents élaborent à leur manière cette grille, en fonction notamment de leurs intérêts. Ce qui revient à dire que, par rapport à un même objet, des individus peuvent présenter des attitudes différenciées. (Roussiau & Bonardi, 2001, p.16)

3.1 Tâche et activité

Afin d'observer le travail, Leplat conseille de repérer les tâches prescrites à partir desquelles le sujet construit son activité. L'activité étant définie comme tout ce que fait un acteur quand il réalise une tâche en situation, y compris lorsqu'il la pense :

La tâche indique ce qui est à faire, l'activité, ce qui se fait. La notion de tâche véhicule avec elle l'idée de prescription, sinon d'obligation. La notion d'activité renvoie, elle, à ce qui est mis en jeu par le sujet pour exécuter ces prescriptions, pour remplir ces obligations. (Leplat & Hoc, 1983, p. 50)

Pour simplifier, on pourrait dire que la tâche est ce qui est prescrit, ce qui est à faire, demandé par les référentiels, les protocoles, les textes législatifs, et l'activité est ce que le professionnel fait en situation réelle de cette prescription, comment il la pense, la relate et la met en pratique. Leplat (2000) énonce que le travail réel déborde toujours de la prescription puisque imbriqué dans une succession d'événements nécessitant une part d'adaptation, d'ajustements et de création, utiles à la réalisation de la tâche. Ainsi, Leplat et Hoc énoncent qu'« *il faut rejeter l'idée qu'on pourrait produire une description de la tâche... sans prendre en considération l'activité. Inversement, l'activité ne peut être caractérisée indépendamment d'une situation, c'est-à-dire d'une référence à une tâche* » (1983, p. 50).

Une prescription relevant du *care* peut consister en une prescription d'une toilette complète par exemple, à effectuer au domicile de la personne par l'infirmière libérale. Mais comment l'infirmière libérale réalise-t-elle cette tâche prescrite, quels ajustements met-elle en place, qu'effectue-t-elle d'autre pour réaliser cette tâche ? Comment l'infirmière redéfinit-elle cette tâche, où nombre d'attendus ne sont pas prescrits, pour réaliser son activité ?

L'activité est le processus mis en œuvre par un sujet pour répondre aux exigences de la tâche (Leplat & Hoc, 1983). Agir en situation implique forcément une personnalisation. En effet, chaque individu a sa propre histoire, ses propres représentations, sa propre construction identitaire qui s'infiltrent insidieusement dans la situation et font que la réalisation de la prescription sera toujours différente, recréée, inédite. La façon d'agir dépend de l'image que l'on a de soi, de la façon d'interagir avec les autres et des valeurs professionnelles et personnelles qui nous animent en situation. Pastré dit que « *tout n'est pas à mettre sur le dos des circonstances : les sujets ont une part éminente dans la manière dont ils réagissent aux événements* » (2014, p.107). Il existera donc toujours une appropriation de la prescription qui entraînera une adaptation et des écarts d'un individu à l'autre pour une même tâche à réaliser. C'est ce que Clot (1998) sous-entend quand il parle de « *style* » d'être dans l'agir. Par ailleurs, il est dit que la situation s'organise autour d'événements. Ces derniers, imprévisibles, font irruption dans le cours de l'activité, bouleversent le cours de l'action et entraînent l'acteur sur une gestion des imprévus (Jean, 2008). Ces imprévus obligent l'acteur à emprunter un autre chemin et à faire preuve d'adaptation et de compétence, ils sont alors « *approchés comme des occasions d'inventer* » (Clot, 1998, p.118), ce qui est parfois relevé par des auteurs traitant du raisonnement clinique infirmier (Psiuk, 2013). Dans le domaine de la psychologie du travail, il existe d'ailleurs la notion de catachrèse c'est-à-dire l'usage détourné que fait un individu d'un outil dans un autre but que celui pour lequel il est destiné. L'usager lui invente une autre fonction, que celle-ci soit du domaine physique ou psychologique.

Suchman (1987), elle, parle d' « *action située* ». L'auteure a déduit de ses travaux que le plan est engendré (avant ou après) pour rendre compte de l'action mais non nécessaire à sa réalisation car dépendante de circonstances diverses qui vont demander des ajustements de la part de l'acteur. Béguin et Clot (2004, p. 37) citent Suchman :

J'introduis l'expression « action située » pour souligner que tout cours d'action dépend de façon essentielle de ses circonstances matérielles et sociales. Plutôt que d'essayer d'abstraire l'action de ses circonstances et de la représenter comme un plan rationnel, mieux vaut étudier comment les gens utilisent les circonstances pour effectuer une action intelligente. (Suchman, 1987, p. 50)

Suchman avance donc que l'action dépend des circonstances, c'est « *l'indexicalité* » et que le fait d'agir permet de définir le contexte de l'action et met l'acteur en réflexivité.

Dans l'exercice professionnel de l'infirmière, la situation de la personne soignée, le contexte et le lieu du soin vont avoir des impacts importants sur la conduite de celui-ci. Dans les soins et particulièrement ceux liés au *care*, l'approche sera différente si le soin s'effectue en contexte institutionnel où protocoles et normes organisationnelles doivent être respectés ou en milieu libéral où, comme nous l'avons vu précédemment, le professionnel jouit d'une certaine autonomie dans la programmation, la conduite et l'approche du soin. Lorsqu'il s'agit d'un soin technique, l'infirmière libérale va faire preuve d'ingéniosité et d'adaptabilité pour mener le soin au mieux en fonction du contexte du soin : sur un fauteuil avec un plan de travail constitué d'un coin de table encombré par exemple. L'infirmière exerçant en structure de soins aura davantage de règles à appliquer et bénéficiera d'un choix en matériel plus adapté, plus important et plus spécifique que l'infirmière libérale.

3.2 Dimensions d'une même activité

L'activité peut être perçue différemment selon les auteurs. Pastré parle « *de deux dimensions, productive et constructive, d'une même activité, relevant d'une organisation unique, bien que complexe* » (2014, p. 100). La dimension productive est le faire : « *un acteur transforme le réel, que cette transformation soit matérielle, symbolique ou sociale* » (Pastré, 2007, p.85) et la dimension constructive permet un développement de l'individu : « *le même acteur se transforme lui-même en transformant le réel* » (*ibid*, p. 85). Pour Pastré, il est essentiel de distinguer les deux dimensions car il est nécessaire de se dégager des invariants productifs pour se construire.

Clot préfère les associer car pour lui toute activité productive est dans son essence même source d'enrichissement et de développement : « *c'est dans les variations de l'activité productive que l'activité devient constructive* » (2010, p. 23).

Rabardel et Samurçay (2004) parlent d'activité productive et d'activité constructive. Pour eux, toute action s'accompagne d'un accroissement des ressources et d'une transformation de l'individu.

Pour Vygotsky (2011), l'individu se développe psychologiquement quand il est capable de reproduire en se l'appropriant une activité qu'il a déjà réalisée avec d'autres qui sont alors

sources de ressources et en prenant de la hauteur. Il se distingue en cela de Piaget pour qui l'individu lui-même est sa propre ressource.

Il semblerait donc que même dans une action aussi répétitive qu'elle puisse être, elle est unique, d'une part d'un individu à l'autre, mais également quand elle est réalisée par un même individu car toujours recrée. Ainsi, une infirmière exécutant un pansement pour une même pathologie ou intervention, l'adaptera à la situation et à la personne soignée : à la morphologie, en fonction de la douleur engendrée par une posture, à l'état émotionnel du soignant ou du patient... Ces différentes manières de faire participent à la construction de la compétence et à l'expertise. En situation de formation, un même contenu de cours sera abordé différemment selon la dynamique du groupe, son niveau de connaissances, les expériences de chacun ou selon l'état émotionnel du formateur en entrant dans la salle. La multitude d'imprévus (Jean, 2008) intervenant lors de la séquence pédagogique caractérisent l'activité réelle de l'action de formation et sera toujours unique, inédite.

3.3 Émotions dans l'activité

Le travail de *care* fait appel à l'altruisme, à des valeurs humanistes et à la prise en considération de l'autre (Watson, 2015). Paperman dit que :

La perspective du care ramène la sensibilité et les sentiments, des régions où seules paraissent socialement significatives et intelligibles les émotions attendues, légitimes vers les pratiques et les activités qui en composent le substrat, donnant sens et forme à certaines relations sociales : les relations de care. Elle remet les sentiments à leur place : dans le registre de l'activité pratique. (2013, p. 35)

Cela implique d'avoir à gérer des émotions dans les activités de soins liées au *care* : « un contexte de soins est un lieu où les émotions fleurissent » (Phaneuf, 2013, p. 33).

Phaneuf énonce que le terme d'émotion « possède comme racine le verbe « mouvoir » qui indique déjà clairement que ces ressentis nous mettent en mouvement, qu'ils sont instigateurs de nos comportements » (2013, p. 30).

Goleman, cofondateur du collectif pour l'apprentissage de l'intelligence émotionnelle au centre d'études sur l'enfant de l'Université de Yale précise que :

Dans la mesure où nos émotions bloquent ou amplifient notre capacité de penser et de planifier, d'apprendre en vue d'atteindre un but lointain, de résoudre des problèmes, etc., elles définissent les limites de notre aptitude à utiliser nos capacités mentales innées et décident donc de notre avenir. Et dans la mesure où nous sommes motivés par l'enthousiasme et le plaisir que nous procure ce que nous faisons – voire par un niveau optimal d'anxiété –, les émotions nous mènent à la réussite. (1997, p. 109)

Les émotions peuvent favoriser la démarche intellectuelle ou au contraire la freiner en fonction des circonstances dans laquelle la tâche a été « reçue » : « *la participation indispensable de l'émotion au processus de raisonnement peut être avantageuse ou néfaste selon à la fois les circonstances de la décision et l'histoire passée de celui qui décide* » (Damasio, 2010, p. 3). Nous pourrions citer un grand nombre d'exemples où l'émotion participe dans un sens ou dans l'autre dans un raisonnement clinique, une prise de décision ou dans la réalisation de tâches lors de l'exercice infirmier : la fin de vie, la souffrance mais aussi la rémission d'un patient, sont porteurs d'émotions qui contribuent obligatoirement à une individualisation, une personnalisation :

Nos émotions influent sur nos réactions, nos choix, nos décisions, elles orientent notre agir et nos soins... Nos relations avec les malades nous mettent en contact avec leurs craintes, leur souffrance, leur colère, voire leur désespoir et ces émotions sont susceptibles de susciter en retour, chez nous, l'empathie, l'anxiété, l'agacement ou le rejet. (Phaneuf, 2013, p. 32)

Damasio ajoute même que les émotions confèrent parfois « *aux êtres vivants la possibilité d'agir intelligemment sans penser intelligemment* » et que « *le raisonnement effectue la même chose que ce qu'accomplissent les émotions, mais de manière à ce que nous le sachions* » (2010, p. 3).

Ainsi, une production peut entraîner une émotion (positive ou négative) tout comme une émotion peut avoir un impact sur la production qui génère alors une modification de l'activité, Phaneuf dit que :

Dans sa relation avec le patient, il est capital que l'infirmière perçoive ce qu'il vit, qu'elle le comprenne et reconnaisse la résonance qui se fait en elle et se répercute sur son action, que ce soit dans un sens positif ou négatif. Pour développer une approche responsable, le soignant doit alors chercher à saisir la signification de la situation dans laquelle il est impliqué, analyser non seulement les réactions du malade, mais aussi les siennes afin d'orienter son jugement et son comportement et d'en tirer le meilleur parti possible dans l'intérêt du malade. (2013, p. 32)

Clot précise que « *c'est donc la transformation du sens de l'activité qui fait changer les rapports entre émotions et cognitions* » (2010, p. 4) au cours de l'accomplissement de la tâche par les opérateurs. L'émotion oscille donc entre un statut d'objet et celui d'effet. Leplat (2000) ajoute que l'agent en effectuant la tâche vise également à la réalisation de buts personnels et en métamorphose le contexte. Clot ajoute que : « *l'activité-pratique et psychique est toujours le siège d'investissements vitaux : elle transforme les objets du monde en moyen de vivre ou échoue à le faire* » (2010, p. 7).

Dans la profession d'infirmière, on peut identifier des enjeux émotionnels. Au-delà de la prescription de la tâche, se jouent des facteurs personnels induits par l'histoire de vie du soignant face à la personne soignée. Damasio illustre ces propos en déclarant :

À la suite de nos expériences passées, une vaste gamme de stimuli et de situations a été associée à ceux des stimuli qui sont des déclencheurs innés d'émotions. La réaction à l'un ou l'autre des stimuli appartenant à cette vaste gamme peut être filtrée par le biais d'une évaluation consciente. Par la suite, il peut y avoir de larges variations dans l'expression des émotions, en ampleur et en intensité. (2010, p. 183)

Ces variations personnelles peuvent être motrices ou au contraire inhibitrices dans la réalisation des tâches prescrites.

Les émotions que les soignants peuvent ressentir au lit du patient vont donc modifier, altérer le jugement clinique et la manière de répondre à la sollicitation, au contexte, au besoin identifié. Nous émettons l'hypothèse que cette personnalisation du soin va probablement avoir un impact sur la manière de gérer le *care* en situation de soins.

3.4 Genre et style

Puisque les approches des soignants vont être différentes et personnalisées dans les soins, nous pouvons faire le lien avec ce que Clot appelle le genre et le style. Pour notre analyse, le genre et le style peuvent être des éléments qui vont nous aider à repérer les comportements et attitudes des soignants relevant de gestes professionnels liés au *care*.

Le genre social d'un métier ou genre professionnel se définit comme les obligations partagées par un corps de métier pour travailler malgré les contraintes et l'organisation prescrite du travail, « *un travail de réorganisation de la tâche par les collectifs professionnels* » (Clot, 2010, p. 103). Il agirait comme une « *conscience* » commune à une profession. On pourrait rapprocher la notion des gestes de métier de Jorro pour définir la question du genre. Le genre peut être de deux registres : langagier et technique (Clot, 2010). Dans la profession infirmière, nous y retrouvons les deux. Le milieu médical a son propre « parlé social » en usage dans une situation de soin. Il est enseigné lors des études au même titre que l'anatomie ou la physiologie afin de comprendre et se faire comprendre des pairs, Bakhtine (1984) parle de « *diapason lexical* ». De même, la technique est omniprésente dans les soins infirmiers, et même si chaque soignant effectue différemment un acte, un pansement par exemple, il respecte des règles de base, communes à chacun. Ce qui définit le genre infirmier c'est l'ensemble des valeurs qui l'animent, une mémoire professionnelle qui n'est pas une simple application de la prescription, mais qui oriente le sujet sur l'action à effectuer au sein du groupe social d'appartenance. C'est à travers le genre professionnel que les relations interprofessionnelles s'animent (Clot, 2010).

Les individus travaillant au sein d'un même groupe social ont donc un genre en commun, ce qui les différencie c'est le style que chacun met dans son activité. Le style est donc un ajustement du genre, une retouche personnelle qui modifie l'activité réelle au moment d'agir et lui donne son caractère unique « *les styles ne cessent de métamorphoser les genres professionnels qu'ils prennent comme objet de travail* » (Clot, 2010, p. 109). Nous pourrions cette fois faire un rapprochement avec les gestes professionnels de Jorro pour enrichir la définition du style. Reprenons l'exemple du pansement pour une infirmière, chacune dispose à sa façon ses pinces ou ses compresses lors de la réalisation de l'acte technique. L'expertise professionnelle va également permettre de faire évoluer le style du sujet, lui permettant ainsi de s'émanciper au sein même du genre du métier (Clot, 2010).

Nous émettons l'hypothèse que notre recherche va permettre de mettre en évidence des styles différents dans les soins liés au *care* selon les infirmières observées.

3.5 Pouvoir d’agir

Notre population cible, les infirmières libérales, jouissent d’une certaine autonomie dans les soins : « *Autonomie, rigueur et organisation constituent la spécificité de cette forme d'exercice infirmier* »⁶⁷. Bien sûr, elles sont contraintes au respect de la prescription médicale et des décrets de l’exercice professionnel mais bénéficient de liberté dans la programmation et la réalisation du soin donc dans l’agir.

Comme nous venons de l’évoquer, l’aspect émotionnel est déterminant dans les soins. Nous pouvons également y inclure la notion de liberté d’agir (Le Boterf (2004) parle du « *pouvoir agir* ») qui entraîne une transformation de l’acteur qui produit, qui « *se réalise* » et qui dès lors affecte l’institution ou tout au moins son organisation (Clot, 2010). Il doit y avoir une appropriation de la tâche par le sujet pour que celle-ci se transforme en « son » activité. La perte du sens de l’activité définie par Clot (2010) comme une « *déliaison* » dans l’activité entre les préoccupations de l’acteur et les attentes institutionnelles peut aboutir à un sentiment d’impuissance ou d’insignifiance, à un désinvestissement et à une désaffectation de l’activité, y perdant jusqu’à son sens social. Le pouvoir d’agir n’est pas qu’un pouvoir de contraindre venant d’une source externe, il s’agit également du rayon d’action effectif de la personne dans son activité professionnelle, comment le sujet l’investit, comment il la recrée, « *le pouvoir d’agir signe l’efficacité dynamique de l’activité, ses métamorphoses entre sens et efficacité* » (Clot, 2010, p. 13). Pastré parle de « *« sujet capable » qui n’est pas réductible à un sujet connaissant* » (2014, p. 19).

Dans la profession d’infirmière, comme dans tout autre métier, le management du cadre de santé, les relations interprofessionnelles (avec les médecins, les aides-soignantes...) vont être déterminants de la « libre-expression » révélée dans le travail réel du soignant. De même, des conditions personnelles vont influencer l’investissement dans la relation soignante : les représentations du métier ou l’ancienneté dans un poste.

⁶⁷ Site infirmiers.com.

4. Topique énonciative ou les postures de la construction interactionnelle

Dans l'intérêt de notre recherche, nous nous servons des notions d'effacement énonciatif, de sur-énonciation, sous-énonciation et co-énonciation (Rabatel, 2004). En effet, si les soignants ont tous un style qui les caractérise dans leur manière d'entrer en relation avec le patient, il nous semble intéressant de repérer les enjeux de l'entretien et de repérer la posture des protagonistes, ainsi que les prises en charges énonciatives.

4.1 L'effacement énonciatif

Lorsque nous parlons d'effacement énonciatif, le locuteur, de façon consciente ou non, fait en sorte que sa présence soit oubliée, effacée par sa non implication sous quelle forme que ce soit, « *en « gommant » non seulement les marques les plus manifestes de sa présence mais également le marquage de toute source énonciative identifiable* » (Rabatel citant Vion, 2004, p. 4). Rabatel ajoute qu'il peut s'agir d' « *un « jeu » que joue le sujet parlant, comme s'il lui était possible de ne pas avoir de point de vue, de disparaître complètement de l'acte d'énonciation et de laisser parler le discours par lui-même* » (2004, p. 4). On peut ainsi retrouver un effacement énonciatif lorsqu'on fait jouer au langage une fonction purement descriptive : il s'agit alors de relater des faits sans intervention d'un sujet parlant. On peut aussi l'utiliser pour « *construire un énonciateur abstrait et complexe ou encore « universel* » » (Rabatel citant Vion, 2003a, p. 33) dans un discours scientifique, un texte de loi ou un proverbe.

Il s'agit, pour le locuteur, de raconter un événement, en donnant à penser à l'interlocuteur que les faits racontés sont totalement dépourvus d'une quelconque intervention de sa part, comme si le discours se déroulait seul, sans médiateur.

La notion de locuteur a évolué historiquement et avec les auteurs. Si pour Benveniste, le locuteur était synonyme d'énonciateur, il n'en est pas de même pour Ducrot qui déclare que tout énonciateur influence son discours de son point de vue, ce qui n'est pas le cas du locuteur. Ce dernier voit ainsi son rôle évoluer et devient alors un organisateur entre les prises de parole des divers énonciateurs. Toutefois, comme le dit Rabatel : « *si tout locuteur est aussi énonciateur, en revanche, tout énonciateur n'est pas nécessairement locuteur* » (2004, p. 5). Pour lui, « *le locuteur est l'instance qui profère un énoncé à partir de laquelle opère le*

repérage énonciatif. Quant à l'énonciateur, c'est l'instance qui assume l'énoncé, à partir de laquelle opèrent les phénomènes de qualification et de modélisation » (Rabatel, 2003b, p. 52). En effet, il arrive qu'un narrateur (qui est un locuteur) « *fasse parler* » des personnages par leurs gestes devenant de ce fait les énonciateurs par ce qu'ils « *transcrivent* » sans être pour autant des locuteurs ; alors qu'à « *chaque fois qu'il pense ce qu'il dit, le locuteur est aussi énonciateur de ses propres énoncés* » (Rabatel, 2003b, p.52).

4.2 La co-énonciation

Rabatel définit trois postures entrant en jeu dans les interactions des points de vue divers d'un discours. La première de ces postures est la co-énonciation. Il la définit comme la co-construction d'un avis qui de ce fait est partagé par les interlocuteurs. Il s'agit d'une coopération souvent fugace du fait de la fragilité des accords et de la complexité des relations interhumaines et de la communication. De plus, Rabatel ajoute que l'activité cognitive expose les acteurs à des négociations :

En fonction de l'instabilité des enjeux de places et de faces qui se superposent aux négociations sur le savoir et ses valeurs ou encore en fonction des genres. Aussi un locuteur peut-il changer de posture (comme il change de registre ou de plan d'énonciation) ou se cantonner (voire être cantonné) à l'une de ces postures. (Guernier, Durand-Guerrier & Sautot, 2006, p.225).

4.3 La sur-énonciation

Dans le cas d'une posture de sur-énonciation, l'avis d'un locuteur domine l'avis de l'interlocuteur, cet effet « *surplombant* » étant reconnu comme tel par les autres énonciateurs.

La sur-énonciation est ici définie comme un phénomène interactionnel intervenant dans des interactions inégales, dissensuelles (sur les plans du statut des locuteurs, sur les plans cognitifs, pragmatiques) dans lesquelles le locuteur citant déforme à son avantage le dire du locuteur cité en estompant l'origine énonciative et la visée des propos rapportés. (Rabatel, 2003a, p. 35)

Une posture de sur-énonciation implique généralement l'emploi d'un vocabulaire spécifique, en effet le locuteur cherche à confirmer, rectifier, opposer, proposer... Il utilise également la reformulation. Rabatel, dans un exemple de situation d'enseignement dit que l'effet « surplombant » se fait sur les plans cognitif, linguistique et interactionnel :

- cognitif parce que le locuteur en posture de sur-énonciation « *reprend des points de vue justes tout en les reformulant d'une façon plus abstraite* »
- linguistique car le « dominant » feint « *d'attribuer le point de vue aux élèves* » et sert « *de base à de nouvelles prédications qui paraissent découler de ce qui précède* »
- interactionnel car le nouveau point de vue est « *surplombant... sans laisser de marge de manœuvre aux élèves* » (Guernier, Durand-Guerrier & Sautot, 2006, p.237).

Toutefois, il est à noter que les mots employés ou l'importance du temps de prise de parole ne déterminent pas obligatoirement une posture de sur-énonciation. Un énonciateur peut monopoliser la parole sans être dominant dans les interrelations communicationnelles. Il est donc nécessaire d'être vigilant quant à l'interprétation que nous pourrions donner aux propos d'un discours.

4.4 La sous-énonciation

La sous-énonciation se définit *a contrario* comme étant la posture d'un énonciateur dont le point de vue est dominé par rapport à un sur-énonciateur. Elle « *renvoie à des situations déséquilibrées dans lesquelles le point de vue du locuteur citant (ou cité) s'efface devant la représentation du point de vue d'autrui* » (Rabatel, 2003a, p. 36). Rabatel ajoute : « *de même que la sous-énonciation n'est pas nécessairement partie liée avec l'erreur, la sur-énonciation n'implique pas nécessairement la vérité* » (Guernier, Durand-Guerrier & Sautot, 2006, p. 229).

Il se s'agit en aucun cas d'associer la sous-énonciation à un locuteur qui prend peu la parole. En effet, un locuteur peut parler peu et être en sur-énonciation, tandis que comme nous l'avons dit ci-dessus, un « bavard » ne sera pas forcément en posture dominante. Par ailleurs, rappelons que les effets de sur- ou sous-énonciation sont des phénomènes réversibles.

Il nous semble important de préciser que le rôle et la place de chacun dans une relation inter-communicationnelle doivent être dissociés de toute relation d'ordre hiérarchique, affective, intellectuelle ou idéologique. *In fine*, la sur-énonciation ne doit pas être synonyme de pouvoir ou de supériorité, la co-énonciation n'implique aucunement une relation entre pairs et la posture de sous-énonciation ne doit, quant à elle, pas être associée à une posture de soumission à une autorité ou à un rapport de politesse. Ce point nous semble primordial pour notre recherche en cours puisqu'il s'agit ici de relations entre patients et infirmières où le « pouvoir de la blouse blanche » pourrait interférer. Or, pour relever les gestes professionnels liés au *care*, cette posture de pouvoir irait à l'encontre de nos objectifs de recherche car le soignant ne serait pas alors en posture de prise en considération de l'autre ou d'écoute active. Un autre intérêt de notre choix de population est ici mis en exergue, en effet les infirmières libérales n'exercent pas en blouse blanche mais sont en civil. Ce point a son importance dans la perception de la patientèle vis-à-vis du professionnel et minimise voire occulte ce rapport au pouvoir de la blouse.

5. Les mondes discursifs selon Bronckart

Pour réaliser l'analyse, nous utilisons également les mondes discursifs de Bronckart. L'analyse langagière des textes permet grâce aux outils proposés par l'auteur de faire du lien entre l'activité langagière et l'action réalisée, la production d'un texte étant le reflet des représentations des mondes de l'individu. Les indicateurs repérés peuvent ainsi nous permettre d'identifier ce qui relève du *care* dans le discours des acteurs, voire de repérer des gestes professionnels spécifiques...

5.1 Agir communicationnel et mondes représentés

Bronckart, dans *activité langagière, textes et discours* (1996), présente divers outils d'analyse de traitement de données en cherchant à clarifier les relations qui peuvent exister entre les actions humaines et les actions langagières car « *l'émergence de l'agir communicationnel est aussi constitutive du social* » (1996, p. 33).

Bronckart, s'appuyant sur les travaux d'Habermas, précise que cet agir communicationnel véhicule des représentations collectives du milieu nommées mondes représentés, ou, pour lui, le monde ordinaire. Habermas distingue trois sortes de mondes :

- le monde objectif : il s'agit ici de repérer les aspects physiques du milieu de l'activité langagière engagée (lieu, moment, émetteur, récepteur)
- le monde social : cherche à repérer l'organisation de la tâche ou modalités de coopération entre les membres engagés dans l'activité (normes, valeurs, règles)
- le monde subjectif : est caractérisé par les particularités individuelles de chacune des personnes engagées dans la tâche (image que l'on donne de soi).

Ces mondes constituent des cadres d'évaluation de l'activité humaine s'appuyant sur :

L'efficacité de l'intervention dans le monde objectif, sous son aspect d'agir régulé par les normes, elle exhibe des prétentions à la conformité eu égard aux règles sociales ; sous son aspect d'agir dramaturgique, elle exhibe enfin des prétentions à l'authenticité de ce qu'un agent donne à voir de son monde subjectif. (Bronckart, 1996, p. 43)

Bronckart appelle « *situation d'action langagière* » les propriétés de ces trois mondes susceptibles d'influencer la production textuelle.

Le langage est donc d'une part « *une production interactive associée aux activités sociales* » (1996, p. 34) et est instrument de l'activité, mais il est également pourvu d'une fonction relevant du représentatif, chaque signe étant associé à un signifié. Cette sémiotisation permet une activité langagière s'organisant en textes.

Bronckart déclare qu'il existe de nombreuses formations socio-langagières et que celles-ci « *en fonction de ses objectifs et de ses intérêts propres, élabore des modalités particulières de mise en fonctionnement de la langue* » (1996, p. 36) donnant naissance à des genres de textes. Cette variété montre qu'une langue est constituée de sous-systèmes et que les mondes représentés sont influencés par les genres (contemporains ou portés par l'histoire), créant ainsi une interaction langagière relevant de l'intertextualité c'est-à-dire l'ensemble des genres de textes.

5.2 Langue naturelle, textes et discours

Bronckart définit toute langue naturelle « *comme sous-tendue par un code, ou par un système, composé de règles phonologiques, lexicales et syntaxiques relativement stables, système qui rend possible l'intercompréhension au sein d'une communauté verbale* » (1996, p. 71). Toutefois, la langue a un double statut :

- Le système de la langue naturelle ne peut être considéré stable qu'en faisant abstraction des changements dus au temps et aux usages qui peuvent le perturber. Ce premier statut du système de la langue est étudié par la philosophie.

- Ce n'est qu'à travers les productions verbales effectives d'allures diverses qualifiées de textes que la langue peut être appréhendée. Ce second statut est étudié par les sciences du langage et se centre sur l'analyse de l'organisation et le fonctionnement des différents textes. C'est dans ce courant que s'inscrivent les travaux de l'auteur.

Bronckard définit le texte comme « *toute production verbale située, qu'elle soit orale ou écrite... La notion de texte désigne donc toute unité de production verbale véhiculant un message linguistiquement organisé et tendant à produire sur son destinataire un effet de*

cohérence » (1996, p. 73-74). Les textes sont donc les « *formes communicatives globales et « finies* » *constituant les produits concrets des actions langagières* » (1996, p. 150).

Les textes, même s'ils sont très variés et nombreux, ont toutefois des caractéristiques communes :

- ils sont en relation d'interdépendance avec les propriétés du contexte dans lequel ils sont produits
- ils possèdent un mode d'organisation de leur contenu
- ils sont composés de phrases articulées entre elles
- ils mettent en œuvre des mécanismes de textualisation et de prise en charge énonciative.

Tout texte peut « *être considéré comme relevant d'un genre déterminé* » (1996, p. 75), Bronckart emploie l'expression de genre de texte.

Les différents segments (récit, dialogue, argumentation...) qui composent les textes sont d'une part en nombre fini et d'autre part relativement identifiables par leurs caractéristiques linguistiques. Bronckart nomme ces segments : discours. Relevant que ces derniers présentent des régularités de structuration linguistique fortes, il adopte pour les désigner l'expression de type de discours.

5.3 Positionnement épistémologique de l'auteur

Bronckart conteste les théories de tradition aristotélicienne qui défendent l'idée que « *la représentation du monde est première et le langage est un phénomène second* » (1996, p. 107). En effet, l'auteur soutient que l'interactionnisme socio-discursif :

Pose que, dans l'espèce humaine, les activités collectives médiatisées par les pratiques langagières sont premières, phylogénétiquement et ontogénétiquement. C'est dans le cadre des évaluations socio-langagières de l'activité que sont délimitées des actions et des textes imputables à des humains singuliers. C'est ensuite par l'appropriation et l'intériorisation des propriétés socio-sémiotiques de ces évaluations que se construisent des agents ou personnes susceptibles de se représenter les contextes d'action et d'agir. La

pensée consciente émerge ainsi comme un produit de l'action et du langage.
(Bronckart, 1996, p. 109)

Les textes sont donc issus d'une action langagière combinant les représentations des trois mondes représentés dont dispose l'agent et sont donc des correspondants verbaux ou sémiotiques.

Ce postulat nous permet de nous projeter vers l'analyse de nos verbatims. En effet, si les caractéristiques des textes sont le reflet du traitement opéré par l'agent en situation, l'analyse des interactions langagières entre soignants et patients pourrait nous permettre d'émettre des hypothèses sur les représentations que l'infirmier contextualise en situation de soins, notamment dans ses activités liées au *care*.

5.4 Le texte : un feuilleté de trois couches superposées

Bronckart, afin de faciliter l'analyse des textes et faire ainsi émerger la sémiotisation de l'agent, distingue trois couches superposées dans leur organisation : l'infrastructure générale du texte, les mécanismes de textualisation et enfin les mécanismes de prises en charge énonciative. L'auteur précise que ces couches superposées reposent sur une organisation hiérarchique et qu'il existe de multiples interactions entre les trois couches.

L'infrastructure générale des textes regroupe :

- le plan général du texte (organisation du texte et identification des différents thèmes abordés)
- Les types de discours : segments du texte (discours théorique, discours interactif, narration...)
- Les articulations des types de discours : relations d'un segment à un autre
- Les séquences : sont des modes de planification déployés dans le texte (séquence argumentative etc...)

Les mécanismes de textualisation : il s'agit de l'articulation hiérarchique même du texte lui donnant toute sa cohérence. Ces mécanismes sont :

- la connexion qui marque les articulations du texte par des organisateurs textuels : conjonctions, adverbes...

- la cohésion nominale qui introduit les thèmes, les personnages ou assure les reprises par l'utilisation d'anaphores : pronoms personnels, relatifs, démonstratifs...
- La cohésion verbale qui assure l'organisation temporelle et/ou hiérarchique des états, des événements et des actions : emploi des différents temps des verbes.

Les mécanismes de prise en charge énonciative : il s'agit d'une part d'identifier quelles voix s'expriment dans le texte (auteur, voix sociales (personnes non impliquées ou institutions), personnages impliqués), et d'autre part, de traduire les évaluations ou modalisations formulées à l'encontre de certains aspects thématiques du texte (jugements, opinions, sentiments).

5.5 Les mondes discursifs

Pour Bronckart, les types de discours, c'est-à-dire « *les langues, langages et styles, comme éléments constitutifs de l'hétérogénéité textuelle* » (1996, p. 144), s'appuient sur des mondes virtuels qu'il nomme mondes discursifs. C'est l'activité langagière définie comme « *les formes et types d'interaction verbale et les conditions concrètes de leur réalisation* » (1996, p. 144) qui est créatrice de ces mondes.

Ces mondes sont « autres » que les mondes représentés dans lesquels se déploient les actions des individus mais doivent exhiber le type de rapport entretenu avec ces mondes de l'activité humaine.

Les mondes discursifs sous-tendent des opérations psychologiques mais également des aménagements linguistiques pour leur donner forme dans une langue donnée.

Bronckart soutient que les mondes discursifs se construisent sur la base de deux sous-ensembles d'opérations :

« *Les premières explicitent le rapport existant entre les coordonnées générales organisant le contenu thématique d'un texte et les coordonnées générales du monde ordinaire dans lequel se déploie l'action langagière dont le texte est issu* » (1996, p. 154).

L'auteur précise que les opérations de construction de ces coordonnées sont alors :

- Soit disjointes des coordonnées du monde ordinaire de l'action langagière c'est-à-dire que le contenu renvoie ici à une origine spatio-temporelle (faits passés ou à venir, imaginaires...) explicite (un jour, hier, il était une fois...). Les faits sont alors racontés, « *le monde discursif est posé dans un « ailleurs »* » (1996, p. 155)
- Soit conjointes des coordonnées du monde ordinaire de l'action langagière c'est-à-dire que le contenu ne renvoie pas à une origine spécifique et que les faits qui sont alors exposés se réfèrent aux coordonnées générales du monde de l'action langagière en cours.

Les secondes ont trait plus spécifiquement à la mise en rapport entre, d'une part les différentes instances d'agentivité (personnages, groupes, institutions, etc.) et leur inscription socio-temporelle, telles qu'elles sont mobilisées dans un texte, et d'autre part les paramètres physiques de l'action langagière en cours (agent producteur, interlocuteur éventuel et espace-temps de production). (1996, p. 154)

- Soit le rapport est explicité et dans ce cas le texte met en avant un rapport d'implication à l'égard des paramètres de l'action langagière et ce, par des renvois déictiques (il faudra dans ce cas avoir accès aux conditions de production du texte pour pouvoir l'interpréter).
- Soit le rapport n'est pas explicité et dans ce cas, le texte est en autonomie par rapport aux paramètres de l'action langagière. Dans ce cas, aucune connaissance des conditions de production n'est nécessaire.

Bronckart distingue de ce fait des mondes discursifs distincts : ceux du RACONTER (réalistes ou fictifs) et ceux de l'EXPOSER. Par ailleurs, ces mondes discursifs peuvent se différencier également par leurs caractères d'implication ou d'autonomie à l'égard des paramètres de l'action langagière. En croisant ces données, Bronckart propose ainsi quatre mondes discursifs :

- le monde de l'EXPOSER impliqué
- le monde de l'EXPOSER autonome
- le monde du RACONTER impliqué
- le monde du RACONTER autonome.

Des opérations psychologiques constituent les mondes discursifs et des marques linguistiques les traduisent que Bronckart nomment le type linguistique.

Bronckart nous propose ainsi un tableau à double entrée exposant les quatre types de discours :

		Coordonnées générales des mondes	
		Conjonction	Disjonction
		EXPOSER	RACONTER
Rapport à l'acte	implication	Discours interactif	Récit interactif
De production	autonomie	Discours théorique	Narration

5.6 Le discours interactif

Etant données les sources de nos verbatims : des entretiens entre patients et soignants, des autoconfrontations simples et une instruction au sosie, il s'agit en grande partie de discours interactifs même si nous pourrions dans ceux-ci y voir apparaître d'autres mondes discursifs. C'est pourquoi, nous choisissons de développer ici, davantage ce type de discours.

Le discours interactif peut être produit à l'oral comme à l'écrit sous forme d'un monologue ou d'un dialogue et se singularise par des unités qui renvoient à l'interaction verbale d'une part et au caractère conjoint-impliqué du monde discursif créé d'autre part. Il s'agit par ailleurs d'un type de discours où la densité verbale est élevée.

Dans le discours interactif, outre les tours de parole qui marquent l'interaction, on peut identifier de nombreuses phrases non déclaratives. On peut ainsi repérer :

- des phrases interrogatives
- des phrases impératives
- des phrases exclamatives

Le caractère conjoint-impliqué est quant à lui identifiable par :

- les temps des verbes : essentiellement du présent (simultanéité des événements et de la prise de parole), le passé composé (marquant l'antériorité des événements exposés), le futur (marquant la postériorité des événements).
- Des unités renvoyant à des objets accessibles aux interactants, à l'espace ou au temps :
 - Ostensifs (Voilà...)
 - Déictiques spatiaux (là...)
 - Déictiques temporels (aujourd'hui...)
- Des noms propres ou des pronoms de première et deuxième personne du singulier ou du pluriel.

Dans le discours interactif, nous pouvons également repérer d'autres unités où nous trouvons de façon récurrente la présence du pronom indéfini « on », ou des auxiliaires comme « pouvoir, vouloir, devoir, falloir... ».

Par ailleurs, Bronckart précise que dans le cas de l'interview, un monde discursif spécifique se construit, celui-ci résulte en effet de la sémiotisation du contenu thématique mobilisé lors de l'interaction et est mis en relation avec le monde ordinaire des agents. Nous relevons ce point car lors des entretiens avec les infirmiers, nous serons dans ce cas.

5.7 Les séquences

L'infrastructure des textes est, comme nous l'avons vu précédemment, constituée de différents types de discours. Bronckart ajoute que cette infrastructure se caractérise également par son organisation séquentielle ou linéaire de son contenu thématique.

Lorsqu'une personne va produire un texte, celle-ci a des connaissances et des représentations qui sont stockées dans sa mémoire, Bronckart les nomme « *macro-structures* » (1996, p. 219). Ces dernières, lors de la production même du texte, sont réorganisées sous des formes diverses pour pouvoir en assurer la production verbale.

Bronckart, s'appuyant sur les travaux d'Adam (1992), expose que l'organisation linéaire d'un texte se conçoit « *comme le produit de la combinaison et de l'articulation de différents types de séquences* » (1996, p. 220) que nous allons brièvement développer.

5.7.1 La séquence narrative

Quelle que soit l'histoire racontée, celle-ci met en scène des personnages subissant une succession d'événements organisés mais on ne peut parler de séquence narrative que si cette organisation est sous-tendue par un processus de mise en intrigue, c'est-à-dire un agencement des événements de manière à ce qu'ils forment une histoire.

Les modèles de séquence narrative étant nombreux, Bronckart nous en propose deux. Le premier, le plus simple articule trois phases :

- la situation initiale (début),
- la transformation (milieu),
- la situation finale (fin).

Le second, plus élaboré, comporte cinq phases majeures dans un ordre défini :

- la phase de situation initiale : c'est l'exposition d'un état des choses en position d'équilibre avant l'introduction d'une perturbation
- la phase de complication : introduction d'une perturbation créant un état de tension
- la phase d'action : la perturbation provoque une série d'événements
- phase de résolution : introduction des événements conduisant à la réduction de la tension
- la phase de situation finale : la résolution permet un nouvel état d'équilibre.

A ces cinq phases majeures, deux autres peuvent être distinguées par leur caractère d'ordre indéfini :

- la phase d'évaluation : son emplacement est libre dans la séquence et intègre un commentaire relatif au déroulement de l'histoire
- la phase morale : se situe le plus souvent au début ou à la fin de la séquence et explicite la signification globale attribuée à l'histoire.

5.7.2 La séquence descriptive

Trois phases composent cette séquence. Celles-ci ne s'organisent pas selon un ordre linéaire mais selon un ordre hiérarchique :

- la phase d'ancrage : le thème est annoncé (forme nominale ou titre) soit au début de la séquence, c'est l'ancrage ; soit il apparaît et est repris au cours de la séquence, c'est la reformulation ; soit il est énoncé en fin de séquence, c'est l'affectation
- la phase d'aspectualisation : énumération des aspects du thème et décomposition en parties selon leurs propriétés
- la phase de mise en relation : les éléments subissent des opérations de comparaison ou de métaphore.

5.7.3 La séquence argumentative

Il s'agit de proposer de nouvelles données à une thèse supposée admise. Ces données font l'objet d'un processus d'inférence (étayé par des supports ou freiné par des restrictions) orientant vers une thèse nouvelle ou une conclusion. Elle se présente en quatre phases successives :

- la phase de prémisses : il s'agit du constat de départ
- la phase de présentation d'arguments : les éléments orientant vers la conclusion sont présentés à l'aide de règles, d'exemples...
- la phase de présentation de contre-arguments : opèrent une restriction à l'argumentation à l'aide de règles, d'exemples...
- la phase de conclusion ou de nouvelle thèse : intègre les effets des arguments et contre-arguments.

5.7.4 La séquence explicative

Bronckart s'appuie sur les travaux de Grize (1981) pour postuler qu'un phénomène incontestable est à l'origine du raisonnement explicatif mais développé de manière incomplète. Il va donc falloir le développer de manière à l'enrichir en explicitant les causes, les raisons de l'affirmation initiale et répondre aux questions que celles-ci suscitent. Cette séquence se présente en quatre phases :

- la phase de constat initial : introduction du phénomène non contestable

- la phase de problématisation : une question (pourquoi, comment) ou bien une contradiction apparaît
- la phase de résolution : apporte les éléments informatifs pour répondre à la problématisation
- la phase de conclusion-évaluation : complète et reformule le constat initialement posé.

5.7.5 La séquence dialogale

Cette séquence n'existe que dans des segments de discours interactifs dialogués structurés en tours de parole, ce qui est essentiellement notre cas concernant les verbatims entre infirmières et patients. Un dialogue constitue un tout cohérent co-produit par les interactants. Cette séquence s'organise en trois niveaux emboîtés :

- le niveau supra-ordonné : comporte trois phases : l'ouverture (entrée en contact selon règles socio-communicatives), la phase transactionnelle (le contenu thématique est co-construit), la clôture (met un terme à l'interaction)
- au deuxième niveau : il s'agit des échanges qui composent les trois phases précédentes. L'échange se traduit par des interventions ou tours de parole et dépend du nombre d'interlocuteurs.
- au troisième niveau : décompose ces interventions en clauses ou énoncés qui traduisent un acte de parole déterminé en fonction du but poursuivi par l'agent producteur à l'égard de ses interlocuteurs comme une requête, une affirmation, une injonction etc.

5.7.6 La séquence injonctive

Contrairement à Adam (1992) qui la rattache à la séquence descriptive, Bronckart accorde un statut spécifique à ce sixième type de séquence montrant des segments de textes injonctifs, instructionnels ou procéduraux. Ces séquences montrent un but propre, celui de faire agir le destinataire selon les recommandations directives de l'agent producteur, d'où l'utilisation de l'infinitif ou de l'impératif.

Les séquences sont donc le produit de la restructuration d'un contenu thématique déjà organisé sous forme de macro-structures et cette réorganisation va dépendre des représentations de l'agent concernant les propriétés des destinataires de son texte mais également du but poursuivi. Elles contribuent de ce fait à la mise en place de l'infrastructure textuelle se rajoutant aux opérations constitutives des types de discours.

5.8 Autres formes de planification du contenu thématique

Comme nous venons de le voir, certains segments de textes sont organisés en séquence mais d'autres segments s'organisent sous d'autres formes que nous allons voir ici.

5.8.1 Le script

Dans des segments de textes relevant du RACONTER, il apparaît parfois que les événements ou actions de l'histoire s'organisent dans un ordre chronologique, linéaire sans mise en tension particulière. C'est le script qui constitue le degré zéro de la planification des segments de l'ordre du RACONTER.

5.8.2 La schématisation

Dans des segments de textes relevant de l'EXPOSER, il arrive qu'un objet de discours soit neutre c'est-à-dire non contestable ni problématique (contrairement aux séquences explicatives et argumentatives). Les segments de textes sont alors simplement informatifs ou purement expositifs. Il s'agit d'une forme de schématisation de la logique naturelle et qui peut à ce titre être considérée comme le degré zéro de la planification des segments de l'ordre de l'EXPOSER.

5.9 Synthèse

La planification des textes peut ainsi être réalisée sous des formes minimales comme la schématisation ou le script ou alors sous la forme d'une des six séquences. La mise en séquence se superpose aux opérations constitutives des mondes discursifs sur lesquels s'articulent les segments de textes concernés.

Ces outils permettent d'analyser les segments de texte des verbatims, d'identifier les différents types de discours et de repérer les mondes discursifs des infirmières en activité de soins. Les séquences permettent de repérer des indicateurs et de les mettre en corrélation avec des gestes professionnels liés au *care*, à travers le vocabulaire utilisé mais aussi par le contenu thématique organisé à partir des macro-structures (représentations et connaissances) des infirmières qui vont ainsi s'exprimer à travers des types de gestes.

6. Synthèse

Dans cette seconde partie, nous nous sommes centrée sur les concepts mobilisés dans la question de recherche : le travail et la notion d'activité, le geste professionnel, les savoirs professionnels ainsi que sur les outils pouvant nous aider à l'analyse des données : les topiques énonciatives (Rabatel, 2003) et les mondes discursifs (Bronckart, 1996).

En ce qui concerne le travail, Leplat (2000) énonce que le travail réel déborde toujours de la prescription puisqu'imbriqué dans une succession d'événements nécessitant une part d'adaptation, d'ajustements et de création. Notre recherche tente d'identifier ces adaptations et créations des infirmières libérales dans les soins liés au *care*, les émotions pouvant avoir un impact non négligeable sur le style du professionnel. Comme le souligne Jorro : « *les gestes professionnels intègrent les gestes du métier en les mobilisant d'une façon particulière* » (2006, p. 7). Le geste est, selon elle, un mouvement du corps adressé, porteur de valeurs, inscrit dans une situation, se nourrissant de la biographie, des représentations et de l'expérience du sujet. À travers les gestes professionnels, on ne regarde plus l'agir du point de vue de l'activité mais du point de vue de la professionnalité (Aballéa, 1992). Jorro (2016) croise l'idée de professionnalité émergente et de système de valeurs. Le geste s'adresse dans un contexte, au moment opportun, il a une amplitude et est éthique.

Notre recherche centrée sur les gestes professionnels infirmiers liés au *care*, tente donc de définir de quelle manière particulière ces gestes se manifestent, par quelle recreation ou singularité en nous référant à notre définition du *care*. Pour nous aider à repérer ces manifestations, nous allons nous aider des topiques énonciatives (Rabatel, 2003) et des mondes discursifs (Bronckart, 1996). Les topiques énonciatives vont nous permettre d'identifier les postures des interlocuteurs. Les mondes discursifs nous fournissent des outils d'analyse textuelle nous permettant de mettre en corrélation le langage avec les manifestations des gestes professionnels liés au *care*. En effet, les mondes représentés des individus s'appuient sur des macro-structures personnelles qui s'expriment à travers les textes des infirmières, nous fournissant des indicateurs pour repérer des manifestations de types de gestes professionnels. Une fois la catégorisation des types de gestes professionnels liés au *care* réalisée, nous nous appuierons sur les définitions des savoirs infirmiers : personnel, esthétique, empirique et éthique, identifiés par Carper (1978) et des savoirs complémentaires identifiés par Lechasseur (2009) (Milhomme, Gagnon & Lechasseur, 2014) : savoir

perceptuel, savoir expérientiel, savoir pratique, savoir contextuel pour repérer sur quel savoir s'ancre le geste professionnel lié au *care*.

III MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

1. De la question de recherche au choix de la méthode

Désormais éclairée par l'étude des concepts concernant cette problématique, nous souhaitons maintenant approfondir notre recherche sur le terrain en étudiant en situation réelle, l'activité déployée par les professionnels infirmiers auprès des patients, notre question de recherche étant :

En situation réelle de travail, quels gestes professionnels liés au *care* les infirmiers libéraux mobilisent-ils et sur quels types de savoirs professionnels s'appuient-ils ?

Nous avons vu à travers l'étude du concept de *care* que son étendue est vaste et va de la reconnaissance d'un problème à la réponse reçue par le bénéficiaire du *care*. Notre recherche se centre sur ce que Tronto (2009) nomme le *care giving*, c'est-à-dire le travail concret du *care*, ce que l'infirmière met en place concrètement pour faire du *care* et nous situerons l'analyse au niveau de cette relation entre infirmière et patient avec peut-être des traces de *care receiving* (Tronto, 2009), le *care* étant imbriqué dans des relations interpersonnelles.

Notre souhait est donc de nous immerger dans le milieu professionnel et de suivre les infirmières dans leur travail quotidien, de façon à relever des traces de leur activité.

Cette recherche devrait permettre une mise en lumière des gestes liés au *care* déployés par les infirmières lors des soins prodigués. Elle devrait nous offrir ainsi la possibilité de mettre en évidence les constitutifs du *care* et leurs différentes manières de s'exprimer. À partir de l'analyse des données recueillies, nous essaierons d'élaborer un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* permettant d'expliquer l'activité des infirmières pendant les soins, et d'analyser des situations de travail.

2. Choix de la méthode et des outils

Notre étude porte, d'une façon générale, sur les infirmières, à la recherche d'interactions des comportements face à un même type de situations de soins, dans une approche compréhensive d'un phénomène (Eymard, Thuilier & Vial, 2004). Nous nous situons donc dans le cadre d'une recherche qualitative tant inductive (à partir des données recueillies) que déductive puisque s'appuyant sur une modélisation théorique.

À partir de notre question de recherche, nous visons à :

- identifier les gestes professionnels liés au *care* manifestés par les infirmières libérales dans leur travail quotidien,
- les rendre visibles (rappelons ici que « *le trait essentiel du care est son invisibilité* » (Catanas, 2010)),
- questionner leur éventuelle plus-value dans le soin,
- identifier le lien entre ces gestes et les savoirs professionnels,
- tenter dans un deuxième temps, d'élaborer un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* permettant d'expliquer l'activité des infirmières pendant les soins.

Étant donnés les objectifs visés, une méthode de recherche clinique nous a semblé le plus adapté : « *la singularité du sujet social est ce que la clinique étudie : la façon qu'a concrètement la personne d'organiser son monde et de s'y tenir* » (Eymard, Thuilier & Vial, 2004, p. 85). Nous avons plus particulièrement fait le choix d'un dispositif de la clinique des situations qui se réfère à l'agir (*Ibid*, p. 85). Cette méthode :

S'intéresse à l'activité d'un sujet dans un agir professionnel... L'activité est tout ce que fait l'acteur à l'occasion de la réalisation de la tâche, en situation, y compris lorsqu'il pense la situation. C'est à la fois le penser, le dire et le faire. L'agir est engagement total du sujet parce qu'il touche à sa construction identitaire : on agit avec ce qu'on est, avec ce qu'on se raconte de soi, avec l'image de soi où interagissent les autres. (Eymard et al, 2004, p. 94)

Cette méthode nous permet d'étudier l'appropriation du soignant (savoirs agis, concepts pour agir, significations sociales communes, figures identitaires et de posture, ingéniosités), par rapport à la prescription (*Ibid*). Elle semble donc satisfaire à notre recherche d'identifier les logiques et d'appréhender la situation dans sa réalité la plus proche. Cette méthode permet d'accéder à la parole du sujet, à ce qu'il raconte « son » expérience par rapport au phénomène étudié, « *la clinique des situations travaille à rendre intelligible ce qui dans l'agir se fait à la frange de la conscience, du « spontané », du non-réfléchi* » (*Ibid*, p. 94). En effet, de nombreux travaux (Leplat & Hoc, 1983) montrent qu'il existe un écart entre l'organisation de l'action et sa mise en paroles du fait de l'incorporation de compétences qui ne sont pas forcément conscientisées par le sujet. C'est pourquoi le fait de verbaliser l'action conduit souvent à l'énoncé d'intentions ou de raisons de l'activité.

Par ailleurs, la méthode clinique a pour avantage de permettre de travailler sur la surprise et l'inattendu, voire de les provoquer, ce qui peut être intéressant pour appréhender la réalité du travail clinique de l'infirmière.

Compte tenu du contexte de la recherche : se rendre au domicile des patients avec les infirmières, la vidéo n'était pas envisageable, ni techniquement, ni éthiquement, c'est pourquoi nous avons fait le choix d'effectuer des enregistrements audio des situations réelles de soins. Ces enregistrements sont suivis d'entretiens d'autoconfrontation simple (Mollo & Falzon, 2004) avec le professionnel de soins. La technique de ce type d'entretien consiste à présenter au sujet son propre comportement en même temps qu'il verbalise son activité correspondante. Le principe de l'autoconfrontation simple est ainsi de recueillir auprès du sujet ce qui dans l'activité peut être « raconté » en y intégrant les ressentis, les émotions et les interprétations du professionnel concernant la situation. Leblanc dit qu'il s'agit de « *montrer, raconter et commenter ce qui est significatif pour eux dans le déroulement de la situation* » (2007, p. 14) et que « *l'entretien d'autoconfrontation vise à documenter les interactions significatives de l'acteur avec l'environnement. Il permet à l'acteur de fournir des éléments indispensables à la compréhension de la production de son activité en relation avec la réalité de sa pratique* » (2007, p. 19).

Il s'agit pour le chercheur d'identifier les particularités dans les situations à interroger. Les questions posées sont donc construites à partir de l'activité du professionnel, de manière à provoquer l'engagement de l'enquêté et favoriser son analyse.

Cette méthode de recherche permet de recueillir des données qualitatives sur des savoir-faire personnels, qui sont enregistrées et qui permettent ensuite l'élaboration d'hypothèses. Leblanc précise qu' :

Ainsi on accède à une partie de l'activité significative pour l'acteur en contexte ainsi qu'à sa dynamique de production. L'adoption d'un point de vue articulant l'intrinsèque et l'extrinsèque, contextualisé et dynamique, favorise la production d'hypothèses interprétatives pertinentes au vue de la situation dans laquelle l'acteur est réellement engagé. (2007, p. 18)

Outre cette méthode d'investigation, nous y associerons des observations avec prises de notes lors des interactions entre patients et professionnels infirmiers.

3. L'instruction au sosie d'un infirmier libéral

Suite à l'écoute des enregistrements de l'infirmier libéral 1, nous avons trouvé que celui-ci pouvait encore nous en dire davantage étant données son expérience et sa connaissance des patients. Il est à noter que ce constat provient peut-être de notre statut de novice dans ce type d'exploration puisque faisant suite à notre première matinée sur le terrain. D'autre part, le rythme des entretiens, imposé par le temps des trajets en voiture entre deux patients, pourrait aussi expliquer que l'infirmier n'ait pas eu le temps d'en dire plus. Nous nous sommes donc interrogée sur le moyen d'y remédier et d'enrichir le discours de l'infirmier.

Le travail de l'infirmier libéral peut avoir, avec certains patients, un côté répétitif où l'expertise du professionnel s'exprime. Ces manifestations quotidiennes de gestes ou interactions avec le patient pourraient être en lien avec les gestes professionnels infirmiers liés au *care* que nous cherchons à repérer.

Nous avons étudié les différentes méthodes d'investigation. Les entretiens, quelle qu'en soit la forme, ne nous semblaient pas permettre de travailler sur les détails d'une prise en charge, sur la description hiérarchisée de la construction des gestes aboutissant au soin avec les éléments dont nous disposions (traces audio enregistrées, notes ethnographiques et traces mémorielles). Les questions auraient dû être trop précises et nombreuses. Nous nous sommes donc intéressée à l'instruction au sosie.

Le terme sosie provient du grec *Σωσίας* (Sossia). La méthode d'instruction au sosie est née dans les années 1970 en Italie dans les usines Fiat (Odonne, 1981) et donnait comme consigne :

S'il existait une autre personne parfaitement identique à toi-même du point de vue physique, comment lui dirais-tu de se comporter dans l'usine, par rapport à sa tâche, à ses camarades de travail, à la hiérarchie et à l'organisation syndicale (ou à d'autres organisations de travailleurs) de façon à ce qu'on ne s'aperçoive pas qu'il s'agit d'un autre que toi ? (Robin, p.7)

La méthode de l'instruction au sosie (Clot, 2010 ; Saujat, 2005) permet une prise de conscience simultanée induite par le rapport entre l'instructeur et celui qui reçoit les

instructions. Cette méthode permet de réfléchir sur l'expérience que les individus ont de leur activité, de se la réapproprier voire de prendre conscience de la subjectivité qu'ils peuvent y engager par une séparation du sujet vis-à-vis de son activité. L'instruction au sosie permet de restructurer et ordonner des comportements, formaliser l'expérience informelle de manière à la rendre transmissible. Cette méthode, centrée sur les détails quotidiens, répétitifs et le « comment » faire, a donc semblé particulièrement bien adaptée pour obtenir de l'infirmier qu'il nous révèle son activité et nous permette d'accéder à ses savoirs professionnels développés, venant ainsi compléter les données recueillies lors de l'autoconfrontation simple. Il nous semblait important que l'infirmier réalise, prenne conscience de son activité pour pouvoir la dire, la décrire et s'exprimer avec plus d'implication que n'aurait pu le faire une autre méthode d'entretien.

Il est à noter qu'il est aussi possible à travers l'instruction au sosie, de découvrir l'expérience de l'autre et, par ailleurs, de construire du savoir par une co-analyse aux effets transformateurs, ce qui n'était pas notre but initial dans cette exploration.

Nous avons ainsi sollicité à nouveau ce même infirmier afin d'effectuer une instruction au sosie avec lui. L'entretien s'est déroulé à son domicile, dans le calme.

L'entretien avec l'infirmier a été enregistré et il s'agissait pour nous de nous intéresser aux détails de son travail en insistant sur les « comment » faire. Nous avons tenté d'instaurer pour l'entretien un climat de confiance, d'écoute et d'absence de jugements, propices à cet exercice.

Après l'étude des premiers verbatims réalisés auprès de cet infirmier lors de sa tournée de soins, nous avons décidé de demander à celui-ci de nous raconter ses soins auprès de Mme P. Cette dame, maîtresse d'un petit chien source de tension avec l'infirmier, est, selon ce dernier, parfois difficile et les relations quelquefois tendues. Pourtant, quand nous étudions ces verbatims, même si les propos sont parfois un peu vifs, la sollicitude de l'infirmier transparaît à travers certaines paroles répétées par celui-ci : « *je vous sens inquiète* », « *faut pas vous inquiéter* », « *détendez-vous un p'tit peu Mme P* ». De plus, l'intérêt du choix de cette patiente relève du fait que l'infirmier la suit depuis de très nombreuses années, depuis sa prise de fonction comme infirmier libéral. Il connaît donc parfaitement cette patiente, se rendant à son domicile trois fois par jour, tous les jours de l'année.

Le but de cet entretien a été d'amener l'infirmier à se questionner et à dialoguer par l'intermédiaire de nos questions et relances ainsi que de mettre en exergue son expérience.

Il s'agissait donc pour l'infirmier, dans l'objectif d'informer au mieux son sosie, d'être précis sur les informations afin que nous puissions, en tant que sosie, appréhender les détails de l'activité réelle. Pour nous, qui conduisions l'entretien, nous tentions de faire entendre et voir à l'infirmier son activité car « *la reprise de l'activité première dans le contexte de l'activité seconde d'instruction autorise une mise en mouvement du sens de l'activité pour le sujet-instructeur* » (Saujat, 2005, p. 2). Robin énonce que l'intérêt principal de cette méthode est en effet une « *prise de conscience simultanée née du rapport entre celui (ceux) qui donne(nt) les instructions et celui (ceux) qui les reçoive(nt)* » (p. 7). Clot, quant à lui, dit que « *grâce au langage adressé à l'autre, le sujet réalise, au sens fort du terme, ses activités* » (2010, p. 186). Il ajoute que :

Pour passer l'action au crible de la pensée, le sujet doit « réaliser » - aux deux sens du terme – ce qu'il fait. Mais, pour qu'il puisse « réaliser » son action, il faut lui fournir des moyens nouveaux. C'est à quoi sert le sosie qui est un « moyen détourné », un « contact social » artificiel avec soi-même. Il autorise une « ré-entrée » dans l'action, une répétition sans répétition, la mise au travail de l'action dans une autre activité avec le sosie où elle sert maintenant de ressource. La conscience est ce dédoublement du vécu, revécu pour vivre autre chose. (Clot, 2010, p.261)

Les spécificités de l'instruction au sosie (Saujat, 2005) sont que :

- L'interviewé-instructeur s'exprime à la deuxième personne puisque s'adressant à son sosie.
- L'instructeur doit s'exprimer de manière à ce que ses explications soient suffisamment explicites pour permettre son remplacement.
- L'instructeur doit projeter pour demain une situation qu'il a vécue.
- L'activité réelle est mise en exergue (y compris l'activité empêchée).
- L'instructeur analyse ses descriptions par lui-même.

Exemple du corpus relatif à l'instruction au sosie de l'infirmier libéral :

IE : *il y a des gestes particuliers à faire avec elle ?*

IDE : *ouais on fait attention à pas enlever l'appareil qui... voilà je l'enlève après*

IE : quel appareil ?

IDE : présence verte qu'elle a autour du cou voilà on fait attention à tout ça

IE : D'accord

IDE : de ne rien faire tomber on fait attention tout simplement je pose la chemise de nuit derrière et je prends le gant de toilette je savonne et je frotte dans le dos et pis après une toilette quoi je frotte dans le dos je frotte devant surtout pas le visage parce qu'elle l'a déjà fait et puis

IE : donc elle s'est levée avant pour laver son visage au cabinet de toilette ?

IDE : oui elle se débrouille elle se dépatte elle se fait les dents elle se fait euh elle nettoie ses lunettes enfin elle a son petit rituel son petit train train voilà on continue comme ça j'essuie j'habille euh ensuite elle se lève on fait les fesses et devant les jambes les pieds puis on essuie et on habille on met la protection là elle est debout on met bien la blouse on remet le collier présence verte on met les oreilles (il fait le geste d'appareiller ses oreilles)

IE : elle a des appareils auditifs des deux côtés ?

IDE : voilà ! Les appareils auditifs elle met les lunettes et elle s'en va avec son déambulateur pendant que moi j'ouvre les volets je remets le seau hygiénique à sa place bien comme y faut j'éteins je referme la porte je vais vider la bassine j'ouvre les volets cuisine euheuh (remémoration) salle à manger enfin je referme la porte je me lave les mains une petite parole tout en discutant bien sûr hein de tout et n'importe quoi et pis... « Allez bonne journée à c'soir et j'm'en vais » pis voilà au suivant. Bon ça c'est l'passage du matin mais après le midi maintenant c'est ma collègue qui y va mais en général on parle des informations qu'elle a eu elle me dit s'il y a besoin de changer une protection de faire euh voilà et le soir euh le soir « bonsoir comment s'est passée la journée ? » euh « oh Luc faut que j'vous dise... » y a toujours quelque chose à dire et puis on y va on enlève les vêtements on met la protection elle s'assoit dans le lit on met le coussin sous les fesses on met bien la table parce qu'il y a son interrupteur dessus je vais mettre la protection de la journée dans la poubelle j'en profite je me lave les mains je ferme la porte je vérifie les volets voilà bonne nuit à demain tout le temps tout le temps tout le temps la même chose.

Cette méthode était ici envisageable car l'infirmier connaissait parfaitement Mme P. et nous connaissons le travail effectué par l'infirmier, la bonne compréhension des termes, des enjeux et des pratiques énoncés étaient ainsi facilités :

Exemple :

IDE :... j'ai une patiente qui a une sonde urinaire là je regarde plus particulièrement la dame perd la tête et tout ça au cas où et là des fois j'me dis faut qu'je regarde ci, faut j'regarde ça et je regarde tel endroit parce que je sais qu'il peut y avoir des ulcères sur un tibia.

Il est à préciser que notre inexpérience de la méthode et de sa rigueur nous ont, au cours de la séquence, entraîné sur un entretien de type exploratoire. Ce dernier a toutefois permis d'approfondir les verbatims obtenus lors de la tournée avec ce même infirmier et d'avoir davantage d'éléments porteurs avec un engagement fort de l'infirmier.

4. Choix des sites d'enquête

Dans un premier temps, nous envisagions d'explorer les différentes approches des soins liés au *care* par les soignants en fonction de la population soignée. Nous avons donc choisi de centrer cette recherche sur des services de soins dits de MCO, c'est-à-dire de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, de soins de suite et de réadaptation (ou SSR) et les lieux de vie, domicile ou établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Nous avons également voulu tester initialement notre dispositif dans les services de psychiatrie mais le *care* mobilisé dans ces services est différent de celui des services de soins généraux par l'approche spécifique des pathologies rencontrées et nous avons donc décidé de ne pas pousser davantage les recherches sur cette spécialité. En effet, la personne en souffrance psychiatrique est parfois à la recherche d'une relation fusionnelle ou affective qui amène les soignants du secteur psychiatrique à développer la distance thérapeutique et à poser un « cadre ». La distance thérapeutique *« doit être considérée dans un sens positif en tant qu'outil pour la stabilité de la relation, dans le sens où elle sépare tout en gardant une approche suffisante pour que le patient se sente accompagné »* (Benrberbia, 2009). Lors du test dans les services de psychiatrie, nous avons constaté cette distance thérapeutique avec certains patients, ce qui ne nous aurait pas permis de pouvoir traiter toutes les données pour cette recherche.

Puis, lors du cheminement progressif de l'élaboration de cette thèse, il nous est apparu que cette diversification des lieux d'enquête ne servirait pas notre recherche et ne nous permettrait peut-être pas d'avoir suffisamment accès aux gestes professionnels liés au *care* dans les structures de soins de type MCO ou SSR. Comme nous l'avons vu plus haut, lors de l'exploration du concept de *care*, celui-ci peut être parfois difficilement mis en pratique dans des services essentiellement tournés vers les aspects curatifs comme la chirurgie par exemple et où les temps d'hospitalisation tendent à diminuer. Notre recherche étant axée sur les aspects constitutifs du *care* et ses manifestations, il nous a semblé que centrer notre recherche sur les lieux de vie et plus particulièrement sur les infirmières libérales était plus pertinent. Nous émettons en effet l'hypothèse, que ces dernières, de par le fait qu'elles se rendent chez les patients et non que ceux-ci soient hospitalisés, rend la relation de soins particulière et propice aux manifestations liées au *care*.

5. Négociations pour réaliser les enquêtes

Nous avons pris directement contact avec les infirmières libérales de manière formelle, pour leur expliquer notre démarche, notre recherche et notre souhait de « tourner » avec elles afin de les suivre dans leur activité quotidienne. Le choix des cabinets d'infirmières résulte du souhait de pouvoir observer différents professionnels auprès des mêmes patients. Après un message laissé sans réponse d'un cabinet paramédical infirmier, nous avons eu l'accord immédiat d'un infirmier libéral et rendez-vous fut fixé rapidement. Il nous a, par la suite, mise en contact avec deux de ses remplaçantes afin d'organiser de nouvelles sessions de recueils de données sur une tournée de soins quasi-similaire en termes de clientèle.

6. Choix de la population enquêtée

→ Critères d'inclusion

La population soignante choisie se compose donc uniquement d'infirmiers libéraux dans un secteur rural, en région centre de la France. Par respect de l'anonymat, les prénoms ont été modifiés.

IDE	Prénom	Sexe	Âge	Années de diplôme	Remarques
1	Luc	M	34	2005	Expérience en réanimation
2	Lise	F	36	2000	Expérience en psychiatrie
3	Maria	F	33	2002	Origine Espagnole Diplômée en Espagne, possède un diplôme d'infirmière urgentiste obtenu en Espagne

Nous pouvons observer que nous avons ici un homme et deux femmes dans la même tranche d'âge, ayant une expérience en termes de durée de travail assez similaire. Par ailleurs, l'IDE 1 et l'IDE 3 ont en commun de provenir tous les deux de secteurs de soins hautement techniques : la réanimation et les soins d'urgence.

Nous nous sommes arrêtée à trois soignants car la quantité de données recueillies face à plus de 40 patients vus au total, est considérable et nous semblait suffisante pour l'exploitation et l'analyse.

→ **Critères d'exclusion**

Comme nous l'avons signalé dans les sites d'enquêtes, nous faisons le choix d'exclure la psychiatrie de notre recherche, après l'avoir testée ainsi que les services de soins pour les raisons évoquées ci-dessus.

7. Régulation et mise en place du dispositif

Notre projet consiste à repérer si les infirmières libérales manifestent des gestes professionnels liés au *care* par l'intermédiaire de l'analyse de l'activité qu'elles déploient en situation de soin. Nous nous sommes donc immergée dans le milieu professionnel et avons suivi les infirmiers dans leur travail quotidien, de façon à relever des traces de cette activité.

Au cours de notre première journée de recherche sur le terrain, la fiabilité du dispositif et sa fécondité par rapport à l'objet de recherche et le champ théorique nous ont semblé efficaces. Nous avons utilisé divers outils de la technique d'entretien : la reformulation, la répétition, le questionnement sur quelque chose qui avait été dit ou fait afin d'en obtenir une explication, tout ceci en gardant une posture éthique d'écoute, d'ouverture, d'investissement dans l'entretien, d'empathie et de non jugement. Il est essentiel en effet dans la conduite des entretiens que le chercheur adopte : « *une attitude de réserve où il laisse s'exprimer l'autre, le plus librement possible* » (Abernot & Ravestein, 2009, p. 82).

Cette première journée d'exploration a, de plus, permis de nourrir la réflexion sur notre propre démarche : à la suite de chaque entretien écouté et retranscrit, nous effectuons une autoévaluation de l'entretien mené, nous amenant à repérer ainsi des erreurs dans la technique des entretiens (question mal formulée ou trop directe) pour tenter d'y remédier aux entretiens suivants.

Ainsi, après présentation de notre recherche et accord des trois professionnels libéraux, nous avons participé à leur tournée de soins, effectuée sous forme relayée, de 5h30 à 22h pour deux d'entre eux, l'infirmier 1 (matinée) et l'infirmière 2 (soirée). Pour l'infirmière 3, une prise de contact a été effectuée par l'intermédiaire de l'infirmier 1 et rendez-vous fut fixé pour suivre la professionnelle dans sa tournée de soins du soir de 18h à 22h30 un autre jour. Rappelons ici que notre souhait a été de travailler avec une équipe (un infirmier libéral et ses remplaçantes) autour des mêmes patients afin d'obtenir des données à analyser qui pourraient éventuellement être comparées puisque portant sur le même « sujet » de soin.

Pour ce faire, nous avons enregistré dans un premier temps (après accord des patients) toutes les interactions des professionnels avec les patients, de l'arrivée au départ du domicile de la personne soignée. Simultanément, nous avons pris des notes sur ce que nous observions en termes de mimiques, touchers, tout ce qui relève du non verbal entrant dans la dimension

soignante. Pour permettre de retrouver facilement et précisément les manifestations observées coïncidant avec l'enregistrement, nous stipulions à chaque prise de note, le « temps » d'enregistrement correspondant.

Suite à ces observations et enregistrements, nous avons procédé à des entretiens du professionnel à la sortie du domicile du patient, dans la voiture, pendant les trajets nous conduisant chez le patient suivant. Rappelons ici que notre exploration sur le terrain s'effectue dans un milieu rural et forestier où l'on rencontre très peu d'automobilistes, ce qui a facilité les échanges. Pour mener les entretiens, nous nous sommes appuyée sur la trace de l'activité des infirmiers (discours ou gestes de l'acteur) afin de nous éclairer sur les questionnements induits par les actions ou les prises de décisions du professionnel dans l'acte de soin en utilisant l'autoconfrontation simple (Mollo & Falzon, 2004).

Selon Fumat, Vincens et Etienne :

Le récit de pratiques (approches biographiques, portfolio), l'étude de cas, l'analyse de pratiques ou de situation... et l'autoconfrontation avec des enregistrements (analyse du travail) fournissent des méthodes et des démarches qui permettent non seulement d'étudier le travail... on bascule vers l'évaluation faite sous forme d'analyse a posteriori dans laquelle il est possible de déterminer les erreurs de préparation mais surtout de viser la compréhension de l'hypercomplexité du travail humain. (2006, p.12)

Ces traces de l'activité du professionnel étaient issues soit des enregistrements que nous écoutions pendant les trajets, soit des prises de notes ethnographiques, soit enfin des traces mémorielles suite aux situations observées.

Exemples issus de l'autoconfrontation simple :

IE à l'IDE 1 : « *pourquoi tu lui as dit coucou en arrivant au-dessus de Mme P ?* »
(En entendant les propos enregistrés)

IE à l'IDE 2 : « *alors cette femme vous lui avez caressé les cheveux et la joue, pourquoi vous avez fait ça ?* » (Question issue de nos observations, ces gestes n'étant pas perceptibles sur l'enregistrement).

Nous avons la possibilité de faire les entretiens en fin de tournée mais avec le risque de perdre des informations par la quantité de patients vus et la fatigue des professionnels. De

plus, ces derniers manifestaient des réticences sur cette option car ils ne souhaitaient pas prolonger la journée déjà longue et fatigante. Nous avons donc opté pour des entretiens pendant le trajet vers le patient suivant, dans l'immédiateté du soin réalisé. Cette alternance d'enregistrements et d'entretiens a permis une grande proximité entre les situations de travail et les verbalisations de l'activité, car ancrées dans une réalité contextuelle. Les propos tenus par les professionnels nous donnent à penser qu'ils ont répondu avec une certaine franchise. Le contexte du lieu : un véhicule, le fait d'être assis l'un à côté de l'autre et non en face à face, le professionnel conduisant, ont été, nous semble-t-il, des facteurs qui ont favorisé la spontanéité des réponses. Cette recherche a été menée en milieu rural où il n'y a pas de circulation automobile. De plus, la tournée de soins étant quotidienne, les conducteurs déploient des automatismes par connaissance des trajets et des routes, ce qui a facilité l'écoute des enregistrements et la verbalisation des infirmiers. Par ailleurs, le fait de discuter entre professionnels a également facilité les échanges par la compréhension des contextes de soins, l'emploi de termes techniques et d'un vocabulaire médical.

Pour un seul patient, l'infirmière 2 n'a pas souhaité notre présence dans la chambre, mais cette situation a toutefois fait l'objet d'un entretien dans la voiture et a donc été exploitée dans le sens de notre recherche.

Nous devons toutefois signaler que lors de la transcription des verbatims, les entretiens d'autoconfrontation n'ont pas pu tous être retranscrits dans leur intégralité, les bruits de fond (moteur) et la distance entre l'enregistreur et le professionnel ont été des freins à une bonne compréhension de certains propos.

8. Synthèse des types d'entretiens utilisés

En conclusion, nous proposons ici un tableau récapitulatif des types d'entretiens employés auprès des trois infirmiers :

	Infirmier 1	Infirmière 2	Infirmière 3
	Tournée du matin J1	Tournée du soir J1	Tournée du soir J15
Types d'entretiens :	<p>autoconfrontation simple sur traces de l'activité à explorer relevant du verbal (enregistrements), des observations et traces mémorielles.</p>	<p>autoconfrontation simple sur traces de l'activité à explorer relevant du verbal (enregistrements), des observations et traces mémorielles.</p>	<p>autoconfrontation simple sur traces de l'activité à explorer relevant du verbal (enregistrements), des observations et traces mémorielles.</p>
	<p>Instruction au sosie à J30 Porte sur les activités de soins auprès de Mme P.</p>		
Buts :	<p>-identifier les gestes professionnels liés au <i>care</i> manifestés par l'infirmier libéral dans son travail quotidien, -les rendre visibles, -questionner leur éventuelle plus-value dans le soin.</p>	<p>-identifier les gestes professionnels liés au <i>care</i> manifestés par l'infirmière libérale dans son travail -les rendre visibles, -questionner leur éventuelle plus-value dans le soin.</p>	<p>-identifier les gestes professionnels liés au <i>care</i> manifestés par l'infirmière libérale dans son travail -les rendre visibles, -questionner leur éventuelle plus-value dans le soin.</p>

IV MÉTHODOLOGIE DE TRAITEMENT DES DONNÉES

Ce travail de recherche s'inscrit dans le domaine social. Étant professionnellement impliquée, il est possible que des biais apparaissent mais les dispositifs mis en place doivent permettre de les minimiser. Il est toutefois important d'être vigilante dans notre analyse des données et de nous situer en posture de chercheur.

Dans un premier temps, les interactions entre infirmiers et patients et les entretiens d'autoconfrontation (25 heures d'enregistrement au total) ont été écoutés et retranscrits intégralement.

Par respect de l'anonymat, les prénoms des professionnels ont été modifiés et nous avons nommé les patients par leur initiale. Par ailleurs, un numéro est associé à chaque patient qui correspond au numéro d'enregistrement effectué lors du soin. Ceci nous permet de retrouver rapidement les traces de l'enregistrement ou nos notes (observations, remarques) formulées par écrit lors de ces soins, en les faisant correspondre d'une part au numéro d'enregistrement et d'autre part au temps d'enregistrement. Cette méthode nous a facilité la retranscription de la correspondance entre discours et observations. Ainsi, un même patient peut avoir deux numéros différents s'il a été vu deux fois dans la matinée ou s'il est vu matin et soir. Rappelons ici que nous avons effectué les tournées de soins avec trois infirmiers mais que ceux-ci ont vu une assez grande quantité de patients pour nous permettre d'avoir suffisamment de données à exploiter :

Infirmier 1 : Luc	17 patients vus sur la tournée du matin J1 dont une patiente Mme P. vue à 2 reprises
Infirmière 2 : Lise	12 patients vus sur la tournée du soir J1
Infirmière 3 : Maria	14 patients vus sur la tournée du soir J15
	43 patients vus au total

Les verbatims, générés à partir des enregistrements entre infirmiers et patients, doivent permettre d'y faire transparaître « l'ambiance » par notification des silences, des intonations,

des hésitations, des moments d'émotion et éventuellement des gestes significatifs entrepris, observés et retranscrits afin d'être interrogés auprès des professionnels. Le *care* peut en effet prendre des formes diverses : un sourire au patient, une intonation rassurante pour un patient stressé, un geste de réconfort réalisé dans le silence, etc.

Rappelons ici la définition du *care* que nous avons proposé plus haut lors de l'exploration du concept :

Le care est une pratique d'attention, de sollicitude engagée et personnalisée envers soi-même ou autrui et peut faire l'objet d'un processus individuel ou collectif. Le care s'appuie sur la sensibilité morale, la perception d'une situation singulière et l'anticipation. Il se caractérise par une adaptation en actes aux situations et vise à la satisfaction des besoins du bénéficiaire du care sans que celui-ci ne la perçoive nécessairement comme telle.

Ainsi, le care peut se manifester à travers un geste, un regard, une parole, un silence, un sourire, un ajustement lors d'un soin ou toute autre manifestation d'attention.

1. Mise en place du protocole d'analyse

Pour mener cette recherche, nous proposons d'analyser individuellement les données obtenues pour chaque infirmier, avant d'effectuer une analyse croisée de contenu par inventaire, regroupement par catégories de sens de blocs signifiants (Eymard, Thuillier & Vial, 2004) des trois infirmiers, afin de lui attribuer du sens.

Nos interrogations sur la manière d'exploiter toutes les données et de concilier l'analyse du verbatim issu des interactions entre les infirmiers et les patients et nos observations d'une part, et les discours tenus par les professionnels sur l'activité menée d'autre part, nous ont permis de mettre au point le protocole suivant : la mise en correspondance des discours des acteurs en situations de soins et des propos des professionnels qu'ils tiennent sur les traces de leur activité pendant les entretiens d'autoconfrontation simple et l'instruction au sosie, permet de renseigner l'activité des professionnels. L'analyse de ces deux types de discours doit également favoriser l'émergence d'éléments de réponses à notre question de recherche.

Nous avons ainsi réalisé un tableau à trois colonnes, dans la première sont retranscrits tous les enregistrements des traces de l'activité des soignants auprès des patients (ainsi que nos observations correspondantes). Dans la seconde les entretiens d'autoconfrontation simple et l'instruction au sosie menés avec les professionnels suite aux moments repérés : la situation d'autoconfrontation « *est celle où les opérateurs... mettent en mots, à l'usage du partenaire-spectateur, ce qu'ils pensent en être les constantes* » (Clot, 2010, p. 120) et enfin dans la troisième nos commentaires et traces d'analyse en utilisant un code de couleurs qui se trouve au début des verbatims pour en permettre une meilleure lecture⁶⁸.

Pour effectuer cette analyse, nous nous sommes appuyée sur l'analyse inductive générale de Blais et Martineau (2006) pour un premier traitement des données.

⁶⁸ Annexe 4

2. Première étape d'analyse des données à partir de l'analyse inductive générale

Pour effectuer l'analyse des données issues des enregistrements entre patients et professionnels et des entretiens avec les infirmiers (autoconfrontation simple et instruction au sosie), nous nous sommes appuyée sur Blais et Martineau (2006) qui décrivent la démarche et la définissent comme « *un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche* » (2006, p. 3) et visent, entre autres, à passer du spécifique à la généralisation. Cette méthode est en outre « *particulièrement appropriée pour l'analyse de données provenant d'objets d'étude à caractère exploratoire* » (Ibid, p. 14). En effet, l'analyse doit s'appuyer sur une méthodologie afin d'éviter « *une ré-écriture personnelle déconnectée des faits observés ou rapportés* » (Ibid, p. 15).

Les auteurs reprennent les étapes décrites par Miles et Huberman (2003) : réduction des données, la condensation et la présentation de ces données. Etant donnée l'importance quantitative de nos verbatims, il est essentiel de les réduire afin de « *donner un sens* » (Blais & Martineau, 2006, p. 2) à notre corpus en nous appuyant sur notre question de recherche, les objectifs formulés et notre modélisation théorique.

Le sens est donné suite à une interprétation des données :

C'est une construction mentale qui s'effectue à l'occasion d'une expérience, laquelle est mise en relation avec des expériences antérieures... Ainsi, le fait d'extraire ce sens permet, en quelque sorte, d'aller « au-delà » de ce que les données brutes disent a priori. (Blais & Martineau, 2006, p. 3)

Cette méthode va nous permettre, suite à la réduction des données, de mettre en relation nos objectifs de recherche avec les catégories les plus importantes qui auront été identifiées et éventuellement d'en dégager un outil de lecture des éléments liés aux activités du *care* dans les soins.

Blais et Martineau reprennent la définition de la catégorie donnée par Paillé et Mucchielli (2003) :

On peut définir la catégorie 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... À la différence de la « rubrique » ou du « thème », elle va au-delà de la désignation de contenu pour incarner l'attribution même de la signification. (Blais & Martineau, 2006, p. 4)

Les quatre étapes identifiées par Blais et Martineau (2006, p. 6) conduisant à la réduction des données sont :

- préparer les données brutes
- procéder à une lecture attentive et approfondie afin d'avoir une vision d'ensemble des sujets abordés et d'en ressortir les points importants
- procéder à l'identification et à la description des premières catégories : il s'agit d'identifier des unités de sens (segments de texte), de les assigner à une catégorie explicitée (en lien avec les objectifs de recherche et le cadre théorique : définition du *care*, savoirs et gestes professionnels)
- poursuivre la révision et le raffinement des catégories : il s'agit d'affiner l'analyse en faisant des regroupements, des recoupements de catégories afin d'obtenir un nombre de trois à huit catégories les plus révélatrices.

Notre tableau à trois colonnes a donc été traité selon les trois premières étapes décrites ci-dessus afin d'identifier des unités de sens et de leur assigner une première catégorisation. Pour illustrer ces propos, voici un court exemple de ce tableau où nous avons repéré des types de catégories qui émergeaient dans le verbatim, ici repérables par les codes couleurs⁶⁹ :

⁶⁹ L'intégralité des tableaux est consultable en annexe 4.

Verbatim des situations de soins (+ observations)	Autoconfrontation simple ou instruction au sosie	Hypothèses en lien avec la situation +/- confrontées avec les dires de l'acteur. Émergence de catégories.
<p>attention, je pique... ça va ? <i>(l'infirmier s'est assis sur le canapé à côté du patient)</i></p>	<p>IE : ce monsieur, là, à qui tu fais la prise de sang, tu lui dis « attention je pique », et pendant la prise de sang : « ça été » ? Pourquoi ? IDE : alors, parce que quelquefois ils me disent ah vous avez piqué, comme ça ils sont prévenus c'est pas une surprise et je demande toujours si ça été, premièrement pour savoir si ça été voilà est-ce que ça été piqué sans que je massacre au passage, enfin moi je le vois bien aussi hein et puis pour savoir s'il est pas en train de me faire un malaise parce que quelquefois les gens ça va bien ça va bien puis toc il y plus personne donc je demande ça été ça été au départ c'était pour ça. Et puis s'il y avait pas de soucis et puis il y a aussi autre chose, c'est que si on leur demande pas si ça a été et que ça leur a fait mal eh ben oh il m'a fait mal hein il m'a fait mal tandis que si on demande si ça a été, le simple fait de demander, ça n'a pas fait si mal que ça</p>	<p>Prévient le patient Informe le patient de ce qu'il fait : prévenance ? Evaluation de l'état clinique du patient S'assoit à ses côtés</p> <p>Confirme l'anticipation et la prévenance</p> <p>Confirme évaluation état du patient</p> <p>Permet la réassurance</p>

La catégorisation s'est faite à partir des données brutes, du vocabulaire employé par le professionnel, de ses intentions dans le soin et de notre cadre théorique qui nous ont permis de mettre un mot pour identifier la préoccupation du soignant.

Ainsi, notre première analyse individuelle de chaque infirmier à partir de toutes les données recueillies, identifie l'hypothèse de huit types de catégories émergentes que nous avons nommées gestes, compte tenu de ce que nous avons développé plus haut (page 113) sur le geste qui lie les aspects opératoires aux aspects symboliques (Jorro, 1998) :

Geste d'anticipation : anticipation dans le soin ou une prise de rendez-vous etc. Exemple de geste d'anticipation : « *on va tout de suite faire couler l'eau chaude...* »

Geste de sollicitude : inquiétude, réassurance, prise en compte des demandes, geste langagier envers la personne. Exemple de geste de sollicitude : « *vous inquiétez pas...* »

Geste d'évaluation : évaluation technique ou psychique qui permet d'évaluer le déroulement du soin. Exemple de geste d'évaluation : « *ça va ?* », « *ça tourne pas ?* »

Geste d'ambiance : humour, propos personnels créant une ambiance propice à une relation de confiance. Exemple de geste d'ambiance : « *eh ben votre chien il est allé chez le toiletteur ? Il est bien beau comme ça* », « *allez la culotte en dentelles* »

Geste d'intonation : douceur de voix ou élévation de la voix dans les interactions. Exemple de geste d'intonation : « *avec vous ça va jamais Mme P.* » (en élevant la voix), « *j'vois bien qu'ça va pas aujourd'hui* » (voix adoucie)

Geste énonciatif : sur-énonciation, co-énonciation dans l'interaction. Exemple de geste énonciatif « *bien Madame* » allant dans le sens de la personne soignée.

Geste corporel : toucher, aide au mouvement, caresse. Exemple de geste corporel : l'infirmière 2 caresse les cheveux de Mme V.

Geste d'ajustement : ajustement technique dans les soins. Exemple de geste d'ajustement : l'infirmière 3 regarde la plaie d'un patient et va chercher le matériel dans la voiture pour ajuster son soin à l'étendue de la plaie.

3. Deuxième étape d'analyse des données : raffinement des catégories et analyse lexicale

Pour poursuivre la révision et le raffinement des catégories (4^{ème} étape décrite par Blais et Martineau, 2006) en minimisant le risque d'interprétation des données, nous avons sélectionné ensuite des extraits du verbatim à partir du tableau à trois colonnes pour effectuer une analyse lexicale. Cette sélection s'est faite sur des séquences entières de soins (de l'arrivée au départ du professionnel chez le patient) où la rencontre soignant-soigné était riche d'interactions et d'analyse du professionnel en regard de la situation de soins, ce qui nous semblait le plus porteur pour notre recherche axée sur les gestes professionnels des infirmiers libéraux liés au *care*. Nous avons donc procédé à une réduction des données (Blais & Martineau, 2006) centrée sur l'analyse des professionnels face à l'activité réalisée. Rappelons qu'au total, 43 interactions infirmiers-patients ont été initialement enregistrées intégralement (25h d'enregistrement). De plus, il nous faut préciser ici que, face à la grande quantité de données recueillies entre patients et infirmiers, seules environ 20 % de ces traces d'activité ont fait l'objet d'entretiens d'autoconfrontation simple. Nous avons ainsi deux types de données : renseignées et non renseignées, ce qui motive notre souhait de procéder à une analyse lexicale du corpus.

Nous avons construit un nouveau tableau pour chaque patient dont nous souhaitions analyser les interactions avec le professionnel infirmier et nous avons convoqué deux outils théoriques qui nous ont permis de prendre du recul et d'analyser les données non renseignées :

- les topiques énonciatives développées par Rabatel (2004) : les concepts de co-, sur- ou sous-énonciation pour nous aider à repérer les degrés de prise en charge énonciative.
- les mondes discursifs de Bronckart (1996) pour analyser les segments du texte. En ce qui concerne l'activité particulière présente lors des interactions entre infirmier et patient, les mondes discursifs (Bronckart, 1996) constituent un cadre particulièrement adapté puisque cet auteur énonce que la production d'un texte est le reflet des représentations des mondes de l'individu, ce qui nous permet d'identifier ce qui relève du *care* dans le discours des acteurs.

Dans ce nouveau tableau, nous avons enfin assigné les unités de sens repérées à une catégorie issue de la première analyse (que nous avons nommée « geste ») afin de confirmer et d'affiner ces dernières (Blais & Martineau, 2006).

Ces outils d'analyse nous ont permis d'émettre des hypothèses sur les gestes professionnels convoqués en lien avec le *care*.

Afin d'illustrer ces propos, voici un exemple de ce second tableau d'analyse⁷⁰ :

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations d'intentions (propos de l'acteur en gras et italique)	Geste (catégorisation issue des premières analyses et de celles-ci)
« attention, je pique » -interpellation, interjection, « attention » -emploi de la 1 ^{ère} personne du singulier impliquée	Verbe piquer au présent (caractère conjoint-impliqué)	Monde de l'exposer Séquence dialogale	« <i>alors, parce que quelquefois ils me disent ah vous avez piqué, comme ça ils sont prévenus c'est pas une surprise</i> »	Geste d'anticipation

Enfin, afin de compléter et conforter notre analyse ou d'y repérer des biais, nous avons employé le logiciel Tropes. L'utilisation du logiciel permet d'analyser rapidement la totalité du verbatim et met en évidence des aspects non repérés par l'analyse des extraits sélectionnés. De plus, l'utilisation du logiciel permet également de « faire parler » les données non renseignées.

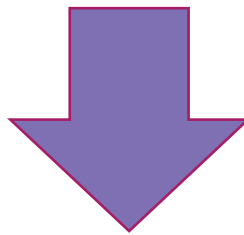
Avant de développer l'analyse et les résultats obtenus, nous présentons un schéma récapitulatif de la méthodologie d'analyse des données, utilisée dans cette recherche.

⁷⁰ L'intégralité des tableaux est consultable en annexe 5.

4. Schéma de synthèse de la méthodologie de traitement des données

Première étape d'analyse : construction d'un tableau à trois colonnes :

Verbatim des situations de soins (+ observations)	Autoconfrontation simple ou instruction au sosie	Formulation d'hypothèses en lien avec la situation +/- confrontées avec les dires de l'acteur. Émergence de premières catégories (selon Blais et Martineau, 2006)
---	--	--



2^{ème} étape d'analyse : réduction des données :

Sélection d'extraits à partir du tableau précédent

Analyse des données renseignées et non renseignées



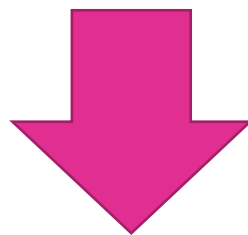
Topiques énonciatives
(Rabatel, 2003)



mondes discursifs
(Bronckart, 1996)



affinement des catégories



3^{ème} étape : confrontation des données analysées avec le logiciel Tropes sur la totalité du verbatim :

Complète l'analyse des données renseignées et non renseignées :

1. Si conformité dans la confrontation des données, conforte l'analyse effectuée et la discussion à partir des discours des acteurs.
2. Si pas de conformité, nécessité d'identifier les écarts.

V. ANALYSE ET RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

1. Identification des catégories de gestes professionnels liés au *care*

La production d'un texte étant le reflet des représentations des mondes de l'individu, en faisant du lien entre l'activité langagière et l'action réalisée et en nous appuyant sur les intentions formulées des infirmiers, nous avons pu confirmer l'émergence des huit catégories suivantes de gestes professionnels liés au *care* suite à l'analyse successive des deux tableaux : des gestes d'anticipation, des gestes d'ajustement, des gestes de sollicitude, des gestes d'évaluation, des gestes d'ambiance, des gestes énonciatifs, des gestes d'intonation, des gestes corporels.

Après ces analyses, nous avons mené des réflexions, discussions et confrontations sur ces données au sein du laboratoire de recherche du LIRDEF⁷¹ et nous avons affiné cette catégorisation. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence que tous les gestes effectués par les soignants relèvent obligatoirement de la dimension langagière ou de la dimension corporelle. Les gestes initialement nommés énonciatifs et d'intonation ne sont donc plus mis en exergue car se retrouvent dans toutes les autres catégories de gestes identifiés, comme des « moyens » de les exprimer. Il en est de même pour les gestes corporels. Nous avons par ailleurs, regroupé les gestes d'anticipation et les gestes d'ajustement en une seule catégorie de gestes que nous avons nommée : gestes de régulation.

Nous arrivons donc à l'identification finale de quatre catégories de gestes professionnels liés au *care* relevant de deux dimensions : langagière et corporelle :

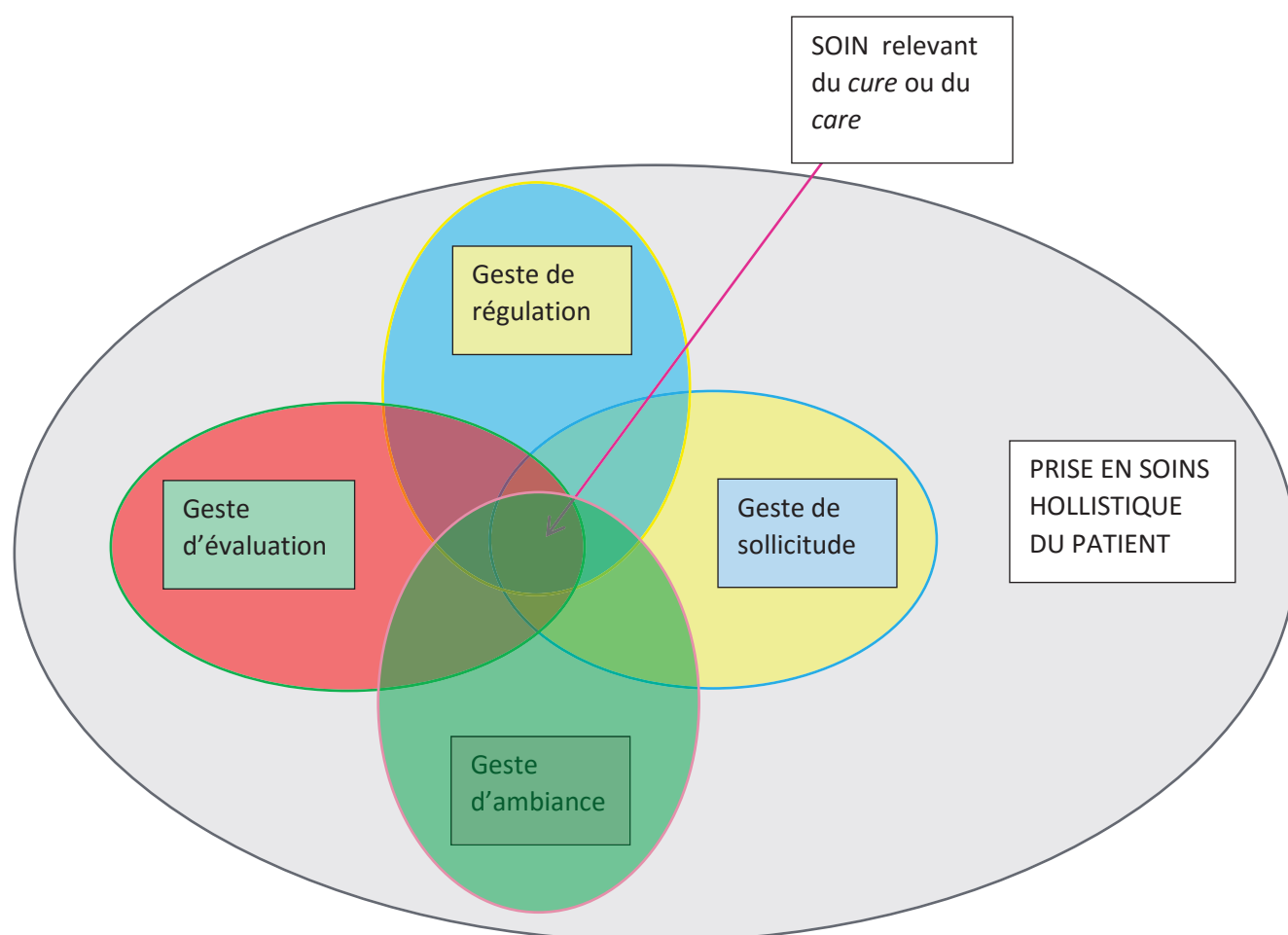
- Des gestes de régulation,
- Des gestes de sollicitude,
- Des gestes d'évaluation,
- Des gestes d'ambiance.

⁷¹ Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche en Didactique, Éducation et Formation, Montpellier II et III.

Schéma représentatif de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*

Nous proposons un schéma descriptif de l'outil de lecture des gestes professionnels liés au *care*. Le soin se situant au centre de ce schéma, plus la couleur est foncée, plus il y a de combinaisons de gestes.

Outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* s'exprimant par les dimensions langagière et corporelle :



Nous allons maintenant présenter les résultats des analyses de chacun des trois infirmiers avec les caractéristiques relevées pour chaque type de geste.

2. Analyse de l'infirmier 1 : Luc

Nous commençons avec l'infirmier 1 : Luc.

Luc est âgé de 34 ans et est infirmier diplômé d'État depuis 2005. Après plusieurs années dans un service de réanimation d'un hôpital de la région Centre, il s'installe en libéral dans un secteur rural. La majorité de sa patientèle est âgée et il réalise de nombreuses toilettes, levers et couchers. Sa tournée de soins commence à 6h le matin jusqu'à 14h puis de 18h à 22h environ. Nous accompagnons cet infirmier sur la tournée du matin. Nous voyons 17 patients au total sur cette matinée.

Les visites aux patients du matin étant plus longues, du fait des soins prodigués (toilettes complètes), nous avons sélectionné quatre patients vus par cet infirmier dans le verbatim pour la deuxième étape d'analyse. L'un d'entre eux, le patient 2, ne sera vu qu'une seule fois car il s'agit d'un soin ponctuel : une prise de sang. Les patientes 1 : Mme G, 3 : Mme P et 4 : Mme M, sont des patientes vues tous les jours (entre deux à trois fois par jour) et seront donc vues également par les infirmières 2 et 3 lors des tournées effectuées avec les remplaçantes.

2.1. Gestes de régulation

Pour les **gestes de régulation** :

Occurrence : nous avons retrouvé une quinzaine de fois ce type de geste dans le verbatim de l'infirmier 1.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes de régulation :

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur) d'Intentions	geste
« du fait que vous allez voir Romain, on va p't être laver les pieds » -emploi du « on » participatif « emploi du « vous » respectueux	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Adapte les soins à la situation du jour en fonction d'un rendez-vous avec l'ostéopathe	Geste de régulation

L'analyse textuelle, en nous appuyant sur le cadre de référence de Bronckart (1996), nous permet de retrouver l'emploi des pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action, l'infirmier s'engage de façon personnalisée en intégrant parfois le patient à travers l'utilisation du « on ». Des déictiques temporels « lundi », « tout de suite » sont utilisés pour situer l'action et l'infirmier 1 emploie des démonstratifs apportant une cohésion nominale. On peut voir le professionnel utiliser des phrases exclamatives avec ou non interjection et des phrases impératives : « *serrez le poing bien fort, tendez bien le bras* », « *Vous appuyez là-dessus !* » (Patient 2), « *restez assise !* » (Patiente 3), « *allez ! Mettez les dents !* » (Patiente 4). Ces phrases ont pour but de donner des instructions pour que le soin se déroule dans les meilleures conditions possibles. Nous notons l'emploi à deux reprises du terme « attention » dans le sens de la mise en garde : « *eh ! Ne faites pas ça attention* » (patiente 1), « *attention, je pique* » (patient 2) : « *alors, parce que quelquefois ils me disent ah vous avez piqué, comme ça ils sont prévenus, c'est pas une surprise* » (IDE1). Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, ce qui caractérise encore l'implication de l'infirmier dans l'action. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales (segments de discours interactifs dialogués structurés en tours de parole). D'une part, les opérations de construction du rapport existant entre les coordonnées générales organisant le contenu du texte et les coordonnées générales

du monde ordinaire dans lequel se déploie l'action langagière sont conjointes c'est-à-dire que le contenu ne renvoie pas à une origine spécifique et que les faits exposés se réfèrent aux coordonnées générales du monde de l'action langagière en cours. D'autre part, le rapport entre les différentes instances d'agentivité (infirmier, patient) avec leur inscription socio-temporelle, et les paramètres physiques de l'action langagière en cours est explicité. En effet, le texte met en avant un rapport d'implication à l'égard des paramètres de l'action langagière et ce, par des renvois déictiques.

Lorsque l'infirmier veut faire agir le patient selon des recommandations directives, nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences injonctives : « *Allez mettez les dents ! Non non dans la bouche les dents Mme M ! On ouvre grand. Mme M je vais passer par derrière, allez Mme M on ouvre grand* ».

Nous pouvons noter que l'infirmier maille souvent plusieurs gestes : un geste d'évaluation (*il regarde souvent Mme P*), un geste de sollicitude vis-à-vis de Mme P. (une parole de réconfort) et un geste de régulation par l'adaptation à la personne. Il nous explique pourquoi il fait le geste de regarder souvent la patiente :

IDE : « Toujours en même temps surveiller parce que j'suis quand même là pour ça et pis elle a quand même 93 ans, on guette la faille

IE : tu surveilles quoi en particulier ?

IDE : la cohérence de tout c'qui se passe

IE : cognitive alors ?

IDE : voilà euh... pis même oui cohérence cognitive parce qu'une fois j'suis arrivé elle coupait la viande aux ciseaux j'me suis dit « oh là, là ça dérape » mais non ça dérapait pas au contraire, c'était plein de bon sens, elle me dit « la viande on peut pas la couper j'ai mal à ma main » elle a bien lavé ses ciseaux et depuis pouf elle coupe sa viande aux ciseaux c'était parfait c'était parfaitement cohérent j'ai trouvé que c'était plutôt ingénieux (il rit) donc elle voilà je dirais que j'ai tellement l'habitude de voir les gens, les connaître par cœur par cœur qu'on voit tout de suite là où ça patauge et puis quand on lui dit, elle le voit tout de suite aussi donc voilà ».

À travers cette séquence, l'infirmier nous permet d'identifier ce que Lechasseur (2009) nomme le savoir perceptuel. En effet, quand Luc dit : « *j'ai tellement l'habitude de voir les gens, les connaître par cœur par cœur qu'on voit tout de suite là où ça patauge* », il nous

donne des indicateurs sur sa capacité à apprécier des comportements s'appuyant sur des indices très fins, sur une perception de la modification de l'état de santé. Nous pourrions évoquer également le savoir pratique par l'expertise de l'infirmier à maîtriser des signes non verbaux.

Concernant Mme M., l'IDE lui écarte les jambes tout en lui disant « *écartez bien* » car elle ne peut le faire seule et lui couvre le haut du corps avec une serviette (respect de la pudeur) :

IDE : « Avec la sonde urinaire là je regarde plus particulièrement car la dame perd la tête et tout ça au cas où, et là des fois, j'me dis faut qu'je regarde ci, faut j'regarde ça et je regarde tel endroit parce que je sais qu'il peut y avoir des ulcères sur un tibia euh je regarde je surveille mais sinon ça se fait euh à ce moment-là parce que sur une sonde urinaire on regarde qu'il y ait pas de selles voilà c'est question de bon sens toujours ».

Ici encore, l'infirmier associe :

- geste de régulation : il écarte les jambes (dimension corporelle) en lui disant : « *écartez bien* » (dimension langagière),
- geste d'évaluation : il regarde et surveille la peau et la sonde,
- geste de sollicitude : couvre le haut du corps avec la serviette.

À nouveau, à travers cette séquence, l'infirmier nous permet de faire du lien avec le savoir perceptuel d'une modification de l'état de santé et le savoir pratique (Lechasseur, 2009) par la maîtrise de signes non verbaux : « *là des fois, j'me dis faut qu'je regarde ci, faut j'regarde ça et je regarde tel endroit* ». Nous pouvons également évoquer le savoir contextuel (Lechasseur, 2009) à travers la dimension sociale car la patiente Mme M. étant démente, elle ne peut manifester par elle-même un changement dans la situation, l'infirmier tient donc compte de ce fait pour accentuer la mobilisation du savoir perceptuel et du savoir pratique : « *Avec la sonde urinaire là je regarde plus particulièrement car la dame perd la tête et tout ça au cas où* ». Enfin, il est aussi question du savoir expérientiel et du savoir scientifique identifiés par Lechasseur (2009) (empirique pour Carter, 1978). En effet, quand l'infirmier dit : « *une sonde urinaire on regarde qu'il y ait pas de selles voilà c'est question de bon sens toujours* », ce qu'il appelle le bon sens nous évoque des indicateurs de ses connaissances théoriques et de ses expériences professionnelles.

2.2 Gestes de sollicitude

Pour les **gestes de sollicitude** :

Occurrence : nous avons retrouvé une centaine de manifestations de ce type de geste dans le verbatim de l'infirmier 1.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes de sollicitude :

<p>« coucou attention les yeux, bouh ! »</p> <p>-phrase exclamative</p> <p>-interjection</p>		<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p> <p>Phase d'ouverture du niveau supra-ordonné</p>	<p>Prévenance vis-à-vis de la lumière</p> <p><i>« Mme P. elle aime être levée très tôt alors j'y vais très tôt.</i></p> <p><i>IE : pourquoi tu lui as dit coucou en arrivant au-dessus de Mme P.</i></p> <p><i>IDE : oh c'est... elle m'avait déjà vu de toute façon, elle surveille où on est pour faire son spectacle. Ah je vous réveille... alors qu'elle l'est depuis longtemps. Ce matin elle allait commencer qu'elle était réveillée depuis longtemps et puis quand elle t'a vue oh ben j'ai très bien dormi. Je connais le phénomène »</i></p>	<p>Geste de sollicitude</p>
--	--	--	---	-----------------------------

Quand l'infirmier 1 cherche à apaiser un patient, l'intonation employée est calme et posée, nous nous situons dans la dimension langagière du geste de sollicitude : « *Il faut pas vous inquiétez comme ça Mme P hein je vois que vous vous en rendez malade là, c'est pas grave* » (le ton de l'infirmier est plus doux et il regarde souvent le visage de Mme P). L'infirmier se penche souvent sur les patients pour se mettre à leur hauteur, nous situant cette fois dans la dimension corporelle du geste de sollicitude. Le professionnel emploie également dans ce type de geste des pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient et du « il » désignant une tierce personne (un ostéopathe par exemple). Ils marquent la cohésion nominale en introduisant des thèmes, assurent les reprises et impliquent la personne soignée dans la séquence. Nous pouvons noter l'emploi d'organisateur textuels qui structurent les échanges : « alors », « donc », « d'ailleurs » qui nuancent les propos et l'emploi du déictique temporel « quelquefois ». L'infirmier utilise des phrases exclamatives avec ou non interjection pour interpellé sur un fait : « *On va bien vous l'mettre, voilà !* », « *regardez donc ! Ça va tout seul !* » (Patiente 3, Mme P.) et des phrases interrogatives qui montrent à nouveau le souhait d'impliquer le patient dans des décisions le concernant et attendent une réponse : « *Le pull, quel pull vous voulez ?* », « *d'accord... y a celui-là ?* » (Patiente 3, Mme P.). Ces séquences montrent la prise en considération du patient et le *care* dans la situation en lien avec notre définition : « *Le care est une pratique d'attention, de sollicitude engagée et personnalisée envers soi-même ou autrui...* ».

Le temps des verbes est essentiellement le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, le passé composé pour marquer l'antériorité, le conditionnel pour les événements prévus dont on ne connaît pas l'issue : « *et puis s'il y avait le moindre souci vous passez un p'tit coup de fil, normalement y aura pas de soucis* » (Patient 2). Nous nous situons essentiellement dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales et une courte séquence explicative à propos du choix des aiguilles (patient 2) : « *alors je prends des aiguilles euh plus fines parce que ils exagèrent un peu avec la taille* ». Le changement d'aiguille relève ici d'un savoir expérientiel et d'un savoir pratique par la maîtrise technique des soins (Lechasseur, 2009) ou ce que Jean (2014) nomme un savoir communautaire : l'infirmier sait que l'aiguille fournie avec le kit de prise de sang est trop grosse et en prend une plus fine pour mieux réussir le prélèvement et faire moins mal au patient.

Pour les deux patientes, Mme M. et Mme P., la phase d'ouverture du niveau supra-ordonné est similaire : « *Coucou, attention les yeux, bouh !* », l'infirmier fait preuve de prévenance envers ces patientes au moment d'allumer la lumière et respecte leur rythme de vie :

IDE : « Mme P. elle aime être levée très tôt alors j'y vais très tôt.

IE : pourquoi tu lui as dit coucou en arrivant au-dessus de Mme P.

IDE : oh c'est... elle m'avait déjà vu de toute façon, elle surveille où on est pour faire son spectacle. Ah je vous réveille... alors qu'elle l'est depuis longtemps. Ce matin elle allait commencer qu'elle était réveillée depuis longtemps et puis quand elle t'a vue oh ben j'ai très bien dormi. Je connais le phénomène ».

L'infirmier fait référence à un savoir interpersonnel (Lechasseur, 2009) par son habileté à entrer en relation avec le patient qui lui permet une grande connaissance des personnes qu'il prend en soins : *« Je connais le phénomène ».*

L'infirmier 1 utilise pour les 4 patients ici analysés au moins une fois la phrase *« vous inquiétez pas »* :

- *« Vous inquiétez pas »* : Mme G (patiente 1)

- *« On va trouver vous inquiétez pas »* (patient 2) (sous-entendu trouver une veine pour la prise de sang).

- *« Faut pas vous inquiéter tout va bien »* : Mme M. (patiente 4), l'IDE argumente : *« quelquefois elle se sent agressée, faut la rassurer ».*

- *« Vous inquiétez pas, on va voir ça », « ça va s'arranger Mme P. », « ben oui j'vois qu'vous êtes toute paniquée c'matin ! Il faut pas vous inquiéter comme ça, vous lui dites que votre infirmier c'est Z et puis vous le connaissez ce grand, vous connaissez tout le monde » « détendez-vous un p'tit peu Mme P »* : Mme P. (patiente 3).

Notons qu'outre ces phrases de réassurance pour cette patiente, la phrase *« vous inquiétez pas »* est dite 5 fois au passage du matin et 7 fois au passage de midi, l'infirmier l'explique en ces termes :

« Les anciens quand on change un p'tit quelque chose du quotidien, la journée n'est plus la même et tout peut arriver, du coup donc on la rassure et euh il y a beaucoup d'anciens qui sont comme ça...

Et puis je lui répète, ils aiment bien qu'on leur répète souvent. Le fait de répéter ça leur fait plaisir ça les rassure ».

« j'ai beaucoup de patients réputés difficiles et j'ai la chance que ça se passe bien mais parce que je vois quand ils se préparent à partir en sucette, j'y fais attention euh et ça, c'est le côté le plus difficile, il faut déjà un certain recul par rapport à tout ça pour voir tout ça euh le contact, je pense qu'on l'a avant ou qu'on l'a pas, je pense qu'il y a des collègues ça s'acquiert je sais pas, et je pense qu'il y en a qui l'auront jamais alors euh ».

L'infirmier nous souligne ici l'importance de porter attention à l'autre pour déceler un changement de comportement, de santé. Nous pouvons relier ces propos avec les savoirs perceptuels et pratiques, identifiés par Lechasseur (2009) et que l'infirmier semble mettre en corrélation avec le savoir interpersonnel. En effet, à travers ses propos, l'infirmier souligne l'importance de savoir entrer en relation avec l'autre et que cette faculté permet de repérer des indices précis dans la situation de soins pour repérer un changement dans l'état de santé du patient : *« je vois quand ils se préparent à partir en sucette, j'y fais attention euh »*. L'IDE 1 énonce la difficulté de ce savoir perceptuel : *« ça, c'est le côté le plus difficile, il faut déjà un certain recul »*. Notons également que l'IDE évoque les aptitudes au savoir interpersonnel dont Carper (savoir personnel, 1978) relève la difficulté de maîtrise et d'enseignement : *« le contact, je pense qu'on l'a avant ou qu'on l'a pas, je pense qu'il y a des collègues ça s'acquiert je sais pas, et je pense qu'il y en a qui l'auront jamais alors euh »*.

Concernant Mme P., l'instruction au sosie nous donne des pistes de compréhension de la sollicitude et de la prévenance de l'infirmier dans les soins :

IE : elle s'est levée toute seule ?

IDE : ça dépend sinon elle m'attend devant la télé près de sa table, en général elle regarde les informations, elle me fait croire qu'elle est levée depuis longtemps longtemps (il fait un geste de la main pour appuyer ses dires) alors que moi j'passe devant cinq minutes avant et que tout est noir euh donc je souris et puis voilà je joue le jeu euh ensuite je

IE : qu'est-ce que tu penses à ce moment-là quand tu souris ?

IDE : oh je pense que ça lui fait plaisir et pouh moi ça m'change rien si ça lui fait plaisir donc on va tous passer une bonne journée du coup et puis j'enlève la chemise de nuit euheuh « ça va j'vous ai pas arraché la tête ? » non tout va bien

IE : il y a des gestes particuliers à faire avec elle?

IDE : ouais on fait attention à pas enlever l'appareil qui... voilà je l'enlève après

IE : quel appareil ?

IDE : présence verte qu'elle a autour du cou voilà on fait attention à tout ça

IE : D'accord

[...]

IE : elle a des appareils auditifs des deux côtés ?

IDE : voilà ! Les appareils auditifs, elle met les lunettes et elle s'en va avec son déambulateur pendant que moi j'ouvre les volets, je remets le seau hygiénique à sa place bien comme y faut, j'éteins, je referme la porte, je vais vider la bassine, j'ouvre les volets cuisine euheuh (remémoration) salle à manger enfin je referme la porte, je me lave les mains, une petite parole tout en discutant bien sûr hein de tout et n'importe quoi et pis... « Allez bonne journée à c'soir et j'm'en vais » pis voilà au suivant. Bon ça c'est l'passage du matin ».

L'infirmier se montre prévenant dans les soins, « joue le jeu » de la patiente et semble organiser son soin selon un rituel quotidien en lien avec un savoir contextuel (Lechasseur, 2009) qui est matériel, organisationnel et social en fonction du patient visité. L'infirmier nous explique que son rôle va bien au-delà de la prescription :

« Mme P elle est très attentive aux petits détails, les anciens, les anciens on laisse pas griller la lumière, on laisse pas griller la lumière si on est pas dans la pièce euh une porte c'est fait pour être fermée et puis voilà on range, on range à minimum, moi c'est pareil, on range à minimum c'est-à-dire que quand je m'en vais la chemise de nuit elle est rangée quelque part et pas en boule dans un coin, la bassine est rangée, les gants de toilette sont rincés, enfin voilà et ça, c'est le minimum que je demande à toutes mes remplaçantes, les filles qui passent euheuh c'est c'que j'veux, c'est pas, oui c'est pas dans le rôle, ça on m'l'a déjà dit mais non non c'est dans mon rôle [...] mais moi je veux que ce soit rangé propre euh et pis qu'on fasse attention à c'qu'on dit, enfin faut être correct quoi, c'est le seul conseil que je te donnerais être correcte et pis chez Mme P. je détaille quand même parce qu'elle est très attentive à comment on fait ci et ça ».

L'infirmier met de nouveau en avant son savoir contextuel matériel, organisationnel et procédural puisqu'il définit certaines règles et exigences qu'il demande à ses remplaçantes, mais aussi social puisque : « *chez Mme P. je détaille quand même parce qu'elle est très attentive à comment on fait ci et ça* ». L'infirmier fait aussi mention au savoir intrapersonnel et interpersonnel (Lechasseur, 2009) puisqu'il dit : « *qu'on fasse attention à c'qu'on dit, enfin faut être correct quoi* ». À travers la phrase : « *oui c'est pas dans le rôle, ça on m'l'a déjà dit mais non non c'est dans mon rôle* », nous pouvons évoquer le savoir combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) où l'infirmier manifeste une pensée critique et que Carper (1978) nomme savoir esthétique parce qu'il révèle l'art du soin qui met en avant toutes les « *petites choses* » mentionnées par Hesbeen (1997) en lien avec le *care*. Nous pouvons aussi identifier le savoir moral et éthique de Lechasseur (2009) par les choix de l'infirmier qui dit que même si cela n'apparaît pas dans sa prescription : « *c'est pas dans le rôle* », lui, considère qu'il se doit de le faire et s'approprie ce rôle : « *mais non non c'est dans mon rôle* ».

2.3 Gestes d'évaluation

Pour les **gestes d'évaluation** :

Occurrence : nous avons retrouvé environ 25 fois ce type de geste dans le verbatim de l'infirmier 1.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'évaluation :

<p>eh ben alors ? Est-ce que vous avez dormi un petit peu ?</p> <p>-utilisation d'interjection</p> <p>-phrase interrogative</p> <p>-utilisation du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au passé composé</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de la situation du jour</p> <p><i>« si jamais on voit qu'il y a quelque chose qui va pas qu'elle est pas bien doucement on essaye de savoir « ben alors ça pas l'air d'aller aujourd'hui ? ben euh ? vous êtes fatiguée ? vous avez mal dormi euh ? » et puis ça vient très vite on cause elle m'explique voilà on essaye de dédramatiser un peu c'est pas toujours facile mais on essaye un peu elle s'est fâchée avec son petit-fils elle s'est fâchée avec sa belle-fille voilà... rien de très grave en général »</i></p>	<p>Geste d'évaluation</p>
--	-------------------------------	---	---	---------------------------

L'infirmier emploie le pronom personnel « on » marquant l'implication dans l'action mais également le « vous » pour s'adresser au patient, le « il » ou le « elles » désignant un objet (un médicament : patiente 3, ou les veines : patient 2). Ils marquent la cohésion nominale en introduisant des thèmes ou assurent les reprises. Il emploie également quelques interjections : « bon ! » « ah ! » « eh ben ! » pour les gestes d'évaluation. Nous relevons de nombreuses phrases interrogatives (une quinzaine ici répertoriées sur ces échantillons du verbatim) qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient (situer une douleur, si la personne se sent bien suite à un acte de soin etc.) : « Bon ! Est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? », « On est confortable quand même ? » (Patiente 1, Mme G.). De même, il fait un usage important du démonstratif « ça » : « ça va ? Ça été ? » (Patient 2), « ça tourne ? » « Comment ça se fait qu'ça siffle comme ça » (patient 3).

Concernant le patient 2 (prise de sang), l'IDE nous dit : « je demande toujours si ça été, premièrement pour savoir si ça été voilà est-ce que ça été piqué sans que je massacre au passage, enfin moi je le vois bien aussi hein et puis pour savoir s'il est pas en train de me faire un malaise parce que quelquefois les gens ça va bien ça va bien puis toc y' a plus personne donc je demande ça été, ça été au départ c'était pour ça. Et puis s'il y avait pas de soucis et puis il y a aussi autre chose, c'est que si on leur demande pas si ça a été et que ça

leur a fait mal eh ben : « oh ! Il m'a fait mal hein il m'a fait mal » tandis que si on demande si ça a été, le simple fait de demander, ça n'a pas fait si mal que ça ».

L'infirmier met ici en avant son savoir expérientiel (Lechasseur, 2009), il sait que s'il demande au patient si cela s'est bien passé, le patient dit que : « *ça n'a pas fait si mal que ça* ». Il met également en avant son savoir pratique en demandant au patient si tout se passe bien pour repérer d'éventuels signes de malaise.

Le temps des verbes est essentiellement le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, le passé composé ou l'imparfait pour marquer l'antériorité (comment s'est passée la nuit précédente par exemple). Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales. Pour Mme G (patiente 1), c'est une phrase d'évaluation de la situation du jour qui semble marquer le début du soin : « *bon, est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ?* ». Soulignons l'emploi du « bon » qui semble marquer l'ouverture du soin. Nous retrouvons une phrase quasi similaire pour Mme P. (patiente 3) : « *Eh ben alors ? Est-ce que vous avez dormi un p'tit peu ?* ». L'infirmier explique l'intérêt de cette phrase :

« Si jamais on voit qu'il y a quelque chose qui va pas, qu'elle est pas bien, doucement on essaye de savoir « ben alors ça pas l'air d'aller aujourd'hui ? Ben euh ? Vous êtes fatiguée ? Vous avez mal dormi euh ? ». Et puis ça vient très vite, on cause, elle m'explique, voilà on essaye de dédramatiser un peu, c'est pas toujours facile mais on essaye un peu, elle s'est fâchée avec son petit-fils, elle s'est fâchée avec sa belle-fille voilà... rien de très grave en général ».

L'infirmier met ici en avant son savoir intrapersonnel et interpersonnel (Lechasseur, 2009) car c'est sa capacité à entrer en relation qui va lui permettre de comprendre ce qui ne va pas pour la patiente.

L'infirmier évalue également les conséquences éventuelles des actions entreprises : « *Est-ce que ça va ? Ça tourne ?* » : Le lever a t-il provoqué un malaise ? Il s'appuie sur ses connaissances de la personne et sur les antécédents de Mme P. :

« Elle est beaucoup mieux, elle se lève toute seule le matin d'ailleurs euh elle peut toujours pas faire sa toilette s'habiller toute seule, c'est impensable parce que elle tomberait mais le matin, elle tient à se lever toute seule d'ailleurs pour ramasser la crotte du chien bon voilà, on repasse derrière, on essuie discrètement comme ça voilà,

mais elle tient à le faire donc elle se lève toute seule on a plus de précautions à prendre là ça va bien ».

Tout en évaluant l'action, on peut noter ici également de la sollicitude de la part de l'infirmier qui respecte les efforts d'autonomie de la patiente. Il met en avant son savoir combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) par l'adaptabilité dont il fait preuve : *« on repasse derrière, on essuie discrètement comme ça voilà »*. Cette dernière phrase, à travers le mot *« discrètement »*, fait référence à notre définition du *care*, quand nous précisons que *« le care se caractérise par une adaptation en actes aux situations et vise à la satisfaction des besoins du bénéficiaire du care sans que celui-ci ne la perçoive nécessairement comme telle »*.

Concernant Mme M. porteuse d'une sonde urinaire, l'infirmier dit en regardant la sonde et la poche pleine d'urines : *« ah ben il était temps »*, nous l'interrogeons sur la signification de cette phrase :

« J'ai dit qu'il était temps parce qu'hier ce qui s'est passé, c'est que la sonde s'est certainement bouchée euh je sais pas exactement ce qui s'est passé mais du coup quand moi hier j'ai mis la poche euh alors ce matin je pense qu'elle avait ça dans la vessie et ça a bien coulé je pense qu'il était temps que je la change hier c'est pour ça il était temps...

En fait ce qui a attiré mon attention hier, c'est que il y avait un petit peu d'urines dans le fond de la couche, je la mets debout sur le seau pour qu'elle aille à la selle j'ai vu qu'il y avait quelques gouttes, j'ai titillé la sonde et puis... quelquefois il vaut mieux changer carrément et même si c'est 22 heures et ben... et ben c'est pas d'bol

IE : c'est la présence des gouttes d'urines dans la couche qui t'a fait évoquer que la sonde était sûrement bouchée ?

IDE : voilà ! Après ça aurait été chez d'autres patients ça m'aurait peut-être pas interpellé pareil mais Mme M. ça doit faire trois ans qu'j'la suis, bon je sais à peu près comment elle réagit, comment ça se passe, quand elle commence à réagir comme ça y a quelque chose et effectivement ça m'a prouvé qu'il fallait la changer. Elle a dû s'boucher dans la journée hier euh ».

Nous pouvons ici émettre l'hypothèse qu'une bonne connaissance des patients permet une évaluation plus fine des situations et de repérer des risques potentiels. Notons que l'évaluation de l'infirmier l'a amené à un geste de régulation du soin : le changement de la sonde urinaire.

Nous avons donc cette fois un maillage de gestes d'évaluation et de gestes de régulation. Cette situation montre à nouveau la mise en avant du savoir perceptuel et du savoir pratique (Lechasseur, 2009) dans la situation pour repérer des indices permettant à l'IDE de poser son diagnostic clinique. L'infirmier s'appuie également sur son savoir contextuel social puisque c'est sa connaissance des comportements de Mme M qui lui permettent une maîtrise fine des signes non verbaux manifestés par la patiente.

2.4 Gestes d'ambiance

Pour les **gestes d'ambiance** :

Occurrence : nous avons retrouvé plus d'une centaine de fois des manifestations de ce type de geste dans le verbatim de l'infirmier 1.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'ambiance :

<p>« c'est un jeune on est allé à l'école ensemble mais on s'était jamais parlé. Quand il s'est installé il m'a appelé pour que je lui envoie des patients et en fin de compte on a bien sympathisé à ce moment-là »</p> <p>-emploi de pronoms personnels : « il, je, on »</p> <p>-« à ce moment-là » déictique temporel</p>	<p>Verbe au présent, passé composé et imparfait</p>	<p>Monde du raconter</p> <p>Courte phase narrative</p>	<p>Intègre la patiente dans son histoire de vie personnelle</p> <p><i>« euh une relation de confiance euh oui on est en confiance elle me dit des choses qu'elle dit pas à tout le monde non plus parce que elle me voit tous les jours alors elle me confie des choses et pis y a des choses que j'sais qu'elle me dit pas parce que elle voudrait pas que je sache des choses comme ça qu'est-ce qu'il va dire l'infirmier après voilà l'infirmier c'est pas n'importe qui, on a une relation de confiance je lui dis pas de mon côté les cas de chaque patient, moi je vois du monde elle elle voit pratiquement que moi certains jours donc elle a besoin de dire beaucoup de choses et on raconte not' vie quoi euh on s'raconte euh oui voilà »</i></p>	<p>Geste d'ambiance</p>
--	---	--	---	-------------------------

L'infirmier emploie les pronoms personnels « je » et « on » qui marquent l'implication dans l'action mais également le « vous » pour s'adresser au patient et le « elle » désignant une personne (l'assistante de vie de la patiente 1...). Ils marquent la cohésion nominale en introduisant des thèmes ou assurent les reprises. Il utilise également le « il » dans un sens indéterminé : « *il vous reste un peu de sang* », « *il vous reste à avoir l'oscar* » (patient 2). L'infirmier 1 mobilise le démonstratif indéterminé « ça » : « *ça fait longtemps qu'ils sont dans les vaches...* » (Patiente 3) et emploie de nombreuses interjections dans les gestes d'ambiance : « *Bon ben !* », « *Oh !* » « *Ah ben !* », « *Ben oui !* » « *Ah !* », « *Allez !* ». Il en est de même quant à l'usage des déictiques temporels : « *longtemps* », « *à ce moment-là* », « *déjà* », « *jusqu'au bout* », « *l'autre fois* », « *cette fois* ». L'IDE 1 fait appel à plusieurs phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question cherchant

à intéresser le patient à la conversation : « *Ah pourtant j'ai pas traumatisé votre chien vous?* » (Patiente 1), « *vous savez pas ?* » (Patient 2), « *vous connaissiez p't-être son grand-père à Romain, David ?* » (Patiente 3), « *on coupe la tête ?* » (Patiente 3). Il emploie des phrases exclamatives « *Allez ! La culotte en dentelles !* » (Patiente 1), « *allez ! Faut aller garder les moutons !* » (Patiente 4). Notons que cette forme de phrase s'associe ici à un trait d'humour de l'infirmier. Le temps des verbes est le passé composé ou l'imparfait soulignant une organisation temporelle antérieure aux échanges, le futur pour des projections de faits ou le présent lorsque l'organisation temporelle est simultanée aux propos des interactants. Cette diversité des temps s'explique en partie par l'utilisation des déictiques temporeux. Nous nous situons le plus souvent dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales mais nous pouvons identifier également une courte séquence injonctive (patiente 1), « *Allez ! La culotte en dentelles !* », qui montre un segment de texte injonctif ou instructionnel. Cette séquence montre un but propre, celui de faire agir le destinataire selon les recommandations directives de l'infirmier, d'où l'utilisation de l'impératif. Toutefois, la situation relève d'un trait d'humour du soignant. Nous pouvons retrouver aussi ici une séquence narrative du monde du raconter autonome (patiente 3) : « *c'est un jeune on est allés à l'école ensemble mais on s'était jamais parlés. Quand il s'est installé il m'a appelé pour que je lui envoie des patients et en fin de compte on a bien sympathisé à ce moment-là* ». D'une part, les opérations de construction du rapport existant entre les coordonnées générales organisant le contenu du texte et les coordonnées générales du monde ordinaire dans lequel se déploie l'action langagière sont disjointes c'est-à-dire que le contenu renvoie ici à une origine spatio-temporelle (faits passés) explicite (« *quand il s'est installé* »), les faits sont racontés. D'autre part, le rapport entre les différentes instances d'agentivité (infirmier, patient, ostéopathe) avec leur inscription socio-temporelle n'est pas explicité et le texte est en autonomie par rapport aux paramètres de l'action langagière en cours. Nous pouvons y retrouver les trois phases successives de la narration décrite par Bronckart (1996) :

- la situation initiale (début) : « *C'est un jeune on est allés à l'école ensemble mais on s'était jamais parlés* »
- la transformation (milieu) : « *Quand il s'est installé il m'a appelé pour que je lui envoie des patients* »
- la situation finale (fin) : « *en fin de compte on a bien sympathisé à ce moment-là* ».

Les gestes d'ambiance semblent être le terrain de tous les usages lexicaux. Nous ajoutons que les échanges entre l'infirmier et les patients sont essentiellement construits sur le mode de la co-énonciation (Rabatel, 2003). Seule la patiente 3 (Mme P.) se situe aussi par moments en sur-énonciation vis-à-vis de l'infirmier :

- « *Mais dépêchez-vous donc !* » (ton très autoritaire de Mme P)
- « *D'accord* » (IDE).

L'infirmier nous explique pourquoi il parle du décès d'un de ses patients à certaines personnes qui le connaissaient :

« Pour M. N je leur en parle parce que je sais que ça cogite sous la marmite là (en montrant sa tête) je le sais très bien comment ça se passe. Ça permet de dédramatiser » (Mme G.).

« Pour M. N je leur en parle aussi. Mme P. nous a fait une dépression d'un mois au dernier décès donc je lui en parle, on en discute parce que sinon ce qui va se passer c'est que, elle va garder ça pour elle et puis comme c'est elle la doyenne, c'est un monsieur plus jeune qu'elle donc c'est la prochaine sur la liste bon après, ça permet de dédramatiser » (Mme P.).

L'infirmier s'appuie sur sa connaissance des patients pour évaluer qu'il vaut mieux parler du décès de M. N afin de dédramatiser et éviter que Mme G et Mme P ne s'angoissent. Il s'appuie sur son savoir expérientiel (Lechasseur, 2009) puisqu'il évoque des situations antérieures similaires où les patientes ici nommées se sont montrées affectées et sur son savoir contextuel social puisqu'il s'adapte au patient.

Dans les gestes d'ambiance, nous avons relevé à plusieurs reprises l'emploi de l'humour :

« Je vous ai déjà dit que vous devriez venir m'aider à faire les piqûres », « Allez ! La culotte en dentelles ! » (Patiente 1, Mme G.).

« On va couper la jambe », « on vous coupe la tête ? Et mon chiffre d'affaire dans tout ça si j'vous coupe la tête ? » (Patiente 3, Mme P.),

« Oh ! Vous m'avez eu c'te fois, vous avez tiré la langue avant moi », « allez faut aller garder les moutons ! » (Patiente 4, Mme M.) : *« y a que ça qui peut faire lever Mme M, garder les moutons sinon ça vaut pas l'coup s'lever. Mme M en Espagne gardait des moutons ».*

Notons que l'infirmier maille plusieurs gestes à travers cette phrase directive : « *Je vous laisse mettre votre bijou !* » (*Il regarde que la patiente le fasse : dimension corporelle*) (Patiente 1, Mme G.) :

- il vérifie que la patiente s'exécute (*il regarde*) et remette bien son collier d'appel présence verte donc fait un geste d'évaluation
- il utilise l'humour pour donner cette injonction à travers les termes « *votre bijou* » utilisant donc également un geste d'ambiance.

L'infirmier s'exprime en ces termes :

« J'utilise l'humour pour dédramatiser... quand on peut se le permettre voilà ça permet euh chez beaucoup ça permet de dédramatiser les soins, quand je dis « je viens vous torturer... oh oh » voilà tout de suite la prise de sang prend une autre tournure, si je prends un air solennel « montrez votre bras tac tac tac euh » les gens en général sont assez tendus comme ça, mine de rien y a plein de gens qui ont peur des prises de sang donc quand on commence à plaisanter un peu ça détend tout le monde voilà, et pis nous, on travaille aussi un peu plus cool parce que s'occuper des gens constipés c'est pas toujours rigolo voilà c'est une façon de détendre un peu l'atmosphère ».

Nous interrogeons l'infirmier sur ses motivations :

IE : Concernant Mme P : « est-ce que tu as justement l'impression de la titiller un peu j'ai envie de dire, de la provoquer un peu ?

IDE : la chagner ? Oui

IE : dans quel but ?

IDE : oh premièrement parce que je crois que ça m'amuse de chagner les gens un petit peu et pis je le fais chez ceux que ça amuse. Mme P. ça l'amuse elle fait « oh là là là là vous êtes un infirmier pas comme les autres vous hein » pis d'ailleurs elle cherche bien à me chagner aussi elle me le rend bien quand j'arrive un peu en retard « ah on peut pas sortir du lit alors ? » alors qu'elle sait bien que j'faisais autre chose et pis j'lui réponds « ben j'étais au bistrot » j'aime bien chagner oui

IE : est-ce que tu penses que ça fait partie de la relation de soins et que ça permet de favoriser la confiance avec tes patients ?

IDE : ben déjà on voit en qui on a confiance déjà et puis ça dépend à quel degré on change mais euh c'est une plaisanterie qui permet de dédramatiser et pis, y a des gens on le voit tout de suite s'il y a des gens où faut pas le faire, il faut rester très sérieux sinon euh, on est pas là pour rigoler, et pis y a des gens, on peut se le permettre mais ça se sent oui. Mme P. je la change pas mal mais comme on se connaît comme elle dit « on s' connaît depuis tellement longtemps ! » on peut se permettre j' dirais pas comme de la famille mais presque, voilà on peut se permettre une plaisanterie. Chaque fois j' lui dis qu' on va manger son chien à Noël et chaque fois elle me dit qu' elle me gardera la meilleure part et voilà des choses comme ça quoi. J' suis fait comme ça et je sais que mes remplaçantes sont un peu comme ça, les gens apprécient. On m' a même fait un beau compliment un patient m' a dit « oh ben avec vous j' oublie que j' suis malade » c' est une dame qui m' avait dit ça ».

L'IDE évoque ici la perception de comportements (savoir perceptuel, Lechasseur, 2009) d'avec qui on peut plaisanter : « ça se sent » souligne l'infirmier. Il exprime son savoir contextuel social puisque le professionnel s'adapte en fonction du patient et son savoir interpersonnel qui lui permet d'entrer en relation en utilisant l'humour. Notons par ailleurs, la notion évoquée ici de *care receiving* (Tronto, 2009) : « On m' a même fait un beau compliment un patient m' a dit « oh ben avec vous j' oublie que j' suis malade » c' est une dame qui m' avait dit ça ». Cette notion de *care receiving* est de nouveau soulevée dans ces propos :

« J'utilise beaucoup l'humour, j' suis fait comme ça. Et puis ça dédramatise vachement les choses parce que c' est déjà assez dramatique comme ça si on leur dit les choses sérieusement ! C' est pour ça il faut dédramatiser, dédramatiser le tout... C' est comme je dis toujours, ici c' est un lieu de vie, si on rigole avec eux ils vous accueillent très bien tandis que si on rigole pas avec eux bon ben ils vous regardent drôlement « oh, c' est l' infirmier, c' est médical c' est les piqûres tout ça ». De toute façon, si c' est pas moi qui sors des bêtises, c' est eux qui vont en sortir et puis le jour où j' en sors pas parce que, pour une raison X ou Y « oh qu' est-ce qui vous arrive ? » Et là tout de suite « oh qu' est-ce qui vous arrive ? C' est l' infirmier qui nous lâche ». C' est des gens qui s' inquiètent vraiment ».

L'infirmier évoque l'inquiétude des patients pour l'infirmier lorsqu'ils constatent un changement de comportement.

Dans les gestes d'ambiance, nous pouvons relever également que l'IDE recentre à plusieurs reprises la conversation sur la personne soignée pour la solliciter et l'inciter à discuter :

« Elle est intéressante hein Marion ? », « Mme G a testé aussi c't'hiver, hein ? »
(Patiente 1, Mme G.),

« Et Mme P. elle, elle parle le Bérichon, hein Mme P. ? », « Mme P., elle veut pas aller à l'hôpital non plus » (Patiente 3, Mme P.) *« le patient s'il commence à montrer des signes de faiblesse ça peut être une patate chaude il peut faire tous les services il va être muté ailleurs. Mme P., à l'hôpital ils l'ont mise dehors ; moi ça j'ai du bol j'ai plein de patients quand ils vont à l'hôpital c'est l'hôpital qui m'appelle pour que je les récupère : « - est-ce que vous pouvez reprendre votre patient ? - ah ça se passe mal ? – euh c'est pas terrible ! »* (Il rit), *j'ai demandé à l'assistante sociale pour Mme P. si ça se passait mal, « euh elle est pas facile hein » donc je dis « vous inquiétez pas on va gérer ça » ».*

Notons ici l'évocation de la « patate chaude » que nous avons, nous aussi, souligné plus haut dans l'exploration du concept de *care*.

L'infirmier nous évoque cette recherche de discussion avec la personne soignée lors de l'instruction au sosie :

« Euh alors ce ne sont que des automatismes chez Mme P oui (petit silence) : toc toc toc bonjour Madame, comment ça va c'matin... oh Luc j'ai bien dormi, j'ai mal dormi... oui c'est parce qu'il fait beau c'est parce qu'il fait pas beau parce que, ah et puis on discute surtout on discute de tout et puis on dit oui non peut-être, surtout on répond aux questions ».

Nous soulignons les réserves possibles avec les patients :

« IE : est-ce qu'il y a des sujets en tant que sosie que je devrais éviter avec Mme P ?

IDE : oh c'est une question j'ai envie de dire à mon double euh c'est une question de bon sens euh on voit tout de suite chez chaque personne les sujets qu'il faut éviter quand euh aborder, les réactions par exemple quand on parle de politique. Oh ben vu ce qu'ils font en ce moment les politiciens on voit tout de suite ceux qui ont voté pour et qui sont déçus et pis ceux qui sont à fond « ah non ! » voilà ça c'est des sujets où faut toujours faire gaffe. On parle de banalités « oh oui toujours les mêmes » et puis ça s'arrête là donc voilà c'est des sujets comme ça ou quand on parle de la famille

faut être pouh faut être prudent de c'qu'on dit attention à ce qu'on dit et puis si on parle de gens qu'elle connaît faut pas oublier qu'il y a des choses enfin tout doit pas se savoir avec Mme P. ça peut vite se répéter ».

L'infirmier s'appuie à nouveau sur sa connaissance des patients pour évaluer ce qu'il peut ou non dire à son interlocuteur. Il utilise son savoir expérientiel et son savoir contextuel social qui vont lui servir à mettre en œuvre son savoir interpersonnel.

L'infirmier évoque également la notion de rôle et de travail réel par rapport à la prescription déjà évoquée plus haut. L'IDE prépare le petit-déjeuner de Mme P. et fait sortir son chien, il ouvre la fenêtre et les volets de toutes les patientes dans l'incapacité de le faire seules, il allume la TV devant Mme M qu'il a installée dans son fauteuil au salon près de la fenêtre. Il nous dit :

« C'est très important d'ouvrir les volets parce que je trouve que c'est ça qui met la maison en route. Quand les volets sont ouverts, ça c'est une fierté chez les anciens avoir le premier le volet ouvert, là. Et pour les voisins ça donne à voir que l'infirmier est DÉjà passé donc ça s'inquiète pas parce que une maison où les volets sont fermés c'est qu'il se passe quelque chose, on ouvre les volets comme ça personne s'inquiète et pis ça fait toujours bien alors, j'sais pas si ailleurs c'est pareil mais ici c'est comme ça ».

À travers tous ces « *petits gestes* » (Hesbeen, 1996) relevant du *care*, l'infirmier maille un savoir moral et éthique puisqu'il se sent le devoir de faire ces activités ne relevant pas de la prescription et un savoir combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) ou encore nommé savoir esthétique (Carper, 1978) révélant l'art du soin.

2.5 Analyse du verbatim de l'infirmier 1 par le logiciel Tropes

Afin de compléter notre analyse et d'y repérer des biais ou similitudes, nous avons souhaité employer le logiciel Tropes. L'utilisation du logiciel nous permet de plus, d'analyser rapidement la totalité du verbatim, ce qui peut mettre en évidence des aspects que nous n'aurions pas repérés par l'analyse des extraits sélectionnés. Par ailleurs, l'utilisation du logiciel nous permet de « faire parler » les données où nous n'avons pas d'entretien en regard.

Il ressort de cette analyse que le style est plutôt argumentatif (« *ça va mieux Mme P.* », « *on en a déjà d'autres en plus* » (Mme G.)). Par ailleurs, dans l'analyse apparaissent les autoconfrontations simples et l'instruction au sosie où l'IDE se situe dans un registre argumentatif de ses gestes.

La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » (39 %) [Vous : 15.6 %, on : 9.6%] ce qui confirme nos observations et montre le caractère impliqué du professionnel (Bronckart, 1996).

Il y a une forte proportion de verbes factifs (45.9%) : « *je l'ai faite pleurer* » (Mme G.), « *j'ai voulu mettre...* » (Mme G.). Les infirmiers étant en situation de travail, les verbes factifs y trouvent toute leur place.

Les verbes statifs sont représentés à 33.8 % : « *est-ce que vous avez dormi ?* » (Mme G.), « *vous étiez déjà debout* » (Mme G.).

Les verbes déclaratifs sont eux présents à 19.6 % : « *je sais pas* », « *vous savez bien* »...

Ainsi les verbes les plus fréquemment utilisés sont les verbes : être (513), avoir (320), aller (291), faire (156), dire (113), falloir (66), voir (62), savoir (56), mettre (44). Ces verbes illustrent bien le type de discours : discours interactif relevant du monde de l'exposer impliqué (Bronckart, 1996).

En ce qui concerne les adjectifs les plus utilisés, nous retrouvons : bon (45), mal (11), seul (9) et petit (9).

Dans la construction des phrases, nous retrouvons des modalisations d'affirmation : « ***oui effectivement*** *c'est un client en moins* » (Mme G.) ainsi que des modalisations de négation : « *j vous l'souhaite pas non plus !* » (Mme G.).

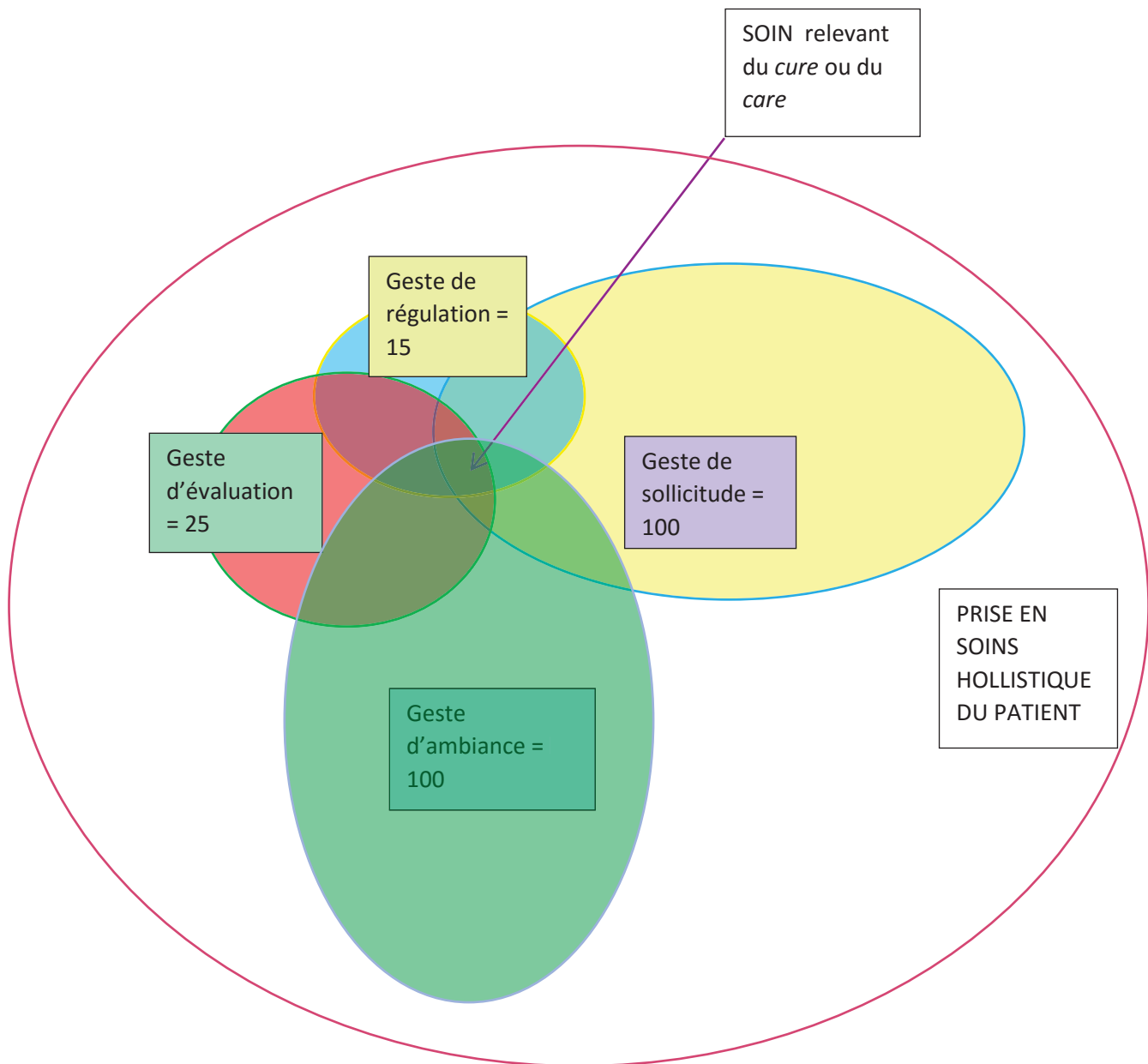
22.4 % de mots marquant la cause sont repérés : « parce que », « alors », 19.2 % introduisent des oppositions à travers l'usage de « bien que », « mais », « pourtant », « quand même ». 7.2% suggèrent la condition : « *et puis si à la campagne on fait pas les toilettes !* », « *si y a quelque chose ça viendra vous inquiétez pas* » (Mme P.). Enfin, 14 % de connecteurs de temps sont repérés : « ***enfin***, *quand même ça va mieux Mme P.* ». Ces déictiques marquent le caractère conjoint-impliqué du discours interactif (Bronckart, 1996).

Pour finir, les univers de référence identifiés par le logiciel sont : la santé (216), le temps (172), le corps (79), la famille (70), l'habitat (49), les gens (44), les vêtements (41), les

sentiments (33). Nous pouvons faire un lien entre ces univers de référence et les macrostructures des professionnels : représentations et connaissances. Ces univers touchent effectivement au domaine de référence de l'infirmier : le soin.

Nous proposons ici une représentation graphique de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*, appliquée à l'infirmier 1 en fonction des résultats obtenus. Le nombre d'occurrences y apparaît pour chaque type de geste.

2.6 Outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* de l'infirmier 1



À travers les dimensions langagière et corporelle, l'infirmier 1, Luc, manifeste une même quantité de gestes d'ambiance et de gestes de sollicitude. Viennent ensuite les gestes d'évaluation et enfin les gestes de régulation. Nous émettons l'hypothèse que la nature des soins, presque exclusivement des toilettes, contribue à cette répartition des gestes professionnels liés au *care* de l'infirmier 1.

3. Analyse de l'infirmière 2 : Lise

Lise est âgée de 36 ans, elle est infirmière depuis 2000. Ayant longtemps travaillé en psychiatrie, elle effectue maintenant des remplacements de libéraux dont celui de Luc. Elle le remplace cet après-midi pour la tournée du soir. Elle va s'associer à un cabinet de libéraux en ville et a prévenu une seule patiente Mme J. de son départ. Au cours de la tournée, nous serons amenées à aller chez Mme G (numéro 40), Mme M (numéro 45) et Mme P (numéro 47) vues avec Luc le matin. Nous voyons au total 12 patients sur la tournée de l'après-midi.

3.1 Gestes de régulation

Pour les **gestes de régulation** :

Occurrence : nous avons peu retrouvé ce type de gestes chez l'infirmière 2, environ cinq fois.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes de régulation :

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou <i>confirmations</i> (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« je vais regarder vos doigts de pieds déjà » -emploi du « je » impliqué -emploi de déictique temporel « déjà »	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	La douleur exprimée par la patiente amène l'infirmière à regarder ses pieds	Geste de régulation

Dans cet exemple, l'infirmière 2 utilise le déictique temporel « déjà » : « *je vais regarder vos doigts de pieds déjà* » montrant le caractère conjoint-impliqué du discours interactif. Elle maille ici plusieurs gestes :

- un geste de sollicitude (répond à la demande de la patiente)
- un geste d'évaluation (regarde les pieds)
- un geste de régulation (soin qu'elle ne fait pas en temps normal).

L'infirmière 2 emploie les pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action et le « vous » pour s'adresser au patient. Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, ce qui montre bien le caractère conjoint-impliqué des situations de soins. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales (segments de discours interactifs dialogués structurés en tours de parole) ou à travers des séquences injonctives pour faire agir le patient selon les recommandations directives de l'infirmière. Nous identifions dans les gestes de régulation de l'infirmière 2, une posture de sur-énonciation (Rabatel, 2003) à quelques occasions pour réguler l'organisation du soin : « *Venez ! On va aller là-bas, vous avez le déambulateur et la chaise pas loin* » (Mme J.). Les phrases sont alors essentiellement impératives : « *buvez !* » (Mme V. (30)), « *allez ! On pivote* » (Mme M. (45)).

3.2 Gestes de sollicitude

Pour les **gestes de sollicitude** :

Occurrence : nous avons retrouvé une cinquantaine de ce type de geste dans le verbatim de l'infirmière 2.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes de sollicitude :

<p>« ben y a votre fils qui vient vous voir » -interjection « ben » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>réconfort</p> <p><i>« Mme J. je crois qu'elle s'est fortement attachée à moi et je pense qu'elle accuse un peu le coup, là, ce matin elle arrêta pas : ma Lise ma Lise... en même temps c'est la seule à qui j'en ai parlé mais je me suis dit il faut la préparer du coup euh IE : vous lui avez dit quand ? IDE : je lui ai dit hier, je lui ai dit hier que j'allais travailler dans un autre cabinet mais que je la verrai encore surement parce que je continuerai à donner de temps en temps des petits coups de main du coup elle a dit « oh ben c'est mieux pour vous que vous soyez en ville »... c'est peut-être aussi la limite du travail en libéral, cette proximité avec le patient le fait qu'on entre dans leur univers on outre passe un peu la juste distance ils nous appellent par notre prénom alors qu'à l'hôpital avec notre blouse « merci madame »</i></p>	<p>Geste de sollicitude</p>
---	-------------------------	---	--	-----------------------------

Pour les gestes de sollicitude, l'infirmière 2 emploie le pronom personnel « je » de manière importante, le « on » marquant l'implication dans l'action mais également le « vous » pour s'adresser au patient. Elle utilise également le « il » dans un sens indéterminé (« il y a deux mois » (Mme J. (37)) ou « elle » pour désigner un objet (la chemise de nuit de Mme J.) Ils marquent la cohésion nominale. Des déictiques temporels « déjà », « deux mois », « maintenant » sont mobilisés : « voilà vous attrapez la canne on va marcher toutes les deux

je vais vous aider on va marcher jusqu'au lit maintenant » (Mme M.) mais aussi des déictiques spatiaux : « là », « ici » : « *là je vais vous donner vos médicaments* » (Mme V.). Ils montrent le caractère conjoint-impliqué du discours interactif. De même, l'IDE emploie de nombreuses phrases interrogatives qui montrent le souhait d'impliquer le patient dans des décisions le concernant et attendent une réponse : « *vous voulez goûter ?* » (Mme V.). Les démonstratifs « ça » « ç' » sont repérés dans le corpus pour désigner des objets ou employés de manière indéterminée : « *attention la tête, ça y est on est passé* » (Mme M.) ainsi que des interjections : « hein », « ben », « hum ». L'infirmière Lise utilise la préposition « voilà » à de nombreuses reprises et le mot « attention » dans le sens de la mise en garde « *attention la tête* » (Mme M (40)).

Notons l'emploi à plusieurs reprises de l'adjectif « petit » ou « petite » dans le sens hypocoristique souvent employé par les soignants : « *j'vous donne les p'tits cachets* » (Mme V. (30)), « *vous allez manger un petit peu quand même et regarder la télé* » (Mme X. (32)). Le temps des verbes est essentiellement le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, le passé composé pour marquer l'antériorité ou le futur pour noter la postériorité « *allez ! Vous serez mieux là* » (Mme M. (40)). Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences uniquement dialogales (segments de discours interactifs dialogués structurés en tours de parole).

L'infirmière explique presque systématiquement tout ce qu'elle fait au patient :

« *Là je vais vous donner vos médicaments* »

« *Écoutez-moi, j'ai rajouté de l'eau dedans pour que ce soit moins mauvais* » (Mme V.)

Concernant Mme V., l'infirmière argumente ces propos explicatifs ainsi :

« *là on est pour lui donner son traitement du soir et puis surtout lui expliquer comme elle comprend pas trop c'qui se passe il faut lui parler qu'elle comprenne* » (Mme V.)

L'infirmière 2 pose souvent la question du consentement au soin (« *Je vous mets les collyres ?* » (Mme X.)), ce qui lui permet d'adapter ses soins en fonction de la réponse des patients. Nous voyons donc ici un maillage des gestes de sollicitude de l'infirmière avec un geste de régulation. Elle s'appuie sur son savoir contextuel, notamment dans la dimension procédurale puisque la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner, stipule que le consentement au soin doit être requis avant d'effectuer tout soin.

« Contrairement à l'hôpital, c'est nous qui nous adaptons aux gens, à eux. Faire l'effort de s'adapter, d'aller vers les gens il y a une authenticité... c'est super riche et puis y a tout ce qui va autour il y a le chien, c'est pas que le patient finalement c'est tout ce qui va autour c'est pour ça que c'est riche ça donne plein d'informations on a tout de suite une notion de ce vers quoi il faut aller, les besoins... il y a vraiment de l'authenticité qui apporte plus au soin, il est plus juste, plus adapté ».

L'infirmière 2 utilise beaucoup de paroles de réconfort :

« Vous avez une petite baisse de moral mais ça va remonter tout ça, hum ? »,

« Rappelez-vous il y a deux mois de ça on en a fait du chemin »,

« Ben, y a votre fils qui vient vous voir » (Mme J.).

Elle s'explique sur ces propos auprès de Mme J :

« Mme J. je crois qu'elle s'est fortement attachée à moi et je pense qu'elle accuse un peu le coup, là, ce matin, elle arrêta pas : ma Lise ma Lise... en même temps c'est la seule à qui j'en ai parlé mais je me suis dit il faut la préparer du coup euh

IE : vous lui avez dit quand ?

IDE : je lui ai dit hier, je lui ai dit hier que j'allais travailler dans un autre cabinet mais que je la verrai encore sûrement parce que je continuerai à donner de temps en temps des petits coups de main du coup elle a dit « oh ben c'est mieux pour vous que vous soyez en ville »... c'est peut-être aussi la limite du travail en libéral, cette proximité avec le patient le fait qu'on entre dans leur univers on outre passe un peu la juste distance ils nous appellent par notre prénom alors qu'à l'hôpital avec notre blouse « merci madame ».

L'infirmière évoque ici la difficulté de la juste distance, d'une part d'intimité qui se développe dans la relation de soin : nous retrouvons ici le *care giving* et le *care receiving* (Tronto, 2009). Il est mentionné également la distance due à la blouse blanche évoquée plus haut.

L'IDE utilise beaucoup le toucher (dimension corporelle) dans les soins : elle tient la main de Mme Da. (29) penchée sur elle à sa hauteur, puis lui prend la main pour la tourner et la mettre au lit. Nous interrogeons l'infirmière sur ces gestes :

« Pour la rassurer, elle a une prothèse de hanche depuis elle a très peur de son équilibre d'ailleurs elle perd souvent l'équilibre alors ma main la rassure et puis pour l'inciter à la tourner c'est pas un réflexe pour elle parce que elle est un peu démente je pense que vous l'avez compris et euh elle peut rester là en se demandant ce que je viens faire et elle n'aura pas forcément l'idée ».

L'infirmière s'appuie ici sur son savoir pratique (Lechasseur, 2009) qui lui donne l'expertise technique et la maîtrise des signes non verbaux mais aussi son savoir contextuel dans la dimension sociale puisqu'elle s'adapte au type de patient.

L'IDE avance le verre de Mme V. (30) contenant son traitement en lui caressant les cheveux puis, elle lui caresse les cheveux et la joue à nouveau.

IE : alors cette femme vous lui avez caressé les cheveux et la joue, pourquoi vous avez fait ça ?

IDE : pouhh ! j'sais pas trop... si j'ai fait ça c'est parce que c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées il y a un côté rassurant affectueux ça la rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit, pour qu'elle soit plus sereine, apaisée quoi si au moins ça pouvait apporter ça

IE : c'est un geste que vous faites spontanément, il est réfléchi ou ?

IDE : celui-là tout à fait spontanément, parfois il m'arrive même de les embrasser sur le front ça c'est plus réfléchi, quand je les sens un peu mal je vais leur faire un p'tit bisou sur le front mais là non, la petite caresse non c'est spontané

IE : à votre avis, c'est une compétence que vous avez développée ou qui est naturelle chez vous ?

IDE : je pense que c'est assez naturel chez moi mais en présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie vis-à-vis de ça et je pense que voilà c'est plus de l'empathie vis-à-vis de ça et il y a quelque chose de naturel mais j'ai du mal à croire que tout le monde n'aurait pas ce réflexe-là devant ces p'tites personnes qui sont toutes seules toute la nuit... on ne m'a jamais dit quand tu couches les gens il faut faire comme ça ».

« L'avantage de c'métier c'est de les connaître à force de les voir régulièrement et je sais que cette dame-là elle est très sensible à ça je sais que... la première fois que je

lui ai fait un p'tit bisou sur le front « ah c'est gentil ! ah ! » j'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions que d'autres le sont moins voilà je repère aussi il y a des personnes âgées qu'on sent un peu plus délaissées que d'autres et voilà c'est ça aussi je vais pas forcément faire ma p'tite caresse sur les cheveux à tout le monde maintenant que j'y réfléchis je le fais pas forcément à tout le monde... c'est l'adaptation à cette personne-là, c'est pas forcément quelque chose que je dirais faut faire la p'tite caresse dans les cheveux à tout le monde parce que ça apaise y en a que ça n'apaiserait pas forcément mais après il y a le côté intuitif voilà j'ai des personnes en tête elles sont suffisamment distantes dans leurs gestes ou leurs paroles on pourrait pas faire ça, on comprend qu'il faut pas aller vers ça, que ça pourrait être mal interprété enfin je pense que plus on connaît son patient plus on s'adapte à ses besoins ».

L'infirmière souligne ici l'adaptation à la personne s'appuyant sur son savoir contextuel dans la dimension sociale et évalue que pour cette patiente, la caresse peut être un plus, par ce qu'elle nomme « *le côté intuitif* ». Nous pouvons faire le lien avec le savoir perceptuel (Lechasseur, 2009) qui permet l'identification de comportements s'appuyant sur des indices très fins mais aussi sur son savoir pratique par la maîtrise des signes non verbaux. Lise évoque également son savoir expérientiel et son savoir esthétique (Carper, 1978) ou combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) par l'appréciation de la situation qui lui fait dire que « *l'avantage de c'métier c'est de les connaître à force de les voir régulièrement et je sais que cette dame-là elle est très sensible à ça je sais que... la première fois que je lui ai fait un p'tit bisou sur le front « ah c'est gentil ! ah ! » j'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions* ». Nous pouvons à travers ces propos de Lise, faire le lien avec notre définition sur le *care* : « *Le care s'appuie sur la sensibilité morale* ». En effet, l'IDE nous dit : « *je pense que c'est assez naturel chez moi mais en présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie vis-à-vis de ça* », ce qui nous permet de faire du lien également avec le savoir personnel (Carper, 1978) ou intrapersonnel (Lechasseur, 2009), savoir que Carper définit comme des aptitudes personnelles à l'empathie, savoir qui, selon Carper, est difficile à maîtriser et à enseigner. L'IDE 2 maille ici :

- un geste d'évaluation : elle évalue que la caresse est un plus,
- un geste de régulation : elle adapte son soin et effectue cette caresse,
- un geste de sollicitude : par la caresse et le ton de la voix qui est doux et apaisant,

- un geste d'ambiance : par le lien qui se crée entre le soignant et la personne soignée.

La combinaison de tous les gestes liés au *care* dans cette situation peut expliquer que six savoirs professionnels sont ici mobilisés.

L'IDE touche le front de Mme X pour voir si elle a de la fièvre en disant : « *Vous avez pas la fièvre un petit peu ?* ». Elle maille :

- un geste de régulation par le toucher sur le front,
- un geste d'évaluation (savoir si la patiente est chaude),
- un geste de sollicitude (elle sent que la patiente n'est pas bien).

De nouveau, en utilisant le toucher (dimension corporelle), l'infirmière 2 s'appuie sur son savoir pratique (Lechasseur, 2009) et son expertise technique par la maîtrise de signes non verbaux (la chaleur du front), sur son savoir perceptuel qui lui permet d'identifier que quelque chose ne va pas, par la perception d'une modification de l'état de santé de Mme X. Elle utilise également son savoir empirique (Carper, 1978) ou scientifique (Lechasseur, 2009) par ses connaissances sur les signes cliniques de la fièvre sur lesquelles son savoir perceptuel va s'ancrer.

L'IDE tient la main de Mme G (40) en partant :

« IE : alors là Mme G vous lui avez pris la main et j'ai pas senti un besoin d'être rassurée ?

IDE : ouais elle était un peu différente du fait de votre présence, j'l'ai pas sentie comme d'habitude. Même moi j'étais pas comme d'habitude parce qu'elle était pas comme d'habitude et elle habituellement c'est elle qui me prend la main et elle me la serre après des fois j'ai même du mal à la lâcher et là il y a comme une sorte de pudeur quelque chose d'un peu... pas comme d'habitude c'est la seule que je trouve un peu différente du fait de votre présence

IE : Vous pourriez expliquer pourquoi vous ressentez ça ?

IDE : ben au début déjà sa façon d'être était différente elle a des automatismes un peu comme des petites habitudes et de suite elle était un peu perturbée d'habitude elle me fait « bonjour, bonjour » là c'était pas du tout le même et elle me regardait inquiète

aussi et puis elle vous regardait beaucoup du coup elle était pas dans dans... oui dès le départ je l'ai senti il y avait une différence ouais après cette dame je lui ai pris la main parce que ben la première fois je cherchais pas à être intrusive et je gardais la distance justement et puis un soir c'était une occasion particulière c'était son anniversaire et euh du coup je lui ai pris la main et elle me l'a serrée et du coup j'ai senti que ça la réconfortait et après c'est devenu une habitude, le soir je lui dit au revoir en lui attrapant la main et elle me la serre et du fait que vous étiez là ben...

IE : il y avait un peu de réserve ?

IDE : oui oui à l'occasion de son anniversaire elle m'a parlé de son âge elle disait que c'était pas beau du tout d'avoir c't'âge là

IE : quel âge elle a ?

IDE : elle a 92 ans et du coup « depuis tant d'années j'suis seule depuis 13 ans j'suis seule sans mon mari » et elle m'a raconté tout ça ».

L'infirmière souligne ici son savoir combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) ou esthétique (Carper, 1978) car elle a dû s'adapter à un changement d'attitude de la patiente du fait de notre présence : *« il y a comme une sorte de pudeur quelque chose d'un peu... pas comme d'habitude »*. Ce savoir combinatoire constructif s'est appuyé sur son savoir perceptuel qui lui a permis de repérer que ce n'était pas comme d'habitude. Cette situation montre aussi son savoir contextuel dans la dimension sociale car l'infirmière s'est ici adaptée à la patiente.

L'IDE 2 est face à Mme M (45) elle l'entoure de ses bras (pour lui éviter une chute). *(Mme M est dans un fauteuil de salon devant la télévision près de la fenêtre où l'infirmier l'a installée le matin).*

IE : ça doit être dur pour certains, cette dame je l'ai retrouvée exactement à la même place que ce matin...

IDE : ah oui c'est vrai, mais elle me touche moins que d'autres parce que elle a quand même beaucoup de passages d'aides à domicile après c'est vrai qu'elle est toujours à la même place mais je la crois très entourée elle a une fille et un fils qui sont très très très soucieux de son bien-être euh voilà il suffit qu'un jour on lui ait mal lavé l'œil ou un truc, mal coiffée hop tout de suite elle appelle « vous avez mal coiffé maman » donc

c'est très cadré très soucieux un vrai suivi et puis il y a une proximité avec les aides à domicile des fois quand je pars y en a une qui arrive et c'est euh, il y a une vraie chaleur humaine quand euh cette dame arrive on sent que c'est presque comme une copine enfin plus que d'autres qui sont là comme des employées après... pourquoi j'ai moins pour elle oh ben aussi le fait qu'elle se voit pas démente euh je me dis qu'elle réalise peut-être moins tout ça que euh quelqu'un qui est parfaitement conscient, après elle a toujours la p'tite blague la p'tite chanson le p'tit sourire après c'est la maladie qui fait que... donc voilà elle donne moins l'impression d'être malheureuse, oui elle a le sourire et puis elle est quand même très décalée donc voilà ça crée l'illusion que... c'est pas celle qui me ferait dire qu'elle souffre le plus de solitude et le fait qu'elle soit à côté du volet ouvert, tout prend une autre dimension. Quelquefois je me dis d'une ou l'autre est-ce qu'elle serait pas mieux en maison de retraite mais euh après elles ont leurs repères chez elles y a tout plein de choses qui expliquent qu'elles restent chez elles alors effectivement c'est vrai qu'on essaie de leur apporter un petit quelque chose

IE : et ce petit quelque chose en plus c'est quoi ?

IDE : ben c'est de la gaité, de la joie de vivre du sourire c'est la petite blague voilà et puis il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose même si des fois quand on monte dans la voiture le matin « oh là là ! » et puis dès qu'on passe la première porte hop y a un truc qui fait que... et on a envie de construire des belles choses quoi ».

À travers les propos de l'infirmière 2, nous pouvons mettre en avant l'importance des gestes d'ambiance dans la relation de soins. Elle évoque également ici la notion du *care giving* et du *care receiving* (Tronto, 2009) montrant bien que la relation de soin relève de l'interpersonnel : « et puis il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose ».

3.3 Gestes d'évaluation

Pour les **gestes d'évaluation** :

Occurrence : nous avons retrouvé environ 35 manifestations de ce type de geste dans le verbatim.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'évaluation :

<p>« ça fait quoi aux doigts de pieds ? » -emploi du démonstratif « ça » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation du problème</p> <p><i>« je me base sur ce que je vois, déjà ses pieds je les vois tous les jours donc je me réfère à ce que je les connais et j'ai pas vu de différence donc je regarderai encore demain et si elle s'en plaint plusieurs jours je me dirais qu'il y a quelque chose. Là je pense qu'elle a besoin qu'on s'occupe un petit peu d'elle ».</i></p>	<p>Geste d'évaluation</p>
--	-------------------------	--	--	---------------------------

Dans les gestes d'évaluation de l'infirmière 2, nous trouvons très rarement le pronom personnel « nous » et nous n'avons relevé ni « je » ni « on » dans les extraits analysés. Par contre, l'IDE emploie le « vous » pour s'adresser au patient. Elle utilise des interjections : « Bien ! » « Ah ! » « Bon ! », ce dernier semblant marquer le début d'une nouvelle étape dans le soin : « *Bon ! Allez ! À nous. Ça va ?* » (Mme J. (40)). Il est fait usage du déictique spatial « là » : « *vous êtes bien là ?* » (Mme V.), et de déictiques temporels « aujourd'hui », « hier » : « *ça été aujourd'hui ?* » (Mme X.). L'infirmière 2 emploie de manière importante le démonstratif « ça », « c' » désignant le taux de sucre dans le sang de Mme D. (35) ou la toux de Mme G. (40) par exemple : « *ça vous empêche pas de dormir ?* ». Elle sollicite l'organisateur textuel « donc », conjonction servant à amener la conséquence ou la conclusion

de ce qui précède (ici, la hausse du taux de sucre dans le sang de Mme D.) : « *dites donc vous avez mangé quoi ?* » (Mme D.). Lise formule de nombreuses phrases interrogatives (une douzaine) qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient (si la personne est prête, si la personne se sent bien suite à un acte de soin etc.) :

- « *Vous avez pas la fièvre un petit peu ?* » (Mme X.),
- « *1,75 ! Dites donc vous avez mangé quoi ?* » (Mme D.),
- « *Ça va ? Vous tenez bien ? Pas de petite faiblesse dans les jambes ?* » (Mme J.),
- « *Les médicaments sont pris, vous avez mangé ?* » (Mme X.)
- « *Bonsoir Maria comment ça va ?* » (Mme M.)

L'infirmière nous explique qu'elle appelle cette patiente, Mme M, par son prénom :

« C'est la seule que j'appelle par son prénom... je sais pas pourquoi... peut-être parce qu'il y a une certaine familiarité, on se fait des blagues tout ça mais finalement je sais pas... une fois elle m'a demandé mon prénom je lui ai dit et puis j'ai dit « et le vôtre ? » « Maria » j'ai dit « c'est joli Maria » et puis...

L'infirmière utilise dans cette situation son savoir contextuel dans sa dimension sociale (Lechasseur, 2009) car Mme M est démente et Lise s'est adaptée à la patiente. En appelant Mme M par son prénom, elle mobilise aussi son savoir interpersonnel (Lechasseur, 2009) qui par la recherche de connaissances sur la patiente favorise la relation.

L'infirmière 2 emploie également quelques phrases exclamatives pour marquer son constat évaluatif :

- « *Ah ! Il est pas rouge* » (œil de Mme X. (32)),
- « *Ah voili voilà ! Y a des chances hein que ce soit ça !* » (La prise alimentaire sucrée de Mme D. (35) expliquerait la hausse de la glycémie capillaire).

Nous notons l'utilisation à plusieurs reprises de l'adjectif « petit » ou « petite » et de l'adverbe « peu » signifiant une « petite » quantité :

- « *Pas de petite faiblesse dans les jambes ?* » (Mme J. (37)),
- « *Vous toussiez un peu ?* » (Mme G. (40)).

Le temps des verbes est uniquement le présent, ce qui souligne une organisation temporelle simultanée des actions. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales. L'infirmière emploie des phrases avec des connecteurs d'opposition qui laissent entendre une mise en garde pour la patiente, ici Mme J. : « *bon ça monte un petit peu c'est pas catastrophique mais...* ». Elle nous explique que cette patiente a des taux de glycémie irréguliers :

« Par exemple typiquement là, on va chez cette dame diabétique, le soin pourrait se limiter à renouveler la glycémie et on fait l'insuline mais on arrive la dame était extrêmement mal, sa fille avait tenté de se suicider, le soin s'arrêtait pas à je fais ma piqûre j'm'en vais c'était tout ce qui avait autour, c'était important, en plus la glycémie était montée en flèche à cause de tout ça aussi et euh voilà le soin, le soin c'est pas que forcément pourquoi on est embauché ».

L'infirmière souligne ici que le travail réel dépasse la prescription : « *le soin s'arrêtait pas à je fais ma piqûre j'm'en vais c'était tout ce qui avait autour* ». Cette situation relatée par l'infirmière l'a amenée à mailler un geste évaluatif à un geste de régulation et nous émettons l'hypothèse que cela a donné également naissance à un geste de sollicitude. Nous pouvons ici identifier ce que Tronto (2009) nomme le *taking care of* et le *care giving*. L'infirmière a mobilisé son savoir combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) ou esthétique (Carper, 1978) par la gestion de la complexité de la situation et son savoir interpersonnel (Lechasseur, 2009) ou personnel (Carper, 1978) par la relation empathique de cette situation.

Constatant que Lise effectue une évaluation clinique : « *Ça fait quoi aux doigts de pieds ?* » (Mme J.), nous l'interrogeons sur ce qu'elle mobilise dans cette situation :

« Je me base sur ce que je vois, déjà ses pieds je les vois tous les jours donc je me réfère à ce que je les connais et j'ai pas vu de différence donc je regarderai encore demain et si elle s'en plaint plusieurs jours je me dirais qu'il y a quelque chose.

Là je pense qu'elle a besoin qu'on s'occupe un petit peu d'elle ».

L'infirmière souligne que la connaissance du patient permet de comparer un état clinique et de faciliter l'évaluation. Elle s'appuie donc sur son savoir expérientiel (Lechasseur, 2009) et son expertise technique, intimement mêlé au savoir scientifique (Lechasseur, 2009) ou

empirique (Carper, 1978) car l'IDE connaît les effets néfastes éventuels du diabète sur le pied d'un diabétique, elle surveille donc attentivement l'apparition de signes cliniques à ce niveau.

3.4 Gestes d'ambiance

Occurrence : nous avons retrouvé une trentaine de traces de ce type de geste dans le verbatim de l'infirmière 2.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'ambiance :

<p>« bon vous regardez la télé ce soir ? »</p> <p>-interjection « bon » semble marquer l'introduction d'un autre sujet</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-déictique temporel « ce soir »</p> <p>-phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Propos d'ambiance</p>	<p>Geste d'ambiance</p>
--	-------------------------	---	--------------------------	-------------------------

L'infirmière emploie les pronoms personnels « je », « nous » et « on » marquant l'implication dans l'action mais également le « vous » pour s'adresser au patient, le « elle » désignant un objet (une glace) et le « il » soit pour désigner le chien soit dans un sens indéterminé « *il fait toujours aussi bon* » (Mme D.). Ils marquent la cohésion nominale en introduisant des thèmes

ou assurent les reprises. Elle utilise également le démonstratif « ça » indéterminé : « *oh ! Ça tousote de partout* » (Mme G. (40)) et des interjections : « eh ben ! », « oh ! », « bon ! », « ben ! ». On retrouve dans le verbatim des déictiques temporels : « ce soir », « maintenant », « mardi » : « *mardi il faisait beau on s'est dit c'est le printemps* » (Mme G.) et le déictique spatial : « là » : « *là vous pouvez le dire mon pantalon est décousu* » (Mme M.). Lise emploie plusieurs phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question cherchant à intéresser le patient à la conversation :

- « *Bon vous regardez la télé ce soir ?* » (Mme J. (37)),

- « *Vous avez déjà des fleurs qui vont sortir ?* » (Mme G. (40)),

- « *Oh ben qu'est-ce qu'il est mignon, il va pas prendre froid maintenant qu'il a plus de poils ?* » (Mme D.).

Elle nous explique :

« Le soin c'est le global, c'est le mari, la fille et même si le chien y va pas bien il faut prendre le temps de s'inquiéter du chien. On va chez une dame, c'est pas rien, son mari doit se faire opérer du cœur ben on le voyait et on lui a filé un p'tit coup de main pour mettre ses gouttes dans les yeux voilà c'est un tas de petits trucs qui font pas partie de ta fiche de poste j'ai envie de dire mais ouvrir les volets fermer les volets vider le bassin voilà c'est un truc euh voilà en théorie on pourrait dire oh ben non mais c'est dur de quitter une maison où les volets sont fermés, l'hiver c'est pas gênant il fait encore noir dehors mais en plein été quand dehors il fait un soleil d'enfer ! C'est sûr que ça prend un peu de temps que c'est un petit plus mais bon voilà... ».

L'infirmière souligne à nouveau que le travail réel va au-delà de la fiche de poste donc de la prescription « *c'est un tas de petits trucs qui font pas partie de ta fiche de poste* ». Elle mobilise son savoir contextuel social (Lechasseur, 2009) en s'adaptant au patient et interpersonnel par la mise en relation « *On va chez une dame, c'est pas rien, son mari doit se faire opérer du cœur ben on le voyait et on lui a filé un p'tit coup de main pour mettre ses gouttes dans les yeux* ». Elle souligne également son savoir moral et éthique en soulignant l'importance d'effectuer toutes ces « *petites choses* » relevant du *care* (Hesbeen, 1997) : « *C'est sûr que ça prend un peu de temps que c'est un petit plus mais bon voilà* ».

Lise utilise aussi des phrases exclamatives « *oh ben vous avez un trou au pantalon ! Là vous pouvez le dire mon pantalon est décousu* ». Notons que cette forme de phrase s'associe ici à

un trait d'humour de l'infirmière. Nous notons ici encore l'emploi de l'adjectif « petit » : « *ben pourquoi vous aimiez bien les petites émissions de variétés ?* » (Mme X. (32)). Le temps des verbes est l'imparfait soulignant une organisation temporelle antérieure aux échanges ou le présent lorsque l'organisation temporelle est simultanée aux propos des interactants. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales. Les échanges entre l'infirmière et les patients sont essentiellement construits sur le mode de la co-énonciation. Seule Mme P. (47 du verbatim) se situe aussi par moments en sur-énonciation vis-à-vis de l'infirmière :

Exemple 1 :

Mme P : il faut enlever tout ce qui a sur le pied de lit et on va mettre la petite couverture rouge sur les pieds (ton autoritaire et directif)

IDE : dites-moi.

Exemple 2 :

Mme P : le savon je me butte à vous le dire, c'est un remède pour pas avoir des crampes et c'est même le docteur Mi. qui me l'a ordonné

IDE : bien Madame !

Exemple 3 :

Mme P : c'est bon c'est bon ! (ton très sec et autoritaire) et la couverture rouge sur les pieds

IDE : ça marche je vais la chercher...

3.5 Analyse du verbatim de l'infirmière 2 par le logiciel Tropes

Afin de compléter notre analyse, nous avons entré le verbatim entier de l'infirmière 2 dans le logiciel.

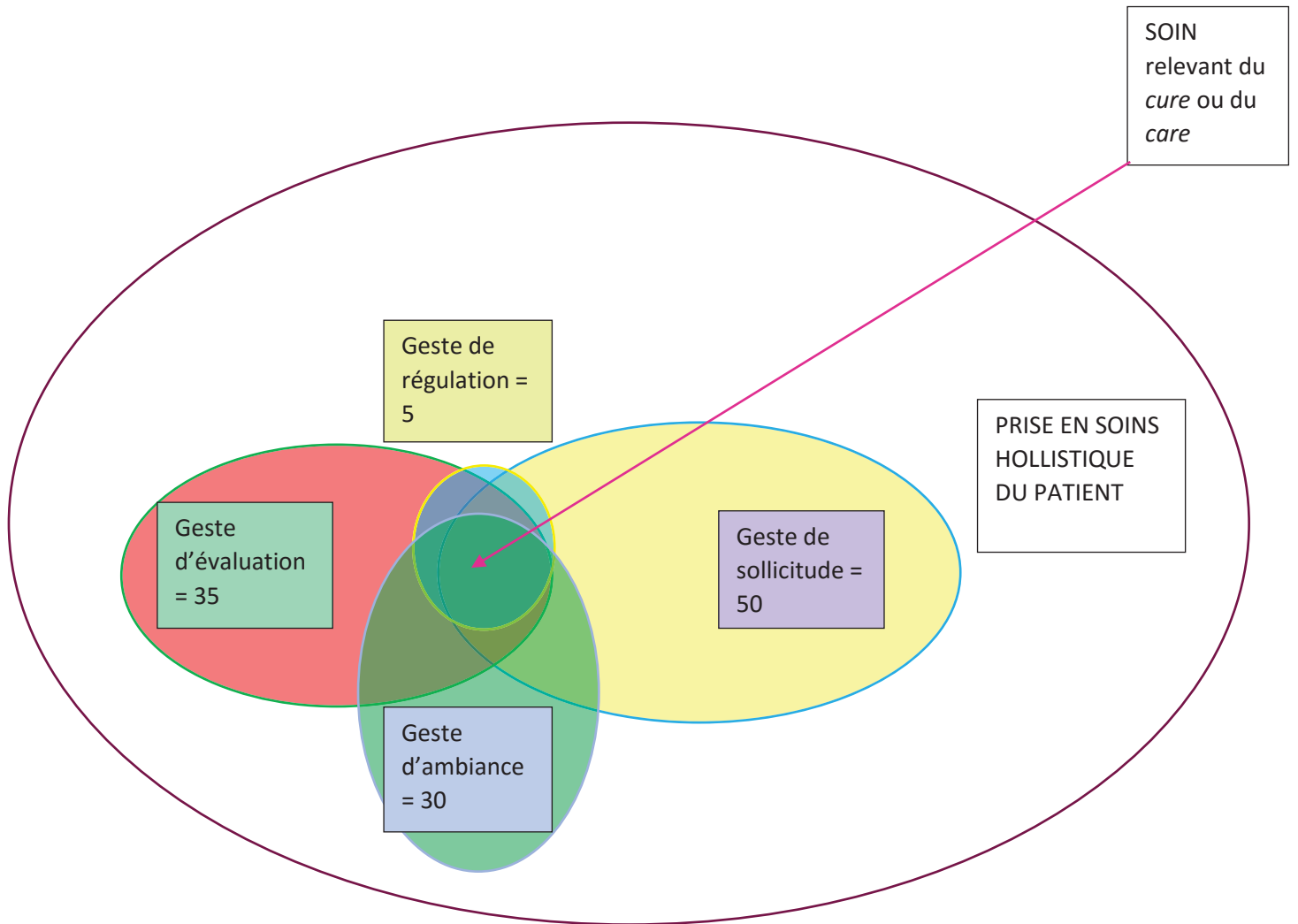
Il ressort de cette analyse que le style est plutôt argumentatif : « *elle a très peur de son équilibre* » (Mme Da.), « *c'est quand même pas très bon* » (Mme V.), ce qui se justifie en partie par le fait que le verbatim de l'autoconfrontation est aussi analysé et où l'infirmière nous explique ses soins.

La mise en scène est ancrée dans le réel avec l'utilisation du présent, ce qui montre le caractère conjoint-impliqué (Bronckart, 1996). La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » (39.1 %) [Vous : 18.8 %, on : 9.2 %, nous : 3.3 %] ce qui confirme nos observations et montre également le caractère conjoint-impliqué (Bronckart, 1996). Il y a une forte proportion de verbes factifs (42.6 %) : « *vous allez vous mettre au lit* », « *ma main la rassure* » (Mme Da.). L'infirmière étant en situation de travail, les verbes factifs y trouvent toute leur place. Les verbes statifs sont représentés à 38.7 % : « *il est tard* », « *elle a une prothèse de hanche* » (Mme Da.). Ainsi les verbes les plus fréquemment utilisés sont les verbes : être (286), avoir (138), aller (108), faire (68), dire (54), voir (37), pouvoir (31), falloir (22), mettre (20). Ces verbes illustrent bien le type de discours : discours interactif relevant du monde de l'exposer impliqué (Bronckart, 1996). En ce qui concerne les adjectifs les plus utilisés, nous retrouvons : bon (26), petit (19), seul (11), mal (6). Remarquons la forte proportion de l'adjectif « petit » que nous avons signalé également plus haut comme mot très souvent employé par les soignants dans un sens hypocoristique.

Dans la construction des phrases, nous retrouvons des modalisations d'affirmation (17.3 %) : « *ah oui c'est mauvais* » (Mme V.), ainsi que des modalisations de négation (20.9 %) : « *elle n'aura pas forcément l'idée* » (Mme Da.), confirmant le style argumentatif. 17.6 % de mots marquant la cause sont repérés : « parce que », « alors » : « *alors ma main la rassure* » (Mme Da.), et 20.4 % de mots introduisent des oppositions : « *c'est quand même pas très bon* » (Mme V.), « *mais ça va remonter tout ça* » (Mme J.). 12.4 % de connecteurs de temps sont repérés : « *quand tu couches les gens, il faut faire comme ça* », « *enfin je pense que plus on connaît son patient plus on s'adapte* ». Ces déictiques marquent le caractère conjoint-impliqué du discours interactif (Bronckart, 1996). Pour finir, les univers de référence identifiés par le logiciel sont : la santé (87), le temps (75), le corps (75), la famille (36), les vêtements (22), les sentiments (21), l'ameublement (21), les gens (20). Nous pouvons faire un lien entre ces univers de référence et les macrostructures de la professionnelle : représentations et connaissances. Ces univers touchent effectivement au domaine de référence de l'infirmière : le soin.

Nous proposons ici une représentation graphique de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*, appliquée pour l'infirmière 2 en fonction des résultats obtenus.

3.6 Outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* de l'infirmière 2



À travers les dimensions langagière et corporelle, l'infirmière 2, Lise, manifeste une grande quantité de gestes de sollicitude. Viennent ensuite, pour elle, les gestes d'évaluation, puis les gestes d'ambiance et enfin, en très petite proportion les gestes de régulation. Nous émettons l'hypothèse que la plus grande importance des gestes de sollicitude chez cette infirmière est liée à son style de prendre soin où la place du toucher est primordiale.

4. Analyse de l'infirmière 3 : Maria

Originnaire de Barcelone, Maria, 33 ans, obtient son diplôme en Espagne en 2002. Après deux années de travail en Espagne, Maria arrive en France en 2004 car elle énonce un nombre trop important de diplômés comparativement aux postes vacants en Espagne. Une entreprise française recrutant des infirmières espagnoles, elle est nommée dans la Loire. Ayant rencontré son mari en France, elle y reste. Installée dans le centre de la France, elle travaille en chirurgie vasculaire puis en salle de réveil (elle a un diplôme d'infirmière urgentiste obtenu en Espagne et qui n'existe pas en France). Son souhait était de travailler aux urgences mais la barrière de la langue s'y opposant, la salle de réveil lui a paru la bonne alternative. Elle y reste pendant 10 ans. Au bout de ces dix années, elle a envie de « voir autre chose » et commence à faire des remplacements de libéraux. Elle parle avec un accent prononcé. Nous effectuons la tournée du soir de 18h à 22h30.

4.1 Gestes de régulation

Pour les **gestes de régulation** :

Occurrence : nous avons retrouvé environ 25 fois ce type de geste dans le verbatim de l'infirmière 3 :

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes de régulation :

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« chaussons, déambulateur, hop » -emploi de noms seuls -emploi interjection « hop »		Monde de l'exposer Séquence dialogale	Anticipe les besoins de Mme P.	Geste de régulation

L'infirmière 3 emploie le pronom personnel « vous » de politesse, le « je » et le « on ». Elle utilise une phrase interrogative pour mettre à portée de main ce dont la patiente pourrait avoir besoin « *vous voulez un autre mouchoir ?* » (Mme P.).

L'infirmière maille ici :

- un geste de régulation du soin (adaptation à la situation),
- un geste de sollicitude (elle souhaite que la patiente ne manque de rien),
- un geste d'évaluation de la situation présente pour anticiper les besoins réels ou potentiels.

Nous retrouvons des phrases impératives : « *allez-y, venez là !* » (Mme Dav), « *tournez-vous un petit peu par-là !* » (Mme B.), et l'emploi du démonstratif « ça » dans un sens indéterminé : « *attendez avant de vous asseoir Mme P, je vais enlever ça* » (ça désignant ici un déambulateur). Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales (segments de discours interactifs dialogués structurés en tours de parole) ou des séquences injonctives pour faire agir le patient selon les recommandations directives de l'infirmière. L'IDE prend le mollet de Mme X. avec des gestes lents et doux et lui soulève la jambe, elle caresse la peau en disant : « *ça vous fait toujours la p'tite marque ?* ». Il y a maillage :

- d'un geste de régulation (elle soulève la jambe)

- d'un geste d'évaluation (en touchant la peau et en questionnant la patiente)
- d'un geste de sollicitude (geste lent et doux)

L'infirmière mobilise son savoir pratique (Lechasseur, 2009) par son expertise technique car en touchant la peau elle évalue des signes cliniques (chaleur, douleur...) et son savoir interpersonnel par la recherche de connaissances sur la patiente Mme X. par les habiletés de l'infirmière à entrer en relation.

L'IDE tire le fauteuil et soulève Mme M. pour l'y mettre, elle l'emmène dans la chambre et la porte du fauteuil au lit. Elle ferme les volets, éteint la télévision et les lumières avant de partir de chez Mme M. Elle explique :

« Mme M je la porte mais je la porte pour la mettre sur sa chaise, je sais que Luc la fait marcher mais moi j'ai pas la force j'ai trop peur de la faire tomber et la tenir d'un bras donc je la fais assoir dans sa chaise mais je la porte ».

L'infirmière nous explique ici pourquoi sa technique de soin n'est pas la même que celle de l'infirmier 1 et qu'elle a mis en place une stratégie différente pour réguler ce soin, elle utilise son savoir combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) ou esthétique (Carper, 1978) en gérant la complexité de la situation et son savoir contextuel dans sa dimension sociale (Lechasseur, 2009) par son adaptabilité au type de patient soigné.

Pour une situation, c'est l'explication de l'infirmière qui nous permet de dire qu'il s'agit d'un geste de régulation, sans cette explication, rien ne nous aurait permis d'en arriver à cette hypothèse :

IE : alors ce monsieur, quand tu lui as fait une injection euh est-ce que tu penses que tu as mis en place des actions pour éviter qu'il ait mal ou des choses comme ça ?

IDE : si tu veux on avait longuement parlé la dernière fois et il appréhendait pas mal les piqûres ce monsieur donc il préférait qu'on lui dise pas quand on va piquer j'ai dit ok je lui ai dit vous vous préparez psychologiquement quand on pince la cuisse

IE : d'accord

IDE : et donc tout simplement si tu veux le pincement il est légèrement plus important que chez un autre tout simplement pour qu'il se concentre sur ce fait là sinon voilà.

Nous nous trouvons ici face à une mobilisation d'un savoir esthétique défini par Carper (1978) ou combinatoire constructif (Lechasseur, 2009) car l'infirmière fait preuve de

créativité dans l'appréciation de la situation et met en place une ingéniosité dans le soin en accord avec le patient.

4.2 Gestes de sollicitude

Pour les **gestes de sollicitude** :

Occurrence : nous avons trouvé plus d'une soixantaine de manifestations de ce type de geste dans le verbatim de l'infirmière.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes de sollicitude :

<p>« vous voulez manger quelque chose pour que ça passe mieux ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi du démonstratif « ça » pour désigner le médicament -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Sollicitude, s'inquiète pour la patiente</p>	<p>Geste de sollicitude</p>
--	-------------------------	---	---	-----------------------------

L'infirmière 3 emploie les pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action mais également le « vous » pour s'adresser au patient et le « il » désignant un objet (le

pansement). Ils marquent la cohésion nominale en introduisant des thèmes ou assurent les reprises. Elle utilise des organisateurs textuels qui structurent les échanges :

- « Mais », conjonction d'opposition introduisant une idée nouvelle : « *mais vous savez Mme P., la toux, quelquefois c'est nerveux aussi, y a des toux nerveuses* »,
- « Alors » adverbe, ici employé pour savoir ce que doit faire l'infirmière : « *vous voulez un p'tit peu d'eau alors ?* » (Mme P.),
- « Voilà » marquant la réalisation d'actes soignants : « *Et hop voilà, allez un petit bras l'autre petit bras* » (Mme Dav.).

Nous retrouvons l'emploi du déictique spatial « là » ou « par-là » : « *on va voir le pansement par-là ?* » (M. Y) et des interjections pour interpeller sur un fait : « hein », « hop », « bon », « oh », « allez ». Des phrases interrogatives sont utilisées qui montrent le souhait d'impliquer le patient dans des décisions le concernant et attendent une réponse : « *vous voulez manger quelque chose pour que ça passe mieux ?* » (Mme P.). Nous notons l'emploi à plusieurs reprises (une dizaine de fois sur les extraits de textes sélectionnés) de l'adjectif « petit » ou « petite » dans le sens hypocoristique souvent employé par les soignants : « *mais non, vous allez pas étouffer pour ça ma p'tite dame* » (Mme P.), « *Et hop voilà allez un petit bras, l'autre petit bras* » (Mme Dav) et de l'adverbe « peu » : « *ça va tirer un petit peu les poils* » (M. Y).

Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales. L'infirmière explique ce qu'elle fait aux patients : « *je vais changer la protection* » (Mme Dav.) :

IE : alors dis-moi par rapport à tes intentions, par exemple tu es arrivée chez cette dame (Mme dav.), est-ce que tu arrives avec une idée du soin, est-ce que aujourd'hui par exemple ça s'est pas déroulé comme tu le pensais ?

IDE : non non c'est comme habituel, au niveau du soin c'est le changement de protection lui mettre le pyjama et la mettre au lit, ça si tu veux tous les soirs ben y a des soirs elle veut aller au lit, y a des soirs où elle veut pas aller au lit, là elle a demandé qui c'est qui allait dormir avec elle mais sinon en fait euh après, pas tous les soirs faut pas lui changer la protection complète comme aujourd'hui tu vois mais non y a rien d'exceptionnel on va dire qui soit arrivé après ben je prépare toujours ben un gant parce que des fois elle a des selles pas tous les soirs faut anticiper si tu veux

IE : hum hum

IDE : donc voilà mise à part le fait qu'ils étaient pas à la maison, ça oui on peut dire c'est plus embêtant qu'autre chose, parce que c'est assez exceptionnel qu'ils soient pas présents à la maison

IE : ton activité a été empêchée ?

IDE : ah oui et là, là on a pris un bon quart d'heure de retard minimum [...] ».

L'infirmière nous explique ici que, bien que le soin se soit déroulé comme tous les jours (mais avec du retard, trois passages au domicile ayant été nécessaires avant de pouvoir effectuer le soin), se maillent :

- un geste d'évaluation : état de la protection,
- un geste de régulation : anticiper en préparant un gant et changement de la protection,
- un geste de sollicitude vis-à-vis de la personne incontinente en expliquant ce qu'elle fait.

L'infirmière mobilise son savoir contextuel (Lechasseur, 2009) dans sa dimension sociale en s'adaptant au type de patient (personne démente dont la compréhension est difficile) : « *ben y a des soirs elle veut aller au lit, y a des soirs où elle veut pas aller au lit, là elle a demandé qui c'est qui allait dormir avec elle* ». Le fait de connaître la patiente lui permet de mobiliser aussi ce savoir contextuel dans sa dimension organisationnelle en anticipant la préparation de matériel qui peut lui être utile certains jours : « *ben je prépare toujours ben un gant parce que des fois elle a des selles pas tous les soirs faut anticiper si tu veux* ».

L'infirmière 3 effectue beaucoup de gestes de sollicitude vis-à-vis de Mme P., elle cherche sa réassurance à plusieurs reprises « *vous inquiétez pas* », « *oh ben ça c'est rien c'est juste parce que vous avez certainement avalé un peu trop vite* », elle lui propose de très nombreuses fois un verre d'eau (à trois reprises elle répète la même phrase « *vous voulez que j'aille vous chercher un verre d'eau ?* ») la dernière finissant d'un « *alors* » incitatif. L'IDE nous dit :

« Mme P. a un caractère spécial mais c'est une des personnes avec qui ça me fait plus de la peine tu vois parce que elle est vraiment toute seule, elle a vraiment personne, elle est veuve depuis 14 ans, elle vit toute seule dans son chez elle et les journées elles sont très longues quand t'es toute seule, et elle a des problèmes de marche, dernièrement elle peut marcher moins bien qu'avant alors euh elle se rend compte

qu'elle perd de l'autonomie et c'est ça qui la rend encore plus malade, plus pointilleuse sur certaines choses, elle est plus demandante qu'avant parce qu'en fait elle se rend compte que ça va pas, sinon depuis que je travaille en libéral j'ai pas eu une personne où je me serais bien pris la tête avec mais parce que ça aurait été de la méchanceté pure tu vois, vraiment personne, après, tu as plus d'affinité avec certains que d'autres mais euh tu te rends compte que cette méchanceté il y a un fond derrière cette angoisse, le caractère il y a quelque chose derrière, ils sont vilains, non parce qu'ils veulent être vilains, c'est parce que en fait y a des peurs ou des ennuis tout simplement

IE : hum hum et qu'est-ce qui te permet d'évaluer ça ?

IDE : oh ben ça c'est tu vois, il y a un sixième sens je sais pas, je me dis que c'est souvent que j'ai un sixième sens je peux te dire c'est pas que j'ai un apriori envers les gens mais euh en dix minutes de contact avec la personne j'arrive à évaluer le pourquoi, après, forcément avec la connaissance et l'assiduité à force d'y retourner souvent tu te rends compte que c'est pour ça pour ça mais euh je me dis que j'ai un sixième sens pour évaluer certaines choses après si c'est bien ou pas je sais pas mais c'est pas quelque chose que je me fis pour mes patients on va dire, pour mes patients je cherche à savoir le pourquoi en posant des questions tout simplement et en écoutant

IE : tu penses que ce sixième sens comme tu le nommes il est partagé par d'autres soignants ?

IDE : je sais pas c'est pas quelque chose que je passe dans mes transmissions si tu veux (elle rit). Moi j'ai toujours dit qu'infirmière c'est une vocation hein tu peux faire beaucoup d'études mais infirmière il faut vouloir l'être ».

L'infirmière évoque ici un sixième sens que l'on peut rattacher au savoir perceptuel identifié par Lechasseur (2009), la perception d'indices fins qui permettent d'évaluer des modifications diverses : « *il y a un sixième sens je sais pas, je me dis que c'est souvent que j'ai un sixième sens* ». Elle mobilise également son savoir personnel (Carper, 1978) ou interpersonnel et intrapersonnel (Lechasseur, 2009) car elle nous parle de ses sentiments, de son empathie pour Mme P. : « *Mme P. a un caractère spécial mais c'est une des personnes avec qui ça me fait plus de la peine tu vois parce que elle est vraiment toute seule, elle a vraiment personne* ». De nouveau, en se rendant chez Mme M., l'infirmière 3 évoque des sentiments similaires :

« Mme M elle doit somnoler dans son fauteuil c'est la première fois que j'y vais aussi tard la pauvre donc euh si tu veux en plus elle s'en fout un peu la télé et ça me gêne de passer à cette heure-ci parce que j'estime que c'est trop tard pour elle, même si j'ai pas pu faire autrement c'est pas volontaire, allez. Oh tu vois une personne comme ça, ça me fait beaucoup de peine toujours toute seule. Elle a une fille mais tu vois je l'ai laissé ce matin sur son fauteuil et je la retrouve sur son fauteuil, j'ai du mal à, à, à accepter, je n'accepte pas, j'ai du mal. En Espagne tu vois ça n'existe pas, déjà il n'y a pas autant d'aides pour pouvoir rester à la maison donc c'était quelque chose qui m'avait choqué j'avais du mal à laisser quelqu'un enfermé chez lui

IE : tu te sens plus compatissante du coup avec elle ?

IDE : ça me fait de la peine ça me fait beaucoup plus de peine oui ça me fait de la peine

IE : est-ce que ça change ta manière de soigner, de prendre soin ?

IDE : non peut-être que je vais rigoler plus après si tu veux, c'est essayer de rigoler plus avec elle parce que y a pas beaucoup de dialogues ».

Elle évoque de nouveau son savoir personnel (Carper, 1978) ou interpersonnel et intrapersonnel (Lechasseur, 2009) en nous parlant de Mme M : *« une personne comme ça, ça me fait beaucoup de peine toujours toute seule »*. Nous pouvons aussi faire le lien avec notre définition du care : *« le care s'appuie sur la sensibilité morale »*.

4.3 Gestes d'évaluation

Pour les **gestes d'évaluation** :

Occurrence : nous trouvons plus d'une cinquantaine de traces de ce type de geste dans le verbatim de l'infirmière 3.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'évaluation :

« je vous laisse ? » -emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	évalue si elle peut partir en demandant l'accord de Mme P. <i>« elle est en train de se sentir diminuer, en perte d'autonomie ça fait qu'il y a une angoisse qui s'instaure en fait elle est plus euh elle nous attend maintenant pour se lever avant elle se levait toute seule tu vois à midi elle m'attendait pour sortir un p'tit peu qu'avant elle le faisait toute seule donc en fait c'est plus la peur et l'appréhension qui se mettent en place que par le fait que ce soit une autre infirmière parce que ça c'est une chose que j'ai déjà parlé avec Luc parce que je la vois moi aussi se diminuer et Luc il le voit aussi ».</i>	Geste d'évaluation
--	------------------------	--	--	-----------------------

L'infirmière 3 emploie les pronoms personnels « je » marquant l'implication dans l'action mais également le « vous » pour s'adresser au patient, le « il » désignant le médecin et le « elle » pour désigner Mme Dav. ou encore une plaie. Ils marquent la cohésion nominale en introduisant des thèmes ou assurent les reprises. Elle utilise le déictique spatial « là » : « *ça passe là, la toux ?* » (Mme P.) et des déictiques temporels : « aujourd'hui », « hier », « tous les soirs » : « *c'est le même médicament que vous prenez tous les soirs celui-là ?* » (Mme P.). Nous retrouvons de nombreuses phrases interrogatives (une quinzaine) qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient (si une bande n'est pas trop serrée, si la personne se sent bien suite à un acte de soin etc.) :

- « *Et ça vous sert toujours au niveau de la cuisse ? Ça vous fait toujours la p'tite marque ?* » (Mme X.),

- « *Le pansement a été fait hier ?* » (Mme B.),
- « *Ça vous gratte toujours la gorge ?* » (Mme P.),
- « *Vous êtes fatiguée ?* » (Mme M.).

Nous pouvons constater un emploi important du démonstratif « ça » :

- « *Ça se passe bien ?* » (M. G),
- « *Ça c'est pas trop serré ça va ?* » (Mme P.).

L'infirmière 3 mobilise l'adverbe « toujours » à plusieurs reprises : « *Je vois qu'elle peine toujours un petit peu à la marche ?* » (Mme Dav.), « *Ça vous gratte toujours la gorge ?* » (Mme P.) et des organisateurs textuels structurant les échanges :

- « Alors » adverbe, ici employé pour savoir ce que doit faire l'infirmière : « *alors, dites-moi de quel côté ?* » (M. Y),
- « Donc » conjonction amenant la conséquence : « *donc y a pas d'raison* » (Mme P.).

Nous notons à nouveau l'emploi à plusieurs reprises de l'adjectif « petit » ou « petite » dans le sens hypocoristique employé par les soignants : « *Ça vous fait toujours la p'tite marque ?* » ou de l'adverbe « peu » : « *C'est passé la toux un petit peu Mme P ?* ». Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.

Avant de quitter Mme P, l'infirmière évalue si tout va bien : « *tout est bon ? Je vous laisse ?* ». Elle explique ainsi ces propos :

« elle est en train de se sentir diminuer, en perte d'autonomie ça fait qu'il y a une angoisse qui s'instaure en fait elle est plus euh elle nous attend maintenant pour se lever, avant elle se levait toute seule, tu vois à midi elle m'attendait pour sortir un p'tit peu qu'avant elle le faisait toute seule donc en fait c'est plus la peur et l'appréhension qui se mettent en place que par le fait que ce soit une autre infirmière parce que ça c'est une chose que j'ai déjà parlé avec Luc parce que je la vois moi aussi se diminuer et Luc il le voit aussi »

L'infirmière 3 sollicite son savoir perceptuel (Lechasseur, 2009) par la perception s'appuyant sur des indices très fins d'une modification de l'état de santé de Mme P mais aussi sur son savoir pratique qui lui permet de repérer des signes non verbaux. Elle mobilise également son

savoir contextuel social puisqu'elle adapte ses soins en fonction du changement de l'état de santé : « tu vois à midi elle m'attendait pour sortir un p'tit peu ».

4.4 Gestes d'ambiance

Pour les **gestes d'ambiance** :

Occurrence : nous avons trouvé environ 80 fois ce type de geste dans le verbatim de l'infirmière 3.

Nous présentons ici un court extrait du tableau d'analyse pour les gestes d'ambiance :

<p>« il est dehors votre chat il nous empêchait de garer la voiture »</p> <p>-emploi des pronoms personnels « il » pour désigner le chat, du « vous » de politesse -déictique spatial « dehors »</p>	<p>Verbe au présent et imparfait</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Propos rassurants</p> <p><i>« j'essaie d'être très positive envers les gens euh de toujours bien dialoguer tout ça y a des personnes à qui il faudra remonter le moral parler de son chat comme tout à l'heure mais les émotions faut pas les montrer je peux avoir des soucis aussi dans ma vie personnelle il faut pas que ça paraisse. »</i></p>	<p>Geste d'ambiance</p>
--	--------------------------------------	--	--	-------------------------

L'infirmière 3 emploie les pronoms personnels « je » et « on » marquant l'implication dans l'action mais également le « vous » pour s'adresser au patient, le « il » pour désigner le chat.

Ils marquent la cohésion nominale en introduisant des thèmes ou assurent les reprises. Elle utilise le démonstratif « ça » indéterminé : « *y a pas de place ça va être un petit peu étroit pour deux* » (Mme Dav), des interjections : « ah ! », « hein », « allez ! », des déictiques temporels : « demain », « ce soir », « aujourd'hui » : « *allez à samedi matin* » (Mme B.) et le déictique spatial : « dehors » : « *il est dehors votre chat il nous empêchait de garer la voiture* » (Mme B.). Elle illustre ce type de gestes en expliquant :

« j'essaie d'être très positive envers les gens euh de toujours bien dialoguer tout ça y a des personnes à qui il faudra remonter le moral, parler de son chat comme tout à l'heure ».

Nous retrouvons plusieurs phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question cherchant à intéresser le patient à la conversation : « *qu'est-ce qu'on va en faire de Mme M hein ? Qu'est-ce qu'on va en faire de vous ?* » (Mme M). Nous notons à nouveau l'emploi de l'adjectif « petit » ou « petite » et de l'adverbe « peu » : « *c'est mieux de les couvrir du moment qu'il y a des agrafes c'est mieux de les couvrir un petit peu encore* » (M. Y). Nous avons relevé à plusieurs reprises l'emploi de l'humour :

- « *Parce que si, c'est à moitié français et espagnol* » (Mme M.),
- « *J'ai une bonne nouvelle, on va pas vous couper le bras tout va bien* » (Mme B.),
- « *Vous prenez l'apéro après le repas vous* » (Mme B. en lui donnant ses médicaments).

Le temps des verbes est le passé composé ou l'imparfait soulignant une organisation temporelle antérieure aux échanges, le futur pour des projections de faits ou le présent lorsque l'organisation temporelle est simultanée aux propos des interactants. Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.

Pour chaque rencontre, Maria emploie un « *bonsoir* » : ouverture du niveau supra-ordonné qui marque l'entrée en contact selon les règles socio-communicatives et d'une clôture : « *au revoir* », « *bonne nuit Mme M.* ». Ces étapes sont très prononcées chez cette infirmière. Nous interrogeons l'infirmière sur sa manière de créer une relation de confiance propice aux gestes d'ambiance :

« Ben tout simplement être à l'écoute, les gens y aiment beaucoup et pis à partir d'un certain âge ils sont tous seuls à la maison et c'est tout simplement être à l'écoute et les gens ils ont besoin de beaucoup de parler donc euh y a moi dans mon statut de

remplaçante, en fait je peux pas euh les gens au départ c'est pas qu'ils te prennent pas au sérieux mais ils sont plus euh ils vont être un petit peu plus pointilleux sur toi euh donc en fait c'est d'être vraiment à l'écoute tout simplement par la gentillesse hein

IE : mais quelquefois c'est pas facile d'être gentille ? Quelquefois des patients...

IDE : il faut s'adapter. C'est pas comparable comme un commercial mais il faut s'adapter à chaque personne alors pas tout le monde est pareil, y en a qui vont te parler toujours de la même chose, des personnes âgées qui vont passer euh tout le temps à se plaindre, y a des personnes qui vont s'intéresser à ta famille, des personnes qui vont poser des questions plus personnelles sur moi sur ma vie personnelle pourquoi je suis ici euh parce que déjà d'une, le fait que je sois étrangère j'ai gardé toujours mon accent mais les gens sont encore plus « titilleux » sur toi et ici dans le coin j'ai appris les gens euh ben c'est pas qu'ils aiment pas les étrangers mais ils s'en méfient plus, quand je suis arrivée en France j'ai déjà entendu que je pique le travail aux infirmières françaises, ou des patients, pas en libéral, en structure, qui ont refusé mes soins parce que j'étais pas française donc il faut aussi que je m'adapte par rapport à ça mais en fait je le prends plus comme un atout en fait de ne pas être d'ici parce que après j'apprends plein de choses sur ce que disent les personnes les patients où on va en fait, ils m'apprennent plein de trucs donc en fait c'est le dialogue, on va dire le dialogue c'est ça qui permet le contact avec les patients. Voilà ».

L'infirmière 3 met en avant l'importance de s'adapter : « *il faut s'adapter* », en lien avec le savoir interpersonnel (Lechasseur, 2009) qui est une recherche de connaissances des autres par les habiletés à entrer en relation. L'adaptation évoque également le savoir contextuel dans sa dimension sociale puisqu'elle s'adapte à chaque patient.

Nous profitons d'une première visite à un nouveau patient pour demander à l'infirmière comment elle envisage la rencontre :

« IE : alors c'Monsieur c'était la première fois que tu le voyais ?

IDE : voilà

IE : comment tu, est-ce que tu es arrivée avec des intentions et as-tu dû mettre en place des réajustements par rapport à ce qu'il te disait ou... ?

IDE : non tout simplement, comme tout savoir vivre, se présenter à l'arrivée euh après je me laisse porter par la personne si tu veux ben lui, il est parti le truc qu'on avait en

commun c'est-à-dire qu'il a été hospitalisé là où j'ai travaillé pendant dix ans donc euh c'est que cette base-là après ça se fait tout seul on suit le fil de la personne tu vois c'est ce qu'on disait tout-à-l'heure on s'adapte à chaque personne, après c'est tout simplement savoir ce qu'on doit faire c'est pour ça que j'ai demandé de quoi il avait été opéré, de toute façon vue la plaie euh comment c'était fait c'était logique de savoir qu'il s'était fait opérer d'un pontage croisé j'ai eu l'habitude de voir ça assez longtemps ben après, si tu veux les gens comme ça et que Luc sait qu'ils se sont fait opérés à G de V quand il sait que je vais y retourner il parle de moi de côté-là il va lui dire « voilà demain y a ma remplaçante qui va venir, elle a travaillé dix ans à G de V » voilà les personnes m'attendent déjà avec cette mentalité-là donc c'est pour ça que lui il était déjà préparé par rapport au questionnaire de satisfaction qu'il avait pas eu, chose qui est très bizarre parce que ils sont très pointilleux par rapport à ça par rapport au fait que le patient soit bien pris en charge, après le problème qu'il m'a expliqué ça malheureusement on priorise les constantes du patient et qu'il soit vivant plutôt que son confort mais c'est pas des vrais soins intensifs c'est des chambres à côté du bureau des infirmières et y a pas d'intimité, après j'ai essayé d'apporter des réponses à ses questions voilà, après chaque rencontre se passe différemment par exemple pour lui la piqûre tout allait bien, pour d'autres il faut travailler avant de piquer, la personne tu le laisses guider et le fait déjà d'être à l'écoute ça t'apprend comment elle est, là tu vois j'ai vu déjà qu'il était tout seul, je sais pas s'il a une famille c'est des personnes on va agir différemment avec la personne... Le libéral c'est très différent, ben déjà l'approche avec les patients, en plus moi je viens de la salle de réveil, le contact avec les patients il est presque inexistant. Les patients en salle de réveil euh c'est plus euh c'est vraiment plus un travail d'infirmière euh en actes et plus surveiller les constantes, l'extubation, la douleur euh c'est beaucoup plus ça que le relationnel. Qu'à domicile c'est que du relationnel enfin pas que, il y a des actes aussi mais il y a beaucoup beaucoup de relationnel et en fait euh cette partie-là euh j'adore la partie euh le contact avec le patient et euh le fait d'aller chez les gens ils attendent euh l'infirmière le statut infirmière est beaucoup plus marqué que dans un établissement. Dans un établissement tu es une infirmière comme une autre tu es une parmi d'autres infirmières, en fait chez les patients c'est très différent, c'est surtout le relationnel qui change ».

L'infirmière nous souligne à nouveau l'importance de savoir s'adapter au patient et que le relationnel en libéral a une place centrale, sollicitant le savoir interpersonnel et le savoir contextuel (Lechasseur, 2009).

En arrivant chez un couple M. et Mme B., l'infirmière les embrasse. Nous l'interrogeons sur ce geste :

« IE : alors ici ce couple, tu l'as embrassé quand tu es rentrée ?

IDE : oui ben c'est ce que je disais faut s'adapter à chaque personne et M. B en fait un soir il m'a embrassé du fait ben j'ai continué mais bon c'est pas quelque chose que je fais d'habitude ben y a qu'eux. C'est un monsieur qui est tout seul avec sa femme et son épouse elle perd énormément la tête et donc ce monsieur se sent très très seul, ils avaient un fils qui est décédé d'un cancer donc en fait il est tout seul avec son aide-ménagère qui passe deux fois par semaine et nous et donc en fait y a une confiance qui s'instaure plus intime que chez d'autres patients, mais c'est pas parce que on a choisi comme ça, c'est les circonstances, c'est pour ça que je disais tout à l'heure qu'on ne va pas faire que l'acte on prend la globalité de la personne et la globalité c'est même la famille quoi, ben forcément tu as plus d'affinité avec certaines personnes que d'autres et quand tu vois la même personne plusieurs fois par semaine ou par mois ben forcément y a un climat qui s'instaure qui est différent y a des personnes qui vont chercher à comprendre à me connaître, à connaître ma vie personnelle pas en tant qu'infirmière mais en tant que fille on va dire en tant que personne alors forcément y a un climat qui s'installe qui est différent donc euh c'est pas que l'empathie envers les gens, ça sera toujours la même, mais l'affinité envers la personne ça sera différent en fonction de la personne c'est pas parce que on s'entend mieux que les soins vont être différents, les soins ils vont être pareils après la conversation ça va être différent mais tu vois ce couple, on fait plus du social avec lui et avec elle c'est plus les soins... Le relationnel en libéral n'est pas mis en valeur d'un point de vue cotation mais d'un point de vue humain tu vois en ce moment la période des potagers euh moi tous les jours, je vais rentrer à la maison avec un bout de course, les gens vont t'offrir quelque chose de leur jardin, là le monsieur il nous a offert un chocolat, c'est ça tu vois ça c'est une reconnaissance qui a pas de prix et dans un établissement ça n'existe pas ça, tu es une infirmière parmi tant d'autres t'es payée voilà quand tu rentres dans l'univers de la personne que tu vas chez elle, en fait tu es vue différemment tu es vue très différemment et c'est ça qui me plaît entre autres c'est ce côté-là en fait ».

Nous pouvons noter ici que l’infirmière 3 souligne le fait que le relationnel, pourtant central en libéral, n’est pas pris en compte : « *Le relationnel en libéral n’est pas mis en valeur d’un point de vue cotation* ». Elle évoque également le *care receiving* (Tronto, 2009) gratifiant pour la professionnelle : « *en fait tu es vue différemment tu es vue très différemment et c’est ça qui me plait entre autres c’est ce côté-là en fait* ».

La plupart des échanges entre l’infirmière et les patients sont essentiellement construits sur le mode de la co-énonciation. Seule Mme P. se situe aussi par moments en sur énonciation vis-à-vis de l’infirmière :

Exemple :

« *Mme P : et pis la tête du lit faudra la bouger (le ton est directif)*

IDE : oui mais on le fera quand vous serez dans le lit vous me direz la hauteur

Mme P : et puis faut me mettre bien au milieu du lit parce que je suis tombée

IDE : oui bien ».

4.5 Analyse du verbatim de l’infirmière 3 par le logiciel Tropes

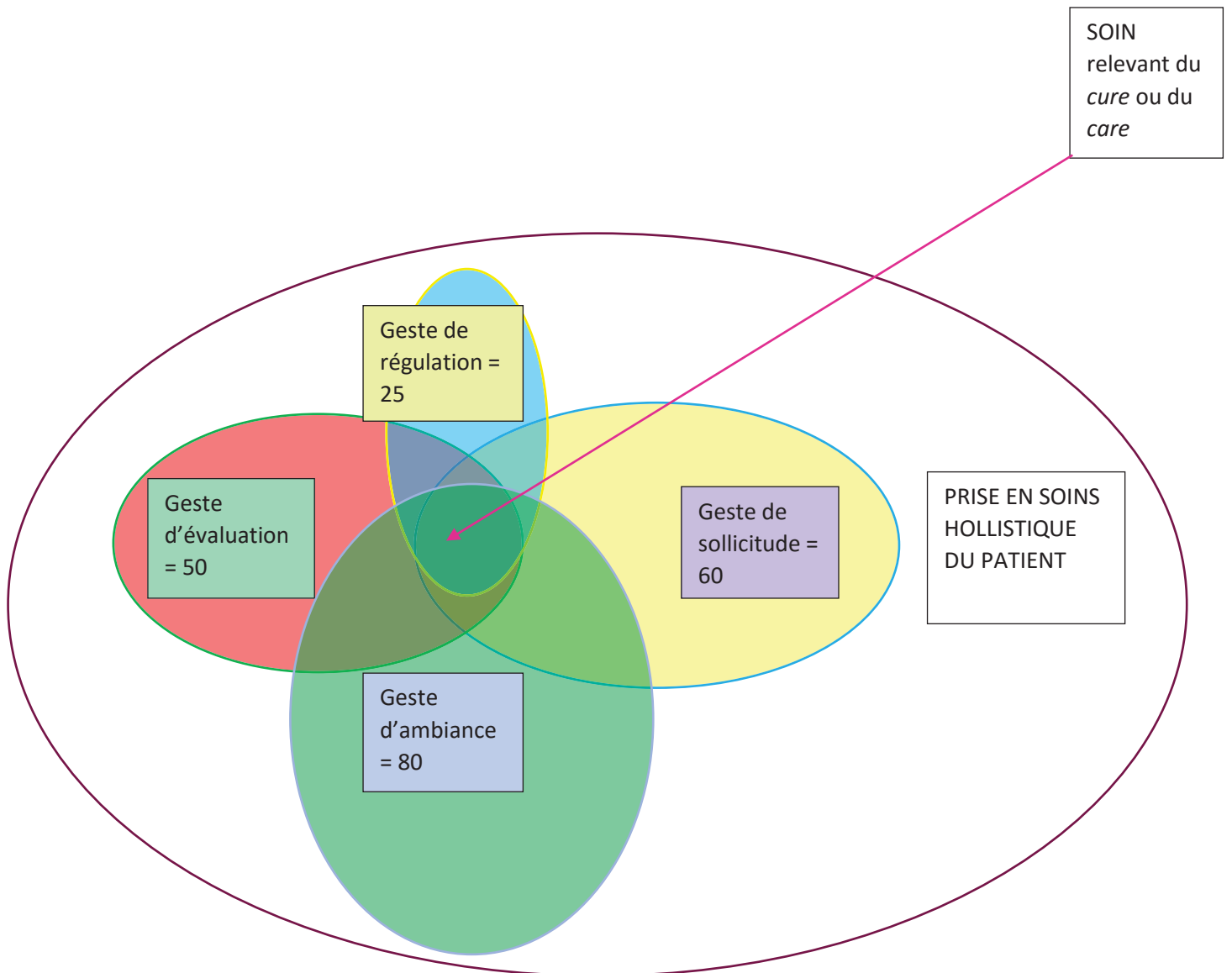
Afin de compléter notre analyse, nous avons entré le verbatim entier de l’infirmière 3 dans le logiciel.

Il ressort de cette analyse que le style est plutôt argumentatif : « *les gens ils ont besoin de beaucoup parler* ». Ceci s’explique par le fait que dans le verbatim apparaît aussi l’autoconfrontation de l’infirmière qui justifie ses actions. La mise en scène est ancrée dans le dynamisme et l’action : « *elle prend le mollet, soulève la jambe, caresse la peau* » (Mme X.). La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » (32.9 %) [Vous : 11.2%, on : 11.8 %], notons que le « nous » n’est pas relevé. L’emploi du « je » et du « on » montre le caractère impliqué (Bronckart, 1996). Il y a une forte proportion de verbes factifs (46.7 %) : « *ça a tenu le pansement* », « *ça vous fait toujours la p’tite marque* » (Mme X.). L’infirmière étant en situation de travail, les verbes factifs y trouvent toute leur place. Les verbes statifs

sont représentés à 35.4 % : « *ça y est voilà* » et les verbes déclaratifs sont eux présents à 16.8 % : « *je peux pas généraliser* ». Ainsi les verbes les plus fréquemment utilisés sont les verbes : être (615), aller (303), avoir (297), faire (205), dire (99), voir (89), mettre (68), vouloir (64), falloir (55). Ces verbes illustrent bien le type de discours : discours interactif relevant du monde de l'exposer impliqué (Bronckart, 1996). En ce qui concerne les adjectifs les plus utilisés, nous retrouvons : bon (41), petit (34), seul (26), pareil (14), différent (12), mal (11). Remarquons la forte proportion de l'adjectif « petit » que nous avons signalé également plus haut comme mot très souvent employé par les soignants dans un sens hypocoristique. Dans la construction des phrases, nous retrouvons des modalisations d'affirmation (12.4 %) ainsi que des modalisations de négation (18.9 %) utilisant le « non » ou le « ne pas ». 25.7 % de mots marquant la cause sont repérés : « *donc en fait c'est d'être vraiment à l'écoute* » et 19.2 % de mots introduisent des oppositions : « *mais euh elle perd tellement la tête* ». Pour finir, les univers de référence identifiés par le logiciel sont : la santé (223), le temps (136), les gens (96), le corps ou la maladie (95), les sentiments (67), les vêtements (59), l'habitat (51). Nous pouvons faire un lien entre ces univers de référence et les macrostructures de l'infirmière 3 : représentations et connaissances. Ces univers touchent effectivement au domaine de référence de l'infirmière : le soin.

Nous proposons ici une représentation graphique de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*, appliquée à l'infirmière 3 en fonction des résultats obtenus.

4.6 Outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* de l'infirmière 3



À travers les dimensions langagière et corporelle, l'infirmière 3, Maria, manifeste une grande quantité de gestes d'ambiance (dans l'analyse, nous avons noté que les étapes d'ouverture et de clôture du niveau supra-ordonné sont très prononcées chez l'IDE 3). Viennent ensuite dans des proportions assez marquées, les gestes de sollicitude puis les gestes d'évaluation et enfin, les gestes de régulation. Il existe chez cette infirmière, un recours à tous les types de gestes dans des proportions assez similaires. Nous émettons l'hypothèse que le type de soins réalisés ce jour-là par l'infirmière 3 avec injections et pansements pourrait expliquer la plus grande importance des gestes de régulation issus de la combinaison d'autres gestes et en particulier par une grande part de gestes d'évaluation.

VI. DISCUSSION

Dans cette thèse, nous nous sommes attachée à tenter de répondre à la question de recherche suivante : **En situation réelle de travail, quels gestes professionnels liés au *care* les infirmiers libéraux mobilisent-ils et sur quels types de savoirs professionnels s'appuient-ils ?**

En ce qui concerne les buts que nous nous étions fixée, nous avons pu véritablement appréhender le travail réel des infirmiers libéraux en situations de soins grâce aux entretiens menés (autoconfrontation simple ou instruction au sosie). Nous avons pu repérer les dimensions corporelle et langagière, les gestes pratiqués par les soignants lors des soins et nous éclairer sur les constitutifs du *care* et leurs manières de s'exprimer à travers les soins. Cela nous a permis de mettre ainsi en évidence l'existence de gestes professionnels liés au *care* chez les infirmiers libéraux en milieu rural et de créer un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*.

1. Comparaison et discussion des résultats

Nous nous sommes interrogée sur la manière d'exploiter les résultats de manière efficiente. Après quelques essais, nous avons de nouveau eu recours à l'usage d'un tableau⁷². Nous avons mis en correspondance l'analyse des trois infirmiers dans trois colonnes différentes. Une quatrième colonne nous a permis de noter les similitudes et les différences entre les trois professionnels. En voici un court exemple :

⁷² Annexe 6

IDE 1	IDE 2	IDE 3	Analyse / Discussion
<p>Gestes de régulation</p> <p>Pour les gestes de régulation :</p> <p>Emploi des pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action.</p>	<p>Gestes de régulation</p> <p>Pour les gestes de régulation :</p> <p>Emploi des pronoms personnels « je » marquant l'implication dans l'action.</p>	<p>Gestes de régulation</p> <p>Pour les gestes de régulation :</p> <p>Emploi de noms utilisés seuls pour désigner les objets à préparer : « chaussons, déambulateur » (Mme P.).</p> <p>Emploi du pronom personnel « vous » de politesse.</p>	<p>Implication de l'IDE 1 (je et on) et 2 (je), (vous) chez l'IDE 3</p>

1.1 Gestes de régulation

Concernant les gestes de régulation, il y a implication de l'IDE 1 (emploi du « je » et « on ») et de l'IDE 2. Le « vous » n'apparaît pour ces gestes que chez l'IDE 3.

Ils emploient globalement tous des interjections et des déictiques temporeux. Le temps des verbes est uniquement le présent, ce qui est logique puisqu'il s'agit pour le soignant d'adapter son soin en fonction de la situation vécue. Tous les discours relèvent du monde de l'exposer à travers des séquences dialogales, le discours est interactif. On peut trouver aussi quelques séances injonctives quand l'infirmier régule le soin en donnant des consignes au patient.

Nous retrouvons des gestes de régulation chez les trois infirmiers mais ceux-ci ne sont pas les plus représentatifs. Nous émettons l'hypothèse que la nature des soins : toilettes, couchers... sont peu porteurs à des gestes de régulation. Ceux que nous avons repérés relèvent souvent de soins plus techniques comme le soin de la sonde urinaire de Mme M (IDE 1), le pied du diabétique à surveiller de Mme J (IDE 2) et l'injection sous-cutanée de M. G (IDE 3).

D'autres soins sont régulés dans le sens d'une anticipation par rapport à un événement (un rendez chez l'ostéopathe pour Mme P ou une prise de sang) et amène le professionnel à agir différemment ou à mettre en garde (« attention »).

Les gestes de régulation semblent ne pas se faire de manière isolée mais toujours suite à une évaluation d'un problème qui se pose. Les IDE sont ainsi amenés à combiner plusieurs gestes et nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il y a toujours une évaluation d'un risque potentiel ou réel au départ d'un geste de régulation d'un soin.

L'infirmier 1 maille plusieurs gestes : régulation (il se penche sur Mme P, s'adapte à la situation), évaluation (il regarde souvent Mme P., il surveille les signes cliniques, son comportement («*on guette la faille* »), sollicitude (réassurance) et ambiance (propos divers et humour).

De même, pour Mme M porteuse d'une sonde urinaire, il maille geste de régulation (il écarte les jambes en disant «*écarterz bien* »), geste d'évaluation : (il regarde et surveille la peau et la sonde).

L'IDE 2 est penchée sur une patiente, elle lui tient la main : «*ma main la rassure et puis pour l'inciter à la tourner* » : gestes de sollicitude, d'ambiance, de régulation.

Pour une patiente (Mme M), l'infirmière 3 la porte et nous explique pourquoi sa technique de soin n'est pas la même que celle de l'infirmier 1 et qu'elle a mis en place un geste de régulation pour ce soin : «*Mme M je la porte mais je la porte pour la mettre sur sa chaise, je sais que Luc la fait marcher mais moi j'ai pas la force j'ai trop peur de la faire tomber et la tenir d'un bras donc je la fais assoir dans sa chaise mais je la porte* ».

Pour une injection, l'IDE 3 met également en place un geste de régulation en pinçant plus fort le patient avant de le piquer.

Concernant les savoirs mobilisés lors de manifestations de gestes de régulation, nous pouvons retrouver les savoirs suivants identifiés par Lechasseur (2009) : le savoir expérientiel (un IDE), le savoir pratique (2 IDE), le savoir contextuel (2 IDE), le savoir perceptuel (1 IDE), le savoir scientifique (1 IDE), le savoir interpersonnel (1 IDE), le savoir combinatoire constructif (2 IDE).

1.2 Gestes de sollicitude

Pour les gestes de sollicitude, nous retrouvons l'utilisation des mêmes pronoms personnels « je, on, vous, il, elle » pour les trois IDE ainsi que l'utilisation d'organismes textuels. Les trois infirmiers utilisent la forme interrogative pour impliquer le patient dans des décisions et attendent une réponse. Ils utilisent également des démonstratifs pour désigner des objets ou dans une forme indéterminée.

Les infirmiers 1 et 2 emploient des déictiques temporels marquant l'antériorité ou la simultanéité.

Les infirmières 2 et 3 emploient des déictiques spatiaux notamment « là » et des interjections. Toutes les deux emploient l'adjectif « petit, petite » dans le sens hypocoristique utilisé par les soignants.

Le temps des verbes est essentiellement le présent, l'organisation temporelle est simultanée des actions mais on retrouve aussi du passé composé pour marquer l'antériorité, du futur pour noter la postériorité et du conditionnel dans les situations où la réponse est aléatoire. Le discours relève du monde de l'exposer en des séquences dialogales mais l'infirmier 1 exprime une courte séquence explicative.

Concernant ces gestes de sollicitude, les infirmières 2 et 3 expliquent presque systématiquement tout ce qu'elles vont faire au patient pour qu'il comprenne, d'autant plus quand celui-ci est déficient cognitif. Il y a maillage de gestes de sollicitude et de régulation à partir du consentement au soin chez l'IDE 2. Elle parle d'adaptation et d'authenticité dans le soin à domicile par la richesse des informations fournies permettant ainsi une meilleure prise en compte des besoins. L'IDE 3 maille quant à elle, geste d'évaluation, de régulation, et de sollicitude.

Les infirmiers associent dimension langagière et dimension corporelle dans les soins notamment à travers les gestes de sollicitude. L'infirmier 1 adoucit sa voix pour s'adresser à Mme P en se penchant sur elle et l'infirmière 2 utilise aussi une voix adoucie pour s'adresser aux personnes âgées tout en s'agenouillant près d'elles.

Les 3 IDE montrent des signes de sollicitude évidents à travers leurs paroles de réassurance, très nombreuses, notamment vis-à-vis de Mme P en ce qui concerne les infirmiers 1 et 3.

L'IDE 1 l'argumente par le fait que « *les anciens quand on change un p'tit quelque chose du quotidien, la journée n'est plus la même et tout peut arriver, du coup donc on la rassure [...]* Et puis je lui répète, ils aiment bien qu'on leur répète souvent. Le fait de répéter ça leur fait plaisir ça les rassure ». Il ajoute : « *je vois quand ils se préparent à partir en sucette, j'y fais attention euh et ça, c'est le côté le plus difficile, il faut déjà un certain recul par rapport à tout ça pour voir tout ça* » : l'infirmier nous souligne ici l'importance de porter attention à l'autre pour déceler un changement de comportement ou de santé. À travers l'instruction au sosie, nous pouvons voir que l'infirmier se montre prévenant dans les soins, « *joue le jeu* » de la patiente et semble organiser son soin selon un rituel quotidien. Il se montre également conciliant envers Mme P. parfois très autoritaire.

L'infirmier nous explique que son rôle va bien au-delà de la prescription : portes fermées, lumières éteintes, rangement des vêtements et du matériel de toilette et que pour lui « *oui, c'est pas dans le rôle, ça on m'l'a déjà dit mais non non c'est dans mon rôle !* ».

Soulignons que pour Mme M. et Mme P., la phase d'ouverture du niveau supra-ordonné est similaire pour l'IDE 1 : « *Coucou, attention les yeux* », l'infirmier fait preuve de prévenance envers ces patientes au moment d'allumer la lumière et semble avoir développé un schème opératoire dans ce type de situation où nous retrouvons deux patientes au lit, seules.

L'IDE 3 parle de la peine qu'elle ressent pour Mme P « *ça me fait plus de la peine tu vois parce que elle est vraiment toute seule* ». Elle a des propos similaires pour Mme M : « *Oh tu vois une personne comme ça, ça me fait beaucoup de peine toujours toute seule. Elle a une fille mais tu vois je l'ai laissé ce matin sur son fauteuil et je la retrouve sur son fauteuil, j'ai du mal à, à, à accepter, je n'accepte pas, j'ai du mal* ». Elle parle quant à elle d'un sixième sens : « *j'ai un sixième sens je peux te dire, c'est pas que j'ai un a priori envers les gens mais euh en dix minutes de contact avec la personne j'arrive à évaluer le pourquoi, après, forcément avec la connaissance et l'assiduité à force d'y retourner souvent tu te rends compte que c'est pour ça pour ça mais euh je me dis que j'ai un sixième sens pour évaluer certaines choses* ».

Ainsi l'infirmier 1 et l'infirmière 3 parlent d'un « quelque chose en plus » : une attention particulière pour l'infirmier 1 et un « sixième sens » pour l'infirmière 3 qui leur permettent de repérer une anomalie et de poser une évaluation : « *j'arrive à évaluer le pourquoi* » nous dit l'infirmière 3. Nous émettons l'hypothèse qu'il pourrait donc y avoir une combinaison de gestes où le geste de sollicitude permettrait, faciliterait le geste d'évaluation.

La dimension corporelle est également importante dans les gestes de sollicitude, notamment chez l'infirmière 2.

L'IDE 2 caresse les cheveux et la joue d'une patiente de façon spontanée : « *c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées, il y a un côté rassurant affectueux ça la rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit, pour qu'elle soit plus sereine, apaisée* ». Elle explique ainsi ce geste : « *en présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie* ». Elle explique qu'il lui arrive aussi d'embrasser certaines personnes : « *la première fois que je lui ai fait un p'tit bisou sur le front « ah c'est gentil ! Ah ! » J'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions* » elle ajoute que c'est la connaissance des personnes qui lui permet d'évaluer si ce geste sera bien reçu.

L'infirmière souligne l'adaptation à la personne et évalue que pour cette patiente, la caresse peut être un plus, par ce qu'elle nomme « *le côté intuitif* ». Elle maille ici geste d'évaluation (elle évalue que la caresse est un plus), geste de régulation (elle adapte son soin et effectue cette caresse), geste de sollicitude (empathie), geste d'ambiance (par le lien qui se crée entre le soignant et la personne soignée).

L'infirmière 2 ajoute qu'il est important d'amener un plus dans les soins : « *de la gaité, de la joie de vivre, du sourire c'est la petite blague voilà et puis il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose* ».

L'infirmière évoque ici la notion du *care receiving* montrant bien que la relation de soin relève de la réciprocité et du collectif.

Nous pouvons constater que les touchers de l'IDE 2, assez nombreux, relèvent plus de l'affect, de la sollicitude et l'empathie à la personne soignée, caractérisant un style propre à cette infirmière.

L'infirmière 2 parle d'empathie vis-à-vis de certains patients « *leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie vis-à-vis de ça* » et évoque le fait qu'une patiente s'est fortement attachée à elle. Elle énonce la difficulté de la juste distance par une part d'intimité qui se développe dans la relation de soin entre soignant et patient : nous retrouvons ici le *care giving* et le *care receiving* et la notion de collectif et de réciprocité dans la relation de soins.

L'infirmière 2 et l'infirmière 3 parlent donc toutes deux de la solitude de certaines personnes et des émotions que cela génère en elles : de la peine, de l'empathie. Nous faisons l'hypothèse que ces émotions, qui donnent un style singulier de prise en charge à chacune de ces soignantes, pourraient avoir un lien avec le vocabulaire hypocoristique employé par ces deux professionnelles : infirmière 2 : « *j'vous donne les p'tits cachets* » (Mme V), infirmière 3 « *et hop voilà allez un petit bras, l'autre petit bras* » (Mme Dav).

En ce qui concerne les savoirs identifiés par Lechasseur (2009) et mobilisés dans les gestes de sollicitude, nous pouvons relever le savoir expérientiel (2 IDE), le savoir pratique (2 IDE), le savoir interpersonnel (3 IDE), le savoir perceptuel (3 IDE), le savoir contextuel (3 IDE), le savoir combinatoire constructif (2 IDE), le savoir moral et éthique (1 IDE), le savoir scientifique (1 IDE). Notons que les savoirs interpersonnel, perceptuel et contextuel sont mobilisés par les trois infirmiers dans les gestes de sollicitudes, ce qui renforce notre hypothèse que le geste de sollicitude favoriserait le geste d'évaluation par la perception de changement dans l'état de santé du patient.

1.3 Gestes d'évaluation

Pour les gestes d'évaluation, les 3 IDE emploient les pronoms « vous, il, elle » mais seuls les infirmiers 1 et 3 emploient le « on » ou le « je ». Ils utilisent également tous les trois le déictique spatial « là ». Certains utilisent des interjections (IDE 1 et 2), d'autres des déictiques temporels (IDE 2 et 3) ou des organisateurs textuels (IDE 2 et 3). Les trois infirmiers emploient par contre, de très nombreuses phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient, sur son état et ils utilisent les démonstratifs dans ces questions évaluatives : « *ça va ?* ». Ces questions, nombreuses, cherchent à évaluer par une question directe au patient comment il se sent. À travers une de ces questions posée à la patiente Mme M : l'infirmière 2 l'appelle par son prénom : « *C'est la seule que j'appelle par son prénom... je sais pas pourquoi... peut-être parce qu'il y a une certaine familiarité, on se fait des blagues tout ça mais finalement je sais pas...* ».

L'IDE 2 utilise aussi la phrase exclamative pour marquer le constat évaluatif : « *1,75 ! Dites donc vous avez mangé quoi ? [...] Ah voili voilà ! Y a des chances hein que ce soit ça !* » (Mme D.).

Les infirmières 2 et 3 emploient de façon récurrente le mot « petit, petite » ou « peu » dans le sens hypocoristique employé par les soignants : infirmière 2 : « *Pas de petite faiblesse dans les jambes ?* » (Mme J), infirmière 3 : « *Ça vous fait toujours la p'tite marque ?* » (Mme X).

Le temps des verbes est uniquement le présent pour les IDE 2 et 3 marquant ainsi l'organisation temporelle simultanée des actions. L'IDE 1 utilise aussi le passé composé et l'imparfait pour marquer l'antériorité et savoir comment s'est passée la nuit précédente. Le discours relève toujours du monde de l'exposer en des séquences dialogales, le discours est interactif.

L'infirmière 2 souligne que le travail réel dépasse la prescription : « *on arrive, la dame (Mme J.) était extrêmement mal, sa fille avait tenté de se suicider, le soin s'arrêtait pas à je fais ma piqûre j'm'en vais c'était tout ce qui avait autour, c'était important, en plus la glycémie était montée en flèche à cause de tout ça aussi et euh voilà le soin le soin la définition du soin c'est pas que forcément pourquoi on est embauché* ». Cette situation relatée par l'infirmière l'a amenée à mailler un geste évaluatif à un geste de régulation et nous émettons l'hypothèse que cela a donné également naissance à un geste de sollicitude. Nous pouvons ici identifier ce que Tronto (2009) nomme le *taking care of* et le *care giving*.

Nous avons interrogé l'infirmière 2 sur son évaluation clinique lorsqu'elle se penche sur le pied diabétique de Mme J : « *Ça fait quoi aux doigts de pieds ?* ». L'infirmière nous explique sur quoi elle s'appuie : « *Je me base sur ce que je vois, déjà ses pieds je les vois tous les jours donc je me réfère à ce que je les connais et j'ai pas vu de différence donc je regarderai encore demain et si elle s'en plaint plusieurs jours je me dirais qu'il y a quelque chose* ». L'infirmière souligne que la connaissance du patient permet de comparer un état clinique et de faciliter l'évaluation, ce que déclare également l'infirmier 1. Il souligne que la connaissance des patients permet une évaluation plus fine des situations et de repérer des risques potentiels. Notons que l'évaluation de l'infirmier l'a amené à un geste de régulation du soin : le changement de la sonde urinaire de Mme M : « *je pense qu'il était temps que je la change hier c'est pour ça il était temps... En fait ce qui a attiré mon attention hier, c'est que*

il y avait un petit peu d'urines dans le fond de la couche ». Nous avons donc cette fois un maillage de gestes d'évaluation et de gestes de régulation.

De même, pour évaluer si une personne a de la fièvre, l'infirmière 2 lui pose la main sur le front en disant : « *Vous avez pas la fièvre un petit peu ?* ». Elle maille geste de régulation (par le toucher), geste d'évaluation (savoir si la patiente est chaude), geste de sollicitude (elle sent que la patiente n'est pas bien et cherche son réconfort).

L'IDE 1 semble avoir construit un schème opératoire marquant le début du soin chez certains de ses patients : il commence par une phase évaluative en demandant comment s'est passée la nuit précédente souvent introduite par « bon ».

Les trois infirmiers évaluent globalement les actions entreprises.

L'IDE 3 maille quant à elle, geste d'évaluation et geste de sollicitude lorsqu'elle demande à Mme P avant de partir « *tout est bon ? Je vous laisse ?* ». Elle explique ainsi ces propos : « *elle est en train de se sentir diminuer, en perte d'autonomie ça fait qu'il y a une angoisse qui s'instaure en fait* ».

Les trois infirmiers font de l'évaluation quasi permanente lors des soins, en surveillant le patient, sa peau, sa plaie... ou en demandant directement à la personne comment elle se sent suite à une action ou un déplacement. Des schèmes opératoires semblent s'être construits dans une même classe de situation.

Les savoirs mobilisés dans les gestes d'évaluation sont le savoir expérientiel (2 IDE), le savoir pratique (2 IDE), le savoir interpersonnel (2 IDE), le savoir combinatoire constructif (2 IDE), le savoir contextuel (3 IDE) le savoir perceptuel (2 IDE), le savoir scientifique (1 IDE). Notons que le savoir contextuel est mobilisé par les trois infirmiers, ce qui semble démontrer une adaptation aux situations et aux patients pour ces gestes d'évaluation.

1.4 Gestes d'ambiance

Pour les gestes d'ambiance, les trois infirmiers emploient globalement tous les pronoms personnels, le démonstratif « ça » dans un sens indéterminé, des interjections et de nombreux déictiques temporels. Les IDE 2 et 3 utilisent également des déictiques spatiaux.

Les trois infirmiers utilisent des phrases interrogatives pour solliciter le patient à entrer en interaction et favorisent ainsi les tours de parole. Les sujets sont divers et concernent la vie personnelle des patients. L'IDE 2 dit à ce sujet que : « *Le soin c'est le global, c'est le mari, la fille et même si le chien y va pas bien il faut prendre le temps de s'inquiéter du chien. On va chez une dame, c'est pas rien, son mari doit se faire opérer du cœur ben on le voyait et on lui a filé un p'tit coup de main pour mettre ses gouttes dans les yeux voilà c'est un tas de petits trucs qui font pas partie de ta fiche de poste j'ai envie de dire mais ouvrir les volets fermer les volets vider le bassin voilà* ».

L'infirmière souligne à nouveau que le travail réel va au-delà de la fiche de poste donc de la prescription.

En ce qui concerne l'IDE 1, il se penche sur une patiente pour lui parler, prépare le petit-déjeuner, fait sortir le chien ou ramasse les journaux souillés, ouvre les volets : « *C'est très important d'ouvrir les volets parce que je trouve que c'est ça qui met la maison en route. Quand les volets sont ouverts, ça c'est une fierté chez les anciens, avoir le premier le volet ouvert, là. Et pour les voisins ça donne à voir que l'infirmier est DÉjà passé donc ça s'inquiète pas* ». L'infirmier évoque ici lui aussi la notion de rôle et de travail réel qui dépasse la prescription.

Les IDE 2 et 3 emploient à nouveau beaucoup l'adjectif « petit, petite » et l'adverbe « peu » toujours dans le sens hypocoristique des soignants : infirmière 2 : « *ben pourquoi ? Vous aimiez bien les petites émissions de variétés ?* » (Mme X), infirmière 3 : « *c'est mieux de les couvrir, du moment qu'il y a des agrafes c'est mieux de les couvrir un petit peu encore* » (M. Y).

Pour les trois infirmiers, les temps des verbes sont le passé composé, l'imparfait, le futur ou le présent. Nous pouvons donc voir que toutes les temporalités peuvent être employées dans les gestes d'ambiance.

Pour les IDE 2 et 3, nous nous trouvons uniquement dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales. Pour l'IDE 1, outre ces mêmes séquences, nous pouvons également identifier une courte séquence injonctive ainsi qu'une séquence narrative du monde du raconter autonome ce qui montre que le champ des gestes d'ambiance peut être assez large.

Nous avons noté que les étapes d'ouverture et de clôture du niveau supra-ordonné sont très prononcées chez l'IDE 3.

Les IDE 1 et 3 utilisent l'humour dans les soins. L'IDE 1 explique que cela dédramatise les soins. Selon lui, il y a perception d'avec qui on peut plaisanter : « *ça se sent* » souligne l'infirmier, de plus « *les gens apprécient* ». Il ajoute : « *On m'a même fait un beau compliment un patient m'a dit « oh ben avec vous j'oublie que j'suis malade » c'est une dame qui m'avait dit ça* ». Notons la notion évoquée ici de *care receiving*. Celle-ci est de nouveau soulevée dans ces propos : « *C'est comme je dis toujours, ici c'est un lieu de vie, si on rigole avec eux ils vous accueillent très bien tandis que si on rigole pas avec eux bon ben ils vous regardent drôlement « oh, c'est l'infirmier, c'est médical c'est les piqûres tout ça* ». De toute façon, si c'est pas moi qui sors des bêtises, c'est eux qui vont en sortir et puis le jour où j'en sors pas parce que, pour une raison X ou Y « *oh qu'est-ce qui vous arrive ?* » Et là tout de suite « *oh qu'est-ce qui vous arrive ? C'est l'infirmier qui nous lâche* ». C'est des gens qui s'inquiètent vraiment ». La notion de réciprocité est de nouveau évoquée dans la relation de soin.

L'IDE 3 souligne l'importance de l'écoute pour créer une relation de confiance et de « *se laisser porter* » par la personne. Le relationnel est très important en libéral donc les gestes d'ambiance vont avoir une place privilégiée. Elle parle du statut de l'infirmière libérale selon elle différent : « *le statut infirmière est beaucoup plus marqué que dans un établissement. Dans un établissement tu es une infirmière comme une autre tu es une parmi d'autres infirmières, en fait chez les patients c'est très différent, c'est surtout le relationnel qui change* ».

Benelli et Modak (2010, p. 58) disent à ce propos que « *le travail de care est un moyen – instaurer une relation de confiance avec la personne bénéficiaire d'un soutien – en vue d'un but dicté par le contexte institutionnel* ».

L'infirmière 3 embrasse un couple en arrivant « *faut s'adapter à chaque personne et M. B en fait un soir il m'a embrassé du fait ben j'ai continué mais bon, c'est pas quelque chose que je fais d'habitude ben y a qu'eux* ». L'IDE souligne l'importance de l'adaptation à la personne.

Elle parle de globalité et d'un rôle qui va au-delà de l'acte : « *on ne va pas faire que l'acte on prend la globalité de la personne et la globalité c'est même la famille* ».

Elle évoque le *care receiving* et un rôle différent : « *les gens vont t'offrir quelque chose de leur jardin, là le monsieur il nous a offert un chocolat, c'est ça tu vois, ça c'est une reconnaissance qui a pas de prix et dans un établissement ça n'existe pas ça, tu es une infirmière parmi tant d'autres t'es payée voilà, quand tu rentres dans l'univers de la personne que tu vas chez elle, en fait tu es vue différemment* ».

L'IDE 1 parle du décès d'un de ses patients pour dédramatiser : « *Pour M. N je leur en parle parce que je sais que ça cogite sous la marmite là (en montrant sa tête) je le sais très bien comment ça se passe. Ça permet de dédramatiser* ».

Les gestes d'ambiance tiennent une place centrale dans les soins à domicile. Ils permettent de créer une relation de confiance selon les infirmiers et de dédramatiser les soins. Nous pouvons noter que tous les usages lexicaux peuvent se retrouver dans les gestes d'ambiance.

Concernant les savoirs mobilisés dans les manifestations des gestes d'ambiance, nous pouvons identifier le savoir expérientiel (1 IDE), le savoir contextuel (3 IDE), le savoir perceptuel (1 IDE), le savoir interpersonnel (3 IDE), le savoir moral et éthique (2 IDE), le savoir combinatoire constructif.

1.5 Discussion de l'analyse par le logiciel Tropes

Pour les trois infirmiers, le style est plutôt argumentatif, ce qui s'explique en partie par le fait que le verbatim fait apparaître les autoconfrontations des soignants et leur argumentaire sur les soins prodigués. La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » pour les 3 IDE et ce, dans des proportions assez similaires, ce qui montre bien le caractère conjoint-impliqué (Bronckart, 1996).

La mise en scène du texte est ancrée dans le réel pour l'IDE 2 et dans le dynamisme et l'action pour l'IDE 3.

Les verbes factifs sont les plus représentés pour les 3 IDE et ici encore dans des proportions similaires (de 42 à 47 %) montrant bien l'implication des professionnels. Les verbes employés par les trois infirmiers sont les mêmes et dans cet ordre d'utilisation : être, avoir, aller, faire, dire, voir, mettre, falloir... Ce qui nous confirmerait le genre commun aux trois professionnels.

Pour les adjectifs, les 3 IDE utilisent le plus « bon », par contre en 2^{ème} position nous retrouvons « petit, petite » pour l'IDE 2 (19 fois) et l'IDE 3 (34 fois) alors qu'il n'apparaît qu'en 4^{ème} position pour l'IDE 1 (9 fois). Ce constat semble confirmer notre hypothèse concernant le type de prise en soins par les IDE 2 et IDE 3 : les émotions, qui donnent un style singulier de prise en charge à chacune de ces soignantes, pourraient avoir un lien avec le vocabulaire hypocoristique employé par ces deux professionnelles.

Enfin, nous retrouvons les mêmes univers de référence chez ces 3 IDE : la santé, le temps, le corps dans cet ordre pour ces trois premiers univers puis les gens, la famille, les sentiments, l'habitat et les vêtements.

Nous pouvons ainsi constater que la structure du texte est sensiblement construite sur le même modèle avec l'emploi d'un vocabulaire similaire et des représentations communes.

1.6 Tableau de synthèse des résultats

<p>Gestes de régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pronoms personnels : je, on, vous - temps des verbes : présent : adapter son soin en fonction de la situation - monde de l'exposer - séquences dialogales, discours interactif - séquences injonctives - savoirs mobilisés : savoir expérientiel, savoir pratique, savoir contextuel, savoir perceptuel, savoir scientifique, savoir interpersonnel, savoir combinatoire constructif. <p>Hypothèse : toujours suite à une évaluation d'un problème qui se pose.</p>
<p>Gestes de sollicitude</p>	<ul style="list-style-type: none"> - pronoms personnels : je, on, vous, il, elle - emploi de l'adjectif « petit, petite » sens hypocoristique - temps des verbes : présent, passé composé, futur, conditionnel - monde de l'exposer - séquences dialogales, discours interactif - savoirs mobilisés : savoir expérientiel, savoir pratique, savoir interpersonnel, savoir perceptuel, savoir contextuel, savoir combinatoire constructif, savoir moral et éthique, savoir scientifique. <p>Les savoirs interpersonnel, perceptuel et contextuel sont mobilisés par les trois infirmiers, ce qui renforce notre hypothèse que le geste de sollicitude favoriserait le geste d'évaluation par la perception de changement dans l'état de santé du patient.</p> <p>Hypothèse : le geste de sollicitude faciliterait le geste d'évaluation Hypothèse : les émotions générées pourraient avoir un lien avec le vocabulaire employé par les IDE 2 et 3 (petit, petite).</p>

Gestes d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Pronoms personnels : vous, il, elle (peu de on et je) - Nombreuses formes interrogatives - Emploi de l'adjectif « petit, petite » dans le sens hypocoristique - Temps des verbes : présent, passé composé, imparfait - Monde de l'exposer - Séquences dialogales, discours interactif - Savoirs mobilisés : savoir expérientiel, savoir pratique, savoir interpersonnel, savoir combinatoire constructif, savoir contextuel, savoir perceptuel, savoir scientifique. <p>Le savoir contextuel est mobilisé par les trois infirmiers, ce qui semble démontrer une adaptation aux situations et aux patients pour ces gestes d'évaluation.</p>
Gestes d'ambiance	<p>Emploi de tous les usages lexicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emploi de l'adjectif « petit, petite » sens hypocoristique - Temps des verbes : passé composé, imparfait, futur, présent - Monde de l'exposer - Séquences dialogales, discours interactif - Séquences injonctives - Séquences narratives du monde du raconter autonome - Savoirs mobilisés : savoir expérientiel, savoir contextuel, savoir perceptuel, savoir interpersonnel, savoir moral et éthique, savoir combinatoire constructif. <p>Les savoirs interpersonnel et contextuel sont mobilisés par les trois infirmiers dans les gestes d'ambiance.</p> <p>Hypothèse : les gestes d'ambiance favorisent la relation de confiance.</p>

2. Mises en lien

Nous souhaitons ici faire le lien entre l'identification des gestes professionnels liés au *care* et la théorisation de Watson (1979) qu'elle nomme *Human caring* et qui s'appuie sur dix facteurs « caratifs » que nous rappelons :

- des valeurs humanistes et altruistes
- le soutien de la croyance et de l'espoir
- une prise de conscience de soi et des autres
- le développement d'une relation d'aide et de confiance
- l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs
- la création d'une méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de décision
- l'enseignement et l'apprentissage transpersonnel
- le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel
- l'assistance dans la satisfaction des besoins humains
- la prise en compte des forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles.

À travers les analyses effectuées dans cette thèse, nous pouvons faire du lien avec les facteurs caratifs de Watson. Nous retrouvons, notamment dans les gestes de sollicitude, des valeurs humanistes et altruistes ainsi que le soutien de la croyance et de l'espoir. Le savoir personnel (Carper, 1978) et le savoir interpersonnel (Lechasseur, 2009) évoquent une prise de conscience de soi et des autres pour le développement d'une relation d'aide et de confiance, ce qui montre bien cette prise en considération étant donné l'usage qui est fait de ce savoir dans la manifestation des différents gestes. Watson insiste sur l'importance des émotions dans le soin : « *La seule façon de développer une sensibilité à soi et aux autres est de reconnaître ses émotions et de s'autoriser à les ressentir qu'elles soient pénibles ou agréables* » (Watson, 1998, p. 31). Nous retrouvons cette acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs chez les infirmiers ici sollicités notamment chez les infirmières 2 et 3. L'utilisation par les trois infirmiers du savoir contextuel (Lechasseur, 2009) qu'il soit procédural, matériel, organisationnel ou social montre la préoccupation pour le patient dans son environnement mental, physique, socioculturel et spirituel et la satisfaction de ses besoins en tenant compte de ses forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles. L'utilisation par ailleurs du

savoir empirique (Carper, 1978) ou scientifique (Lechasseur, 2009) montre bien, qu'en situation, les trois infirmiers mobilisent une méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de décision, les aidant à évaluer la situation (geste d'évaluation) et à mettre en place un éventuel geste de régulation.

Watson dit que le *caring* est un moment privilégié qui fait appel afin d'entrer dans le champ de l'autre et différencie ainsi ce qu'elle nomme l'essence et l'accessoire des soins infirmiers : l'essence est la démarche qui se construit entre le patient et l'infirmière en vue d'obtenir un résultat thérapeutique en contribuant à son bien-être. À travers les analyses, nous avons pu mettre en relief l'essence identifiée par Watson (1979).

En formation initiale ou continue, il serait possible à travers l'étude de situations, de faire du lien entre les gestes professionnels liés au *care* ici identifiés avec les facteurs caratifs de Watson (1979) dans l'objectif d'« *une meilleure compréhension des concepts définis précédemment par le biais d'une pratique réflexive associée à une situation clinique* » (Cara⁷³, 2008, p. 39).

⁷³ Chantal Cara est professeur agrégée à la faculté des Sciences Infirmières à l'université de Montréal, Québec, Canada.

3. En conclusion...

À travers cette recherche et l'analyse de ses résultats, nous pouvons maintenant dire que les soignants, ou tout au moins les infirmiers libéraux en milieu rural, mettent en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin » plutôt que de « faire des soins » et ce prendre soin relève bien de la pratique du *care* et a une place centrale dans les soins. Les professionnels parlent tous d'un rôle qui va au-delà de la prescription et de la fiche de poste, ce qui confirme le postulat que le travail réel ne correspond jamais exactement à ce que dit la prescription, que la tâche est toujours repensée, réorganisée et transformée par l'auteur. Hugues déclare que :

L'infirmière allume aussi parfois des chaudières, répare la plomberie, et accomplit donc la tâche de personnes subordonnées ou extérieures à la hiérarchie des rôles médicaux. Cela ne lui plaît pas, mais elle le fait. Sa place dans la division du travail consiste essentiellement à prendre la responsabilité de faire tout ce qui est nécessaire (quelle qu'en soit la nature) et qui risquerait de n'être pas fait. Les infirmières n'apprécieraient pas cette définition, mais d'ordinaire elles s'y conforment dans leurs activités. (Hugues, 1956, p. 66 cité par Molinier & al, 2010, p. 15)

Avec la construction de l'outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* dans les situations de soins des infirmiers libéraux en milieu rural que nous proposons dans cette thèse, nous avons pu mettre en évidence que ceux-ci existent d'une part mais aussi qu'ils sont identifiables. Ceci nous permet, à travers les savoirs dégagés de cette analyse, d'envisager les intérêts potentiels pour la formation des étudiants infirmiers. En effet, à travers l'étude et l'analyse de situations de soins, ce modèle pourrait permettre de faire comprendre les dimensions du soin relevant du *care*, ce qui semblait jusqu'à présent ne relever que des sensibilités des formateurs et des tuteurs, avec une part importante de subjectivité. Pour cela, il est nécessaire de tester ce modèle d'analyse des gestes professionnels infirmiers liés au *care* auprès d'infirmiers du secteur hospitalier pour vérifier sa pertinence en regard du secteur libéral et peut-être le transformer pour l'adapter à ce type de structure. En effet, outre ces gestes repérés chez les infirmiers libéraux ici étudiés, il est possible que d'autres gestes

apparaissent que nous n'aurions pas identifiés à travers cette recherche. Par ailleurs, la prédominance de certains gestes repérés dans cette thèse pourrait être minimisée dans des situations de soins différentes tandis que d'autres pourraient être plus marquants.

Les situations de soins en simulation pourraient être ainsi analysées par les étudiants, décortiquées selon des aspects peu explorés jusqu'à présent, permettant de mettre des noms sur des compétences attendues des soignants mais non encore valorisées.

Nous avons pu voir que ce modèle peut tout aussi bien servir dans des soins relevant du *care* que du *cure*, ce qui montre que les gestes professionnels des infirmières liés au *care* sont des constitutifs de tous les soins. Ils sont une valeur ajoutée à ceux-ci, tant pour les personnes soignées que pour les soignants puisque nous avons vu que la combinaison de gestes aide à l'évaluation de la situation par exemple et optimise la prise en charge par une régulation du soin. De plus, à travers les retours des soignants interviewés, nous pouvons identifier le retour gratifiant ou *care receiving* (Tronto, 2009), de ces gestes professionnels liés au *care*.

À travers l'analyse effectuée, suite aux recueils de données auprès de ces infirmiers, nous pouvons identifier des similitudes de comportement face à un même type de situation, ce qui nous donnerait à penser que ces combinaisons de gestes professionnels relèvent de savoirs construits selon un genre commun mais avec des nuances, un style professionnel singulier. La personnalisation du soin a donc un impact sur la manière de gérer le *care* en situations de soins. Par exemple, nous avons noté que l'infirmier 1 et l'infirmière 3 utilisent tous deux beaucoup l'humour dans les gestes d'ambiance, hors ils ont en commun de venir de secteurs de soins très techniques où la charge émotionnelle par la gravité des situations est importante : la réanimation, les urgences et la salle de réveil. Nous émettons l'hypothèse que les représentations des soignants, acquises ou modifiées par les parcours professionnels divers et les expériences de vie, influencent significativement leur façon d'entrer en relation avec le patient et leurs manières de manifester les gestes professionnels liés au *care*. Les combinaisons de gestes donnent ainsi le style de l'infirmière nourrissant ainsi le genre (Clot, 2000).

Nous rappelons que de manière générale, les facteurs subjectifs non mesurables sont globalement écartés des grilles d'évaluation et de certification. S'il était tenu compte de ces gestes professionnels liés au *care* des soignants, nous pourrions alors espérer d'une part, une

qualité du soin par leur mise en visibilité et d'autre part, de mettre à jour un « *travail de lien invisible* » (Bourret, 2006) entre les données cliniques recueillies, traitées et l'efficience de la prise en charge.

Pour terminer, nous souhaitons citer Svandra qui parle de l'ambiguïté de la relation chez les infirmiers libéraux et de la difficulté de sa reconnaissance :

Le fait même de parler d'honoraire pour qualifier la rétribution des soignants libéraux montre l'ambiguïté de la relation, car ce qualificatif n'a pas été choisi au hasard. Paul Ricœur y voit la trace très lointaine de la fonction première du cadeau fait à Socrate pour l'honorer et non pas le rémunérer. C'est bien en effet parce que les activités soignantes se rapportent précisément à ce qui n'a aucun prix que la rétribution des professionnels de santé pose une question de nature éthique de premier ordre. Comment alors à la fois admettre que le soin, comme service est au-delà de tout prix et reconnaître, dans le même temps, que les soignants sont des professionnels qui doivent évidemment être rémunérés ? Pour sortir de cette aporie, il nous faut admettre que ce qui doit être rétribué au soignant ce n'est pas le service (qui est par nature au-delà de tout prix) mais une compétence reconnue, attestée. (2005, p. 72)

CONCLUSION

Dans ce travail de recherche, nous avons souhaité nous intéresser tout particulièrement aux professionnels infirmiers. Nous avons tenté de répondre à la question de recherche posée en ces termes :

En situation réelle de travail, quels gestes professionnels liés au *care* les infirmiers libéraux mobilisent-ils et sur quels types de savoirs professionnels s'appuient-ils ?

Pour cela, nous avons dans une première partie, exploré le domaine des soins infirmiers : leur historique, la formation, l'exercice actuel de la profession avec ses représentations et sa responsabilité puis nous nous sommes attachée à définir et expliciter le *care* en proposant la définition suivante :

Le care est une pratique d'attention, de sollicitude engagée et personnalisée envers soi-même ou autrui et peut faire l'objet d'un processus individuel ou collectif. Le care s'appuie sur la sensibilité morale, la perception d'une situation singulière et l'anticipation. Il se caractérise par une adaptation en actes aux situations et vise à la satisfaction des besoins du bénéficiaire du care sans que celui-ci ne la perçoive nécessairement comme telle.

Dans un second temps, nous avons abordé le cadre théorique autour du travail et de l'activité, la notion de geste et de gestes professionnels et les caractéristiques du savoir et des savoirs professionnels. Enfin, nous avons développé des outils d'analyse : les topiques énonciatives de Rabatel (2003) et les mondes discursifs de Bronckart (1996) qui, à travers cette recherche, nous ont aidée à repérer les éléments constitutifs et représentatifs du *care* infirmier chez les infirmiers libéraux.

Nous avons ensuite présenté et discuté les résultats obtenus. Au terme de cette recherche et suite à l'analyse de ces résultats, nous pouvons maintenant dire que les soignants, ou tout au moins les infirmiers libéraux en milieu rural, population que nous avons choisi d'étudier, mettent en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin » plutôt que de

« faire des soins » et ce prendre soin relève bien de la pratique du *care*. Les professionnels parlent tous d'un rôle qui va au-delà de la prescription et de la fiche de poste.

Avec la construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* dans les situations de soins des infirmiers libéraux en milieu rural que nous proposons dans cette thèse, nous avons pu mettre en évidence que ceux-ci existent d'une part mais aussi qu'ils sont identifiables. Se manifestant à travers la dimension langagière et la dimension corporelle, nous avons identifié :

- Des gestes de régulation
- Des gestes de sollicitude
- Des gestes d'évaluation
- Des gestes d'ambiance.

Nous avons pu formuler différentes hypothèses, suite à l'identification de ces gestes :

- le geste de régulation semble toujours faire suite à une évaluation d'un problème qui se pose (réel ou potentiel)
- le geste de sollicitude faciliterait le geste d'évaluation
- les gestes d'ambiance favoriseraient la relation de confiance.

Nous avons fait le lien entre ces gestes professionnels liés au *care* et les typologies des savoirs professionnels proposés par Carper (1978) et Lechasseur (2009). Tous les types de savoirs sont mobilisés par les infirmiers dans les situations de soins rencontrées. Ainsi, les savoirs interpersonnel, perceptuel et contextuel (Lechasseur, 2009) sont mobilisés par les trois infirmiers dans les gestes de sollicitude, ce qui renforce notre hypothèse que le geste de sollicitude favoriserait le geste d'évaluation par la perception de changement dans l'état de santé du patient. De même, le savoir contextuel est mobilisé par les trois infirmiers dans les gestes d'évaluation, ce qui semble démontrer une adaptation aux situations et aux patients pour ce type de geste.

Nous avons également mis en avant la mobilisation des facteurs caratifs (Watson, 1979) dans les situations étudiées ici. Les gestes professionnels liés au *care* mettent en avant la démarche qui se construit entre le patient et l'infirmière en vue d'obtenir un résultat thérapeutique en contribuant à son bien-être.

Au terme de cette recherche, il nous semble qu'il aurait été également intéressant de confronter les résultats et notamment l'identification des gestes professionnels liés au *care* aux gestes professionnels d'ajustement identifiés par Bucheton (2012). Est-il possible d'identifier des liens entre les gestes professionnels liés au *care* et les gestes de tissage, d'étayage, de pilotage et d'atmosphère ?

De plus, nous pourrions nous demander également si ces gestes professionnels liés au *care* dans l'activité des infirmières ici étudiée, pourraient être sollicités, mobilisés, repérés dans d'autres situations mettant l'humain au cœur des préoccupations ? En situation d'enseignement ? De formation ? De travail social ?...

En situation de soins, cet outil d'analyse des situations, peut tout aussi bien servir dans des soins relevant du *care* que du *cure*, ce qui montre que les gestes professionnels des infirmiers liés au *care* sont des constitutifs de tous les soins. Ils sont une valeur ajoutée à ceux-ci, tant pour les personnes soignées que pour les soignants puisque nous avons vu que la combinaison de gestes aide à l'évaluation de la situation et optimise la prise en charge, les professionnels mobilisent donc leurs gestes selon les situations. De plus, à travers les retours des soignants interviewés, nous pouvons identifier le retour gratifiant ou *care receiving* (Tronto, 2009), de ces gestes professionnels liés au *care*.

Mais cet outil reste-t-il pertinent pour tous les types d'exercice professionnel ?

Pour réinvestir ce modèle dans la formation des étudiants infirmiers, il est nécessaire de tester cet outil d'analyse des gestes professionnels infirmiers liés au *care* auprès d'infirmières du secteur hospitalier pour vérifier sa pertinence et peut-être le transformer pour l'adapter à ce type de structure. En effet, outre ces gestes repérés chez les infirmiers libéraux ici étudiés, il est possible que d'autres gestes apparaissent que nous n'aurions pas identifiés à travers cette recherche.

Dans un contexte de formation, l'analyse de situations de soins avec la mobilisation des gestes professionnels liés au *care* permettrait de repérer des indicateurs. Aider à l'identification d'indicateurs pertinents permettrait à l'étudiant d'être placé au cœur du développement de ses compétences...

Ainsi, nous pourrions concevoir une séance de simulation où nous donnerions un scénario à un étudiant pour une prise en soins d'un patient dans une situation de douleur aigue

par exemple. Le reste du groupe serait chargé d'identifier les indicateurs des gestes professionnels liés au *care* manifestés par l'étudiant dans la gestion de la situation.

Il pourrait également être fait usage de l'emploi de la vidéo. Des séquences filmées de soins pourraient ainsi être analysées sur le même principe : repérer des indicateurs des gestes professionnels liés au *care* et discutés ensuite en débriefing.

Enfin, nous pourrions proposer d'analyser des extraits des enregistrements audio ou des verbatims pour y repérer des indicateurs de gestes professionnels liés au *care*.

Cette thèse a ainsi pour ambition de faire avancer la pratique infirmière et sa reconnaissance par le biais de la formation initiale et continue. Lefebvre, Roy, Sahtali et Rothan-Tondeur disent que : « *La recherche infirmière génère des savoirs qui se veulent au service de la qualité des soins et souhaitent contribuer à renouveler et à faire avancer les pratiques tout en informant les politiques de santé* » (2013, p. 33).

Hesbeen propose de faire preuve d'imagination pour trouver des pistes à la question « *comment rendre sa place au care ?* ». Chaque situation étant différente, le projet à initier le sera aussi :

Il ne peut s'agir de démissionner devant l'absence préétablie de réponse pertinente à cette question du comment mais se réjouir de pouvoir en être l'auteur, l'inventeur et puis le metteur en scène autant que l'acteur... La question du sens donnée à l'action reste constamment posée. (Hesbeen, 1997, p. 6)

Outre cet outil que nous proposons pour « *rendre sa place au care* » (Hesbeen, 1997), nous souhaitons aussi ici rendre compte d'une de ces preuves d'imagination. À l'institut La Source à Lausanne, face au constat de pratiques de plus en plus déshumanisantes, un apprentissage des attitudes et comportements de *caring* avec le support de la simulation est mis en place (Froger, Delmas, 2015). Les auteurs de ce projet déclarent que c'est en travaillant les valeurs qu'on change les attitudes et les comportements et travaillent à partir des cinq valeurs clés repérées par l'American Association of Critical-Care Nurses (AACN) en 1998 aux USA :

- La dignité humaine
- L'intégrité
- L'autonomie

- L'altruisme
- La justice sociale.

L'approche socioconstructiviste permet de remodeler les représentations au contact de la réflexion, avant l'action, dans l'action, sur l'action et sur son transfert. Le travail initial de scénarisation permet de confronter les étudiants à des obstacles qu'ils ne peuvent dépasser sans questionner leurs représentations. Le débriefing se centre, quant à lui, sur la mise en dialogues des processus qui sous-tendent l'action. Les formateurs ont constaté, suite à ces séances, que les étudiants développent de la confiance en soi face aux situations relationnelles complexes, ils enrichissent leur pensée critique et intègrent des cadres théoriques dans la pratique du soin relationnel.

En Europe, en 2007, Vacchi a l'idée de créer l'*European Caring Science Association* (ECSA) qui vise au maintien du *care* au niveau des soins infirmiers, par la recherche et le compte-rendu d'expériences. Cette association a la collaboration de Watson (2015) qui vient régulièrement en Europe afin d'aider au développement de l'association par l'élaboration de stratégies et faire le lien avec la *Watson Caring Science Institute* (WCSI). Il est à préciser que la France n'est pas représentée au sein de ce groupe Européen.

Pour approfondir encore ce travail, il serait intéressant que nous nous intéressions au terme anglo-saxon *heal*. Rothier-Bautzer dit à ce propos :

Pour paraphraser le titre de l'ouvrage de Kenneth M. Ludmerer, professeur américain de médecine et d'histoire, il est aujourd'hui « temps de soigner » ! Il emploie ici le terme heal et non care ou cure. Le mot heal est repris aujourd'hui par plusieurs auteurs pour signifier un déplacement de la compréhension de ce qu'est le soin à la fin du XXème et au début du XXIème siècle. Avec ce terme, le patient n'est pas objet de guérison, mais sujet de sa restauration. Le verbe to heal rend compte de ce basculement vers une centration sur la personne soignée. Il envisage la relation de soin comme processus de soin situé, impliquant des personnes en relation, et il n'est plus uniquement centré sur la guérison d'une maladie. (2013)

Benelli et Modak affirment « *le rôle central des cadres institutionnels, privés et publics, dans la gestion émotionnelle du travail de care et le maintien d'une économie psychique de la personne pourvoyeuse en mesure de lui permettre de tenir le coup* » (2010, p. 58) car ce travail est complexe, épuisant et sans fin. Svandra, quant à lui déclare que :

Sous une forme qu'il reste à inventer collectivement, le care -premier art de la vie- devrait devenir (du moins il faut l'espérer) un enjeu majeur pour l'avenir de notre humanité. Notre devoir collectif va être demain de savoir « prendre soin » d'objets aussi essentiels que le climat ou la biodiversité au nom de générations futures. (2009b)

À travers ce travail de recherche, nous espérons contribuer à la reconnaissance du *care*...

Pour terminer, nous souhaitons revenir sur la traduction du mot *care* en Français. À plusieurs reprises, nous avons été interrogée sur cette question lors de colloques. Pourtant, la traduction du *care* semble tellement réductrice que nous ne pouvons proposer un mot qui lui rende toute sa noblesse et sa grandeur. C'est pourquoi nous avons eu l'idée d'utiliser un acronyme : E.C.H.A.R.P.E.S. Les écharpes sont enveloppantes, protectrices et chaleureuses, ce qui nous semble bien refléter en partie l'image du *care*. Nous proposons donc :

- E comme engagement éthique
- C comme conscience (de soi et des autres)
- H comme humanisme
- A comme action
- R comme responsabilité
- P comme personnalisation
- E comme environnement
- S comme soin.

A

activités, 1, 2, 4, 5, 12, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 36, 37, 38, 40, 42, 47, 48, 66, 68, 70, 71, 86, 88, 93, 94, 98, 108, 109, 112, 118, 122, 132, 133, 134, 152, 162, 166, 253, 255
autoconfrontation, 7, 148, 151, 160, 162, 163, 165, 166, 170, 236
autoconfrontations, 137, 161

C

care, 3, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 58, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 88, 89, 93, 94, 99, 100, 101, 102, 104, 105, 112, 115, 117, 118, 119, 121, 122, 124, 125, 130, 131, 134, 143, 144, 146, 147, 150, 155, 159, 162, 164, 166, 170, 171, 173, 174, 180, 193, 194, 198, 203, 208, 211, 217, 235, 236, 241, 243, 246, 247, 253, 254, 256, 257, 258, 259, 260, 261
co-énonciation, 128, 130, 191, 214, 233

F

formation, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 46, 48, 51, 54, 57, 58, 63, 64, 74, 86, 96, 98, 100, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 110, 114, 122, 253, 256, 258

G

gestes professionnels, 3, 2, 5, 6, 7, 43, 45, 102, 112, 116, 117, 125, 130, 131, 143, 144, 146, 147, 155, 170, 171, 173, 174, 198, 217, 235, 236, 253, 254, 257, 258

H

Hypothèses, 44, 168, 171, 176, 199, 219

M

mondes discursifs, 6, 131, 135, 136, 137, 143, 170, 172

R

représentations, 3, 6, 14, 41, 44, 52, 56, 65, 81, 82, 83, 84, 97, 100, 102, 107, 118, 120, 126, 131, 134, 138, 142, 170, 173, 248, 254, 256, 260
responsabilité, 4, 6, 20, 21, 26, 32, 38, 40, 56, 65, 68, 69, 78, 79, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 100, 115, 253, 256, 261

S

savoirs, 4, 5, 6, 9, 20, 22, 28, 32, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 62, 68, 77, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 118, 144, 147, 148, 150, 151, 159, 182, 188, 253, 254, 256
savoirs professionnels, 5, 6, 42, 43, 101, 102, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 118, 147, 150, 151, 159, 256
sous-énonciation, 129, 130, 170
sur-énonciation, 128, 129, 130, 200, 214

T

topiques énonciatives, 6, 170

BIBLIOGRAPHIE

Aballéa, F. (1992). Sur la notion de professionnalité. *Recherche sociale*, 124, 7-9.

Abdelmalek, A.A., Gérard, J.C. (2001). *Sciences humaines et soins – Manuel à l’usage des professions de santé* (2^e éd.). Paris : Masson.

Abernot, Y., Ravestein, J. (2009). *Réussir son master en sciences humaines et sociales*. Paris : Dunod.

Abric, J-C. (2001). *Pratiques sociales et représentations*. Paris : PUF.

Acker, F. (2005). Infirmières : des pratiques en redéfinition. *Sciences Humaines*, 48, 48.

Altet, M. (2008). Rapport à la formation, à la pratique, aux savoirs et reconfiguration des savoirs professionnels par les stagiaires. In P. Perrenoud & al. *Conflits de savoirs en formation des enseignants*. (pp. 91-105). De Boeck Université.

André, K. (2013). *Entre insouciance et souci de l’autre. L’éthique du care dans l’enseignement en gestion*. Business administration. Université Panthéon-Sorbonne-Paris I.
< tel-00859075 >

Ardoino, J. (2000). *Les avatars de l’éducation*. (1^{ère} éd.). Paris : presse universitaire de France.

Aries, S. (2006). Evolution de la responsabilité des professions de santé. *Droit, déontologie et soin*, 4 (6), 501-507.

Astolfi, J.P. (2003). *Éducation et formation : nouvelles questions, nouveaux métiers*. Paris : ESF.

Aubry, R. (2015). Mourir, d’accord mais comment ? *Journal le monde*. 7 mars 2015.

Bakhtine, M. (1984). *Esthétique de la création verbale*. Paris : Gallimard.

Barbier, J.M. (2009). Voies pour la recherche en formation. *Éducation & didactique*. 3 (3), 120-129. Retrieved from Educationdidactique.revues.org/588, consulté le 29/04/2016 à 10h25.

Barbier, J.M. (2011). *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (3è éd.). Paris : PUF.

Barbier, N., Nkoum, B.A. (2001). Pour un bon usage de l'alternance à l'intention des personnels de santé. *Objectif soins*, 94, 14-16.

Barlet, M. Cavillon, M. (2010). Enquête consultée le 7 octobre 2014 à 15h55.

www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/er759.pdf

Barrier, G. (2006). *La communication non verbale : comprendre les gestes, perception et signification*. Issy Les Moilieux : ESF.

Baudry, J.F, Chauvey, M.C, Chocat, J., Doublon, C., Guilhem, C. (2015). Travail de fin d'études, construction professionnelle et recherche. *Soins cadres*, 94, 47-50.

Beaulieu-April, J. (2013). Gestes d'humanité. Anthropologie sauvage de nos expériences esthétiques de Yves Citton. Cygne noir.

<http://www.revuecygnoir.org/recension/gestes-dhumanites-yves-citton>

Consulté le 12 février 2016 à 12h.

Beguïn, P., Clot, Y. (2004). L'action située dans le développement de l'activité. *@activités*, 1 (2), 27-49.

<http://www.activites.org/v1n2/beguïn.fr.pdf>

Consulté le 17 juillet 2015 à 17h10.

Benelli, N. Modak, M. (2010). Analyser un objet invisible : le travail du care. *Revue française de sociologie*, 51, 39-60.

Benrerbia, F. (2009). Cours de psychiatrie. Le raisonnement clinique infirmier en psychiatrie. [http://ifsi.paca.free.fr/cours/cours_2eme_annee/Psy/4.PSYCHIATRIE_\(14.01.09\)_=_Le_raisonnement_clinique_infirmier_en_psychiatrie.pdf](http://ifsi.paca.free.fr/cours/cours_2eme_annee/Psy/4.PSYCHIATRIE_(14.01.09)_=_Le_raisonnement_clinique_infirmier_en_psychiatrie.pdf)

Consulté le 01/11/2016 à 11h35.

Blais, M., Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens. *Recherches qualitatives*, 26 (2), 1-18.

<http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

Bourgeois, E. (1996). Identité et apprentissage. *Éducation Permanente*, 128.

Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé. Un travail de lien invisible*. Paris : Seli-Arslan.

Boutinet, J.P. (1999). *Anthropologie du projet* (3^e éd.). Paris : PUF.

Breuil-Grenier, P. (1998). Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels. *Économie et statistique*, 316-317, 21-43.

Bronckart, J-P. (1996). *Activité langagière, textes et discours*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.

Bronckart, J-P. (2009). La notion de compétences est-elle pertinente en éducation ? <http://firgoa.usc.es/drupal/node/45085>

Consulté le 5 novembre 2012.

Bronckart, J-P. Notion théorique : compétence.

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/tfl/AC/AffNotion.asp?NumNotion=1318>

Consulté le 19/07/2016 à 11h.

Broussal, D., Bucheton, D. (2008). Interagir en début de cours : enjeux didactiques et discursifs, *Éducation et didactique* [En ligne], 2 (3), mis en ligne le 01 décembre 2010.

Consulté le 25 mars 2017.

URL : <http://educationdidactique.revues.org/357> ; DOI : 10.4000/educationdidactique.357

Broussal, D., Marcel, J.F, Thievenaz, J. (2016). *Soigner et former. Contribution des sciences de l'éducation*. Paris : L'Harmattan.

Brugère, F. (2014). *L'éthique du « care »* (2è éd.). Paris : PUF. Collection « que sais-je ? ».

Bucheton, D. (2012a). *L'agir enseignant : des gestes professionnels ajustés*. Toulouse : Octarès.

Bucheton, D. (2012b). Gestes professionnels des enseignants. Centre de documentation CEPEC de Lyon. Retrieved from Cepecdoc.superdoc.com/modules/edito/content.php?id=144
Consulté le 26 février 2016 à 16h55.

Bucheton, D., Jorro, A. (2012). Une posture de « chercheur en lien avec la formation ». La quête d'un éthos scientifique. In D. Bucheton. *L'agir enseignant : des gestes professionnels ajustés*. (pp. 7-24). Toulouse : Octarès.

Cara, C., O'Reilly, L. (2008). S'appropriier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins Infirmiers*, 95, 37-45.

Carper, B. (2014). Carper's fundamental ways of knowing.
en.wikipedia.org/wiki/carper%27s_fundamental_ways_of_knowing
Consulté le 9/12/2014 à 13h45.

Catanas, M. (2010). Le care, une notion qui difficilement fait son chemin.
www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/article/le-care-une-notion-qui.htm
Consulté le 9/12/2014 à 11h30

Chanlat, J.F. (2004). Quelles sont les conditions communes dans les organisations. *Soins cadres*, 49, 19-21.

Chatel, T. (2011). Éthique du « prendre soin » : sollicitude, care, accompagnement. In E. Hirsch. *Traité de bioéthique*. (pp. 84-94). Paris : Éres.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00707121>

Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, Mass : MIT Press.

Citton, Y. (2012a). *Renverser l'insoutenable*. Paris : Édition du Seuil.

Citton, Y. (2012b). *Gestes d'humanités. Anthropologie sauvage de nos expériences esthétiques*. Collection « le temps des idées ». Paris : Armand Colin.

Clot, Y. (1998). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : La Découverte.

Clot, Y. (1995). La compétence en cours d'activité. *Éducation permanente*, 123-2.

Clot, Y. (2001). Clinique du travail et action sur soi. In J.M Baudouin & J. Friedrich, *Théories de l'action et éducation* (pp. 255-277). De Boeck.

Clot, Y. (2010). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.

Clot, Y. (2013). *L'activité en débat ! De l'intérêt de discuter des critères de qualité du travail et de leur usage pour atteindre la performance*. Conférence aux 17èmes Journées Nationales d'Études des Cadres de Santé. Montpellier. 17 et 18 janvier 2013 (notes libres).

Clot, Y., Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, 4, 7-42.

http://www.comprendre-agir.org/images/fichier-dyn/doc/genres_styles_clot_faïta.pdf

Consulté le 22/06/2016 à 11h02.

Collière, M-F. (1996). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : Masson.

Collière, M-F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie* (2^e éd.). Paris : Masson.

Damasio, A. R. (2010). *L'erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob.

Dany L., Dormieux A., Futo F., Favre R. (2006). La souffrance : représentations et enjeux. *Recherche en soins infirmiers*, 84, 91-104.

URL : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-91.htm>

DOI : [10.3917/rsi.084.0091](https://doi.org/10.3917/rsi.084.0091)

De Balzac, H. (1976). Le contrat de mariage *In La comédie humaine*, tome III, collection La pléiade. Paris : Gallimard.

De Hennezel, M. (1995). *La mort intime-Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris : Robert Laffont.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France*. Paris : Seuil.

De La Vega, X. (2010). Care : l'attention n'implique pas la compassion. *Sciences humaines*, 217, 12.

Devers, G. (2004). *Droit, responsabilité et pratique du soin* (1^è éd.). Rueil-Malmaison : Lamarre.

Devers, G. (2001). Des droits de l'homme au droit de l'humain : les pratiques soignantes au cœur de la vie sociale. *Droit, déontologie et soin*, 1 (1), 7-50.

Devers, G. (2006). Le soin, le droit et l'être humain. *Objectif soins*, 145, 8-11.

Dezutter, O., Pastré, P. Didactiques des disciplines scolaires et didactique professionnelle : de l'émergence à l'institutionnalisation, histoires croisées. In Y. Lenoir & P. Pastré. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 270-284). Toulouse : Octarès Éditions.

Dubar, C. (2003). Se construire une identité, Former Se former Se transformer. *Sciences humaines*, 40, 44-45.

El Mostafa, H., Lenoir, Y., Tardif, M. (2008). La didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnels dans la documentation scientifique : un essai de synthèse des travaux francophones. In Y. Lenoir & P. Pastré (pp. 21-52). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat*. Toulouse : Octarès Éditions.

Étienne, R. (2013). Définir une problématique, poser des hypothèses. In *Fabrique de la recherche en éducation. À l'usage des étudiants de master et de doctorat* (pp. 45-62). Sous la direction de D. Groux. Paris : L'Harmattan.

Eyland, I., Jean, A. (2013). L'usage du portfolio pour l'évaluation des étudiants. *Objectif Soins et management*, 215, 42-45.

Eymard, C., Thuilier, O., Vial, M. (2004). *Le travail de fin d'études : s'initier à la recherche en soins et santé* (1^è éd.). Rueil-Malmaison : Lamarre.

Fabre, M, Vellas, E. (2007). *Situation de formation et problématisation*. Bruxelles : Deboeck.

Favetta, V., Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 107, 60-75.

Fisher, G.N. (1996). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris : Dunod.

Florin, M.P., Moussa, T. (1985). *Les obligations et la responsabilité juridique de l'infirmière*. (1^è éd.). Paris : Le centurion.

Florin, M.P., Moussa T., Ollier, C. (1999). *Les obligations et la responsabilité juridique de l'infirmière* (1^è éd.). Thoiry : Heures de France.

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en Soins Infirmiers*, 89, 33-42.

Formarier, M., Jovic, L. (2009). Les concepts en sciences infirmières. ARSI Éditions. Mallet-Conseil.

Fray, A.M., Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38, 72-88.

Froger, O., Delmas, P. (2015). *L'apprentissage des attitudes et comportements de caring avec le support de la simulation, les premiers pas de l'équipe pédagogique de l'Institut et Haute École de la Santé La Source*. Colloque Innovation en soins et professionnalisation. La relation humaniste, un garant de la qualité et la sécurité des soins. Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source. Lausanne. 26 mai. Notes libres.

Fumat, Y., Vincens, C., Étienne, R. (2006). *Analyser les situations éducatives*. Issy-les-Moulineaux : ESF.

Fusulier, B. (2011). Le concept d'éthos. De ses usages classiques à un usage renouvelé. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 42-1, 97-109.

<https://rsa.revues.org/661>

Consulté le 13/06/2016 à 15h09.

Gudry-Muller, A. (2015). Le *care* dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel. *Recherche en Soins Infirmiers*, 122, 44-51.

Geadah, R.R. (2012). Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. *Recherche en soins infirmiers*, 109, 16-32.

Gendrier, M. (2004). *Gestes et mouvements justes. Guide de l'ergomotricité pour tous*. Collection Grenoble Sciences. Les Ulis : EDP Sciences.

Gilligan, C. (2008). *Une voix différente*. Paris : Flammarion. Collection « champs essais ».

Gineste, Y., Marescotti, R. (2007). *Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*. Paris : Armand Colin.

Godin, C. (2013). L'humanisation des soins dans le cadre de la technicisation. Conférence aux Journées nationales du CEFIEC. Clermont-Ferrand, mai 2013. (Notes libres).

www.fondationleoniechaptal.fr/img/uploads/files/Abstract%206eme%20journées%20nationales%20CEFIEC.pdf

Consulté le 23 juillet à 10h30, accès limité.

Goleman, D. (1997). *L'intelligence émotionnelle : comment transformer ses émotions en intelligence*. Paris : Robert Laffont.

Gomez, P.Y. (2014). L'entreprise a perdu de vue la réalité du travail. *Journal Le Monde*. 2 octobre 2014.

Grinfeld, A. (2014). Faut-il vraiment choisir entre le « cure » et le « care » ? *Soins gériatrie*, 106, 23-26.

Guernier, M.C, Durand-Guerrier, V., Sautot, J.P. (2006). *Interactions verbales, didactiques et apprentissages*. Presse universitaire de Franche-Comté.

Halpern, C. (2009). L'ère du *care*. *Sciences Humaines*, 200, 73-74.

Hénard, L., Berland, Y., Cadet, D. (2011). Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Paris.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf

Consulté le 14/06/2016 à 15h58.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson InterEditions.

Hesbeen, W. (1999). Le *caring* est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, 4. Paris : Seli Arslan.

Hesbeen, W. (2006). Système de soins et valeur soignante, un travail d'humanité. *Soins*, 711, 92-95.

Hymes, D. (1972). *Directions in sociolinguistics. The ethnography of communication*.

Jean, A. (2008). *Le traitement des imprévus par les professeurs stagiaires de technologie en formation initiale à l'IUFM ? Quels gestes professionnels d'ajustement en situation de classe? Quelle utilisation pour leur développement professionnel ?* Éducation. Université Paul Valéry - Montpellier III.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00636548/document> consulté le 20/06/2016 à 10h10.

Jean, A. (2010). Approche en didactique professionnelle, glossaire et bibliographie élémentaire. *Équipe Travail Formation et Développement LIRDEF IUFM UM 2*. Cours Master 2 CFE FOAD, 1-5.

Jean, A. (2014). Observation de pratiques de professeurs-stagiaires. Quelles évolutions des savoirs professionnels ? *Recherches en éducation*, 19. Nantes : PUR.

Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.

Jonnaert, P., Masciotra, C., Boufrahi, S., Barrette, J. (2005). Compétences, constructivisme et interdisciplinarité : Contributions essentielles au développement des programmes d'études. Montréal : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, Direction de la formation générale des adultes.

Jorro, A. (1998). L'inscription des gestes professionnels dans l'action. *In En Question*, 19, 1-20.

Jorro, A. (2002). *Professionnaliser le métier d'enseignant*. Collection Pratiques et enjeux pédagogiques. Paris : ESF.

Jorro, A. (2006). L'agir professionnel de l'enseignant. Séminaire de recherche du Centre de Recherche sur la formation-CNAM. Paris, France.

<halshs-00195900>

Consulté le 26 février 2016 à 16h45.

Jorro, A. (2016). *Les gestes professionnels des enseignants comme objet d'étude et objet de formation*. Journée d'étude, 5 février 2016.

Chaire-unesco-formation.ens-lyon.fr

Consulté le 26/03/2017 à 12h30.

Kleinmam, S., Copp, M.A. (1993). *Emotions and fieldwork*. Newbury Park (CA) : Sage Publications.

Knibiehler, Y. (1984). *Cornettes et blouses blanches : les infirmières dans la société française (1880-1980)*. Paris : Hachette.

Kozlowski, J. (2010). Mise en œuvre du référentiel de formation infirmière et perspectives. *Soins cadres*, 74, 60-61.

Laurent, S. (2010). La « société du care » de Martine Aubry fait débat.

www.lemonde.fr/politique/article/2010/05/14/la-societe-du-care-de-martine-aubry-fait-debat_1351784_823448.html

Consulté le 17/12/2014 à 13h40.

Leblanc, S. (2007). Concepts et méthodes pour valoriser l'activité professionnelle au sein de la formation initiale et continue des enseignants. *Formation et pratiques d'enseignement en questions*, 6, 11-33.

Le Boterf, G. (2004). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : éditions d'organisation.

Lefebvre, H., Roy, O., Sahtali, S., Rothan-Tondeur, M. (2013). Liens entre recherche et pratique : échange des savoirs, utilisation des données probantes et renouvellement des pratiques. *Recherche en soins infirmiers*, 114, 31-45.

Lemoine, M. (2016). La bientraitance. 2nde journée Régionale des lieux de Réflexion Éthique. Comment travailler autour d'une problématique : L'exemple de la bientraitance. Université d'Orléans - La Source – Notes libres.

Leplat, J., Hoc, J.M. (1983). Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cahiers de psychologie cognitive*, 3, 49-63.

jeanmichelhoc.free.fr/pdf/LepHoc%201983.pdf consulté le 19/06/2016 à 18h04.

Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.

Leplay, E. (2008). La formalisation des savoirs professionnels dans le champ du travail social. Définition, énonciation, références, validations. *Pensée plurielle*, 19, 63-73.

Levinas, E. (1973). *De l'existence à l'existant* (2^e éd.). Paris : Vrin.

Levinas, E. (1981). Éthique et infini, la responsabilité pour autrui.

<http://www.philophil.com/philosophe/levinas/ethique/levinas.htm>

Consulté le 13/06/2016 à 15h04.

Lhuillier, D. (2006). Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail. *Psychologie du travail et des organisations* (pp. 91-103). Elsevier.

<http://psychologie->

travail.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHIER=1295877016774

Consulté le 22/06/2016 à 10h10.

Magnon, R. (2001). *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*. Paris : Masson.

Malglaive, G. (1990). *Enseigner à des adultes*. Paris : PUF.

Marcel, J.F. (2016). Éduquer et soigner : Au nom de l'idem. In D. Broussal & al. *Soigner et former. Contribution des sciences de l'éducation*. Paris : L'Harmattan.

Mathey-Pierre, C. (1994). Alternance. In P. Chamy & C. Eteve. *Dictionnaire encyclopédique de l'éducation et de la formation* (pp. 71). Paris : Nathan université, coll.

Maubant, P. (2008). Quand la formation des adultes s'invite au débat sur la professionnalisation des enseignants : fondements, doctrines, modèles théorique et références conceptuelles, entre convergence épistémologique et regards croisés sur le double processus

apprendre-former. In Y. Lenoir & P. Pastré. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 161-188). Toulouse : Octarès Éditions.

Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York : Harper Perrenial.

Mercadier, C. (2008). Le travail émotionnel des soignants, la face cachée du soin. *Soins cadres de santé*, 65, 19-22.

Milhomme, D., Gagnon, J., Lechasseur, K. (2014). *L'intégration des savoirs infirmiers pour une pratique compétente en soins critiques : quelques pistes de réflexion*.

Revue-

infirmiereclinicienne.uqar.ca/Parutions/documents/MILHOMMEetal2014InfirmiereClinicienneVol11no1pp1-10_001.pdf

Consulté le 9/12/2014 à 15h.

Molinier, P. (2006). Le care : ambivalences et indécences. *Sciences Humaines*, 177, 36.

Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Soucis des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : éditions Payot & Rivages.

Molinier, P., Gagnard, L., Dujarier, M.A. (2010). Introduction au dossier. *Travailler*, 24, 9-20.

<http://www.cairn.info/revue-travailler-2010-2-page-9.htm>

Mollo, V., Falzon, P. (2004). *Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities*. Laboratoire d'ergonomie. Conservatoire national des arts et métiers : Paris.

Moreau, D. (2004). Entre compagnonnage et partenariat, ensemble dans l'alternance. *Soins cadres*, 49, 52-55.

Mucchielli, A. (2000). *Les motivations*. Paris : PUF.

Mura, L. (2010). La réforme des études d'infirmier, entre légitimité, volonté des acteurs et temps d'appropriation. *Soins cadres*, 74, 45-48.

Nadot, M. (2009a). L'articulation historiquement ancrée d'éléments sur lesquels repose notre discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 98, 12-18.

Nadot, M. (2009b). Médiologie de la santé. Une méta-théorie issue des traditions de langage.

www.heds-fr.ch/Documents/Colloque%204%20Mediologie%20la%20sante.pdf

Consulté le 27/11/2014 à 14h30.

Nadot, M. (2010). Entretien. Propos recueillis par S. Canasse.

www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/entretien-avec-michel-nadot.html

Consulté le 27/11/2014 à 11h.

Nardin, A. (2013). Humanisation de l'hôpital – Mode d'emploi. Conférence aux Journées nationales du CEFIEC. Clermont-Ferrand, mai 2013 (Notes libres).

www.fondationleoniechaptal.fr/img/uploads/files/Abstract%2068eme%20journées%20nationales%20CEFIEC.pdf

Consulté le 23 juillet à 10h30, accès limité.

Noddings, N. (1984). *Caring, a Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. University of California Press.

Nöel-Hureaux, E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en Soins Infirmiers*, 7-17.

Nussbaum, M.C. (2010). *Not For Profit : Why Democracy Needs the humanities*. Princeton University Press.

Oddone, I. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail ?* Paris : Éditions sociales.

Pana-Martin, F. (2013). Les gestes professionnels des formateurs d'enseignants : un enjeu pour la professionnalisation de l'accompagnement.

www.aref2013.univ-montp2.fr/cod6/?q=content/519-les-gestes-professionnels-des-formateurs-d'enseignants-un-enjeu-pour-la-professionnalisation-O

Consulté le 26 février 2016 à 16h15.

Paperman, P. (2009). Travail et politique du *care*. Actes éducatifs et de soins, entre éthique et gouvernance. Actes du colloque international (Felix C., Tardif J., éd). Nice 4-5 juin 2009. Plénière 4 : Les politiques sociales et de soins au regard des « éthiques du *care* », travail et politique du *care*, mis en ligne le 01 octobre 2010.

URL : <http://revel.unice.fr/symposia/actedusoin/index.html?id=727>

Consulté le 13 mars 2015 à 12h15.

Paperman, P. (2013). *Care et sentiments*. Paris : Presses Universitaires de France.

Parra, B. (2002). Autonomie de pensée et développement de compétences. *Objectif soins*, 105, 13-16.

Pastré, P. (2006). Apprendre à faire. In E. Bourgeois & G. Chapelle. *Apprendre et faire apprendre*. Paris : PUF.

Pastré, P. (2007). Quelques réflexions sur l'organisation de l'activité enseignante. *Les organisateurs de l'activité enseignante*, 81-93.

<http://rechercheformation.revues.org/907>

Consulté le 23/06/2016 à 18h57.

Pastré, P. (2008). Introduction. In Y. Lenoir & P. Pastré. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 13-17). Toulouse : Octarès Éditions.

Pastré, P. (2008). Apprentissage et activité. In Y. Lenoir & P. Pastré. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 53-79). Toulouse : Octarès Éditions.

Pastré, P. (2014). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes* (3è ed.). Collection Formation et pratiques professionnelles. Paris : PUF.

Pastré, P., Mayen, P., Vergnaud, G. (2006). Note de synthèse. La didactique professionnelle. *Revue Française de pédagogie*, 154, 145-198.

Paturet, J.B. (2003). *De la responsabilité en éducation* (2^e éd.). Ramonville Saint-Agne : Erès.

Peoc'h, N. (2008). L'accompagnement de l'étudiant en soins infirmiers, une pratique entre l'explicite et l'implicite. *Soins cadres*, 66, 51.

Peoc'h, N. (2010). Approche innovante de l'apprentissage et du développement professionnel de l'étudiant avec le portfolio. *Soins cadres*, 74, 13-15.

Perez-Roux, T., Troger, V. Place des élèves et de leur réussite scolaire dans la construction de la professionnalité chez les futurs enseignants de lycée professionnel, *Carrefours de l'éducation*, 32, 149-166. DOI 10.3917/cdle.032.0149

Perez-Roux, T. (2011). Accompagnement des enseignants en formation initiale. Le point de vue des formés sur la relation tuteur-stagiaire, *Recherche et formation* [En ligne], 55, mis en ligne le 31 octobre 2011, consulté le 11 avril 2017.

URL : <http://rechercheformation.revues.org/914> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.914

Perrenoud, P. (2002). L'autonomie, une question de compétence ? *Résonances*, 1, 16-18.

http://www.ibe.unesco.org/French/poverty/Ressources/Experts/Perrenoud_Autonomie.pdf

Consulté le 13/06/2016 à 11h40.

Petit, E. (2014). *L'économie du care* (2^e éd.). Paris : PUF.

Petrus-Krupsky, M. (2015). L'enseignement du *care* en IFSI. *Recherche en Soins infirmiers*, 122, 90-96.

Peyre, P. (1995). *Projet professionnel formation et alternance, Essai de sociopédagogie appliquée en milieu sanitaire et social* (1^e éd.). Paris : L'Harmattan.

Phaneuf, M. (2013). L'intelligence émotion. *Santé mentale*, 177.

<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf>

Consulté le 21/06/2016 à 11h58.

Philip, T. (1992). L'équipe médicale et les autres métiers de l'hôpital. Les conditions de la complémentarité. *Gestions hospitalières*, 316, 362-366.

Piaget, J.

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/enfant/therapie/piaget.htm>

<http://tecfa.unige.ch/tecfa/teaching/UVLibre/0001/bin66/textes/theoa.htm>

Consultés le 23/06/2016 à 19h26.

Piot, T. (2006). Présentation. Formation et intervention sociale : poser la question des compétences dans les métiers d'interaction humaine. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*. 39 (3), 7-21.

<http://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2006-3-page-7.htm>

Consulté le 25/03/2017 à 10h45.

Piot, T. (2016). *La place accordée au sujet vulnérable : le cas des personnes âgées en perte d'autonomie*.

<http://www.prefass-limousin.fr/wp-content/uploads/2016/09/Piot-pour-Limoges-13-oct-2016.pdf>

[Consulté le 25/03/2017 à 11h20](#)

Piret, A. (2003). Analyse des processus de socialisation corporelle secondaire : le cas de la formation en soins infirmiers. *Les sciences de l'Éducation*. Pour l'ère nouvelle, Université de Caen, 36 (2), 3-22.

Poletti, R. (1992). L'avenir de l'enseignement et de la recherche en soins infirmiers : un défi à relever. *Revue du GRASI*, 9.

Ponte, C., De Broca, A. (2013). *Législation, éthique, déontologie*. (2è éd.). Collection Les essentiels en IFSI. Paris : Elsevier Masson.

Profession infirmier. Recueil des principaux textes relatifs à la formation au diplôme d'État et à l'exercice de la profession. 2012. Uzès : SEDI.

Psiuk, T. (2013). *L'apprentissage du raisonnement clinique*. Bruxelles : De Boeck.

Pulcini, E. (2012). Donner le care. *Revue du MAUSS*, 39, 49-66.

Rabardel, P. (2010). *Des motifs et des buts...*

www.cafepedagogique.net/lesdossiers/Pages/2010/DDP_Rabardel.aspx

Consulté le 17 juillet 2015 à 16h20

Rabardel, P. Samurçay, R. (2004). *Modèle pour l'analyse de l'activité et des compétences*. In J. Samurçay & P. Pastré. Recherche en didactique professionnelle. Toulouse : Octarès.

Rabatel, A. (2003a). L'effacement énonciatif dans les discours représentés et ses effets pragmatiques de sous- et de sur-énonciation. *Estudios de lengua y literatura francesas*, 14, 33-61.

Rabatel, A. (2003b). Les verbes de perception en contexte d'effacement énonciatif : du point de vue représenté aux discours représentés. *Travaux de linguistique*, 46, 49-88.

Rabatel, A. (2004). L'effacement énonciatif dans les discours rapportés et ses effets pragmatiques. *Langages*, 156, 3-17.

Rainhorn, J.D. (2015). La déshumanisation atteint aussi la médecine. *Le Monde*, 7. 15 juillet 2015.

Raisky, C. (2008). Une histoire de didactique. In Y. Lenoir & P. Pastré. *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 81-108). Toulouse : Octarès Éditions.

Reverby, S. (1987). *Ordered to Care : The Dilemma of American Nursing*. New York : Cambridge University Press.

Richard, C. (1998). Le tutorat pour une pédagogie de la réussite. *Objectif soins*, 61, VIII-XI.

Ricoeur, P. (1996). Les paradoxes de l'identité. *L'information psychiatrique*, 3, 201-206.

Robin, A. Le sosie : une véritable démarche de création. Dialogue n°55. In Le sosie : outil d'analyse et de théorisation des pratiques.

Gfen66.infini.fr/gfen66/IMG/pdf/sosie.pdf

Consulté le 2/12/2014 à 12h.

Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care – Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil Malmaison : Lamarre.

Rothier Bautzer, E. (2013a). *Le travail délégué aux infirmiers : ce que les médecins ne veulent pas faire*. Entretien par S. Cannasse.

<http://www.carnetsdesante.fr/Rothier-Bautzer-Eliane>

Consulté le 02/05/2013.

Rothier Bautzer, E. (2013b). *Le care négligé. Les professionnels face au malade chronique*. De Boeck. Collection Sciences du Soins.

Roussiau, N., Bonardi, C. (2001). *Les représentations sociales. Etats des lieux et perspectives*. Sprimont : Mardaga.

Roux-Lafay, C. (2016). L'éthique du care dans le champ éducatif ou le nouveau paradigme de la bienveillance. *Éducation et socialisation, Les Cahiers du CERFEE* [en ligne]. 42. Mis en ligne le 23 octobre 2016, consulté le 7 novembre 2016.

URL : <http://edso.revues.org/1857> ; DOI : 10.4000/edso.1857

Samurçay, R., Rogalski, J. (1992). Formation aux activités de gestion d'environnements dynamiques : concepts et méthodes. *Éducation permanente*, 111, 227-242.

Saujat, F. (2005). Fonction et usages de l'instruction au sosie en formation initiale.

Probo.free.fr/textes_amis/instruction_au_sosie_f_saujat.pdf

Consulté le 1^{er} décembre 2014 à 16h40.

Schwartz, Y. Produire des savoirs entre adhérence et déshadérence. In P. Beguin & M. Cerf. *Dynamique des savoirs, dynamique des changements* (pp. 15-28). Toulouse : Octarès.

Scotti, J.C. (1975).

www.scotti-avocat.fr/publications/index_assets/these.pdf

Consulté le 14/02/2014 à 15h30.

Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Éditions Logiques.

Sicard, D. (1999). *Hippocrate et le scanner : Réflexion sur la médecine contemporaine*. Éditions Desclée de Brouwer.

Siguié, F. (2006). Des équipes en quête de leur fonction pédagogique. *Objectif soins*, 144, 16-19.

Simonet, P. (2016). Regard sur des extraits vidéo d'enseignants en activité avec leurs élèves : qu'en dire et qu'en faire dans une perspective de développement des gestes de métier ? *In Gestes professionnels, gestes de métier : de l'analyse à la formation*.

Suchman, L. (1987). *Plans and situated actions : the problem of human machine interaction*. New York : Cambridge University Press.

Svandra, P. (2005). *Comment développer la démarche éthique en unité de soins*. Éditions ESTEM De Boeck.

Svandra, P. (2009a). *Le soignant et la démarche éthique*. Éditions ESTEM De Boeck.

Svandra, P. (2009b). Le care, entre disposition morale et pratique sociale.

svandra.over-blog.com/article-33681864.html

Consulté le 09/09/2015 à 9h15.

Svandra, P. (2011). Le soin sous tension. *Recherche en Soins Infirmiers*, 107, 23-37.

Svandra, P. (2013). Éthique du cadre, éthique du care. *Soins cadres*, 85.

Svandra, P. (2015). *Le care : une éthique, une pratique... une résistance*. Colloque Innovation en soins et professionnalisation. La relation humaniste, un garant de la qualité et la sécurité des soins. Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source. Lausanne. Notes libres. 26 mai 2015.

Thominet, P. (2011). Les valeurs en devenir. *Soins*, 754, 35-37.

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte.

Truc, G. (2009). Une désillusion narrative ? De Bourdieu à Ricœur en sociologie. *Revue de Sciences Humaines*.

<https://traces.revues.org/2173#tocto2n2>

DOI : 10.4000/traces.2173

Consulté le 13/06/2016 à 15h02.

Vacchi, S. (2015). *The European Association of Caring Science : Présentation de la vision, des objectifs et des activités de l'association européenne*. Colloque Innovation en soins et professionnalisation. La relation humaniste, un garant de la qualité et la sécurité des soins. Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source. Lausanne. Notes libres. 26 mai 2015.

Vergnaud, G. (2011). Au fond de l'action, la conceptualisation. In J.M Barbier. *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (3è éd.) (pp. 275-292). Paris : PUF.

Vigil-Ripoche, M.A. Naissance de la formation infirmière.

www.serpsy.org/formation_debat/formation_infirmiere.html

Consulté le 14/02/2014 à 14h30.

Vigil-Ripoche, M.A. (2009). *Caring et care, prendre soin et soin*. In Les concepts en sciences infirmières. Sous la direction de M. Formarier & L. Jovic. ARSI Éditions. Mallet-Conseil.

Vigil-Ripoche, M.A. (2011). Marie-Françoise Collière - 1930-2005. Une infirmière, une historienne, une auteure, une pédagogue, une conceptrice des soins, et... une femme. *Recherche en Soins Infirmiers*, 107, 7-22.

Vygotsky, L. (2011). *VYGOTSKY, une théorie du développement et de l'éducation. Recueil de textes et commentaires*. Sous la direction de F. Yvon et Y. Zinchenko. Traduit par L.

Chaiguerova et F. Sève pour Apprentissage et développement à l'âge préscolaire. Moscou : faculté de psychologie de l'Université d'État de Moscou Lomonossov.

Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. (Traduction française sous la direction de J. Bonnet). Paris : Seli Arslan.

Watson, J. (2015). *Caring Science : Humanizing care for safety and quality*. Colloque Innovation en soins et professionnalisation. La relation humaniste, un garant de la qualité et la sécurité des soins. Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source. Lausanne. Notes libres. 26 mai 2015.

Zarifian, P. (2001). *Le modèle de la compétence*. Paris : Éditions Liaisons.

Sites internet :

Développement Professionnel Continu (DPC) :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_758816/fr/loi-relative-au-dispositif-de-dpc

Consulté le 13/07/2016 à 14h41.

DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques).

Barlet, M., Cavillon, M. (2011). La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Études et Résultats*, 759.

www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/er759.pdf

Consulté le 7 octobre 2014 à 15h55.

Sicart, D. (2014). Les professions de santé au 1^{er} janvier 2014. DREES, 189.

www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-189.pdf

Consulté le 18/12/2014 à 12h.

DREES. Portrait des professionnels de santé. Série études et recherche, 134, février 2016.

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ouvrage_gcs.pdf

Consulté le 14/06/2016 à 11h50.

Edmund Husserl :

http://www.larousse.fr/encyclopedie/personnage/Edmund_Husserl/124519

Consulté le 13/06/2016 à 14h54.

Étymologie et définition du geste :

www.littre.org/definition/geste

Consulté le 26 février 2016 à 10h.

Formation professionnelle : loi n° 71-575 du 16 juillet 1971

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000687666&categorieLien=cid>

Consulté le 13/07/2016 à 12h43.

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/formation-continue.htm>

Consulté le 19/07/2016 à 11h20.

Formation professionnelle continue : loi n° 2004-391 du 4 mai 2004

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810>

Consulté le 13/07/2016 à 14h33.

loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_758816/fr/loi-relative-au-dispositif-de-dpc

Consulté le 13/07/2016 à 14h41.

Historique des soins infirmiers, CHU Poitiers :

<http://www.chu-poitiers.fr/specialites/formation-infirmier/historique/>

Consulté le 6/06/2016 à 11h06.

Historique de la profession d'aide-soignant :

<http://www.aide-soignant.com/article/profession/as/historique>.

Consulté le 6/06/2016 à 11h49.

Infirmier libéral :

<http://www.infirmiers.com/votre-carriere/ide-liberale/la-fonction-dinfirmiere-liberale-definition-et-activite.html>

Consulté le 21/06/2016 à 14h48.

Journée d'étude. UNESCO. Les gestes professionnels des enseignants comme objet d'étude et objet de formation, 5 février 2016.

eduveille.hypotheses.org/7771

Consulté le 26 février 2016 à 17 h 10.

LEGIFRANCE. Textes relatifs à l'exercice professionnel infirmier.

www.legifrance.gouv.fr

Le sosie : outil d'analyse et de théorisation des pratiques.

Gfen66.infini.fr/gfen66/IMG/pdf/sosie.pdf

Consulté le 2/12/2014 à 12h.

Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 (formation professionnelle) dite Loi Delors :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000687666&categorieLien=cid>

Consulté le 13/07/2016 à 12h43.

Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 sur la formation professionnalisante tout au long de la vie :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810>

Consulté le 13/07/2016 à 14h33.

Master en Sciences Cliniques Infirmières et pratique avancée :

<http://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-sciences-cliniques-infirmieres/>

Consulté le 6/06/2016 à 14h57.

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/competences-infirmiere/infirmier-de-pratique-avancee-de-quoi-parle-t-on.html>

Consulté le 14/06/2016 à 12h00.

Mutation du management et nouvelles organisations de travail :

<http://digital-society-forum.orange.com/fr/les-forums/278>

Consulté le 19/07/2016 à 15h55.

Ordre National des Infirmiers.

www.ordre-infirmiers.fr

Consulté le 18/09/2015 à 16h56.

Ordre infirmier et rapport de la Cour des comptes :

<http://www.ordre-infirmiers.fr/actualites-presse/articles/rapport-sur-la-securite-sociale-la-cour-des-comptes-demonstre-que-les-infirmiers-liberaux-sont-au-cur-des-evolutions-de-la-prise-en-charge-des-patients.html>

Consulté le 6/06/2016 à 15h27.

Oxford English Dictionary

www.oxforddictionaries.com

Consulté le 13 mai 2014 à 11h43.

Philosophie et responsabilité :

<http://philo.pourtous.free.fr/Atelier/Textes/responsabilite.htm>

<http://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9>

Consultés le 13/06/2016 à 11h48.

MACSF et responsabilité :

<https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/responsabilites-infirmiere>

Consulté le 13/06/2016 à 11h54.

Levinas :

<http://www.philophil.com/philosophe/levinas/ethique/levinas.htm>

Consulté le 13/06/2016 à 15h04.

Priorité santé mutualiste / acte médical

<http://www.prioritesantemutualiste.fr/psm/maladies-examens/453178/qu-est-ce-qu-un-acte-medical>. Consulté le 3 mai 2016 à 11h20.

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 15 septembre 2015.

<https://www.ccomptes.fr/>

Consulté le 18/09/2015 à 16h50.

Rapport de la Cour des comptes (Sécurité Sociale) :

<http://www.securite-sociale.fr/Securite-sociale-Rapport-de-la-Cour-des-comptes-sur-l-application-des-lois-de-financement,4766>

Consulté le 6/06/2016 à 15h22.

L'enfance des lumières :

<http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/20994/ch02.html>

Consulté le 13/06/2016 à 14h30.

Annexe 1

Définition du métier

Le métier est ainsi défini dans « *profession infirmier, recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession* » :

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration. (2012, p. 44)

Il s'agit pour le professionnel d'évaluer l'état de santé d'une personne et d'analyser les situations de soins, de concevoir et définir des projets de soins personnalisés, de planifier des soins, les prodiguer et les évaluer et de mettre en œuvre des traitements. Pour ce faire, les activités définies en lien avec le métier sont :

- l'observation et le recueil de données cliniques
- les soins de confort et de bien être
- l'information et l'éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes
- la surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
- les soins et activités à visée diagnostique et thérapeutique
- la coordination et l'organisation des activités et des soins
- le contrôle et la gestion des matériels, dispositifs médicaux et produits
- la formation et l'information de nouveaux personnels et stagiaires
- la veille professionnelle et la recherche.

Référentiel de compétences

C'est à partir des référentiels du métier qu'ont été déclinées les dix compétences du programme de formation :

compétence 1	évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
compétence 2	concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
compétence 3	accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
compétence 4	mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
compétence 5	initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
compétence 6	communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
compétence 7	analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
compétence 8	rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
compétence 9	organiser et coordonner des interventions soignantes
compétence 10	informer et former des professionnels et des personnes en formation

Les cinq premières compétences sont dites « cœur de métier », tandis que les cinq suivantes sont des compétences transverses, communes à d'autres professions paramédicales mais qui doivent toutes être validées pour exercer le métier d'infirmier.

La formation dispensée vise ainsi à l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes soignées. Les finalités ont pour objet la professionnalisation de l'étudiant, capable d'autonomie et de réflexivité. Il doit de plus développer des ressources, être capable de reconnaître ses émotions et développer une éthique professionnelle.

Principaux axes de la réforme de formation infirmière de 2009

La réforme de la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmière a trois axes essentiels :

L'universitarisation : le but est d'introduire une dimension universitaire dans la formation infirmière, satisfaisant ainsi aux accords de Bologne (1999) en adoptant le système licence, master, doctorat (LMD), mais aussi de répondre à une demande de reconnaissance de la profession. Concrètement, l'universitarisation est traduite par un alignement du calendrier de la formation sur le fonctionnement universitaire, par une organisation en six semestres avec des unités d'enseignement (UE) dont le contenu est confié partiellement à des universitaires (sciences humaines, droit, sciences biologiques et médicales) et par leur participation à de nouvelles instances décisionnelles (commission d'attribution des crédits). Les étudiants se voient alors délivrés un grade licence dès lors qu'ils ont validé les UE et les stages.

L'approche par compétences : le programme de formation est construit à partir de la définition des activités du métier et des compétences attendues pour l'exercer.

L'interprofessionnalité : il existe la mise en place de passerelles pour certaines unités d'enseignement lorsqu'un professionnel du secteur paramédical souhaite changer de métier.

Annexe 2

Les stages

L'enseignement clinique se compose de six ou sept stages : un stage de cinq semaines au semestre 1, un stage de dix semaines aux semestres 2, 3, 4, 5 et un stage de quinze semaines au total en une ou deux périodes au semestre 6. Selon la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications 2005-36 (JOCE du 30.09.2005) :

L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises.

Types de structures d'accueil

Quatre types de structures d'accueil sont recensés pour favoriser l'apprentissage des étudiants par la mise en exergue de situations de soins spécifiques :

les soins de courte durée,
les soins en santé mentale et en psychiatrie,
les soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation,
soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie.

L'étudiant doit obligatoirement effectuer un stage dans chacun des types de structure. Le formateur de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) référent du suivi pédagogique de l'étudiant conseille ce dernier et le guide dans son parcours de stages au vu des éléments contenus dans son portfolio afin d'optimiser ses acquisitions et certifier toutes les compétences et actes, activités et techniques de soins indispensables pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier.

Les acteurs de la formation clinique

Le programme met en scène différents acteurs aux rôles distincts dans l'encadrement en stage et dont la dénomination est nouvelle :

Le maître de stage (souvent le cadre de santé du service) représente la fonction organisatrice du stage. Il garantit la qualité de l'encadrement et veille à la mise en place du livret d'accueil de l'étudiant (indispensable pour l'agrément des stages) et de la charte d'encadrement.

Le tuteur assure la fonction pédagogique du stage : il accompagne la progression de l'étudiant, il favorise la réflexion et donne des objectifs de progression par des entretiens réguliers. C'est le tuteur qui assure également l'évaluation de l'étudiant au cours du stage et par un entretien en fin de stage où le portfolio de l'étudiant est complété.

Les professionnels de proximité représentent la fonction pédagogique au quotidien et font part de leurs observations au tuteur qui coordonne l'encadrement.

Le référent de stage est un formateur de l'institut de formation responsable de lieux de stages. Il assure la coordination avec l'établissement d'accueil et est en lien avec le maître de stage et le tuteur afin de suivre le parcours de l'étudiant. Il rencontre les membres de l'équipe afin de les aider dans l'utilisation du référentiel de compétences et des différents outils notamment le portfolio. Il rencontre les étudiants pour des analyses de pratiques.

Ces personnes gravitent autour de l'étudiant dont le rôle d'acteur (au sens défini par Ardoino, 2000) dans sa formation est primordial.

Dans le contexte de ce programme, l'alternance doit se décliner à un niveau stratégique et opérationnel à travers un mode de collaboration plus étroit entre les formateurs de l'institut et les tuteurs de stage tant au niveau de l'ingénierie pédagogique que du suivi individualisé des étudiants (Moreau, 2004). La communication avec les unités de soins doit favoriser la collaboration et l'intercompréhension des acteurs ainsi qu'une meilleure connaissance des finalités. Tout ceci dans le but d'obtenir un engagement, et donc peut-être moins de résistance au changement, condition indispensable pour que le projet de formation aboutisse. Il doit s'instaurer une relation de confiance et de réciprocité propice à l'apprentissage de l'étudiant (Moreau, 2004). Il est essentiel d'être attentifs « *à la place et aux rôles de chacun, à la circulation de l'information, à la qualité de la communication et aux enjeux du changement* » (Siguier, 2006, p. 19).

Annexe 3

La commission d'attribution des crédits

La commission d'attribution des crédits qui attribue les crédits de formation est mise en place dans chaque institut de formation en soins infirmiers. Elle est sous la responsabilité du directeur de l'institut qui la préside. Elle est composée des formateurs référents des étudiants infirmiers, de représentants de l'enseignement universitaire (partenariat entre institut de formation en soins infirmiers et université mis en place avec le nouveau programme de formation), de représentants des tuteurs de stage. À la fin des cinq premiers semestres, le formateur responsable du suivi pédagogique présente aux membres de la Commission d'Attribution des Crédits (CAC) les résultats théoriques et pratiques des étudiants dont il assure le suivi et fait une proposition d'attribution ou non des crédits. La commission se prononce alors sur l'attribution des crédits et sur la poursuite du parcours de l'étudiant (passage au semestre suivant, redoublement etc. selon les conditions définies par les textes). Pour le dernier semestre, les résultats sont présentés devant le jury régional d'attribution du diplôme d'État d'infirmier.

ANNEXE 4 : code couleur pour analyse des entretiens et 1^{ère} analyse

Geste d'anticipation : dans le soin, prise de RDV

Geste de sollicitude : inquiétude, prise en compte de demandes

Geste d'évaluation : technique, psychique

Geste d'ambiance : humour, propos personnels

Geste d'intonation : douceur de voix, augmentation

Geste énonciatif : surénonciation, coénonciation

Geste physique : toucher, aide au mouvement

Geste d'ajustement : technique dans les soins

Gras et italique : propos de l'IDE en entretien

IDE 1 : Luc

<p><i>Nous commençons la tournée du matin à 6h avec l'infirmier libéral I Luc, de secteur rural.</i></p> <p><i>Les numéros indiqués me permettent de me référer à mes prises de notes et de les faire correspondre avec les enregistrements au moment correspondant. Ils permettent aussi de suivre la chronologie des entretiens. Sur mes notes j'indique également le temps d'enregistrement effectué afin de faire correspondre exactement mes observations avec les propos enregistrés.</i></p>		
Situation de soin	Autoconfrontation, instruction au sosie	Hypothèses en lien avec la situation +/- confrontées avec les dires de l'acteur
<p>1.</p> <p><i>Nous nous trouvons chez une dame (Mme G) pour lui faire sa toilette. Il est 6h, l'IDE a les clés de la maison. Après une entrée dans la chambre où Madame G. est réveillée et la lampe de chevet allumée, il l'aide au lever et l'emmène dans la salle de bain.</i></p> <p>Mme G s'adressant à moi : Alors comme ça vous regardez travailler Luc ? IDE : Oui elle fait une étude là-dessus pour les autres infirmiers Mme G. : eh ben c'est bien Moi : c'est ça Mme G. : eh ben IDE : Voilà... pis qui sait ? On va tout de suite faire couler l'eau chaude. Bon est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? (l'IDE déshabille Mme G) Mme G. : non IDE : ah ! qu'est-ce qui a eu ? Mme G : ben je sais pas IDE : ah ben vous êtes pas la seule parce que j'ai entendu que ma fille a pleuré encore cette nuit</p>		<p>Emploi sujet indéterminé</p> <p>Anticipation : tout de suite l'IDE ne veut pas que Mme G ait froid</p> <p>Verbe d'action</p> <p>Bon : Propos d'entrée en matière pour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation de la situation présente - Propos qui montrent de l'intérêt pour la personne : traces de care - l'IDE parle de sa fille et intègre ainsi

<p>Mme G. : à minuit et demi j'avais pas encore fermé l'œil IDE : et puis là ce matin à 4h vous étiez déjà debout Mme G. <i>rit</i> : oh oh j'étais réveillée depuis longtemps IDE : ben oui ! ah pourtant j'ai pas traumatisé votre chien vous ? Parce que Mme P... <i>(le ton laisse entendre des sous-entendus)</i> Mme G. : parce que vous avez traumatisé son chien ? IDE : vous savez bien que je l'ai faite pleurer TOUte <i>(il hausse le ton)</i> la nuit parce que j'ai voulu mettre un coup de pied au derrière du chien Mme G. : pauvre bête IDE : ah oui ooh une belle salaperie s'chien il va s'prendre mon pied queque part, il se jette sur mes chaussures et j'ai dit à la dame que j'allais faire du saucisson d'son chien eh ben ça lui a pas plu et elle a pleuré toute la nuit, on va aller la voir toute à l'heure <i>(en s'adressant à moi)</i> Moi : ah IDE : une dame charmante <i>(le ton donne à penser le contraire)</i> enfin ça va mieux Mme P. ça va Mme G. : ça va ? IDE : oui ça va s'arranger Mme G. : elle est plus forte que le mal IDE : Ah ça d'façon j'lai toujours dit on va réussir à lui remettre ça L'IDE s'adresse à moi : parce que c'est une dame qui est tombée y a pas longtemps parce que la chute est très à la mode en ce moment Moi : Ah ? IDE : oh oui oui partout c'est pas une bonne période</p>		<p>Mme G dans un cercle privé</p> <p>L'IDE parle de ses autres patients que Mme G connaît, il l'intègre dans son quotidien</p> <p>L'IDE renseigne de l'état de santé d'une autre dame que Mme G connaît : il permet de continuer un lien social entre ces dames qui ne peuvent pas bouger de chez elles</p>
--	--	---

<p>d'façon. Mme G a testé aussi c't'hiver</p> <p>Mme G : oh oui oh oui oh oui oh oui j'suis tombée et à tout moment je suis prête d'tomber</p> <p>IDE : eh ne faites pas ça attention</p> <p>Mme G. : euj voudrais pas</p> <p>IDE : j'vous l'souhaite pas non plus hop (<i>en bougeant Mme G.</i>) ah ben Monsieur N on l'entendra plus maintenant hein là à mon avis c'était sa dernière chute, hop. C'est ben triste</p> <p>Mme G : oh ben oui</p> <p>IDE : j'ai pas vu Véronique encore elle doit être un peu sens dessus dessous</p> <p>Mme G : ah bon</p> <p>IDE : oh ben vous savez Véronique c'est pas des choses qui l'amuse beaucoup, hop voilà (<i>en habillant Mme G. Les gestes sont précis et rapides</i>)</p> <p>Mme G : et pis c'est un client en moins</p> <p>IDE : oui effectivement c'est un client en moins on va vous soigner plus vous</p> <p>Mme G : ah bon</p> <p>IDE : on va vous soigner plus pour gagner plus de sous, non ? Vous inquiétez pas c'est un client en moins mais on en a déjà d'autres en plus</p> <p>Mme G : Bon</p> <p>IDE : c'est surtout que ça faisait plus de cinq ans qu'on le suivait Monsieur N c'est ça qui est triste</p> <p>Mme G : il était pas désagréable</p> <p>IDE : ah non il était pas désagréable, très gentil. J'ai pas prévenu ni Claudette ni Michèle ni personne quoi,</p>		<p>Intérêt pour Mme G : recentre sur elle</p> <p>Et met en garde : anticipation</p> <p>L'IDE informe et parle du décès d'un de ses patients, permet ainsi à Mme G d'être informée, d'éviter l'isolement social</p> <p>humour</p> <p>Réassurance</p>
---	--	---

<p>bon de toute façon (<i>l'IDE parle des assistantes de vie</i>) Mme G : ah ben ce matin c'est ni Claudette ni Michèle c'est Ghislaine qui vient IDE : Ghislaine ? on la voit plus beaucoup dans le coin. Eh ben Ghislaine j'ai fait connaissance avec sa belle sœur au foyer logement de Menetou Mme G : ah bon IDE : oui j'ignorais qu'elle avait une belle-sœur dans le métier mais c'est quand elle m'a dit ça ah ! je connais Ghislaine. Quand elle m'a dit je suis la belle-sœur de Ghislaine A. Et du coup ça m'a fait un lien et de la publicité je vais bientôt avoir plus à Menetou qu'à Bourgneuf. L'IDE s'adresse à moi : J'ai croisé l'infirmière de Menetou, c'est pas qu'on a des territoires mais Menetou Menetou, ça sort un peu de moonn Moi : oui IDE : de mon territoire Mme G. s'adresse à moi : vous habitez dans le coin ? Moi : depuis peu j'habite à Allogny Mme G : ah bon IDE : c'est la banlieue chic Allogny, on va y aller à Allogny un petit peu après, ils ont fait le choix à Allogny de pas trop faire construire Mme G : ah bon pourquoi ? IDE : ben parce que j'me souviens j'en avais discuté avec des gens du gouvernement d'Allogny et ils m'avaient expliqué que pour les eaux usées c'était pas, y avait pas assez d'place ils devaient faire des travaux</p>		<p>Intègre de nouveau la patiente dans son activité</p> <p>Propos d'ambiance informatifs</p>
---	--	--

<p>Moi : ah ben c'est en cours IDE : d'accord de toute façon le maire avait fait en sorte que les terrains ne pouvaient être constructibles en dessous de 1500 m2 parce que justement il voulait limiter les...</p> <p>Mme G. : c'est grand 1500 m IDE : oui c'est grand. A un moment ils ont voulu que je me présente sur la liste rebelle on va dire, j'ai réussi à contourner la chose en disant que je n'étais pas d'Allogny j'ai pas envie et n'ai aucun intérêt à me mêler de la politique du coin parce que quand t'es du bon côté c'est bon mais il y aura toujours des gens qui... Allez la culotte en dentelles ! hop ! on est confortable quand même ?</p> <p>Mme G : oui c'est bien IDE : de c'temps là on a pas trop chaud, je vous laisse prendre votre bijou (le ton est directif elle attrape son collier présence verte)</p> <p>Mme G : ah oui IDE : comme tous les matins c'est un rituel ça permet de travailler des fois même quand t'es pas bien réveillé et tous les matins, je sais que Mme G. elle est réveillée depuis un certain temps</p> <p>Mme G. : oh oui je suis réveillée IDE : oh je sais bien oui je vous ai déjà dit que vous devriez venir m'aider à faire les piqûres</p> <p>Mme G. rit IDE : c'est dommage vous êtes réveillée autant venir m'aider, hop. Et vos yeux quand est-ce que vous y allez</p>		<p>Intègre à nouveau la patiente dans son cercle privé</p> <p>humour utilisation du « on » évaluation : est-ce que la patiente se sent bien, traces de care, sollicitude on participatif vérifie que la patiente ait bien son collier présence verte</p> <p>ton directif : surénonciation on est passé du « on » au « je »</p> <p>Valorisation de la personne</p> <p>Humour, la patiente rit</p> <p>Intérêt pour un problème de la patiente et suivi</p>
---	--	---

<p>pour vos yeux, j'y pensais hier</p> <p>Mme G : lundi</p> <p>IDE : lundi, d'accord. Il faut prendre la douche ?</p> <p>Mme G : non non c'est encore qu'une visite</p> <p>IDE : ah oui d'accord. Ici pour vos yeux il faut aller à l'hôpital et Mme G. adore aller à l'hôpital (<i>il insiste sur le mot adore</i>)</p> <p>Mme G : oooh oui</p> <p>IDE : comme tous les gens du coin ici, le seul hôpital de France qui a pas de parking</p> <p>Moi : c'est J C ?</p> <p>IDE : c'est J C, moi j'le connais bien J C j'ai travaillé trois ans à J C, j'étais en réanimation. Y avait des problèmes dans le service, à chaque fois c'était d'la faute du chef de service et pis un jour en partant j'leur ai dit d'toute façon un jour le chef il va s'en aller aussi et vous verrez les problèmes seront pas résolus et pis effectivement le chef est parti les problèmes sont restés c'est qu'y avait aut'chose. Off, on sait pas comment il fonctionne cet hôpital</p> <p>Mme G : une mauvaise gestion ?</p> <p>IDE : oh on met tout sur le dos de quelqu'un toute façon et là dernièrement on mettait tout sur le dos du directeur qui est parti là et je peux vous dire que je sais certaines choses sur l'arrivée du directeur le pauvre il en avait déjà beaucoup de caché sous le tapis, beaucoup de choses dont il n'était pas au courant</p> <p>Mme G : voilà, ben voilà la belle habillée</p>		<p>Prévoit</p> <p>Humour</p> <p>L'IDE parle de ses expériences confidences</p>
---	--	--

<p>IDE : voilà allez, comment ça se fait que vous avez pas Claudette aujourd'hui</p> <p>Mme G : ben parce que elle est en congés c'te semaine</p> <p>IDE : encore ? vous lui direz qu'elle est tout le temps en vacances</p> <p>Mme G rit : oui</p> <p>IDE : vous lui direz Luc il a dit t'es tout le temps en vacances</p> <p>Mme G. : cette semaine j'ai eu Marion, j'ai eu Ghislaine</p> <p>IDE : ça change. Oh ben Marion je l'ai croisée au foyer logement</p> <p>Mme G : ah oui</p> <p>IDE : je ne pensais pas la croiser là-bas et pis j'entends une petite voix qui m'dit bonjour et pis quand je me suis retourné... On a cette aide à domicile elle a même pas 25 ans (en s'adressant à moi)</p> <p>Mme G. : oh oui elle a 22 ans</p> <p>IDE : mais alors euh dynamique et puis elle est intéressante hein Marion ?</p> <p>Mme G : oh oui oh oui</p> <p>IDE : plus que certaines... Voilà Madame. Ce soir ce sera pas moi ce sera Lise</p> <p>Mme G : ah c'est Lise</p> <p>IDE : oui j'vais faire un peu de papiers</p> <p>Mme G : ah vous voulez vous reposez</p> <p>IDE : oui et puis avec le départ de notre cher Monsieur N on va mettre les choses un peu à plat</p> <p>Moi : Merci madame au revoir</p> <p>Mme G : allez ben alors à demain matin</p> <p>IDE : à demain matin, allez au revoir.</p>		<p>Intérêt pour la vie quotidienne de la personne</p> <p>Humour : Mme G rit</p> <p>Propos l'intégrant dans son quotidien</p> <p>Sollicite la participation de la patiente</p> <p>Propos l'intégrant dans son quotidien</p>
---	--	--

2.

Nous sommes maintenant chez un Monsieur pour effectuer une prise de sang. Son domicile est juste en face de chez Mme G. Aucune discussion n'est alors possible. Nous frappons et M. X nous fait entrer dans le salon. La télévision fonctionne. Un petit chien est allongé sur le canapé.

M. X : il faut du coton ?

IDE : non j'ai tout ce qu'il faut, faut juste vous et votre carte vitale et votre complémentaire s'il vous plaît. Là vous partez travailler euh ?...

M. X : non j'vais pas travailler justement

IDE : pas aujourd'hui... vous voyez aujourd'hui on est deux parce que ma collègue fait une étude euh

Moi : sur les infirmiers, je regarde comment les infirmiers travaillent, je suis infirmière moi-même hein

IDE : j'sais pas pourquoi ils ont changé tous leurs numéros euh les mutuelles et leurs tarifs aussi non ? vous savez pas ? (dit l'IDE en regardant les papiers, il s'est assis sur un fauteuil)

M. X : ah je sais pas

IDE : c'est étonnant. Alors les résultats vous irez les chercher au laboratoire ou par la poste ?

M. X : non ben j'irai les chercher

IDE : directement au laboratoire ?

M. X : oui oui

IDE : voilà (l'IDE regarde la télévision qui est allumée et discute des acteurs

Intérêt pour le patient et évaluation (gestion du temps)

Sollicite la participation du patient

Evaluation : comment le patient va-t-il récupérer les résultats du bilan

<p>Alexandra Lamy et Jean Dujardin) : ils vieillissent eux aussi, ils divorcent y paraît, d'avoir un oscar il aurait pris la grosse tête. Oh ben j'suis pas là d'avoir un oscar de c'côté j'suis tranquille</p> <p>M. X : oh ben j'suis divorcé quand même</p> <p><i>L'IDE a préparé son matériel et s'apprête à prendre le bras de M. X</i></p> <p>IDE : bon ben il vous reste à avoir l'oscar alors</p> <p>M. X : c'est pas facile (en regardant et en parlant de ses veines)</p> <p>IDE : elles sont difficiles ?</p> <p>M. X : ouais</p> <p>IDE : on va regarder ça, alors serrez le poing bien fort, tendez bien le bras on va regarder ça, ça va être bon. Ben oui un divorce ça arrive</p> <p>M. X : ah ben ça</p> <p>IDE : ça arrive pas qu'aux autres, on va trouver vous inquiétez pas, alors on doit en avoir une... alors je prends des aiguilles euh plus fines parce que ils exagèrent un peu avec la taille... attention, je pique... ça va ?</p> <p>M. X : oui oui</p> <p><i>L'IDE prélève ses tubes et retire l'aiguille</i></p> <p>IDE : vous appuyez là-dessus !... ça été ?</p> <p>M. X : ouais ouais impeccable</p> <p>IDE : il vous reste un peu de sang quand même</p> <p>M. X : oui</p> <p>IDE : hop (puis s'adressant à moi :) ça va ça fait pas trop bondir de voir sans gants comme ça ?</p> <p>Moi : non</p> <p>IDE : parce que à l'hôpital...</p>		<p>Intègre le patient dans son quotidien</p> <p>Humour</p> <p>Evaluation de l'état des veines</p> <p>Verbe d'action, emploi du on</p> <p>Propos directif : surénonciation</p> <p>Propos rassurants</p> <p>Recentre sur le patient</p> <p>Réassurance</p> <p>Mise en confiance</p> <p>Prévient le patient</p> <p>Informe le patient de ce qu'il fait : prévenance</p> <p>Evaluation de l'état clinique du patient</p> <p>Propos directif : surénonciation emploi du « vous »</p> <p>Evaluation et sollicitude</p> <p>Humour</p>
--	--	--

<p>Moi : oh ben c'est obligatoire IDE : à l'hôpital on nous faisait mettre des gants pour tout et n'importe quoi Moi : ben c'est la législation qui l'impose par rapport à la prise en charge surtout IDE : oui, (il regarde à nouveau la TV :) ah ben s'il lui parle comme ça je comprends pourquoi ils ont divorcé effectivement Voilà tenez je vous rends votre carte de mutuelle et votre carte vitale et puis normalement c'est tout bon le laboratoire vous demandera rien, les résultats demain chez M. Q. M. X : oui IDE : et puis s'il y avait le moindre souci vous passez un p'tit coup de fil M. X : oui oui IDE : normalement y aura pas de soucis M. X : y a pas de raison (puis en parlant de son chien qui me tourne autour) celui-là j'l'avais promis à quelqu'un et pis y est jamais venu le chercher Moi : il est jeune là M. X : oui il a un an IDE : il faut dire qu'un chien c'est de la contrainte moi j'sais que j'peux pas en avoir parce que justement j'suis jamais chez moi en fait. J'ai des tortues, ça aboie pas c'est plus silencieux ça aboie pas et c'est un des rares animaux qui est content quand vous êtes pas là. <i>Nous saluons le Monsieur et partons.</i></p>		<p>Propos informatifs</p> <p>Anticipation et sollicitude</p> <p>Réassurance</p> <p>Intègre le patient dans son quotidien</p>
---	--	--

	<p><i>Dans la voiture :</i> Moi : ce monsieur à qui tu fais la prise de sang, tu lui dis attention je pique, pendant la prise de sang ça été ? Pourquoi ? IDE : alors, parce que quelquefois ils me disent ah vous avez piqué, comme ça ils sont prévenus c'est pas une surprise et je demande toujours si ça été, premièrement pour savoir si ça été voilà est-ce que ça été piqué sans que je massacre au passage, enfin moi je le vois bien aussi hein et puis pour savoir s'il est pas en train de me faire un malaise parce que quelquefois les gens ça va bien ça va bien puis toc il y plus personne donc je demande ça été ça été au départ c'était pour ça. Et puis s'il y avait pas de soucis et puis il y a aussi autre chose, c'est que si on leur demande pas si ça a été et que ça leur a fait mal eh ben oh il m'a fait mal hein il m'a fait mal tandis que si on demande si ça a été, le simple fait de demander, ça n'a pas fait si mal que ça Moi : D'accord IDE : et pis quand on peut se le permettre voilà ça permet euh chez beaucoup ça permet de dédramatiser les soins quand je dis « je viens vous torturer... oh oh » voilà tout de suite la prise de sang prend une autre tournure si je prends un air solennel « montrez votre bras tac tac tac euh » les gens en général sont assez tendus comme ça, mine de rien y a plein de gens qui ont peur des prises</p>	<p>Confirme l'anticipation</p> <p>Confirme évaluation état du patient</p> <p>Permet la réassurance</p>
--	---	--

<p>3. <i>Nous nous trouvons maintenant chez la dame évoquée en 1 qui est tombée et qui possède un chien. L'IDE a les clefs et nous entrons dans la maison puis dans la chambre de Mme P.</i></p> <p>IDE : coucou attention les yeux, bouh (<i>en se penchant sur Mme P.</i>) eh ben alors ? Est-ce que vous avez dormi un petit peu ?</p> <p>Mme P. : comment ?</p> <p>IDE : est-ce que vous avez dormi un petit peu quand même ?</p> <p>Mme P. : j'ai dormi dormi</p> <p>IDE : ah ben ça fait du bien de dormir</p> <p>Mme P. : j'ai mal aux talons (<i>le ton est sec</i>)</p> <p>IDE : ah ben ça c'est pas grave les talons ça va aller mieux</p> <p>Mme P. : qui c'est la dame, c'est Lise non ?</p> <p>Moi : non je m'appelle Isabelle je suis infirmière aussi</p> <p>IDE : elle vient faire une étude... oh ben ça on va l'enlever parce que c'est... (<i>il enlève le déambulateur placé devant le lit</i>) elle vient faire une étude sur les infirmiers</p> <p>Mme P. : ah bon</p> <p>Moi : c'est ça</p> <p>Mme P. : il est bien mis mon talon ? (<i>le ton est très autoritaire et sec</i>)</p> <p>IDE : vous inquiétez pas on va voir ça</p>	<p>de sang donc quand on commence à plaisanter un peu ça détend tout le monde voilà et pis nous on travaille aussi un peu plus cool parce que s'occuper des gens constipés c'est pas toujours rigolo voilà c'est une façon de détendre un peu l'atmosphère</p> <p><i>Dans la voiture :</i></p> <p>Moi : pourquoi tu lui as dit coucou en arrivant au-dessus de Mme P.</p> <p>IDE : oh c'est... elle m'avait déjà vu de toute façon, elle surveille où on est pour faire son spectacle. Ah je vous réveille... alors qu'elle l'est depuis longtemps. Ce matin elle allait commencer qu'elle était réveillée depuis longtemps et puis quand elle t'a vue oh ben j'ai très bien dormi. Je connais le phénomène.</p> <p>Mme P. elle aime être levée très tôt alors j'y vais très tôt, mais si elle était en maison de retraite ça dépendrait de sa place dans le couloir.</p> <p>Mme P. en maison de retraite déjà je plains ceux qui vont bosser avec elle déjà je les plains parce que c'est un cauchemar</p>	<p>prévenance</p> <p>Evaluation de la situation du jour</p> <p>Rassurance</p> <p>Respect rythme de vie</p>
---	---	--

<p>Mme P : il faut bien me l'mettre <i>(le ton est très autoritaire)</i></p> <p>IDE : on va bien vous l'mettre, voilà, allez, alors ça, c'est pas une chambre d'hôpital ici il y en a partout, on va mettre Mme P. sur le seau... accrochez-vous, hop, regardez donc ça va tout seul <i>(il s'est placé face au lit, a fait basculer Mme P au bord du lit l'a attrapé sous les bras face à elle et fait basculer sur la chaise percée juste à côté du lit)</i></p> <p>Mme P : ah ça fait tellement mal</p> <p>IDE : est-ce que ça va ? ça tourne ?... apparemment non sinon j'serai prévenu déjà, voilà, alors vous avez bien dormi</p> <p>Mme P. : ah oui j'ai dormi dormi</p> <p>IDE : mais vous étiez fatiguée hier soir</p> <p>Mme P. : ah et pis aujourd'hui ça va être joli</p> <p>IDE : pourquoi ? ah ! allez chez Romain il est gentil comme tout vous allez voir, vous connaissiez p't-être son grand-père à Romain, David ?</p> <p>Mme P : le marchand de vaches ?</p> <p>IDE : le marchand de vaches oui</p> <p>Mme P : ah oui</p> <p>IDE : ah vous voyez</p> <p>Mme P : on allait acheter des taureaux chez lui</p> <p>IDE : ah ben vous pou, vous pourrez lui dire, et c'est le petit frère de Romain qui a repris les vaches je crois, vous voyez que vous connaissez</p>		<p>Rassure</p> <p>Réconforte sur les capacités de Mme P, la valorise : il est passé au « vous » pour insister</p> <p>Evaluation de l'action précédente : le lever a-t-il provoqué un malaise ?</p> <p>Le « alors » enclenche la conversation</p> <p>Prévenance pour une visite de Mme P chez l'ostéopathe</p> <p>Rappel des connaissances de Mme P</p> <p>Réassurance</p> <p>Réassurance</p>
---	--	--

<p>Mme P : ça fait longtemps qu'y font ça</p> <p>IDE : oh oui ça fait longtemps qu'ils sont dans les vaches ça doit être le plus gros producteur de France ou le deuxième quelque chose comme ça oh c'est qu'on a du beau monde dans le coin, enfin là où on a le plus du beau monde c'est à Allogny</p> <p>Moi : je ris</p> <p>Mme P : <i>(à son chien qui tourne autour d'elle)</i> oui oui mon beau va te coucher va te coucher</p> <p>IDE : Dechavanne habite à Allogny, oh y avait aussi Lepen, Bocassa un moment et puis plein de gens on sait pas qui sait... j'ai un copain qui intervient dans des propriétés il m'a dit qu'il y avait beaucoup de Russes en ce moment, il est accueilli avec des armes parfois et il y a beaucoup de chasseurs parisiens... Et Mme P. elle, elle parle le Bérichon, hein Mme P. ?</p> <p>Mme P. : ah oui le patois Bérichon complètement <i>(elle a un accent prononcé)</i></p> <p>IDE : ah ben voilà mais ma collègue va rien comprendre si vous lui parlez bérichon</p> <p>Moi : ah non je pourrai répondre en ch'ti</p> <p>IDE : c'est une ch'ti qui vient du sud... le pull, quel pull vous voulez ?</p> <p>Mme P. : un joli pull rouge ben chaud la jupe on laisse la même</p> <p>IDE : on laisse la même jupe d'accord</p> <p>Mme P. : mais dépêchez-vous donc ! <i>(Toujours un ton très autoritaire)</i></p>		<p>Conversation intéressant la patiente</p> <p>Réintroduit activement la patiente dans la conversation en lui posant une question</p> <p>Intègre la patiente dans le choix de ses habits : sollicitude</p> <p>La patiente, par ses propos et le ton employé est en surénonciation</p>
--	--	---

<p>IDE : d'accord... y a celui-là ?</p> <p>Mme P. : ça va aller</p> <p>IDE : ah ben c'est parfait voyez du premier coup, du fait que vous allez voir Romain, on va p't être laver les pieds</p> <p>Mme P : les pieds ah bon, aïe aïe ça me fait trop mal là (<i>en parlant de ses pieds</i>)</p> <p>IDE : restez assise ! sinon on va pas gagner du temps, là, allez on va voir ça</p> <p>Mme P : oh ça me fait si mal là</p> <p>IDE : donnez-moi donc l'autre pied</p> <p>Mme P. : ah</p> <p>IDE : oui parce que Romain y va vous tirer sur tous les membres hein</p> <p>Mme P. : aïe aïe aïe</p> <p>Moi : c'est un kiné ?</p> <p>IDE : c'est un ostéopathe, c'est l'ostéopathe qui a la côte dans le coin</p> <p>Moi : ah</p> <p>IDE : d'ailleurs il est assez efficace, y m'a réparé moi aussi, c'est un jeune on est allé à l'école ensemble mais on s'était jamais parlé. Quand il s'est installé il m'a appelé pour que je lui envoie des patients et en fin de compte on a bien sympathisé à ce moment-là. Les gens ici sont pas très bavards</p> <p>Mme P : vous mettez les chaussettes (<i>de façon autoritaire</i>)</p> <p>IDE : oui oui oui on va mettre ça (ton calme)</p> <p>Mme P : ça me fait mal</p> <p>IDE : ça va s'arranger Mme P.</p> <p>Mme P : ça va s'arranger mais en tout cas en attendant ça s'arrange pas !!</p>		<p>Se montre conciliant face à la patiente et son ton autoritaire</p> <p>Réconfort</p> <p>Adapte les soins à la situation du jour</p> <p>Surénonciation de l'IDE : impératif utilisé</p> <p>Evaluation de l'état des pieds suite à la douleur de Mme P</p> <p>Propos réconfortants et rassurants pour Mme P</p> <p>Intègre la patiente dans son cercle de vie personnelle</p> <p>Mme P donne des ordres</p> <p>Réassurance</p>
---	--	--

<p>IDE : on va couper la jambe</p> <p>Mme P : oh coupez donc tout</p> <p>IDE : on coupe la tête ? et mon chiffre d'affaire dans tout ça si j'vous coupe la tête ?</p> <p>Mme P : ah</p> <p>IDE : déjà Monsieur N qui nous a quittés</p> <p>Mme P : oh ben pour vivre comme ça</p> <p>IDE : oh il était pas malheureux il était chez lui il a bricolé jusqu'au bout</p> <p>Mme P : ah ben oui mais ça l'a étouffé</p> <p>IDE : oh j'pense pas</p> <p>Mme P : il avait attrapé l'rhume</p> <p>IDE : ah ça j'en connais d'autres qui veulent pas s'soigner de toute façon ici on a un hôpital personne veut y aller tout le monde en a peur Mme P. elle veut pas aller à l'hôpital non plus</p> <p>Mme P : oh ben on est tellement bien !! (<i>le ton est ironique</i>)</p> <p>IDE : alors, c'est quand même terrible... il faut y aller que si on a rien sinon faut aller à Tours. Allez, on va se mettre debout Mme P. 1-2-3 et hop. C'est presque terminé Mme hein</p> <p>Mme P : ah vous êtes long c'matin</p> <p>IDE : j'suis long parce que je vous ai fait les pieds</p> <p>Mme P : mais non c'matin ça va pas !</p> <p>IDE : de toute façon ça va jamais Mme P, l'autre fois c'était votre chien</p> <p>Mme P (<i>en parlant fort</i>) : ah ben là vous m'avez fait de la misère j'ai pleuré toute la nuit</p>	<p>pour M. N je leur en parle aussi parce que je sais que ça cogite sous la marmite là (en montrant sa tête) je le sais très bien comment ça se passe. Mme P nous a fait une dépression d'un mois au dernier décès, donc je lui en parle on en discute parce que sinon ce qui va se passer c'est que elle va garder ça pour elle et puis comme c'est elle la doyenne, c'est un monsieur plus jeune qu'elle donc c'est la prochaine sur la liste bon après, ça permet de dédramatiser</p> <p>IDE : à l'hôpital ils l'ont mise dehors ; moi ça j'ai du bol j'ai plein de patients quand ils vont à l'hôpital c'est l'hôpital qui m'appelle pour que je les récupère : « - est-ce que vous pouvez reprendre votre patient ? - ah ça se passe mal ? - euh c'est pas terrible ! » <i>il rit</i>, j'ai demandé à l'assistante sociale pour Mme P. si ça se passait mal, « euh elle est pas facile hein » donc je dis vous inquiétez pas on va gérer ça et pis au fur et à mesure de la tournée j'vais-je vais pouvoir évaluer l'ampleur des dégâts parce que les autres patients vont pouvoir me le dire.</p>	<p>Humour</p> <p>Humour</p> <p>Intègre la patiente dans la situation d'autres patients</p> <p>Prévenance, utilise une expérience vécue antérieurement pour réajuster avec Mme P et dédramatiser</p> <p>Réintroduit Mme P au centre de la conversation</p> <p>Explication à propos du chien</p>
---	---	--

<p>IDE : votre chien il va prendre mon pied sous la queue</p> <p>Mme P : ah ben vous lui faites peur et puis vous l'intimidez</p> <p>IDE : oh pauvre bête !</p> <p>Mme P : oui ben j'ai pas dormi de la nuit et pis j'ai pleuré</p> <p>IDE : ben vous avez eu tord</p> <p>Mme P : oh j'vais en dire du bien de vous n'avez pas peur ! (<i>le ton est menaçant</i>)</p> <p>IDE : oh oui oh pour ça j'compte sur vous</p> <p>Mme P : oh là là</p> <p>IDE : vous inquiétez pas j'saurai répondre Mme P</p> <p>Mme P ricane : oh j'm'inquiète pas</p> <p>IDE : j'saurai répondre</p> <p>Mme P : j'men doute</p> <p>IDE : et vous l'savez et vous savez qu'si l'chien y recommence il va prendre mon pied au derrière il l'a déjà pris et ça recommencera allez-y venez donc au lieu de rouspéter et que ça sert à rien (<i>le ton est plus calme</i>).</p> <p>Allons allons on va pas vous laissez aller voir Romain avec les pieds sales quand même</p> <p>Mme P : ah ce matin</p> <p>IDE : allez -y asseyez-vous (il l'installe au fauteuil roulant)</p> <p>Mme P : mes lunettes ! (<i>le ton est sec et autoritaire</i>)</p> <p>IDE : mais oui on va vous les donner vous inquiétez pas. (<i>le ton est redevenu plus calme</i>) (<i>en me parlant :</i>) ce qu'il y a avec le chien c'est qu'le soir y s'cache sous les meubles et puis il saute sur les chaussures, il me fait des entailles dans les chaussures</p>		<p>Chacun son tour les 2 interlocuteurs cherchent à dominer l'avis de l'autre</p> <p>Reprend son ton rassurant</p> <p>Réassurance</p>
---	--	---

<p>donc il s'est déjà pris mon pied au derrière et ça recommencera. Une fois je me baisse pour ramasser un vêtement il m'saute dessus</p> <p>Mme P : mais non mais non vous exagérez</p> <p>IDE : mais non Mme P je n'exagère pas</p> <p>Mme P : il est vilain</p> <p>IDE : j'exagère pas</p> <p>Mme P : ma Lilly ma p'tite chérie (<i>le ton est apitoyé</i>)</p> <p>IDE : on va en faire du saucisson</p> <p>Mme p : ah non</p> <p>IDE : comme en Chine !</p> <p><i>L'IDE pousse le fauteuil roulant jusque dans la cuisine</i></p> <p><i>L'IDE prépare le petit déjeuner de Mme P et ouvre les volets</i></p> <p>Mme P : il faudrait faire sortir Lilly !</p> <p>IDE : oui mais elle va attendre, vous me cherchez Mme P</p> <p>Mme P : non non non</p> <p>IDE : si si si, allez, Lilly allez dehors</p> <p>Mme P : pauv' p'tite bête</p> <p><i>Nous sortons de la cuisine et sommes dans la salle à manger. L'IDE ouvre les volets. Mme P est dans la cuisine devant la table</i></p> <p><i>Nous retournons dans la cuisine</i></p> <p>IDE : bon appétit Mme P</p> <p>Mme P : et mes médicaments ? (<i>le ton est agressif</i>)</p> <p>IDE : Mme P il faut laisser l'temps au temps un p'tit peu</p> <p>Mme P : ah ben ça promet pour c't'après-midi</p> <p>IDE : ben oui j'vois qu'vous êtes toute paniquée c'matin il faut pas vous inquiétez</p>	<p>IDE : alors pour la p'tite histoire quand Mme P. était à l'hôpital, elle a organisé sa sortie, seulement euh à l'hôpital ils voulaient plus l'avoir ils l'ont laissé sortir sans problèmes ils m'ont téléphoné et m'ont dit on reprend tout comme avant seulement elle est incapable de préparer son p'tit déj et Mme P avait organisé ça, le p'tit déj c'est moi qui lui préparerait et çï et ça pis j'suis obligé d'être pointilleux sur tout parce que sinon c'est acquis ça serait plutôt à l'aide-ménagère de venir il faut une certaine patience c'est pour ça que pour son chien...</p> <p>Bon c'est comme de ramasser les journaux plein de pisse</p> <p>Moi : pour le chien ?</p> <p>IDE : j'en ai plein le baba de ramasser ça mais c'est</p>	<p>Prend soin de préparer le petit déjeuner de Mme P (pas le rôle de l'infirmier normalement)</p> <p>Constata leur joute oratoire</p> <p>Conciliant : répond à la demande de Mme P : il sort le chien</p> <p>Constata que la patiente est inquiète, il cherche à la</p>
--	--	---

<p>comme ça, vous lui dites que votre infirmier c'est Z et puis vous le connaissez ce grand vous connaissiez tout le monde. Comment ça se fait que ça siffle comme ça ce matin (en parlant des appareils auditifs : il règle les appareils) oh ! vous êtes pas bien c'est pas votre journée encore</p> <p>Mme P : c'est vrai</p> <p>IDE : c'est parce que j'veus ai annoncé pour Monsieur N hier c'est ça qui vous choque, ça vous a travaillé toute la nuit j'suis bien sûr</p> <p>Mme P : bouh !</p> <p>IDE : j'suis bien sûr que ça a dû vous travailler toute la nuit parce que j'me rappelle quand Mme J nous a quitté ça vous avait sapé le moral pendant au moins un mois</p> <p>Mme P : j'le connaissais pas bien c't'homme, j'l'avais vu une fois, une fois à un enterrement</p> <p>IDE : d'accord, là il en reste un encore (en donnant les médicaments), il faut pas vous inquiétez comme ça</p> <p>Mme P hein je vois que vous vous en rendez malade là, c'est pas grave (le ton de l'infirmier est plus doux et il regarde souvent le visage de Mme P). Allez on vous dit à plus tard</p> <p>Mme P : à plus tard</p> <p>IDE : Bon appétit</p> <p>Moi : Bon appétit Madame, au revoir</p> <p>IDE : et puis détendez-vous un p'tit peu Mme P</p>	<p>normal. Si c'est pas fait eh ben pourquoi vous l'avez pas fait alors bon y a eu des étincelles avec mes remplaçantes parce qu'elles en font beaucoup moins, elles ouvrent pas les volets et je peux pas leur en vouloir parce que c'est... voilà.</p>	<p>rassurer par des paroles de réconfort et en la valorisant</p> <p>Evaluation du problème</p> <p>Constata que Mme P n'est pas bien : sollicitude</p> <p>Essaie de comprendre pourquoi Mme P n'est pas bien</p> <p>Surveillance de la prise des médicaments</p> <p>Dédramatise, rassure</p> <p>Intonation douce apaisante</p> <p>Fait le geste de regarder souvent la patiente</p> <p>Cherche de nouveau à apaiser la patiente</p>
---	--	--

	<p>Instruction au sosie :</p> <p>Moi : il faut pas que Mme P se rende compte de la substitution donc il faut que tu me décrives vraiment ton activité</p> <p>IDE : euh alors ce ne sont que des automatismes chez Mme P oui (<i>petit silence</i>)</p> <p>Moi : et bien décris-moi ces automatismes</p> <p>IDE : toc toc toc bonjour Madame, comment ça va c'matin... oh Luc j'ai bien dormi, j'ai mal dormi... oui c'est parce qu'il fait beau c'est parce qu'il fait pas beau parce que ah et puis on discute surtout on discute de tout et puis on dit oui non peut-être surtout on répond aux questions</p> <p>Moi : quels gestes tu fais décris-moi</p> <p>IDE : alors euh j'arrive je prends le seau hygiénique euh (<i>on entend beaucoup de euh de remémoration</i>) je vais le vider j'en profite pour prendre la bassine qui est à côté du lavabo, je remplis la bassine je ramène le tout</p>	
--	--	--

	<p>Moi : le seau hygiénique donc en fait il était pour la nuit</p> <p>IDE : dans la chambre oui voilà il était plein je vide le tout je le rince je remplis la bassine je la ramène Mme P elle est déjà prête</p> <p>Moi : elle s'est levée toute seule ?</p> <p>IDE : oui ça dépend sinon elle m'attend devant la télé près de sa table, en général elle regarde les informations elle me fait croire qu'elle est levée depuis longtemps longtemps (<i>il fait un geste de la main pour appuyer ses dires</i>) alors que moi j'arrive devant cinq minutes avant et que tout est noir euh donc je souris et puis voilà je joue le jeu euh ensuite je</p> <p>Moi : qu'est-ce que tu penses à ce moment-là quand tu souris ?</p> <p>IDE : oh je pense que ça lui fait plaisir et pouh moi ça m'change rien si ça lui fait plaisir donc on va tous passer une bonne journée du coup et puis j'enlève la chemise de nuit euheuh « ça va j'vous ai</p>	
--	---	--

	<p>pas arraché la tête ? » non tout va bien</p> <p>Moi : il y a des gestes particuliers à faire avec elle ?</p> <p>IDE : ouais on fait attention à pas enlever l'appareil qui... voilà je l'enlève après</p> <p>Moi : quel appareil ?</p> <p>IDE : présence verte qu'elle a autour du cou voilà on fait attention à tout ça</p> <p>Moi : D'accord</p> <p>IDE : de ne rien faire tomber on fait attention tout simplement je pose la chemise de nuit derrière et je prends le gant de toilette je savonne et je frotte dans le dos et pis après une toilette quoi je frotte dans le dos je frotte devant surtout pas le visage parce qu'elle l'a déjà fait et puis</p> <p>Moi : donc elle s'est levée avant pour laver son visage au cabinet de toilette ?</p> <p>IDE : oui elle se débrouille elle se dépatte elle se fait les dents elle se fait euh elle nettoie ses lunettes enfin elle a son petit rituel son petit train train voilà on continue comme ça j'essuie j'habille</p>	
--	---	--

	<p>euh ensuite elle se lève on fait les fesses et devant les jambes les pieds puis on essuie et on habille on met la protection là elle est debout on met bien la blouse on remet le collier présence verte on met les oreilles (<i>il fait le geste d'appareiller ses oreilles</i>)</p> <p>Moi : elle a des appareils auditifs des deux côtés ?</p> <p>IDE : voilà ! Les appareils auditifs elle met les lunettes et elle s'en va avec son déambulateur pendant que moi j'ouvre les volets je remets le seau hygiénique à sa place bien comme y faut j'éteins je referme la porte je vais vider la bassine j'ouvre les volets cuisine eueuh (<i>remémoration</i>) salle à manger enfin je referme la porte je me lave les mains une petite parole tout en discutant bien sûr hein de tout et n'importe quoi et pis... « allez bonne journée à c'soir et j'm'en vais » pis voilà au suivant. Bon ça c'est l'passage du matin mais après le midi maintenant</p>	
--	--	--

	<p>c'est ma collègue qui y va mais en général on parle des informations qu'elle a eu elle me dit s'il y a besoin de changer une protection de faire euh voilà et le soir euh le soir « bonsoir comment s'est passé la journée ? » euh « oh Luc faut que j'vous dise... » y a toujours quelque chose à dire et puis on y va on enlève les vêtements on met la protection elle s'assoit dans le lit on met le coussin sous les fesses on met bien la table parce qu'il y a son interrupteur dessus je vais mettre la protection de la journée dans la poubelle j'en profite je me lave les mains je ferme la porte, je vérifie les volets voilà bonne nuit à demain tout le temps tout le temps tout le temps la même chose</p> <p>Moi : et les médicaments tu lui donnes le matin ?</p> <p>IDE : alors les médicaments non elle gère ses médicaments quelquefois il faut intervenir tout de même parfois elle me dit « Luc y a ça j'sais pas c'que sait » alors</p>	
--	--	--

	<p>on regarde on intervient mais euh sinon euh non quand je vais chercher ses papiers pour la pharmacie souvent je regarde un p'tit peu les médicaments ce qui est parti ce qui est pas parti ce qui reste comme boites mais pour l'instant ça paraît cohérent tout ça alors bon j'm'en mêle pas et pis elle veut pas que j'm'en mêle alors</p> <p>Moi : comment elle t'a fait comprendre qu'elle voulait pas que tu t'en mêles ?</p> <p>IDE : oh ben elle l'a dit ! Tant que j'suis capable d'el faire c'est moi qui l'fait ! voilà c'est tout quand Mme P veut te faire comprendre quelque chose elle le dit pis c'est tout voilà on surveille quand même parce que euh 93 ans quand même mais elle gère bien encore ses médicaments et pis surtout ça je m'en suis rendu vite compte y a des médicaments qu'elle prend pas parce que c'est pas le bon générique ou des trucs comme ça donc elle fait sa petite soupe avec le</p>	
--	---	--

	<p>pharmacien et elle veut surtout pas que j'aïlle euh que je m'en rende compte donc je ne m'en rends pas compte et puis voilà je fais celui qui sait pas voilà</p> <p>Moi : donc il faut que je fasse comme si je ne savais pas qu'elle allait voir le pharmacien pour euh</p> <p>IDE : ben voilà faut que je fasse comme si je savais pas j'en parle pas je n'aborde pas le sujet elle n'en parle pas non plus et puis comme ça on est voilà</p> <p>Moi : est-ce qu'il y a des sujets en tant que sosie que je devrais éviter avec Mme P ?</p> <p>IDE : oh c'est une question j'en envie de dire à mon double euh c'est une question de bon sens euh on voit tout de suite chez chaque personne les sujets qu'il faut éviter quand euh aborder, les réactions par exemple quand on parle de politique. Oh ben vu ce qu'ils font en ce moment les politiciens on voit tout de suite ceux qui ont voté pour et qui sont déçus et pis ceux qui sont à fond « ah</p>	
--	--	--

non ! » voilà ça c'est des sujets où faut toujours faire gaffe. On parle de banalités « oh oui toujours les mêmes » et puis ça s'arrête là donc voilà c'est des sujets comme ça ou quand on parle de la famille faut être pouh faut être prudent de c'qu'on dit attention à ce qu'on dit et puis si on parle de gens qu'elle connaît faut pas oublier qu'il y a des choses enfin tout doit pas se savoir avec Mme P ça peut vite se répéter

Moi : d'accord

IDE : voilà

Moi : donc il faut que je reste discrète avec elle

IDE : ouais il faut rester normal euh discret mais euh comme avec les autres c'est euh y a pas de personnes avec qui on peut être... Mme P elle a le sentiment que je lui dis des choses importantes et elle s'est aperçue il y a peu de temps alors ça c'est rigolo qu'il y avait beaucoup de choses que j'lui disais pas elle a appris que je soignais beaucoup de ses voisins et pis

	<p>elle le savait pas ça lui a fait un grand choc récemment d'apprendre que j'allais chez des gens pas loin et qu'elle ne le savait pas « pourquoi je lui avais pas dit », « ben voyons je ne vous dis pas tout j'veis pas vous dire que je vais faire telle ou telle chose chez telle ou telle personne » « vous avez raison vous avez raison » mais j'ai bien vu que ça lui avait fichu un grand coup donc voilà</p> <p>Moi : comment tu qualifierais ta relation avec Mme P ? Ta relation de soins ?</p> <p>IDE : (silence) oh c'est compliqué... surtout juste après la sieste...</p> <p>Moi : <i>je ris</i></p> <p>IDE : euh qualifier euh une relation de confiance</p> <p>Moi : une relation de confiance ?</p> <p>IDE : euh oui on est en confiance elle me dit des choses qu'elle dit pas à tout le monde non plus</p> <p>Moi : hum hum</p> <p>IDE : parce que elle me voit tous les jours alors elle me</p>	
--	---	--

	<p>confie des choses et pis y a des choses que j'sais qu'elle me dit pas parce que elle voudrait pas que je sache des choses comme ça qu'est-ce qu'il va dire l'infirmier après voilà l'infirmier c'est pas n'importe qui, on a une relation de confiance je lui dis pas de mon côté les cas de chaque patient, moi je vois du monde elle elle voit pratiquement que moi certains jours donc elle a besoin de dire beaucoup de choses et on raconte not' vie quoi euh on s'raconte euh oui voilà et pis toujours en même temps surveiller parce que j'suis quand même là pour ça et pis elle a quand même 93 ans on guette la faille</p> <p>Moi : tu surveilles quoi en particulier ?</p> <p>IDE : la cohérence de tout c'qui se passe</p> <p>Moi : hum hum</p> <p>IDE : euh</p> <p>Moi : cognitive alors ?</p> <p>IDE : voilà euh... pis même oui cohérence cognitive parce qu'une fois j'suis arrivé elle coupait la viande</p>	
--	---	--

aux ciseaux j' me suis dit « oh là, là ça dérape » mais non ça dérapait pas au contraire c'était plein de bon sens elle me dit « la viande on peut pas la couper j'ai mal à ma main » elle a bien lavé ses ciseaux et depuis pouf elle coupe sa viande aux ciseaux c'était parfait c'était parfaitement cohérent j'ai trouvé que c'était plutôt ingénieux (*il rit*) donc elle voilà je dirais que j'ai tellement l'habitude de voir les gens les connaître par cœur par cœur qu'on voit tout de suite là où ça patauge et puis quand on lui dit, elle le voit tout de suite aussi donc voilà on regarde si tout va bien si jamais on voit qu'il y a quelque chose qui va pas qu'elle est pas bien doucement on essaye de savoir « ben alors ça pas l'air d'aller aujourd'hui ? ben euh ? vous êtes fatiguée ? vous avez mal dormi euh ? » et puis ça vient très vite on cause elle m'explique voilà on essaye de dédramatiser un peu c'est pas toujours facile

	<p>mais on essaye un peu elle s'est fâchée avec son petit-fils elle s'est fâchée avec sa belle-fille voilà... rien de très grave en général</p> <p>Moi : hum, quand j'ai fait la tournée avec toi elle était en fauteuil parce qu'elle sortait de l'hôpital</p> <p>IDE : ah c'était c'te période là</p> <p>Moi : eh euh donc elle il fallait être vigilant dans euh les levers les choses comme ça maintenant euh elle est... au niveau du lever ?</p> <p>IDE : elle est beaucoup mieux elle se lève toute seule le matin d'ailleurs euh elle peut toujours pas faire sa toilette s'habiller toute seule c'est impensable parce que elle tomberait mais le matin elle tient à se lever toute seule d'ailleurs pour ramasser la crotte du chien bon voilà on repasse derrière on essuie discrètement comme ça voilà mais elle tient à le faire donc elle se lève toute seule on a plus de précautions à prendre là ça va bien</p>	
--	--	--

	<p>Moi : D'accord. Tes relations avec son chien, entre guillemets tes relations, ça avait été source de tension avec Mme P qui avait pleuré toute une nuit euh ?</p> <p>IDE : ah oui parce que j'avais foutu un coup de pied au chien c'était c'était parce qu'elle était pas bien mais maintenant le même coup de pied euh j'l'aurai donné là c'matin elle m'aurait dit « qui qu'est qui vous arrive » et puis elle aurait pas pleuré toute la nuit voilà donc son chien le midi euh quand je vais le voir je le flatte il est bien mignon euh le matin quand il me saute sur les pompes ben y m'agace donc j'lui fous un coup de pied mais on a de bonnes relations et pis le soir il est sur son canapé euh je vais pas le voir et pis voilà. Avec les animaux chez les gens de toute façon je peux pas les caresser quand j'suis en soins donc je cherche pas le contact avec eux j'cherche pas à les attirer parce que si je les attire et que les regarde comme ça</p>	
--	--	--

	<p>en croisant les bras (<i>il croise les bras</i>) c'est pas donc les chiens c'est pas le moment c'est pas voilà mais on est pas fâché avec le chien (<i>rire dans la voix</i>)</p> <p>Moi : (<i>je ris</i>)</p> <p>IDE : quand elle est revenue de l'hôpital c'était une mauvaise période ça l'avait diminuée ça l'avait choquée pis ils s'étaient mal occupés d'elle et pis je pense aussi qu'elle avait cherché à ce qu'on s'occupe mal d'elle mais ils avaient... c'était une mauvaise période tout était négatif de toute façon d'ailleurs pour la petite histoire on ne pouvait rien lui dire elle n'écoutait rien et pis un beau jour elle me dit « de toute façon Luc je vois bien que vous ne me parlez plus de vos enfants » je dis « de toute façon Mme P ça sert à rien que je vous en parle vous n'écoutez pas ce qu'on vous dit » « ah oui oui » et pis voilà mais euh c'était pas la bonne période on va dire alors le coup de pied dans le chien c'était pas non plus un</p>	
--	---	--

	<p>coup de pied ! J'ai pas collé le chien au mur d'en face</p> <p>Moi : <i>(je ris)</i> non il n'avait pas l'air traumatisé je te rassure</p> <p>IDE : oui j'ai mis un coup de pied au chien mais un mignon coup de pied quoi voilà c'était le prétexte depuis j'ai dit qu'on allait le manger pour Noël son chien</p> <p><i>(On rit)</i></p> <p>Moi : est-ce que tu as justement l'impression de la titiller un peu j'ai envie de dire de la provoquer un peu ?</p> <p>IDE : la chagner ? Oui</p> <p>Moi : dans quel but ?</p> <p>IDE : oh premièrement parce que je crois que ça m'amuse</p> <p>Moi : hum hum</p> <p>IDE : de chagner les gens un petit peu et pis je le fais chez ceux que ça amuse Mme P ça l'amuse elle fait « oh là là là là vous êtes un infirmier pas comme les autres vous hein » pis d'ailleurs elle cherche bien à me chagner aussi elle me le rend bien quand j'arrive un peu en retard « ah on peut pas sortir du lit alors ? » alors qu'elle sait</p>	
--	---	--

	<p>bien que j'faisais autre chose et pis j'lui réponds « ben j'étais au bistrot » j'aime bien chagner oui</p> <p>16,26</p> <p>Moi : est-ce que tu penses que ça fait partie de la relation de soins et que ça permet de favoriser la confiance avec tes patients ?</p> <p>IDE : ben déjà on voit en qui on a confiance déjà et puis ça dépend à quel degré on chagne mais euh c'est une plaisanterie qui permet de dédramatiser et pis y a des gens on le voit tout de suite s'il y a des gens où faut pas le faire il faut rester très sérieux sinon euh on est pas là pour rigoler et pis y a des gens on peut se le permettre mais ça se sent oui Mme P je la chagne... pas mal mais comme on se connaît comme elle dit « on s'connâit depuis tellement longtemps ! » on peut se permettre j'dirais pas comme de la famille mais presque voilà on peut se permettre une plaisanterie chaque fois j'lui dis qu'on va manger son chien à Noël et</p>	
--	---	--

	<p>chaque fois elle me dit qu'elle me gardera la meilleure part et voilà des choses comme ça quoi</p> <p>Moi : hum hum</p> <p>IDE : c'est important je trouve non ?</p> <p>Moi : oui...</p> <p>IDE : ben voilà mais avec les patients je fais attention mais c'est surtout avec les gens aux alentours avec les patients ils le voient, là dernièrement c'était la grève des avions et j'ai dit « oh ben moi ça m'chagrine pas parce qu'entre Saint Eloi et Saint Martin y a pas de problème d'avion » ils ont bien compris que c'est une plaisanterie</p> <p>Moi : oui oui</p> <p>IDE : je pense à des choses comme ça</p> <p>Moi : est-ce que dans ton activité auprès de Mme P y a des choses euh des gestes ou des paroles que tu retiens de dire ou que tu retiens de faire ?</p> <p>IDE : des paroles des sujets ? oh oui parce que je sais que Mme P elle discute beaucoup</p>	
--	---	--

	<p>au sujet de tout le monde qu'elle invente des choses et qu'elle fait beaucoup de mal par moment enfin ça s'est un peu calmé en vieillissant ou à certaines personnes pis elle s'imagine des choses elle peut dire des saloperies pas possible elle avait accusé des gens de ma famille d'avoir cassé le bras à un gamin alors que je connais très bien le gamin un peu turbulent qui était tombé et s'était cassé le bras ou la jambe je ne sais plus donc Mme P j'évite de la rembarrer là-dessus j'essaie de la recadrer gentiment quand elle dérape « oh tout de façon lui c'est sûr il boit, c'est sûr qu'il boit regardez donc Luc il boit parce que y a ci parce que y a ça lui c'est comme un animal » « lui il a tripoté sa fille » au sujet d'un voisin euh j'dis « mais qu'est-ce qui vous permet de dire ça Mme P ? » « Ben parce que il est comme ci il est comme ça » j'dis « vous vous rendez compte de c'que vous dites ? euh » mais toujours gentiment j'lui dis</p>	
--	---	--

	<p>pas qu'elle dit des méchancetés euh j'évite de lui mettre devant le nez qu'elle dit des saloperies sur tout le monde et des saloperies graves surtout voilà donc j'évite de parler de ça y a des jours ça m'gonfle alors j'évite « oui, non, vous exagérez p'être un peu » voilà mais j'rentre pas dans le truc mais je crois que c'est la seule chose que... et puis je raconte pas les choses personnelles non plus parce que je raconte pas tout ce qu'elle n'a pas besoin de savoir et puis de toute façon elle veut pas parler d'autre chose elle veut parler d'elle et de ce qu'elle pense c'est pas voilà on est pas là chez elle pour parler de mes petites affaires</p> <p>Moi : hum hum, hum hum</p> <p>IDE : on parle pas non plus d'argent les patients n'ont pas besoin de savoir ce que je gagne euh et ce qu'ils me fournissent comme argent tout ça, j'leur cache pas quand ils me demandent que la paye est bonne mais je leur</p>	
--	--	--

	<p>dis pas des chiffres, ça m'arrange de penser que pour eux « pour qu'il court comme ça toute la journée c'est qu'il faut en faire des patients » j'pourrai en faire beaucoup moins et pis vivre tout aussi bien mais ça j'en parle pas aux patients c'est pas possible donc on évite de parler de ça.</p> <p>Moi : hum hum</p> <p>23,21</p> <p>Moi : donc si demain je dois te remplacer auprès de Mme P t'as un conseil à me donner que je devrai mettre en place enfin quelque chose de...</p> <p>IDE : euh alors ça c'est un conseil que je donne chez tout le monde toujours faire en sorte et c'est particulièrement vrai chez Mme P elle est très attentive aux petits détails les anciens les anciens on laisse pas griller la lumière on laisse pas griller la lumière si on est pas dans la pièce euh une porte c'est fait pour être fermée et puis voilà on range on range à minimum moi c'est pareil on range à</p>	
--	--	--

	<p>minimum c'est-à-dire que quand je m'en vais la chemise de nuit elle est rangée quelque part et pas en boule dans un coin, la bassine est rangée les gants de toilette sont rincés enfin voilà et ça c'est le minimum que je demande à toutes mes remplaçantes les filles qui passent euheuh c'est c'que j'veux c'est pas oui c'est pas dans le rôle ça on m'l'a déjà dit mais non non c'est dans mon rôle y en a une qui m'a répondu ça « oui mais on est pas là pour ranger il y a une aide à domicile qui vient le matin » oui mais on va pas tout laisser en bordel euh moi ça me choque c'est comme le seau hygiénique euh « oui mais imagine » alors on m'a expliqué et ça je l'savais « imagine que tu casses le seau et ben ton assurance elle voudra pas payer l'seau » pouh on casse pas des seaux tous les jours hein ! Enfin voilà des petites histoires des chagnagna comme ça</p> <p>Moi : hum</p>	
--	--	--

	<p>IDE : ça me gonfle de toute façon j'suis pas sûr que j'ferai marcher l'assurance si je casse le seau les patients y sont bien contents que j'le vide et pis c'est tout p'être à Paris j'm'inquiérais de ça mais pas ici si le seau il est cassé on en rachète un autre et puis c'est tout mais moi je veux que ce soit rangé propre euh et pis qu'on fasse attention à c'qu'on dit enfin faut être correct quoi c'est le seul conseil que je te donnerais être correcte et pis chez Mme P je détaille quand même parce qu'elle est très attentive à comment on fait ci et ça et comme il n'y a que moi qui fait bien tous ceux qui font presque comme moi c'est parfait aussi tous ceux qui essaient de faire différemment c'est pas possible. Faut faire comme moi parce que moi j'suis le chef et puis y a que moi qui fait bien</p> <p>Moi : comme toi c'est tout ce que tu m'as décrit depuis le début ?</p>	
--	---	--

	<p>IDE : voilà c'est les automatismes parce que c'est moi qui travaille le plus et pis qu'ils sont habitués à ça parce que les anciens quand on change un p'tit quelque chose du quotidien la journée n'est plus la même.</p> <p>Moi : hum hum</p> <p>IDE : et tout peut arriver du coup donc on la rassure et euh il y a beaucoup d'anciens qui sont comme ça il faut... les horaires aussi je donne des horaires à respecter aux remplaçantes mais voilà... après tous les patients font pas attention parce qu'il y en a beaucoup qui se rendent plus compte de rien mais voilà ce que je demande c'est propre rangé euh oui voilà surtout ça ce serait la consigne euh après si jamais Mme P est pas contente parce que... il est 6h35 au lieu de 6h30 hein on va pas se fâcher pour ça et j'dis rien aux remplaçantes ou si elles ont pas bien mis la serviette pliée sur l'accoudoir je fais « c'est pas grave non plus » enfin voilà on n'est pas mais si ça</p>	
--	---	--

	<p>la choque un peu c'est pas bien grave du moment que c'est propre si on me dit par contre que c'est en boule par terre j'peux pas défendre ça</p> <p>Moi : hum</p> <p>IDE : parce que là à domicile je vois bien tout ce que je peux défendre derrière mais s'il y a des choses que je peux plus défendre là j'suis obligé de dire à Mme P « ben oui elle a merdé » bon en général ça crée des tensions avec les remplaçantes c'est ce qui s'est passé avec une remplaçante qui m'a dit « ben tu pourrais me soutenir ! » « ben non j'peux pas te soutenir, j'peux pas » un moment « oui mais il faut l'prendre avec le sourire parce que c'est pas si grave » oui mais si moi j'dis ça à ma patiente après les gens m'en parlent à moi et si je dis « ah c'est pas si grave » ils vont voir ailleurs</p>	
--	---	--

<p>4.</p> <p><i>Nous nous trouvons maintenant chez une autre dame. L'IDE a les clés de la maison. Nous entrons dans la chambre.</i></p> <p><i>L'infirmier baisse les barrières, monte le lit, allume la lumière</i></p> <p>IDE : Attention les yeux ! Bonjour Madame (il lui serre la main par au -dessus), il y a du soleil il fait beau ça vous donne le moral au moins si je vous dis ça</p> <p><i>Propos incompréhensibles de la patiente</i></p> <p>IDE : ah ben il était temps (en regardant la sonde urinaire et la poche pleine d'urines) alors mais oui oui je sais bien que vous savez vous tenir Mme M., (s'adressant à moi) Mme M ne réalise pas tout, Mme M est espagnole et si on veut bien... tout ce qui est dit en Espagnol reste, tout ce qui est dit en Français non... on pourra lui demander dans deux minutes s'il fait beau hop</p> <p>Mme M : aïe aïe aïe</p> <p>IDE : vous avez mal où ? dites-moi</p> <p>Mme M : partout</p> <p>IDE : partout ! ah !</p> <p><i>Propos incompréhensibles de Mme M</i></p> <p>IDE : les quoi ?</p> <p><i>Mme M répète</i></p> <p>IDE : ah bon pour aller au bal ça va être gênant... voilà ça commence (Mme M touche les fesses de l'IDE penché sur elle, il la lave) vous pouvez pas vous en empêcher ! faut m'toucher les fesses ! et puis il faut</p>		<p>Prévenance</p> <p>Geste pour montrer qu'il est là et dire bonjour</p> <p>Propos d'entrée en contact avec la patiente</p> <p>Evaluation du dispositif de recueil des urines</p> <p>Evaluation de la douleur</p> <p>Humour</p>
---	--	---

savoir que si je viens voir
Mme M c'est que pour voir
ses fesses et ses nichons
comme on dit ici

*Propos incompréhensibles
de Mme M*

IDE : Mme M Mme M un
petit peu de calme hein (il
doit se retirer, Mme M
cherchant à l'attraper pour
lui caresser les fesses)

Mme M rit gaiement

*Propos incompréhensibles
de Mme M*

IDE : ah non sinon vous
pourriez plus regarder mes
fesses eh ben ce matin j'ai
l'impression qu'elle est
particulièrement... oui
madame

Mme M : pourquoi tu
pleures ?

IDE : pourquoi je pleure ? je
pleure pas, ça va p't'être
venir mais pas tout d'suite...

ça va p't'être venir parce que
j'ai l'impression qu'ils sont
tous bien en forme
aujourd'hui ! Il n'y a que
Mme G. qui était euh...

Mme M : mais qui c'est ça
(en me regardant)

IDE : oh ben vous aviez pas
vu qu'il y avait quelqu'un, ça
fait trois fois qu'vous la
regardez !

Propos incompréhensibles

IDE : ah pas aujourd'hui,
hein Mme M j'veus ai déjà
dit ! pas aujourd'hui hein. Ca
ça la choque quand je lui dis
ça pas aujourd'hui. Allez on
y va et hop.

(s'adressant à moi) Avec
Mme P (patiente précédente)
comme il y avait quelqu'un
avec moi tout le monde va le
savoir ça va être forcément
pour remplacer ma
remplaçante

Tente de calmer la patiente

Dialogue

<p>Moi : ah oui d'accord Mme M : qu'est-ce que vous dites IDE : des bêtises, vous le savez bien. Vous savez bien que j'aime bien en raconter Mme M : vieux cochon ! IDE : j'suis pas vieux, pourquoi vieux cochon ? <i>Propos incompréhensibles de Mme M</i> IDE : ah ma pauvre dame tout l'temps j'veus fais mal alors que vous vous souvenez sûrement pas que je suis venu hier soir mais enfin... hier soir c'était pas la fête hein ? écartez bien (en lui écartant les jambes) Mme M : ah mon Dieu IDE : hier soir vous étiez pas heureuse ? et moi non plus d'ailleurs quand il a fallu qu'on change cette sonde urinaire ! ouh Mme M : attention j'veus péter IDE : vous êtes en forme c'matin hein ? <i>Propos incompréhensibles de Mme M, elle rit</i> IDE : allez on se tourne hop Mme M : aïe aïe aïe IDE ah ben vous voyez ça c'est ce que je vous disais hier, que si vous faisiez pas dans le seau, ça serait dans l'lit et pis y a plus de... tiens je te la confie qu'elle tombe pas... <i>L'IDE sort de la chambre, je reste près du lit.</i> <i>L'IDE revient avec un bassin et du papier</i> Mme M tire la langue à l'IDE IDE : oh vous m'avez eu c'te fois, vous avez tiré la langue avant moi Mme M : mais ça me fait rire</p>	<p>Avec la sonde urinaire là je regarde plus particulièrement car la dame perd la tête et tout ça au cas où et là des fois j'me dis faut qu'je regarde ci faut j'regarde ça et je regarde tel endroit parce que je sais qu'il peut y avoir des ulcères sur un tibia euh je regarde je surveille mais sinon ça se fait euh ah ce moment-là parce que sur une sonde urinaire on regarde qu'il y ait pas de selles voilà c'est question de bon sens toujours.</p>	<p>humour</p> <p>Geste accompagnant le soin</p> <p>Propos racontant ce qui s'est passé la veille pour la patiente</p> <p>humour</p>
---	--	---

<p>IDE : ça vous fait rire de m'tirer la langue Mme M : ben oui IDE : oh ben ça je sais bien je connais le personnage Mme M : vous vous moquez de moi IDE : je me moque de vous Mme M : ben oui IDE : pourquoi ? <i>Propos incompréhensibles</i> IDE : allez on va laver tout ça et ça brille Mme M : et mon culito IDE : mon culito, (<i>il rit</i>) vous êtes sûr que c'est bien Espagnol ça ? <i>Mme M rit, propos incompréhensibles</i> IDE <i>s'adresse à moi</i> : ah des fois faut avoir la tête bien accrochée parce que celui qui est pas vissé qui est pas bien sûr d'être dans un milieu délirant... enfin d'habitude ils sont plus normaux qu'ça... enfin pas Mme M. Hein Mme M ? Mme M (<i>en me regardant</i>) : mais qui sait cette femme ? IDE : ah vous l'aviez pas vue encore ? Ca alors ? Ca fait au moins la quatrième qui arrive dans la chambre depuis ce matin... et moi Mme M est-ce que vous me connaissez Mme M moi ? Mme M : oui oh ben oui, <i>puis propos incompréhensibles</i> L'IDE <i>vide la poche à urines</i> IDE : j'ai pas tout compris là Mme M : tu rigoles IDE : je rigole souvent ben oui et puis vous aussi Mme M : j'vais lui foutre des claques ! L'IDE <i>couvre le haut du corps avec une serviette</i></p>	<p>Ici avec cette dame par exemple, ça demande plus d'expérience je pense quand euh le côté savoir euh savoir prendre le patient euh parce que j'ai beaucoup de patients très difficiles euh ils sont réputés euh je me fais souvent foutre de moi par la pharmacie parce qu'ils disent que j'ai les meilleurs « oh ben j'ai le best off c'est</p>	<p>Humour et dérision</p> <p>Recentre sur la patiente</p> <p>Geste pour Pudeur et prévenir du froid</p>
--	--	---

<p>IDE : oh ben ça en général c'est pas sur le bec que vous me mettez les claques.</p> <p><i>Mme M bougonne</i></p> <p>IDE : un vrai salopard ! oh ben dites donc j'en fait du mal ce matin ! entre vous et Mme P !</p> <p><i>Mme M rit, propos incompréhensibles</i></p> <p>IDE : c'est que vous m'éblouissez ! j'sais pas ce que vous avez Mme M. Le problème de Mme M. c'est qu'elle comprend rien de c'qui se passe alors quelquefois elle se sent agressée, faut la rassurer</p> <p>Mme M : allez allez c'est tout</p> <p>IDE : allez le monde est bien compliqué, allez 1-2 hop (<i>l'IDE soulève la patiente et la porte sur la chaise percée qu'il a rapproché du lit</i>)</p> <p>Mme M :aïe aïe aïe</p> <p>IDE : allez faut aller garder les moutons...</p> <p>Mme M : OUI</p> <p>IDE : oui, vous connaissez l'Espagne un p'tit peu</p> <p>Mme M : oui je connais l'Espagne et j'connais le Portugal un p'tit peu</p> <p>IDE : ah quelle chance</p> <p>Mme M : et toi tu connais rien</p> <p>IDE : oh l'Espagne j'connais aussi un p'tit peu j'y suis allé cinq fois j'ai pas horreur de l'Espagne mais j'y suis allé aussi l'hiver j'ai l'impression d'en avoir fait le tour quand j'ai des surprises en Espagne c'est forcément des mauvaises</p> <p><i>Propos incompréhensibles de Mme M</i></p> <p>IDE : faire pipi dans le port ? si si vous avez pas voulu que je fasse dans votre lit ! Si</p>	<p>pour moi » j'ai beaucoup de patients réputés difficiles et j'ai la chance que ça se passe bien mais parce que je vois quand ils se préparent à partir en sucette j'y fais attention euh et ça c'est le côté le plus difficile il faut déjà un certain recul par rapport à tout ça pour voir tout ça euh le contact je pense qu'on l'a avant ou qu'on l'a pas je pense qu'il y a des collègues ça s'acquiert je sais pas et je pense qu'il y en a qui l'auront jamais alors euh</p> <p>y a que ça qui peut faire lever Mme M, garder les moutons sinon ça vaut pas l'coup s'lever. Mme M en Espagne gardait des moutons</p>	<p>Humour</p> <p>rassure</p> <p>Humour</p> <p>Connaissance de la patiente et de sa vie de ce qu'elle aime et la motive</p> <p>Beaucoup de dialogue avec cette patiente</p>
--	---	--

jamais y a du pipi dans le lit
c'est moi qui l'a fait, (*il imite
Mme M :*) ben pourquoi vous
avez fait ça, ah ben ça j'me le
demande ! hein Mme M (*ils
rient tous les deux*) ah on peut
tout entendre hein

Mme M (*en me regardant*)
elle est pas bien, elle bouge
pas !

Moi : si si je bouge la main
j'écris

IDE : c'est d'ma faute alors si
elle va pas bien, d'abord
quand quelqu'un va pas
bien... (*il rit*) faut pas vous

inquiétez tout va bien, allez
mettez les dents, non non
dans la bouche les dents.
Mme M ! me faites pas
l'coup de les jeter au milieu
de la carette comme vous
avez déjà fait hein, allez on
ouvre grand. Mme M je vais
passer par derrière, allez
Mme M on ouvre grand.

(*s'adressant à moi*) ça fait
partie des plaisirs du matin ça
Vous allez boire votre café
déjà ça sera déjà pas mal allez
1-2 et 3 (*l'IDE la met debout
pour l'essuyer*) hop

*Propos incompréhensibles
de Mme M*

IDE : je suis pas vieux de
toute façon vous savez bien
que si je viens chez vous tous
les matins c'est pour regarder
vos fesses et vos nichons
comme vous dites

Mme M : mes nichons mes
nichons moi je suis contente

IDE : une fois elle m'a dit
t'es costo mucho, Mme M
elle avait des envies qui lui
passaient dans la tête, je
connais bien ses enfants et sa
petite fille je lui ai déjà
raconté, allez-y Mme M je
vous tiens allez-y on fait

Humour

Rassure

Surénonciation de l'infirmier

humour

<p>comme les autres matins allez dans le fauteuil (<i>l'IDE la mène à petits pas au fauteuil</i>) ça irait plus vite en la portant mais ça serait moins rigolo allez hop voilà hop, allez on va ouvrir ça (<i>il ouvre la fenêtre et les volets</i>),</p> <p>Mme M : et qu'est-ce que tu racontes ?</p> <p>IDE : des bêtises, comme d'habitude. (<i>il allume la TV devant Mme M installée dans son fauteuil au salon près de la fenêtre</i>)</p> <p><i>Nous sortons de la pièce et je suis l'IDE dans la salle de bain où il nettoie les bassins puis se lave les mains.</i></p> <p>Allez à ce soir Mme M, à ce soir, je peux pas rester avec vous toute la journée</p> <p>Moi : au revoir Madame</p>	<p>c'est très important d'ouvrir les volets parce que je trouve que c'est ça qui met la maison en route. Quand les volets sont ouverts, ça c'est une fierté chez les anciens avoir le premier volet ouvert, là. Et pour les voisins ça donne à voir que l'infirmier est DEjà passé donc ça s'inquiète pas parce que une maison où les volets sont fermés c'est qu'il se passe quelque chose, on ouvre les volets comme ça personne s'inquiète et pis ça fait toujours bien alors j'sais pas si ailleurs c'est pareil mais dans le Cher c'est comme ça</p> <p>Moi : tout à l'heure en regardant la poche tu as dit il était temps, pourquoi il était temps ?</p> <p>IDE : euh hier soir...</p> <p>Moi : non là en arrivant t'as regardé la sonde et tu as dit il était temps (je lui fais écouter)</p> <p>IDE : ah oui j'ai dit parce qu'il était temps parce que hier ce qui s'est passé c'est que la sonde s'est certainement bouchée euh je sais pas exactement ce qui s'est passé mais du coup quand moi hier j'ai mis la poche euh alors ce matin je pense qu'elle avait ça dans la vessie et ça a bien coulé je pense qu'il était temps que je la change hier c'est pour ça il était temps...</p> <p>En fait ce qui a attiré mon attention hier, c'est que il y</p>	<p>Favorise le maintien de la marche</p> <p>Ouvre les volets</p> <p>Occupe Mme M en allumant la TV et en l'installant près de la fenêtre d'où elle peut voir la rue</p> <p>Evaluation de la poche à urines fait suite aux actes effectués la veille et montre son efficacité</p> <p>Explique sur quels signes cliniques il appuie son évaluation</p>
--	--	--

	<p>avait un petit peu d'urines dans le fond de la couche, je la mets debout sur le seau pour qu'elle aille à la selle j'ai vu qu'il y avait quelques gouttes j'ai titillé la sonde et puis... quelquefois il vaut mieux changer carrément et même si c'est 22 heures et ben... et ben c'est pas d'bol</p> <p>Moi : c'est la présence des gouttes d'urines dans la couche qui t'a fait évoquer que la sonde était surement bouchée ?</p> <p>IDE : voilà ! après ça aurait été chez d'autres patients ça m'aurait peut-être pas interpellé pareil mais Mme M ça doit faire trois ans qu'la suis, bon je sais à peu près comment elle réagit comment ça se passe, quand elle commence à réagir comme ça y a quelque chose et effectivement ça m'a prouvé qu'il fallait la changer. Elle a dû s'boucher dans la journée hier heu j'avais suggéré une fois au médecin de l'enlever elle était rouge elle tirait d'ssus alors bon mais tout le monde m'est tombé d'ssus en disant mais oui mais comment on va faire ? on aurait pu faire trois passages par jour, un change à midi comme on fait chez d'autres hein ça été mal perçu</p> <p>Moi : plusieurs fois avec les patients, j'ai vu que tu utilisais l'humour</p> <p>IDE : oui</p> <p>Moi : avec les patients, quel est ton but là-dessous, pourquoi tu utilises cet humour ? Pour toi ? Pour eux ?</p>	<p>Prévenance</p> <p>Connaissance de la personne et de ses manières de réagir</p> <p>Envisageait d'enlever la sonde car problèmes locaux</p>
--	---	--

<p>5. <i>L'IDE cherche les clés pour entrer chez la patiente suivante Mme V. Nous entendons des cris du fond du</i></p>	<p>IDE : j' suis fait comme ça. Et puis ça dédramatise vachement les choses parce que c'est déjà assez dramatique comme ça si on leur dit les choses sérieusement ! c'est pour ça il faut dédramatiser, dédramatiser le tout</p> <p>Moi : est-ce que tu penses qu'il y a aussi pour toi un moyen de défense ?</p> <p>IDE : oh certainement oui, certainement,. dédramatiser pourquoi pour pas prendre tout ça en pleine face Je pourrais aussi être très sérieux mais bon voilà et euh c'est comme je dis toujours ici c'est un lieu de vie, si on rigole avec eux ils vous accueillent très bien tandis que si on rigole pas avec eux bon ben ils vous regardent drôlement oh c'est l'infirmier c'est médical c'est les piqûres tout ça. De toute façon si c'est pas moi qui sort des bêtises c'est eux qui vont en sortir et puis le jour où j'en sors pas parce que pour une raison X ou Y oh qu'est-ce qui vous arrive ? et là tout de suite oh qu'est-ce qui vous arrive ? C'est l'infirmier qui nous lâche. C'est des gens qui s'inquiètent vraiment. Il n'y a que pour Mme P. que je n'utilise pas l'humour parce que... ben ça sert à rien.</p>	<p>Explique pourquoi il utilise l'humour</p> <p>L'humour permet un autre type de relation moins « médical » avec les patients</p> <p>Care receiving : les patients s'inquiètent si l'infirmier n'est pas comme d'habitude</p>
---	---	---

couloir. Nous entrons dans la chambre de Mme V. qui est alitée, des barrières au lit.

6.

Mme V : La voilà maman, la voilà maman, la voilà maman... *(la patiente crie ces mots sans discontinuer et fortement)*

IDE *(assez fort)* : Mme V, stop stop stop arrêtez de crier

Mme V : oui

IDE : vous allez réveiller tout le monde

Mme V : moi ça va

IDE : je sais bien, vous ça va toujours, vous allez réveiller tout le monde

Mme V : oh non

IDE : oh si, vous parlez fort là

Mme V : ben oui mais j'suis bien obligée pour appeler

IDE : pour appeler qui ? *(la maison est vide)*

Mme V : *(en criant)* : la papa maman, la papa maman, la papa maman, la voilà maman la maman la maman les mamans les mamans la voilà maman les papa maman les papa maman la voilà maman *(continue ainsi sans s'arrêter)* j'ai mal au bras maman

IDE : on va le couper le bras

Mme V : voilà !

IDE : voilà

Mme V : là j'ai mal

Propos incompréhensibles tant la patiente continue à crier « la voilà maman »

De nouveau propos incompréhensibles de l'IDE tant Mme V crie « la voilà maman »

IDE : chut vous allez réveiller tout le monde, les enfants ils vont être réveillés

Début sous forme de dialogue

IDE : ses enfants habitent à côté, et après elle a des aides... il y a beaucoup de gens qui ne peuvent pas aller en maison de retraite c'est... ils sont mignons mais à Bourges l'hôpital a fait des alliances avec les maisons de retraite et... alors ça tombe bien l'infirmier habite en face *(il parle de lui)* ça me révolte un peu c'est que normalement ils sont censés laisser les gens le plus chez

Humour

<p>chut... Enfin je me méfie parce que après elle crie « chut chut ».</p> <p><i>Tout en parlant, l'infirmier a enlevé les barrières du lit et a commencé à déshabiller Mme V. qui s'est arrêtée de crier</i></p> <p>Il s'adresse à Mme V : ça va ?</p> <p>Mme V : ça va mais j'ai froid j'ai froid j'ai froid maman j'ai froid j'ai froid papa maman j'ai froid...</p> <p>IDE : allez on se dépêche</p> <p><i>Mme V se remet à crier continuellement : la voilà maman la voilà papa maman.....</i></p> <p>IDE : je n'aurais pas dû demander si ça allait</p> <p>Mme V : la voilà maman la voilà maman.....</p> <p>IDE : chut silence</p> <p>Mme V continue de crier</p> <p>IDE : allez on se tourne</p> <p><i>Mme V continue de crier</i></p> <p>IDE : il y en a des comme ça aussi à Montpellier ? me demande-t-il</p> <p>Moi : oui il y en a partout</p> <p>IDE : tu me rassures. Avant c'était les aides à domicile qui faisaient la toilette oh c'est pas que la toilette est difficile honnêtement elle doit peser 40kg à tout casser c'est sûr que dès le petit matin « papa maman papa maman » elles voulaient plus y aller il suffit de tomber sur une jeune qui a pas envie de faire et puis voilà. En ce moment on a des problèmes avec les aides à domicile parce que les nouvelles qui arrivent elles font... y en a une elle est plus médecin que le médecin. La dernière fois pour Mme V. elle a appelé le</p>	<p>eux mais malheureusement...</p> <p>Euh en général je me trompe rarement là-dessus quand je dis qu'un patient va passer peu de temps en maison de retraite</p> <p>Moi : et d'après toi, pourquoi ?</p> <p>IDE : parce qu'on leur fait faire tous des... ben tu sais les maisons de retraite tu sais ce que sais c'est une logique de groupe plus une logique de personne alors quand les personnes sont déjà plus logiques dans leur tête là ça leur confirme qu'ils sont déjà plus personne. Je ne dis pas que c'est mauvais les maisons de retraite tout ça mais je pense qu'il faudrait déjà bien visser pour qu'ils survivent là-bas.</p>	<p>S'inquiète du bien-être de la patiente</p> <p>Explique l'intérêt de laisser la personne au domicile. Il parle de logique de personne, d'individualité</p> <p>Prend en compte les propos de la patiente</p>
--	---	---

médecin parce qu'elle avait les jambes gonflées alors le soir la famille est venue me voir en me disant qu'elle avait les jambes gonflées, « les jambes gonflées ? mais qu'est-ce que vous me racontez, je viens de la voir il n'y a rien qui m'a choqué pour une personne de 90 ans, « oui mais l'aide à domicile a appelé le médecin » alors le médecin a prescrit du lasilix 20, ½ ! Et puis j'ai dit là c'est pour dire que j'ai fait quelque chose mais j'ai dit « votre aide à domicile la prochaine fois elle m'en parle hein elle appelle pas le médecin comme ça et qu'est-ce qu'il a dit le médecin ? » « oh ben qu'il n'y avait rien de grave »

Mme V se remet à crier
Propos incompréhensibles
 tant Mme V crie : la voilà maman, la voilà maman
 Mme V : j'ai mal j'ai mal
 IDE : où ça ? où ?
 Mme V : par là
 IDE : là où j'ai touché
 Mme V crie : j'ai peur papa maman j'ai peur maman...
L'IDE porte Mme V. et l'installe sur le fauteuil
 IDE : j'avais un cadre qui me disait « avec ta sensibilité » à l'hôpital quand j'étais en réa ils nous mettaient aux urgences ça c'est pas un problème mais dans un service différent à 100 % de là où on était, faire des soins d'urgence sans même savoir où est le matériel c'était nous mettre en difficulté et les patients en danger parce que c'est pas tout ça mais c'est tout bête s'il faut choquer (*il parle d'un choc électrique sur arrêt cardiaque*) et que

là c'est pareil impossible de la faire aller sur le seau elle fait dans la couche

Moi : alors ici sur quoi tu appuies ton évaluation clinique ? ton observation ? les dires du patient ?
 IDE : ah ben pour Mme V c'est que l'observation, oh si, si elle a mal on va réussir à savoir où elle a mal mais là je sais par habitude que dès que je lui touche le pied elle a mal au pied simplement en l'attrapant. Par exemple pour la surveillance de la peau, j'y vais pas en me disant je surveille la peau je regarde

Narration

Connaissance des patients permet l'évaluation

vous savez pas où est le défibrillateur euh et des trucs comme ça et une fois j'ai essayé d'expliquer ça euh et il y avait des gens en face qui avaient pas envie de comprendre et puis je me suis un petit peu fâché. J'ai dû aller m'expliquer après à la direction et la direction a très bien compris ce que j'ai voulu dire et maintenant elle elle est cadre ben je sais pas où, il y a un moment où il faut arrêter hop en fait ce qui s'était passé c'était que j'avais deux patients en charge bon en réa rien d'exceptionnel seulement euh on a posé une trachéo avec le chir jusque-là tout va bien et puis la trachéo a commencé à merder alors j'appelle le réa, il enlève la trachéo impossible de la remettre donc j'avais d'un côté un patient qui passait l'arme à gauche avec sa trachéo et au même moment au Même instant mon autre patient qui tombe à 5 de tension et puis moi ben entre les deux bon ben on a réussi à rattraper tout le monde hein mais voilà mais là on était mis en difficulté parce que quelqu'un avait jugé qu'on pouvait dépanner les copains alors ça ça m'a foutu en l'air...

L'IDE ouvre les volets

IDE : voilà, ça va ? on n'a pas mis le gilet, oui, hop, alors on ouvre les volets pour montrer qu'on est passé et la maison est en route, voilà, on va donner les médicaments c'est notre boulot aussi

les pieds mais on voit mais c'est tellement habituel c'qu'on fait que la moindre différence on la voit pis euh j'dirais que pour surveiller la peau à partir du moment où on fait une vraie toilette à une personne on voit forcément la peau dans ces cas-là même elle est capable de me dire si ça la brûle dans les plis ou quelque chose donc c'est... oui ben partout on peut pas faire une toilette sans surveiller la peau, pour moi ou alors c'est qu'on a pas fait la toilette

<p>Moi : le lit c'est l'assistante de vie ou la famille qui le refait ?</p> <p>IDE : c'est l'aide, il y a des patients chez qui j'le fais parce que c'est des patients qui dépendaient de l'HAD¹ et j'étais le premier infirmier qu'ils ont appelé pour l'HAD du coup au début on a organisé ça ensemble et j'avais dit que pour éviter qu'ils envoient une fille juste pour ça je faisais le lit et comme j'avais encore mon esprit encore réanimation je faisais en sorte que tout soit prêt en cas de problème et du coup j'ai continué par la suite Mme V continue de crier « la voilà maman, la voilà papa maman »</p> <p>IDE : on prend les médicaments Mme V</p> <p>Mme V : les médicaments ?</p> <p>IDE : oui, il faut pas les cracher hein</p> <p>Mme V : oui, combien vous m'en donnez</p> <p>IDE : trois et maintenant on prend les gouttes, c'est pas bon les gouttes</p> <p>Mme V : comment ?</p> <p>IDE : je dis qu'on va prendre les gouttes mais c'est pas bon</p> <p>Mme V : ah oui c'est pas bon</p> <p>IDE : il ne faut pas les cracher non plus allez on prend l'eau un petit peu d'eau, voilà allez-y faut boire Voilà Mme V, allez la table ici on pose le verre voilà, bon, et ben c'est tout bon, à ce soir</p> <p>Moi : au revoir Madame</p> <p>IDE (<i>en sortant</i>) : voilà c'était une dose de papa maman</p>		<p>Narration</p> <p>Confort de la personne</p> <p>Reprise d'un dialogue autour de la prise des médicaments</p>
--	--	--

¹ HAD = hospitalisation à domicile

Nous allons dans une autre maison presque en face. Mme D nous accueille elle est souriante et a visiblement un problème d'ascite (abdomen très développé)

7.

IDE : Je vous présente Isabelle

Moi : enchantée Madame, je suis infirmière aussi, je fais une étude sur le travail des infirmiers

Mme D : ah bon

IDE : bon votre pansement est pas mal on va pas y toucher vous appelez l'hôpital aujourd'hui ?

Mme D : oui je vais l'appeler

IDE : vous leur dites hein quand même

A mon intention : IDE : Mme D va se faire régulièrement retirer de l'eau dans le bidon ça fait plusieurs fois qu'ils retirent vraiment pas beaucoup

Mme D : non

IDE : et... elle va finir par exploser si ça continue

Mme D : oui

IDE : alors hop, j'opère (*il fait une glycémie capillaire*)

Mme D : oh ben j'ai l'habitude, *elle rit*

IDE : oh oui je crois que c'est vous que je torture depuis le plus longtemps oh oui parce que je vous ai connue en réa, ah il faudra du coton Mme euh D.

Mme D : vous l'avez là derrière vot' dos et puis vous avez une grosse bouteille d'alcool

IDE : euh oui

Mme D : combien qui y a ?

Commence par « bon ».
Evaluation de la situation

« alors » « hop » et
Verbe d'action

<p>IDE : 0,70 ça fait pas d'trop quand même</p> <p>Mme D : hum</p> <p>IDE : vous mangez plus ça y est</p> <p>Mme D : j'ai pas faim</p> <p>IDE : oh ben alors vous avez plus le moral non plus. Ah il faut que je vous demande un nouveau stylo²</p> <p>Mme D : je vais vous donner ça</p> <p>IDE : hop, voilà, Mme D oui je l'ai connu en réa, j'avais commencé à tourner en libéral avec Vé, et puis je rentre dans un box et je vois Mme D, oh une future patiente inutile de dire qu'on l'a dorlotée Mme D hein</p> <p>Mme D : oui</p> <p>IDE : eh j'ai dit c'est mon chiffre d'affaire, on la sort de là</p> <p><i>Tout le monde rit</i></p> <p>IDE : sinon on vous aurait pas soignée hein</p> <p>Mme D : oh ben bien sûr</p> <p>IDE : oh ça fait déjà un bout de temps</p> <p>Mme D : ben quand vous avez commencé</p> <p>IDE : ben six ans hein</p> <p>Mme D : ouais</p> <p>IDE : eh ben ça passe</p> <p>Mme D : ça passe vite hein quand même</p> <p>IDE : oh la vache, je le vois bien avec mes gamins, en ce moment c'est le vélo tout le temps (<i>il montre une photo de ses enfants affichée dans le meuble vitrine de Mme D</i>) oh il fait pas encore du VVT alors que Louise c'est les bouquins</p> <p>Mme D : ah bon</p>		<p>Humour</p> <p>Propos sur sa vie privée Photo de ses enfants dans la vitrine de la patiente</p>
--	--	---

² Stylo à insuline permet les injections d'insuline sans avoir à prélever le produit, tout est prêt à l'emploi

IDE : oh oui il faut lire des histoires... hier je parlais travailler puis Louise qui m'attrape par la main et puis il fallait se mettre dans le fauteuil pour lire une histoire, et ben faut avoir envie d'y aller bosser hein vraiment

Mme D : c'est ça jusqu'à ce qu'ils vont à l'école mais après c'est plus pareil

IDE : oh ben nous c'est mémé qui fait l'école c'est pour ça qu'on va la déposer sans problème mais Céline elle angoisse quand même un peu quand on dit qu'ils vont aller à l'école il faut pas le dire trop souvent quand même sinon on sent que...

Mme D : ah ben c'est plus des bébés après

IDE : ils ont deux ans et demi

Moi : C'est des jumeaux ?

IDE : ouais

Mme D : on a demandé une photo

IDE : oui là c'est à leur naissance ils ont changé depuis

Mme V : oh ben heureusement hein, heureusement, ils vont pas rester bébés

IDE : bon ben j'veus dis à c'soir ah oui ce soir ce sera Lise qui va venir

Mme V : ah bon ?

IDE : oui hier il y a le père qui nous a fait des galipettes

Mme V : ben oui

IDE : donc y a un peu de paperasse à faire

Mme V : ben voilà

IDE : donc euh...

Moi : au revoir Madame

Mme V : au revoir Madame

Visite essentiellement centrée sur du dialogue

	<p>8. <i>Dans la voiture</i></p> <p>IDE : je peux dire davantage avec elle, parce que ben parce que ça fait cinq ans qu'on s'connait voilà je me permets des plaisanteries parce que je connais mais toujours dans des limites à ne jamais dépasser hein</p> <p>Moi : elle a quoi, une tumeur au foie ?</p> <p>IDE : Mme D ? elle a un peu trop abusé</p> <p>Moi : une cirrhose ?</p> <p>IDE : oui elle a fait une espèce de démence il y a cinq ou six ans elle ne se souvenait de rien sauf d'un coup en réa où elle s'est réveillée et là elle est revenue à elle on a jamais trop su pourquoi elle était partie en sucette ni pourquoi elle est revenue on a jamais su elle est revenue d'un coup</p> <p>Moi : et qui évalue pour ses ponctions d'ascite c'est toi ou elle a des consultations chez le médecin régulières ?</p> <p>IDE : moi je l'encourage vivement à appeler après c'est elle qui appelle l'hôpital pour la simple et bonne raison que nous les infirmiers ça paraît un peu bizarre mais il faut qu'on reste à notre place aussi moi je sais que je peux faire mais j'appellerai d'abord les enfants avant le service d'urgences. J'ai des collègues qui appellent le médecin systématiquement qui font les papiers s'ils me le demandent je le fais mais les gens il faut qu'ils restent autonomes aussi j'essaye de faire comme si j'étais vraiment dans mon rôle, je</p>	<p>Les années permettent la connaissance et davantage d'échanges</p> <p>limites</p> <p>narration</p> <p>Notion de « rester à sa place » et de lien avec la famille</p> <p>Cherche le maintien de l'autonomie</p>
--	---	--

<p><i>Nous arrivons devant une autre maison en pleine campagne</i></p> <p>IDE : Nous sommes chez M. et Mme B. alors Mme B n'avait jamais voulu faire sa toilette depuis toujours maintenant c'est mieux mais c'est dur parce que je pouvais pas lui dire qu'elle était sale</p> <p>9.</p> <p><i>Nous sommes chez Monsieur et Madame B. Nous entrons</i></p> <p>IDE : Je vous présente Isabelle, elle vient étudier les infirmiers</p> <p>Moi : oui c'est ça j'étudie le travail des infirmiers</p> <p>Mme B : ah ben c'est bien</p> <p>IDE : voilà je te présente Mme B.</p> <p>Moi : enchantée Madame</p> <p>Mme B : bonjour</p> <p>IDE : 35 ans demain (il la lève du lit et l'installe sur le bord du lit) on met les chaussettes tout de suite ?</p> <p>Mme B : oh oui</p>	<p>suis là pour les soins après s'il y a un autre problème Mme D. comme c'matin j'lui ai dit « faut p'être appeler l'hôpital ? » quelque fois je me fâche parce qu'elle trouve des prétextes</p> <p>Moi : ça lui entraine des problèmes respiratoires ?</p> <p>IDE : non ça reste abdominal</p> <p>Moi : ça remonte pas tant mieux</p> <p>IDE : oh j'imagine que quand elle est couchée ça doit pas être pareil mais elle le dira pas les gens y a des choses qui veulent pas dire parce que ils ont honte ou parce que ils ont peur des réactions ça laisse sous-entendre plein de choses...</p>	<p>Encore la notion de « mon rôle »</p> <p>Prévenance</p> <p>Humour</p>
--	---	---

<p>IDE : alors est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ?</p> <p>Mme B : oui ça été</p> <p>IDE : oui hop</p> <p>Mme B : ça pleut ?</p> <p>IDE : oui oh ben ça maintenant hein</p> <p>Mme B : oh (<i>d'un ton affligé</i>)</p> <p>IDE : j'en ai marre de c't hiver mais j'en ai marre vraiment là j'ai toujours un moment où... et chaque année j'dis j'vais partir en voyage c't hiver et chaque année j'm y prends comme un manche et chaque année j'y vais pas</p> <p>Mme B : c'est pas facile</p> <p>IDE : cette année je vais aller visiter la Belgique mais niveau cocotiers c'est pas ça je devais aller à l'île Maurice et puis finalement ce sera la Belgique</p> <p>Mme B : vous allez aller voir les Belges</p> <p>IDE : oui je vais aller voir Tintin, le musée de Tintin</p> <p>Mme B : ah nous on a des amis en Belgique</p> <p>IDE : ah dans quel coin ?</p> <p>Mme B : euh ah merde j'm'en rappelle plus</p> <p>IDE : c'est pas grave cherchez pas d'façon la Belgique c'est pas bien grand</p> <p>Mme B : y en a la moitié qui sont morts</p> <p>IDE : oh ben c'est gai</p> <p>Mme B : c'est des Belges qui venaient dans les fermes ici</p> <p>IDE : ah ils venaient travailler ici ?</p> <p>Mme B : ah ils tenaient des fermes</p> <p>IDE : et comment ça se fait remarquez il n'y a peut-être pas d'fermes en Belgique, alors est-ce que vous êtes bien ficelée là (<i>elle est</i></p>		<p>Evaluation de la situation commence par « alors »</p> <p>Parle de son quotidien, son ressenti</p> <p>Parle de ses projets, vie privée</p>
---	--	--

<p><i>maintenue sur sa chaise roulante)</i> Mme B : la bicyclette (<i>en parlant de sa chaise roulante</i>) IDE : la bicyclette si vous voulez... le carrosse même si ça vous chante <i>Elle rit</i> IDE : moi j'suis pas à ça prêt souvent les messieurs c'est la moto et les femmes la bicyclette c'est vrai ; tenez-vous à moi (<i>en la levant pour la mettre sur la chaise percée</i>) Mme B : ça va aller IDE : ça va aller ? Mme B : oh il faut core aller là-dessus bouh ! (<i>ton affecté en s'asseyant sur la chaise percée</i>) IDE : voilà <i>On sort de la chambre</i> IDE : on va aller préparer la salle de bain, alors il y a une super douche Moi : ah oui (<i>en découvrant une très grande douche à l'Italienne</i>) IDE : mais Mme B veut pas aller dedans c'est dommage ce serait... c'est le luxe de la douche ce serait super si j'avais ça chez tous mes patients. Il prépare gant et serviette <i>Nous retournons dans la chambre, l'IDE déplace Mme B et l'emmène à la salle de bain</i> Allez accrochez-vous au lavabo allez on enlève tout ça Mme B : oh non non non non IDE : ah vous voulez pas aujourd'hui ? Mme B : non non non IDE : bon j'vous écoute parce que y a du monde mais demain j'vous mords</p>	<p>Moi : la petite toilette tu penses que c'est du fait de ma présence ?</p>	<p>Humour</p> <p>Recommandation</p> <p>S'inquiète du bien-être</p> <p>Anticipation</p> <p>humour</p>
---	--	--

<p><i>Mme B rit</i> IDE : ben comme d'habitude c'est comme ça que ça marche quand les patients me disent non là j'vais pas vous embêter d'trop, ça va ? vous avez pas froid ? hop (<i>en la lavant</i>) C'est François hollande qui nous a ramené le beau temps Mme B : oh oui IDE : oui parce qu'il est venu à Noël, la grand-mère de Julie Gayet habite à Berry Bouy elle a été interviewée et depuis s'il pleut c'est parce que François Hollande est venu ici. Je vous remercie pour la part hier, elle a été mangée avant le patient suivant. Mme B en s'adressant à moi : et vous habitez où ? Moi : A Allogny Mme B : et votre mari il est là aussi ? Moi : oui et ma fille Mme B : elle a quel âge ? Moi : 15 ans <i>Nous emmenons Mme B. dans la pièce principale, le fils est arrivé entre temps.</i> IDE (s'adressant à Monsieur B : vous allez avoir les résultats de la prise de sang aujourd'hui ? M. B : oui oui</p> <p><i>On retourne dans la salle de bain pour ranger le matériel puis</i> <i>On retourne dans la pièce principale</i> IDE : ce soir ce sera Lise qui viendra il y a M. N qui nous a quitté et j'ai de la paperasse à faire M. B : ah oui</p>	<p>IDE : oh je pense que c'était le bon prétexte Moi : d'accord IDE : oui parce que elle est pas gênée</p> <p>Mme B a eu la gentillesse de me donner une part hier soir c'est vrai qu'on mange pas forcément aux bonnes heures je me suis assis dans la voiture elle me faisait coucou allez on va pas la laisser seule surtout qu'hier soir j'suis rentré tard vers 22h30 23h</p>	<p>Prévenance</p> <p>Care receiving : la patiente lui a préparé une part de tarte</p> <p>S'inquiète de l'état de santé du conjoint</p> <p>information</p>
--	--	---

<p>Le fils : ah c'est pour ça que j'ai vu le SAMU hier et les pompiers IDE : oui ils ont essayé de le réanimer mais... Le fils : oui je m'en doute Moi : au revoir Messieurs Dame IDE : au revoir</p>	<p><i>Dans la voiture</i> L'IDE reparle du service de réa dans lequel il était IDE : oui il y a des choses que j'comprends pas, pour la certification ils sont venus mesurer le tableau d'affichage dans le service de réa Moi : la prochaine version c'est le patient traceur IDE : le patient traceur ? Moi : oui essayer de suivre le parcours du patient IDE : oh ben ils vont pas être déçus parce que le patient s'il commence à montrer des signes de faiblesse ça peut être une patate chaude il peut faire tous les services il va être muté ailleurs ah ça je connaissais pas ça le patient traceur Moi : ah ce sont de nouveaux termes IDE : ouais, à côté de ça ils remplacent pas les infirmiers, il y a plus d'équipe de remplacement, j'avais demandé comment on allait faire, on m'a dit « oh ben c'est les infirmiers qui vont se remplacer les uns les autres » j leur ai dit « ça ça marche s'il y a pas d'arrêt maladie » ça veut dire aussi qu'on enlève les infirmiers d'un service pour les mettre dans un autre service qu'ils connaissent absolument pas et puis alors là au niveau</p>	<p>Visite essentiellement menée sous forme de dialogue</p> <p>Notion du patient « patate chaude » évoquée dans notre théorie</p>
---	--	--

<p>10. <i>Nous sommes chez Madame N qui a perdu son mari la veille, sa fille nous accueille</i> IDE : je vous présente Isabelle elle fait une recherche Mme N : oh j'avais pas pensé à ça, dans le cadre d'un remplacement peut-être Moi : ah non pas du tout IDE : non non Moi : non je fais de la recherche sur les soins infirmiers La fille de Mme N : sur les techniques de travail Moi : c'est ça Mme N : asseyez-vous pour prendre le café Sa fille : vous lui donnez ses médicaments parce que je sais pas moi IDE : y a Lise qui va passer ici Fille de Mme N : Elle va passer prendre le café aussi ?</p>	<p>compétences... J'ai déjà l'exemple de mes enfants ils sont nés avec deux mois d'avance. Ils sont nés à Tours et c'était super tout était anticipé, prévu et s'il y avait quelque chose on réajustait de suite. Quand on est revenu ici, le premier jour y a un médecin qui prescrit un truc et puis une autre arrive elle change toute la prescription et elle enlève la caféine et normalement quand on enlève la caféine il faut qu'on soit scopé pendant un certain temps heureusement qu'on est du métier eh ben j'lui dis et le scope il est où ? C'est pas normal</p>	<p>Narration</p>
---	--	------------------

<p>IDE : ça va ? Fille de Mme N : on a dit qu'on avait tenu le coup jusque-là alors on veut pas s'écrouler maintenant Fille de Mme N : prend le de suite ton café <i>La conversation n'aborde pas le décès de M. N, elle reste axée sur l'éducation des enfants etc...</i></p> <p>11. <i>Nous sommes chez Mme A</i></p> <p>Mme A : vous faites quoi ? <i>(s'adressant à moi)</i> Moi : je fais une recherche sur les infirmiers je regarde comment ils travaillent Mme A : oh ben il travaille très bien Moi : ah vous en êtes contente alors ? Mme A : oh oui</p> <p>12. <i>IDE fait la toilette au lit</i> Mme A : je dois aller en consultation à Châteauroux en cardio IDE : Châteauroux ? Ah bon ça vous fera visiter Châteauroux Mme A : après vous pourrez me couper la jambe <i>(dit-elle en riant)</i> IDE : oh ben moi j'vous propose mais si vous voulez pas depuis c'matin j'veux couper des jambes non mais ça m'étonne qu'on vous envoie à Châteauroux et alors vous allez faire ça quand ? Mme A : j'sais pas encore IDE : bon. Alors Mme A. elle a des ulcères mystères qu'on</p>		<p>Visite de courtoisie sous forme de dialogue</p> <p>Humour</p> <p>Soucis de l'autre</p>
---	--	---

soigne un peu bizarrement avec le médecin on y va à tâtons et là ça fonctionne alors on continue comme ça et si on arrête, le soir même ça repart mais alors le soir même c'est ça qui est formidable hein il n'y a pas grand-chose c'est les mystères de Mme A

Mme A : ça veut dire alors que vous avez essayé plusieurs trucs ?

IDE : ah ! oui aujourd'hui c'est ça qu'est-ce qu'il y a dessus j'en sais rien

Il y a M. N le garagiste qui nous a quitté

Mme A : quitté ?

IDE : il est décédé

Mme A : c'est pas vrai

IDE : si il est mort hier soir ouais on vient d'aller boire le café avec sa dame et sa fille oh ben c'était une surprise quand même on s'attendait pas à ce que ça aille drôlement si vite et puis en même temps arriver avec une maladie comme ça à être toujours chez soi surtout qu'il bricolait toujours euh la semaine dernière il avait encore réparé la fuite

Monsieur A ? il nous faudrait une bande s'il vous plaît (l'IDE s'est penché vers la porte de la chambre pour se faire entendre de M. A qui est dans la salle)

IDE : voilà merci, eh oui c'était la surprise d'hier soir

Mme A : il est décédé chez lui ?

IDE : chez lui oui on a pas tellement compris le midi il allait ben à peu près bien et puis ça été assez rapide on n'a pas trop compris tout c'que j'sais c'est que le

Annonce le décès d'un autre patient et parle de lui

<p>SAMU est venu mettre de l'adré³ et tout ça dans un stade plus qu'avancé mais c'est vrai que dernièrement on l'voyait tomber tout l'temps c'était déjà p't'être signe que ça allait plus depuis une semaine et hier soir voilà il est parti</p> <p>Voilà (en finissant le pansement : les gestes sont précis et rapides)</p> <p>Nous on va s'sauver et vous dire à demain matin, on va aller embêter quelqu'un d'autre, bonne journée</p> <p>Moi : au revoir madame, au revoir monsieur</p> <p>Mme A : c'est vous samedi ?</p> <p>IDE : oui pourquoi vous êtes de gueuleton</p> <p>Mme A : oui mais c'est moi qui invite</p> <p>IDE : ok je passerai tôt</p>	<p>13.</p> <p><i>Dans la voiture</i></p> <p>Moi : comment tu qualifierais ta relation avec les patients ?</p> <p>IDE : ça dépend des patients là où va aller je dirai conflictuelle il est prétentieux en plus c'est pas pour lui que j'y vais c'est pour sa femme. J'avais failli arrêter mais ça m'embêtait pour elle. Je lui ai dit qu'il fallait qu'il arrête ou qu'il change d'infirmier et puis le lendemain j'ai vu sa fille qui m'a dit qu'ils savaient comment il était et elle m'a demandé de continuer. Après il a voulu la faire marcher</p>	<p>Gestes efficaces</p> <p>Humour</p> <p>S'adapte à la vie de la patiente pour ne pas la perturber</p> <p>Visite sous forme de dialogue</p>
---	--	---

³ Diminutif de l'adrénaline médicament utilisé dans les défaillances cardiaques

<p>14. <i>Nous sommes chez une dame pour lui poser des bas de contention</i></p> <p>IDE : Bonjour Madame, je ne suis pas seul aujourd'hui il y a la gendarmerie qui m'accompagne</p> <p>Mme M : AH !</p> <p>IDE : oh ben il fallait bien que ça finisse par arriver</p> <p>Moi : bonjour Madame</p>	<p>tout seul et puis il l'a fait tomber, parce qu'il la prend par le bras et puis il tire. Le médecin aussi m'a dit faut pas laisser tomber. Mais bon j'suis pas de la famille, j'suis là pour les soins alors avec lui j'ai une relation très particulière...</p> <p>Alors chez lui j'plaisante pas je garde mes distances</p> <p>Moi : c'est une manière de te protéger ?</p> <p>IDE : oui quand tu es irréprochable ils n'ont rien à te mettre dans les dents. Mme P c'est pas pareil elle elle joue pour t'influencer « oh comment je vais faire ? » mais je ne veux pas faire un quatrième passage on y va déjà trois fois, elle a voulu sortir de l'hôpital...</p> <p>Après, Mme A je la connais elle habitait près de chez ma grand-mère alors...</p>	<p>Accepte les humeurs du mari pour rendre service à la dame et se fille</p> <p>Limite</p> <p>Notion de distance</p> <p>humour</p>
---	--	--

<p>IDE : <i>(en entendant la radio)</i> ah c'est Julien Courbet j'y ai droit tous les matins Mme M : on a eu du soleil ces derniers jours et là de nouveau il y a de quoi se mettre au lit et y rester IDE : oh ! c'est peut-être ce que je vais faire demain matin et c'est vous qui allez venir chez moi Mme M : ben oui alors là vous pourriez attendre un moment hein IDE : j'en ai marre de ce temps j'ai toujours un moment où j'ai ma dose et là j'ai ma dose Mme M : A la fin de l'hiver il y a toujours un moment où on en a marre IDE : oh oui Mme M : moi aussi j'en ai marre j'voudrais bien ouvrir les fenêtres euh IDE : ben oui le soir quand il fait bon là... moi j'en peux plus Mme M : même le chat il est là voyez, il a essayé de mettre son nez dehors et puis en fin de compte il s'est mis sur la chaise IDE : oh c'est pénible j'en ai ras la casquette... bon je vous dis à ce soir...</p>	<p>16. IDE : allez on reprend ma super voiture... tu vois ici les gens ben je m'vois pas arriver chez eux avec une super grosse voiture sinon ça fait un peu « regardez votre cancer », c'est pour ça aussi que j'ai très peu de relations d'argent avec les patientes, je travaille avec les mutuelles</p>	<p>humour</p> <p>Visite sous forme de dialogue</p> <p>Prévenance et respect, ne souhaite pas montrer son niveau de vie par égard de la patientèle</p> <p>Evite les rapports tournant autour de l'argent</p>
---	--	---

<p>17. <i>Nous sommes maintenant chez un patient ayant eu un AVC à qui l'IDE met des bas de contention avant de l'aider au lever. L'IDE me présente. Nous restons à peine quelques minutes.</i></p> <p>IDE : elle fait une recherche sur mon travail, vous vous rendez compte une étude sur mon travail ! M. : eh ben vous avez bien choisi vous avez pris le meilleur Moi : c'est le hasard des pages jaunes IDE : ça devait pas être le premier sur la liste, allez je vous dis à demain Moi : au revoir Monsieur</p> <p>18. <i>L'IDE ne souhaite pas ma venue pour la patiente suivante, elle est difficile dit-il, il y va pour la toilette plus un pansement, elle ne supporte pas qu'on la voit souffrir. Je reste donc dans la voiture pendant ce soin. C'est le seul soin auquel je n'assisterais pas.</i></p> <p>20. <i>Nous sommes chez M. et Mme P. Il s'agit du Monsieur dont l'IDE parlait quelques</i></p>	<p>19. <i>L'IDE explique son système de prise en charge avec ses remplaçantes.</i> IDE : de toute façon, l'essentiel de ma clientèle c'est des toilettes, et j'aime bien prendre mon temps, discuter avec eux</p>	<p>Motivations au travail</p>
---	---	-------------------------------

instants plus tôt en disant qu'il gardait ses distances.

IDE : bonjour M. P. (*il explique ma présence*) voyez si je peux amener quelque chose ça serait la première fois que j'amènerai quelque chose à une thèse si on m'avait dit qu'on me suivrait pour une thèse

M. P : attendez, vous êtes pas au bout de vos surprises, la vie elle en réserve des surprises comme ça

IDE : je pense que Lise ce soir va être surprise aussi

Moi : oh bien quand j'ai commencé comme infirmière, moi non plus je ne pensais pas faire un jour une thèse

IDE : oh Lise le concept ça va lui plaire

M P : et Véronique comment ça va ?

IDE : elle a passé une radio et c'est cassé alors faut faire attention y a les poumons en dessous alors je veux pas qu'elle reprenne comme ça surtout que bon c'est pas sa faute à ce monsieur mais on en a un qui peut être violent alors...

Nous entrons dans la chambre, je me présente à Mme P qui n'a aucune réaction pendant tout le soin. L'IDE baisse les barrières du lit et commence à laver Mme P.

IDE : aujourd'hui c'est une journée très calme, et de toute façon ici il y a du travail pour tout le monde. Allez hop 1, 2 et 3. *Il l'installe au fauteuil roulant...mon boulot c'est les patients gérer leur quotidien pour gérer mon*

Explique sa notion du travail

<p>quotidien, j'apprécie la sieste et puis je vais à la piscine...</p> <p>Mme P. elle aime bien se mettre un peu comme ça (<i>il la redresse dans le fauteuil</i>) allez Mme P. on lâche tout.</p> <p>Moi : ça va ?</p> <p>Mme P : oui</p> <p>IDE : oh Mme P quand elle va manger ça va toujours bien (<i>l'infirmier installe la patiente à table</i>), ensuite <i>l'infirmier range le matériel, refait le lit.</i></p> <p>Bon ben bon appétit, bonne journée et à demain</p> <p>Moi : au revoir Monsieur Dame</p> <p>21.</p> <p><i>Nous sommes maintenant dans un foyer logement où l'infirmier s'occupe d'un monsieur atteint de la maladie d'Alzheimer, ce patient pouvant se montrer parfois violent.</i></p> <p>IDE : Je suis l'infirmier, vous me reconnaissez, Monsieur D il faut vous réveiller, on va faire la toilette et puis aller manger. (<i>l'IDE est penché sur lui et lui touche l'épaule</i>)</p> <p>Moi : il y a du personnel ?</p> <p>IDE : pour le ménage et ce monsieur dépendait du SSIAD⁴ mais ils ont décidé qu'ils ne s'occuperaient plus de ce monsieur, alors un monsieur de 102 ans, changer ses habitudes comme ça ! Et bon j'en suis assez fier, c'est l'assistante sociale qui m'a conseillé, elle a demandé à la directrice du foyer de m'appeler. Ca fait loin mais bon comme j'avais deux</p>	<p>Je le réveille doucement parce que... il peut se montrer violent</p>	<p>S'adapte à la personne pour la contenter</p> <p>Réfection de lit</p> <p>se resitue (prise en compte de la pathologie) et dit pourquoi il est là</p>
---	---	--

⁴ SSIAD = service de soins infirmiers à domicile

remplaçantes à faire vivre je leur en ai parlé et ce qui les inquiétaient c'est les week end.

Oh ! On va reprendre une nouvelle petite chemise, j'arrive Monsieur.

J'ai dit « je pourrai pas assurer tous les week end » et ils ont fait l'effort de trouver quelqu'un avec des chèques emplois services pour les week end que je ne pouvais pas assurer plutôt que de faire appel à un autre cabinet.

Alors être face à quelqu'un prêt à faire des efforts pareils pour que ce soit moi, donc faut y aller quoi !

En plus ils m'ont dit qu'ils avaient bien conscience du geste et ils m'ont dit qu'ils ne l'oublieraient pas et

effectivement ils m'ont téléphoné et on me propose une deuxième toilette. Alors j'avais un peu peur des relations avec les infirmières de Menetou que je connais très bien et je voulais pas empiéter sur leur secteur et hier j'ai discuté avec une infirmière de Menetou qui m'a dit « oh ben c'est super, vous pourriez peut-être vous occuper de mon père aussi » parce que eux ils font pas les toilettes alors comme ça on travaille intelligemment. Bien entendu, si quelqu'un m'appelle pour un pansement, j'irai pas comme eux ne viennent pas non plus chez moi. D'ailleurs des fois, c'est leur cabinet qui a donné mon numéro et vice versa. C'est pour ça qu'on a de bonnes relations avec les collègues aussi.

Explique ce qu'il fait

Prise en compte de l'autre

Care receiving

<p>Allez tournez-vous sur le côté Monsieur (<i>il lui lave le dos</i>), voilà !</p> <p>Mais c'est beaucoup de nursing mais il faut bien faire chauffer la marmite aussi et puis si à la campagne on fait pas les toilettes !</p> <p>Moi : oh ben oui, ça !</p> <p>IDE : ce qui se passe aussi c'est que récemment on a été augmenté, sur les soins palliatifs par exemple j'ai beaucoup de patients comme M. N que je comptais en soins palliatifs mais pour certains j'ai du mal, par exemple j'ai un patient qui a un parkinson les pharmaciens m'ont tous dit c'est du palliatif, il dégringole petit à petit, mais comme il continue à se lever j'ai du mal à le passer en palliatif il m'a dit il va dégringoler petit à petit. J'ai un Monsieur aussi que j'ai pas mis en soins palliatifs, il a une sclérose en plaques, il a 50 ans et j'suis con, c'est psychologique. J'ai du mal à me dire que... comme ça va être très long parce qu'il a une forme très très lente, j'ai du mal à me dire euh... il commence à perdre l'usage de ses bras aussi, eh oui je devrais le mettre en soins palliatifs.</p> <p>Moi : ça change quoi pour lui ?</p> <p>IDE : ben, moi ça change que il y a une majoration, une majoration sur les soins 5euros en plus par soin</p> <p>Moi : mais pour lui ça change quoi ?</p> <p>IDE : pour lui ? alors très honnêtement s'il l'apprend ça va le démolir, s'il l'apprend... lui il a 50 ans ça</p>		<p>Prise en compte du contexte géographique</p> <p>Représentations du soignant : a du mal à passer certains patients en soins palliatifs</p> <p>Prévenance, considération de l'individu</p>
--	--	---

l'a déjà beaucoup choqué quand le neurologue lui a dit que c'était plus la peine de venir le voir parce qu'il ne pourrait pas beaucoup plus alors... mais c'est vrai je devrais le mettre en soins palliatifs. Après des gens comme Mme P ce matin j'la mets pas en soins palliatifs sous le prétexte qu'elle n'a pas de pathologie euh bon on va pas faire de miracle

Moi : oui c'est la vieillesse

IDE : oui oh celle-là le microbe qui va l'abattre il est pas encore né, les microbes y s'en ont peur

Moi : après c'est aussi les représentations qu'on a en France sur les Soins palliatifs, quand on dit soins palliatifs on entend fin de vie alors que c'est pas ça

IDE : oui par contre j'aimerais bien savoir ce que la caisse elle entend par soins palliatifs parce que j'ai demandé avant j'ai dit « j'veux pas de surprise l'année prochaine où on me demande de rembourser » parce que derrière 5 euros le soin ça monte vite, pour nous c'est magique. Alors s'il faut rembourser ! alors moi mon avantage c'est que tous les patients dont personne ne veut, tous les bras cassés et maintenant qu'on est payé cinq euros de plus, les autres le savent même pas et ils disent tous oh là là tu t'embêtes à soigner des morts qu'ils me disent !

Moi : oh !

IDE : ouais les morts ça rapporte. Voilà Monsieur.

Tiens par exemple ce Monsieur, 102 ans il est en

Humour

<p>Soignante : ah il est mieux que ces derniers jours alors, il dormait tout le temps</p> <p>IDE : c'est surtout que je l'avais jamais vu agressif comme ça</p> <p>Soignante : oh oui c'est moi qui vient le matin pour le change, on vous avait prévenu hein ?</p> <p>IDE : on m'avait prévenu oui, je vous le donne alors ?</p> <p>Soignante : oui je l'emmènerai</p> <p>IDE emmène M. D dans la salle de bain et l'installe devant le miroir pour le raser, il s'adresse à la soignante : oui ça m'a surpris parce que j'l'avais jamais vu comme ça il me demandait le temps qui faisait d'habitude et là j'ai été un peu surpris, et puis il a de la force encore...</p> <p>Soignante : ah oui quand ça va pas ça va pas il reconnaît plus personne</p> <p>IDE : moi ça m'a donné l'impression d'un coup de déprime</p> <p>Soignante : ah ouais</p> <p>IDE : c'est l'impression qu'ça m'a donné moi, parce qu'il était parfaitement réveillé</p> <p>Soignante : c'est vrai que peut-être à son âge le changement ça l'inquiète j'sais pas</p> <p>IDE : voilà eh ben je vous l'donne</p>	<p>22.</p> <p><i>Dans la voiture</i></p> <p>Moi : Toi qui viens de la réanimation, un milieu très technique et maintenant tant de nursing, pourquoi ? Qu'est qui t'éclate dans ce choix ?</p> <p>IDE : C'est une question de (<i>propos incompréhensibles</i>) et de chiffre d'affaire et faire que du technique, au bout d'un moment, comme en réa, bon, tu maîtrises mais là sur la région j'ai la chance de rencontrer des gens sympa</p>	<p>Respect de la personne</p> <p>Evaluation</p>
---	--	---

	<p>Moi : donc il y a dans le libéral un aspect relationnel qui t'a plu ?</p> <p>IDE : oh oui oui oui</p> <p><i>Propos incompréhensibles</i></p> <p>IDE : mais j'ai appris beaucoup d'eux ils me disent tous de profiter de la vie que ça va très vite alors du coup je voyage</p> <p>Moi : quand tu pars ce sont tes remplaçantes ?</p> <p>IDE : oui mais là aussi j'ai eu quelques problèmes on est là pour le patient et quand je me fais remplacer je veux le même service et là j'me retourne et c'est pas l'même service euh c'est moi qui devrait la fermer eh non elles viennent travailler chez moi alors elles doivent s'adapter après les patients ils m'tombent tous dessus euh c'était comme ci c'était comme ça quand j'arrive ils sont complètement stressés ou affolés... mais je suis chiant je le sais un peu trop exigeant. Non ça n'a rien à voir avec la réa... je me souviens un patient criait je veux voir monsieur l'infirmier et quand il m'a vu « ah quand j'veus ai vu j'ai toute suite su que ça allait bien s'passer »</p> <p>Moi : tu utilises l'humour et la dérision, ça te permet de créer des liens avec les patients ?</p> <p>IDE : oh oui j'suis fait comme ça et je sais que mes remplaçantes sont un peu comme ça les gens apprécient. On m'a même fait un beau compliment un patient m'a dit « oh ben avec vous j'oublie que j'suis</p>	<p>Prise en compte de l'humain et de la relation</p> <p>Care receiving</p> <p>Sa conception du rôle de soignant</p>
--	--	---

<p>23.</p> <p><i>Nous sommes chez Mme J. diabétique, pour lui faire sa glycémie capillaire⁵, la télévision fonctionne en fond, nous sommes dans la cuisine</i></p> <p>IDE : alors comment ça va ce matin ?</p> <p>Mme J : oh comme d'habitude (<i>ton apitoyé</i>)</p> <p>IDE : oh là ça pas l'air terrible aujourd'hui ?</p> <p>Mme J : oh non</p> <p>IDE : c'est pas moi qui vous ai sapé le moral hier, hier quand j'suis parti j'avais sapé le moral ? Vous avez vu Lise c'matin ?</p> <p>Mme J : ah oui</p> <p>IDE : elle vous a aidé à prendre une douche ?</p> <p>Mme J : ah oui</p> <p>IDE : ben alors c'est une journée qui commence bien</p> <p>Mme J : oh pis Lise elle est tellement mignonne</p> <p>IDE : ah bon ! et c'est pas le cas d'tout le monde c'est ça que vous voulez dire ?</p> <p>Mme J : Enfin, elle a des qualités</p> <p>IDE : y a un message caché je sais pas c'que c'est. Oh elle met p't'être pas un coup de pied au derrière des chiens elle</p> <p>Mme J : oh ça quand il le mérite</p> <p>IDE : ben oui. Bien sûr que Lise elle a des qualités on en</p>	<p>malade » c'est une dame qui m'avait dit ça.</p>	<p>Care receiving</p> <p>évaluation</p> <p>Prise en compte de la personne</p> <p>réassurance</p>
--	--	--

⁵ La glycémie capillaire consiste à piquer le doigt du patient afin de recueillir une goutte de sang pour évaluer le taux de sucre présent afin d'adapter la dose d'insuline

<p>a jamais douté ça on en a jamais douté sinon jamais je lui aurais demandé de venir travailler pour moi. Oh j'ai dû faire quelque chose mais je sais pas quoi. Voilà</p> <p>Mme J : tout le monde est gentil</p> <p>IDE : ah ben c'est formidable alors</p> <p>Mme J : et Véronique ça va mieux ?</p> <p>IDE : ben écoutez, ça pas l'air trop mal son affaire hein</p> <p>Mme J : c'est Lise ess'soir ?</p> <p>IDE : ben oui, vous avez eu Mme P⁶ au téléphone ?</p> <p>Mme J : non, comment elle va ? J'ai peur de la déranger</p> <p>IDE : oh ben c'est que... vous la connaissez, il faut que les médicaments soient comme ça, que ça soit fait avant ci avant ça et moi...</p> <p>Mme P...</p> <p><i>Propos incompréhensibles</i></p> <p>IDE : bon on va pas vous embêter plus longtemps, moi j'vous dis à d'main matin</p> <p>Moi : au revoir Madame</p> <p><i>Je sors mais l'infirmier reste un peu discuter avec la dame qui pleure un peu.</i></p> <p><i>Nous sommes de retour chez Mme P. (il est environ midi)</i></p>	<p>24.</p> <p><i>L'IDE m'explique que Mme J était avec un autre cabinet avant et que cela ne s'était pas bien passé, que lui s'occupe des patients un peu exigeants et que sa collègue Lise le matin a des cas plus légers. Mme J s'est beaucoup attachée à Lise et elle vient d'apprendre que celle-ci va quitter le cabinet pour travailler en ville.</i></p>	<p>Donne des nouvelles d'une autre patiente</p> <p>Visite sous la forme dialogue</p>
---	---	--

⁶ Dame vue en 3. de la tournée

<p>Mme P : oui c'est pas chauffé IDE : bon ben on va faire ça <i>L'IDE emmène Mme P aux toilettes avec son fauteuil roulant</i> Mme P : à Romain après-midi j'veais lui d'mander si j'veais pouvoir remarcher IDE : oui vous allez pouvoir remarcher, faut pas que ça vous sape le moral pour ça. C'est exactement c'qu'avait eu Mme J. l'aut'fois hein Mme P : ça va mieux Mme J ? IDE : oh c'est pas le moral aujourd'hui, elle a pas le moral elle a pas le moral Mme P : ben oui pis M. D il est mort IDE : oui oui et j'ai l'impression qu'ça va encore en déboulonner quelques-uns de Saint Eloi ... 25. IDE : ah voyez ! (<i>Mme P est allée à la selle</i>) hier j'suis v'nu trop tard mais j'savais qu'en v'nant à c't'heure-là on allait y arriver on va s'organiser Vous m'dites quand vous avez fini hein Mme P ? Mme P : oui oui ça vient ... 26. IDE (<i>à moi</i>) : le midi une petite toilette éventuellement au coucher le soir le coucher mais là elle reprend du poil de la bête Mme P alors ça va aller C'est compliqué en ce moment y a des périodes comme ça Ca va Mme P ? (<i>en criant pour se faire entendre</i>) Mme P : ça y est</p>		<p>Cherche à rassurer la patiente en lui parlant du cas d'une autre patiente</p> <p>Donne des nouvelles d'une autre patiente dont s'occupe l'IDE et que connaît Mme P</p> <p>A adapté son horaire de passage</p> <p>S'inquiète de la patiente</p>
---	--	---

IDE : ah (*il va s'occuper de Mme P aux toilettes*)

...

27.

IDE : vous voulez qu'on mette les chaussettes ? C'est vous qui voyez... Quand j'suis arrivé les premières fois chez Mme P les premiers coups, elle marchait pas, vous vous souvenez ?

Mme P : oui

IDE : moi j'm'en rappelle le premier matin que j'suis v'nu chez vous, vous arriviez pas à mettre un pied par terre et quand j'vous disais qu'vous alliez remarcher vous disiez oh non non non et puis vous avez fini par remarcher dehors

Mme P : mais là j'ai bien peur, j'me fais du souci

IDE : mais vous avez fait des progrès Mme P

Mme P : oh des petits progrès

IDE : ben oui mais il est rapide ça fait même pas une semaine que vous êtes rentrée vous avez plus de progrès sur cette semaine-là qu'une semaine à l'hôpital

Mme P : j'ai perdu la semaine de l'hôpital

IDE : ben c'qui a c'est qui vous ont laissé attendre dans le lit sans bouger euh

Mme P : (*en me montrant*) : et la dame là c'est pour vous remplacer occasionnellement

IDE : non non c'est d'ailleurs la grande peur de Mme J je pense parce que Mme J elle était dans tous ses états parce que Lise va s'en aller parce que ci parce que ça. Lise pour l'instant elle est pas partie.

Vous voulez essayer d'y aller à pieds ? Est-ce que vous

Evoque quand elle ne marchait pas pour lui montrer les progrès accomplis

Parle de la dame que Mme P connaît qu'il soigne aussi

Prise en compte du maintien de l'autonomie

<p>voulez essayer de marcher jusqu'à la cuisine ?</p> <p>Mme P : attendez attendez, comment ?</p> <p>IDE : est-ce que vous voulez marchez jusqu'à la cuisine ?</p> <p>Mme P : OH !</p> <p>IDE : vous faites quelques pas et moi j'vous suis avec le fauteuil ? Non ? C'est vous qui voyez</p> <p>Mme P : un aut jour j'veux bien mais pas aujourd'hui</p> <p>IDE : ben pas aujourd'hui c'est vous qui voyez. J'vois bien qu'vous êtes un peu nerveuse aujourd'hui</p> <p>Mme P : oh oui</p> <p>IDE : eh oui faut pas vous inquiéter pour ça hein, tenez, mettez-vous au fond. De toute façon voyez bien qu'en c'moment tout vous inquiète tout vous agace</p> <p>Mme P : tout</p> <p>IDE : faut pas vous inquiéter comme ça on va bien y arriver. L'aut' fois j'vous ai dit que vous remarquerez vous avez remarché ben là j'vous dit qu'vous remarquerez, vous remarquerez</p> <p>Mme P : oui ?</p> <p>IDE : ben oui et ce week end y a Mme C qui vient chez vous ?</p> <p>Mme P : oui elle va v'nir el matin jusqu'à 10h et pis c'est tout elle s'en va</p> <p>IDE : oui</p> <p>Mme P : je suis toute seule toute la journée ni levée ni couchée</p> <p>IDE : oh vous êtes pas toute seule</p> <p>Mme P : ben si ben voyons samedi dimanche la chasse</p> <p>IDE : ben faut aller à la chasse aussi</p>		<p>Respect du choix de la personne</p> <p>Prise en compte de l'état de la patiente</p> <p>Réassurance</p> <p>Réassurance insiste</p> <p>Humour</p>
---	--	--

<p>Mme P rit</p> <p>Mme P : et comment voulez-vous qu’j’aïlle à la chasse ?</p> <p><i>L’infirmier donne les médicaments de midi à Mme P</i></p> <p>IDE : et ne vous inquiétez pas Mme P</p> <p>Mme P : pardon</p> <p>L’IDE (<i>plus fort</i>) : ne vous inquiétez pas</p> <p>Mme P : ben si, c’est quel médicament qu’vous m’donnez maintenant ?</p> <p>IDE : c’est du doliprane</p> <p>Mme P : est-ce que pour aller aux toilettes c’est de préférence le matin à jeun ou le soir ?</p> <p>IDE : le matin</p> <p>Mme P : parce que j’peux pas continuer une constipation comme ça</p> <p>IDE : ah Mme P avec c’qui a dans le seau vous n’êtes pas constipée hein ah oui</p> <p>Mme P : ah ben j’prenais ça pour d’la constipation</p> <p>IDE : ah non non non non y avait quand même de la matière dans l’sseau je pense que vous serez pas gênée de la journée après ça</p> <p>Ah ben vous en avez des balais là-dedans ! (<i>en allant dans un placard et nettoyer le seau</i>)</p> <p>Mme P : ben oui (<i>propos incompréhensibles</i>) ah mon Dieu !</p> <p>IDE : non non non c’est pas d’la constipation ça Mme P au contraire y en a quand même beaucoup hein faut pas vous inquiéter croyez-moi j’ai pu constater je pense que vous serez plus gênée pour aujourd’hui</p> <p>Mme P : ah ben tant mieux</p>		<p>Réassurance</p> <p>Evaluation de l’état de constipation</p> <p>Réassurance</p>
--	--	---

<p>Martin j'y suis allé l'autre fois pour voir y a plus grand-chose. Il y a eu des jeux un temps, maintenant il y a plus que de la place pour les pêcheurs. J'aimais bien pêcher à la cuiller.</p> <p>M V : moi je pêchais à la mouche</p> <p>IDE : on dit le 20 mars la prochaine ?</p> <p>Mme V : ben oui</p> <p>IDE : c'est parti je le note par contre il faudra une nouvelle ordonnance. En ce moment j'ai que des personnes qui se cassent la figure et encore j'ai pas à me plaindre il paraît que chez les collègues c'est pire.</p> <p><i>Mme V ne retrouve pas l'ordonnance</i></p> <p>IDE : vous inquiétez pas on va s'arranger, par contre il la faudra pour le laboratoire. Bon ben c'est tout bon. Vous ferez renouveler vos ordonnances par le docteur de toute façon vous inquiétez pas il va le savoir lui.</p> <p>Allez on y va et on vous laisse manger</p> <p>Moi : au revoir Monsieur, au revoir Madame.</p>		<p>parle de sa vie privée ses loisirs</p> <p>Réassurance et conciliant</p> <p>Réassurance</p>
---	--	---

<p>Moi : Bonsoir Madame IDE : On est deux ce soir vous m'entendez je suis accompagnée là voyez il y a une dame à la porte vous la voyez ? Mme V : non j'la vois pas Moi : Bonjour Mme V : ah oui j'la vois Moi : on s'est vues ce matin, on s'est vues ce matin⁷ Mme V : c'est qui cette dame IDE : c'est une dame qui vient regarder comment j'travaille, elle est infirmière aussi Mme V : ah voui IDE : là je vais vous donner vos médicaments Mme V : Bon ! IDE prépare les gouttes Mme V : ah non pas de c't'affaire là pas de c't'affaire là maman IDE : écoutez-moi, j'ai rajouté de l'eau dedans pour que ce soit moins mauvais (en lui caressant les cheveux) Mme V : ah voui ? IDE : vous voulez goûter ? Mme V : voui IDE : c'est quand même pas très bon Mme V : la voilà maman IDE : c'est moins mauvais Mme V : ah oui c'est mauvais IDE : c'est amère, j'vous donne les p'tits cachets Mme V : où est maman IDE : tenez les p'tits cachets hop je vous en redonne maintenant je vous donne de l'eau buvez un peu Mme V : papa maman papa maman papa maman papa maman</p>	<p>IDE : là on est pour lui donner son traitement du soir et puis surtout lui expliquer comme elle comprend pas trop c'qui se passe il faut lui parler qu'elle comprenne</p>	<p>Explique ma présence Reconnaissance de la personne</p> <p>Explique pourquoi elle est là</p> <p>Cherche la compréhension de la patiente</p> <p>Tente d'apaiser la patiente qui n'aime pas les gouttes qu'elle doit prendre Toucher accompagne les propos Demande à la patiente si elle veut goûter, recherche l'accord</p> <p>Explique ce qu'elle fait</p>
---	--	---

⁷ Mme N° 5 et 6 (crie papa-maman)

<p>IDE : essayez d'avalier le médicament</p> <p>Mme V : oui de l'eau</p> <p>IDE : buvez</p> <p>Mme : papa maman papa maman</p> <p>IDE : je vais vous aider à aller au lit je vais vous déshabiller</p> <p>Mme V : oui</p> <p>IDE : ah les bas de contention ça me plaît ça ! encore pour les enlever ça va c'est pas trop compliqué mais pour les mettre ! y en a on pourrait se demander si c'est la bonne taille ceux-là en l'occurrence</p> <p>Moi : oui on voit qu'ils serrent</p> <p>IDE : en plus elle a jamais eu les jambes gonflées j'ai jamais trop compris l'intérêt, hop ! on enlève le gilet et les lunettes, hop là... on va passer au lit</p> <p>L'IDE essaie de soulever Mme V du fauteuil</p> <p>Mme V : attendez j'suis attachée</p> <p>IDE : ah oui j'avais pas vu (<i>elle rit</i>) pardon ça y est c'est détaché, allez... ça va ? vous êtes bien là ? vous êtes bien ?</p> <p>Mme V : oui</p> <p>IDE : je vais changer la couche maintenant</p> <p>Mme V : ah parce que c'est l'besoin</p> <p>IDE : c'est mouillé ?</p> <p>Mme V : oui c'est mouillé</p> <p>IDE : tac, hop, et vous étiez dans quel service ?</p> <p>Moi : onco-hématologie</p> <p>IDE : sur Bourges ?</p> <p>Moi : non, sur Montpellier...</p> <p>IDE : vous pouvez lever les fesses ?</p> <p>Mme V : elle veut quoi ?</p>		<p>impératif</p> <p>Explique ce qu'elle va faire</p> <p>Explique chacun de ses gestes On participatif</p> <p>Evalue le bien-être de la patiente</p> <p>Explique à nouveau</p> <p>Evaluation de l'état de la couche</p> <p>Sollicite la participation de la patiente</p>
---	--	---

<p>IDE : les fesses levez vos fesses Mme V : les fesses IDE : oui Mme V : voilà les fesses voilà les fesses maman voilà les fesses maman IDE : c'est bien ça y est impeccable, vous relevez un p'tit coup encore, oui voilà, hop merciiii vous êtes bien là ? Mme V : oui IDE : bien moi je vous dis à bientôt demain c'est Luc (<i>elle lui caresse les cheveux</i>) Mme V : demain c'est jeudi IDE : demain c'est Luc, l'infirmier Mme V : ah voui IDE : au revoir Moi : au revoir Madame <i>L'IDE referme la porte avec son trousseau</i></p>	<p><i>Nous sommes dans la voiture</i> Moi : alors cette femme vous lui avez caressé les cheveux et la joue, pourquoi vous avez fait ça ? IDE : pouhh ! j'sais pas trop... si j'ai fait ça c'est parce que c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées il y a un côté rassurant affectueux ça la rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit Moi : hum hum IDE : pour qu'elle soit plus sereine, apaisée quoi si au moins ça pouvait apporter ça Moi : c'est un geste que vous faites spontanément, il est réfléchi ou ? IDE : celui-là tout à fait spontanément, parfois il m'arrive même de les embrasser sur le front ça c'est plus réfléchi, quand je les sens un peu mal je vais leur faire un p'tit bisou sur le front mais là non Moi : d'accord IDE : la petite caresse non c'est spontané Moi : à votre avis, c'est une compétence que vous avez développée ou qui est naturelle chez vous ?</p>	<p>Félicite la patiente de ses efforts sollicite s'inquiète du confort</p> <p>toucher</p> <p>Rassurant et affectueux</p> <p>Geste spontané</p>
--	--	--

	<p>IDE : je pense que c'est assez naturel chez moi mais en présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie vis-à-vis de ça et je pense que voilà c'est plus de l'empathie vis-à-vis de ça et il y a quelque chose de naturel mais j'ai du mal à croire que tout le monde n'aurait pas ce réflexe-là devant ces p'tites personnes qui sont toutes seules toute la nuit</p> <p>Moi : donc ce n'est pas un geste que vous avez appris avec le métier ?</p> <p>IDE : non non on ne m'a jamais dit quand tu couches les gens il faut faire comme ça</p> <p>Moi : on ne vous a pas dit non plus de ne pas le faire ?</p> <p>IDE : tout à fait</p> <p>31.</p> <p>Enfin par exemple Mme P que vous avez vue ce matin qui est un peu plus revêche j'irai pas forcément ah si si elle est douloureuse dans d'autres circonstances mais pas pour la rassurer l'apaiser j'suis pas sûre que c'est quelque chose qu'elle pourrait subir en fait après c'est aussi l'avantage de c'métier c'est de les connaître à force de les voir régulièrement et je sais que cette dame-là elle est très sensible à ça je sais que... la première fois que je lui ai fait un p'tit bisou sur le front « ah c'est gentil ! ah ! » j'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions que d'autres le</p>	<p>Parle d'empathie, d'être touchée par leur solitude : émotion dans l'activité</p> <p>Geste professionnel</p> <p>La connaissance des patients permet de juger si le geste du toucher sera un plus</p>
--	--	--

	<p>sont moins voilà je repère aussi il y a des personnes âgées qu'on sent un peu plus délaissées que d'autres et voilà c'est ça aussi je vais pas forcément faire ma p'tite caresse sur les cheveux à tout le monde maintenant que j'y réfléchis je le fais pas forcément à tout le monde</p> <p>Moi : c'est peut-être aussi votre évaluation clinique de la situation de la personne qui vous guide à faire ce geste ou pas ?</p> <p>IDE : oui c'est ça l'adaptation à cette personne là c'est pas forcément quelque chose que je dirais faut faire la p'tite caresse dans les cheveux à tout le monde parce que ça apaise y en a que ça n'apaiserait pas forcément</p> <p>Moi : et est-ce que ça vous est déjà arrivé de faire ce geste et qu'il ait été mal perçu ?</p> <p>IDE : non je m'en rappelle pas, je crois pas, j'me suis jamais dit mais après il y a le côté intuitif voilà j'ai des personnes en tête elles sont suffisamment distantes dans leurs gestes ou leurs paroles on pourrait pas faire ça on comprend qu'il faut pas aller vers ça que ça pourrait être mal interprété</p> <p>Moi : donc vous pensez que l'infirmière en fait peut-être au fur et à mesure elle développe cette capacité intuitive ?</p> <p>IDE : oui je pense enfin je pense que plus on connaît son patient plus on s'adapte à ses besoins</p>	<p>Adaptation à l'individu</p> <p>Parle d'un côté intuitif dans le métier</p> <p>Connaissance = adaptation aux besoins</p>
--	---	--

<p>32. <i>Nous sommes chez Mme X pour lui préparer ses médicaments.</i> IDE : vous allez choper un bon coup de chaud je vais baisser un peu le radiateur il fait chaud ici c'est quand même un peu trop Mme X : ch'sais pas j'me rends pas compte moi IDE : oh ben moi j'vous l'dis faites-moi confiance ça été aujourd'hui ? Mme X : ça pourrait aller mieux je vais vous dire IDE : eh oui c'était déjà pas la grande forme ce matin Mme X : oui c'était déjà pas la grande forme IDE : les médicaments sont pris vous avez mangé ? Mme X : oh j'ai pas mangé grand-chose L'IDE regarde IDE : oui effectivement vous avez même pas touché au dessert, bon, on a les clés de la boîte magique, la boîte aux médicaments.</p> <p>Hop, je vous mets les collyres ? Mme X : ah oui mes yeux ah il colle celui-là il fait mal bon sang IDE : ah il est pas rouge, vous allez regarder la télé ce soir ? Mme X : oh non IDE : ben pourquoi vous aimiez bien les petites émissions de variétés Mme X : oh oui mais j'ai plus la force je m'en irai au lit IDE : oh vous êtes malade aussi ! moi je reviens demain matin, vous allez manger un</p>	<p>Les médicaments sont enfermés pour les préparer pour la journée le matin on lui donne en venant pour la toilette et le midi et le soir ce sont les aides à domicile qui lui donnent.</p>	<p>S'inquiète pour la personne</p> <p>Evaluation de la journée</p> <p>Evaluation de la situation actuelle</p> <p>Contrôle de la prise alimentaire</p> <p>Sollicite l'accord pour effectuer le soin</p> <p>Evaluation de l'état de l'œil Intérêt pour la personne</p> <p>Discute sur un sujet que la patiente aime</p>
---	---	---

<p>petit peu quand même et regarder la télé</p> <p>Mme X : oh je sais pas</p> <p>IDE : et vous avez pas la fièvre un petit peu ? <i>(elle lui touche le front)</i> non vous êtes pas chaude</p> <p>Mme X : oh j'ai pas faim</p> <p>IDE : essayez de dormir un peu pour être en forme demain, allez à demain</p> <p>Moi : au revoir Madame bonne nuit</p> <p>IDE : vous pensez à fermer derrière moi hein ?</p> <p>Mme : oui</p> <p>IDE : ça marche</p>	<p>33.</p> <p><i>Dans la voiture :</i></p> <p>Moi : qu'est-ce qui vous plaît dans le domicile ?</p> <p>IDE : j'aime bien contrairement à l'hôpital que c'est nous qui nous adaptons aux gens, à eux faire l'effort de s'adapter d'aller vers les gens et puis l'autonomie dans le travail voilà on a des directives mais bon voilà on organise un peu notre travail comme on veut d'être chez les gens il y a une authenticité contrairement à l'hôpital où les gens sont stressés pas très naturels et puis j'aime bien rouler, conduire ça n'a rien à voir avec le métier d'infirmière mais bon et puis le travail d'équipe, les conflits, au début ça allait puis plus ça venait plus ça me pesait ouais</p> <p>Moi : il y a quand même une notion d'équipe dans le libéral ?</p> <p>IDE : oui mais si on a besoin on peut compter sur eux et c'est très bien et pour le coup il faut pouvoir compter sur eux oui ça c'est agréable je sais que j'ai eu plusieurs fois besoin de conseils ça ne fait pas longtemps que je fais du libéral et j'appelais Luc et chaque fois il répondait et ça...</p>	<p>Incitation</p> <p>Geste évaluatif</p> <p>S'assure de sa sécurité</p> <p>Aller à la rencontre de l'autre</p> <p>Authenticité</p>
--	---	--

<p>35. <i>Nous sommes revenues chez Mme D. que j'avais vue le matin avec l'infirmier pour faire sa glycémie capillaire et son injection d'insuline</i></p>	<p>34. IDE : j'ai toujours été plus attirée par la psychiatrie que par les soins généraux, la relation aux gens en fait le soin en lui-même m'a jamais branché, la technique tout ça, faut le faire j'le fais voilà mais c'est vraiment la relation autour de la personne donc je trouvais ça en psychiatrie finalement Moi : en libéral, c'est peut-être moins formel ? IDE : ça c'est sûr quelquefois c'est autour d'un café, à l'hôpital c'était impensable, c'est quand j'ai travaillé dans un service où on sortait que j'ai vu ce que c'était de rencontrer les gens c'est super riche et puis y a tout ce qui va autour il y a le chien, c'est pas que le patient finalement c'est tout ce qui va autour c'est pour ça que c'est riche ça donne plein d'informations on a tout de suite une notion de ce vers quoi il faut aller, les besoins... il y a vraiment de l'authenticité qui apporte plus au soin, il est plus juste plus adapté Moi : quelle définition vous donneriez au soin, quand vous dites ça apporte plus au soin ? IDE : c'est... <i>(elle réfléchit)</i> Moi : allez on verra après <i>(nous arrivons au domicile suivant)</i></p>	<p>Convivialité</p> <p>Care receiving</p> <p>Adaptation et justesse du soin</p>
--	---	---

<p>IDE : oh peut-être pas aussi bien (<i>tout le monde rit</i>) IDE : j'veais essayer en tous cas Mme D : attention de pas vous casser quelque chose IDE : oui j'essaie d'être prudente, allez à dans une dizaine de jours Mme D : d'accord</p>	<p>36. Moi : alors nous en étions à la définition du soin IDE (<i>riant</i>) : oui tout à fait, non mais oui... j dirais, bon c'est p't'être pas très académique c'que j'veais vous dire c'est un peu la réponse qu'on apporte à un problème voilà et je dirai quel qu'il soit finalement hein pas forcément médical euh voilà c'est pour ça par exemple typiquement là on va chez cette dame diabétique le soin pourrait se limiter à renouveler la glycémie et on fait l'insuline mais on arrive la dame était extrêmement mal, sa fille avait tenté de se suicider, le soin s'arrêtait pas à je fais ma piqûre j'm'en vais c'était tout ce qui avait autour c'était important en plus la glycémie était montée en flèche à cause de tout ça aussi et euh voilà le soin le soin la définition du soin c'est pas que forcément pourquoi on est embauché</p> <p>37. <i>Nous allons nous rendre chez Mme J que nous avons également vue le matin pour sa glycémie capillaire et son injection d'insuline. Mme J pleurait, affectée du départ annoncé de l'infirmière.</i></p>	<p>Care receiving : inquiétude de la patiente</p> <p>Le soin Taking Care of ; care giving</p>
---	--	---

<p>38. <i>Nous sommes chez Mme J. Son fils est présent.</i></p> <p>IDE : bien, allez à nous, ça va ?</p> <p>Moi : bonsoir Madame, on s'est vues ce matin</p> <p>IDE : qu'est-ce qui va pas ?</p> <p>Mme J : mes doigts de pieds y'm font mal</p> <p>IDE : les doigts de pieds ?</p> <p>Mme J : oui</p> <p>IDE : ça fait quoi aux doigts de pieds ?</p> <p><i>Propos incompréhensibles, la télévision fonctionne</i></p>	<p>IDE : Mme J. je crois qu'elle s'est fortement attachée à moi et je pense qu'elle accuse un peu le coup, là, ce matin elle arrêtais pas : mon Elise mon Elise... en même temps c'est la seule à qui j'en ai parlé mais je me suis dit il faut la préparer du coup euh</p> <p>Moi : vous lui avez dit quand ?</p> <p>IDE : je lui ai dit hier, je lui ai dit hier que j'allais travailler dans un autre cabinet mais que je la verrai encore surement parce que je continuerai à donner de temps en temps des petits coups de main du coup elle a dit oh ben c'est mieux pour vous que vous soyez en ville... c'est peut-être aussi la limite du travail en libéral, cette proximité avec le patient le fait qu'on entre dans leur univers on outre passe un peu la juste distance ils nous appellent par notre prénom alors qu'à l'hôpital avec notre blouse « merci madame »</p> <p>Moi : il y a aussi la durée des soins aussi peut-être ?</p> <p>IDE : oui surement</p>	<p>Prévenance</p> <p>Notion de limite et juste distance</p> <p>Evaluation de la situation actuelle</p> <p>S'inquiète de ce qui ne va pas</p> <p>Evaluation du problème</p> <p>sollicitude</p>
---	--	---

<p>IDE : ben tiens comme ça vous l'avez décidé... qu'est-ce que vous auriez d'plus à l'hôpital ? Qu'est-ce qui vous apporterait là de plus l'hôpital ?</p> <p>Mme J : j's'rai pas toute seule</p> <p>IDE : ben y a votre fils qui vient vous voir</p> <p>Son fils : trois fois les infirmières elles passent y a Nathalie qui passe et moi tous les jours, y a des gens qui voient personne de la journée hein !</p> <p>IDE : c'est vrai après ça veut pas dire que c'est pas... c'est la vie mais... faut voir le verre à moitié plein</p> <p>Son fils : voilà !</p> <p>IDE : je vais regarder vos doigts de pieds déjà... bon</p> <p>L'IDE prépare les affaires de nuit de Mme J</p> <p>IDE : elle est toute propre la chemise parce que je sais que vous aimez bien être toute propre hein ?</p> <p>Mme J : oui</p> <p>IDE : vous avez une petite baisse de moral mais ça va remonter tout ça hum ?</p> <p>Mme J : bof</p> <p>IDE : mais si je vous connais plus gaillarde que ça, c'est hier que vous avez eu la piqûre ?</p> <p>Mme J : oui</p> <p>IDE : ça vous a pas reboustée ?</p> <p>Mme J : bof</p> <p>IDE : c'est tout propre ça, vous venez de vous changez ? Venez on va aller là-bas, vous avez le déambulateur et la chaise pas loin,... ça va ? Vous tenez bien ? Pas de petite faiblesse dans les jambes ?</p>		<p>Essais de réconfort</p> <p>Explique ce qu'elle fait</p> <p>Réconfort</p> <p>Intérêt pour la personne</p> <p>évaluation</p> <p>impératif / sur énonciation</p> <p>S'inquiète de l'équilibre de la personne, évaluation</p>
--	--	--

<p><i>Propos incompréhensibles de Mme J qui marmonne et parle très bas</i></p> <p>IDE : ah ça c'est pas des changes pour le jour s'il n'y avait pas de culotte ça tiendrait pas</p> <p>Mme J : oui Luc y dit que ça tient pas</p> <p>...</p> <p>IDE : rappelez-vous il y a deux mois de ça on en a fait du chemin bon vous regardez la télé ce soir ?</p> <p>Mme J : oui</p> <p>IDE : quelles pantoufles vous voulez ?</p> <p>Mme J : oh ben comme vous voulez c'est pareil</p> <p>IDE : celles-là</p> <p>Mme J : ben j'sais plus rentrer mes pieds dedans</p> <p>IDE : ils sont tout propres ils ont été lavés et ils ont rétrécis ça se voit ben oui j'sais pas si vous allez y arriver</p> <p>Mme J : demain matin c'est vous ?</p> <p>IDE : oui demain matin c'est moi à demain bonne nuit je ferme bien</p>	<p>39.</p> <p>Avec Mme J. en fait elle est souvent dépressive alors j'utilise la dérision et j'ai vu que son fils faisait pareil aussi il faisait des blagues aussi</p> <p>Moi : sur quoi vous vous basez pour faire de l'évaluation clinique comme cette dame qui s'est plaint d'avoir mal aux pieds ?</p> <p>IDE : sur ce que je vois déjà ses pieds je les vois tous les jours donc je me réfère à ce que je les connais et j'ai pas vu de différence donc je regarderai encore demain et si elle s'en plaint plusieurs jours je me dirais qu'il y a quelque chose</p>	<p>Remémore son état pour valoriser la progression</p> <p>Propos d'ambiance</p> <p>Laisse le choix à la patiente</p> <p>Critères d'évaluation</p> <p>Besoin d'attention</p>
--	---	---

<p>40. <i>Nous sommes chez Mme G la première dame vue ce matin</i></p> <p>IDE : Bonsoir... Vous tousssez un peu ?</p> <p>Mme G : oui un petit peu</p> <p>IDE : oh ça toussote de partout</p> <p>Mme G : vu le temps !</p> <p>IDE : oui on peut pas dire qu'on est gâté, mardi il faisait beau on s'est dit c'est le printemps, allez allons-y allons-y</p> <p>Vous avez déjà des fleurs qui vont sortir ?</p> <p>Mme G : des primevères, elles se sont plantées toutes seules et maintenant y en a y en a</p> <p>IDE : les oiseaux surement, il y a des perce-neiges aussi et des crocus</p> <p>Mme G : mais j'peux pas aller dehors</p> <p>IDE : allez-y avec l'assistante de vie nous le soir quand on vient il fait noir et le matin on vient trop tôt alors c'est certainement pas avec nous que vous allez aller dehors</p> <p><i>Mme G rit</i></p> <p>Mme G : j'veux pas y aller seule si j'me fiche par terre</p> <p>IDE : oui il faut pas tenter des expériences solitaires dehors, vous avez pas un peu de sirop ?</p> <p>Mme G : oh non ça va aller</p> <p>IDE : ça vous empêche pas de dormir ?</p> <p>Mme G : oh non oh non</p> <p>IDE : vous êtes bien au lit vous</p>	<p>Là je pense qu'elle a besoin qu'on s'occupe un petit peu d'elle</p>	<p>Evaluation de la situation</p> <p>Info générale</p> <p>Propos d'ambiance</p> <p>Pour sa toux</p> <p>Evaluation</p>
--	--	---

<p>Mme G : j'suis bien au lit c'est pas que j'dors mais j'bouge pas j'suis au chaud j'suis bien IDE : ben c'est bien bon j'vous revois pas d'un moment je pars au ski Mme G : vous allez au ski IDE : ouais j'vais faire comme aux JO Mme G : oh ben c'est bien IDE : alors je vous dis dans une dizaine de jours (elle tient la main de Mme G) Mme G : avec plaisir Au revoir collectif</p> <p><i>L'IDE ferme avec sa clef.</i></p>	<p><i>En voiture</i> Moi : alors là Mme G vous lui avez pris la main et j'ai pas senti un besoin d'être rassurée ? IDE : ouais elle était un peu différente du fait de votre présence j'l'ai pas sentie comme d'habitude Moi : oui IDE : d'habitude même moi j'étais pas comme d'habitude parce qu'elle était pas comme d'habitude et elle habituellement c'est elle qui me prend la main et elle me la serre après des fois j'ai même du mal à la lâcher et là il y a comme une sorte de pudeur quelque chose d'un peu... pas comme d'habitude c'est la seule que je trouve un peu différente du fait de votre présence Moi : et ça c'est... du ressenti ? Vous pourriez expliquer pourquoi vous ressentez ça ? IDE : c'est difficile ben euh le fait qu'elle était différente ? Moi : oui</p>	<p>Propos sur sa vie privée</p> <p>Toucher</p>
--	---	--

IDE : ben au début déjà sa façon d'être était différente elle a des automatismes un peu comme des petites habitudes et de suite elle était un peu perturbée d'habitude elle me fait « bonjour, bonjour » là c'était pas du tout le même et elle me regardait inquiète aussi et puis elle vous regardait beaucoup du coup elle était pas dans dans... oui dès le départ je l'ai senti il y avait une différence ouais après cette dame je lui ai pris la main parce que ben la première fois je cherchais pas à être intrusive et je gardais la distance justement et puis un soir c'était une occasion particulière c'était son anniversaire et euh du coup je lui ai pris la main et elle me l'a serrée et du coup j'ai senti que ça la réconfortait et après c'est devenu une habitude, le soir je lui dit au revoir en lui attrapant la main et elle me la serre et du fait que vous étiez là ben...
Moi : il y avait un peu de réserve ?
IDE : oui oui à l'occasion de son anniversaire elle m'a parlé de son âge elle disait que c'était pas beau du tout d'avoir c't'âge là
Moi : quel âge elle a ?
IDE : elle a 92 ans
Moi : ah oui !
IDE : et du coup « depuis tant d'années j'suis seule depuis 13 ans j'suis seule sans mon mari » et elle m'a raconté tout ça
Moi : en fait euh il y a des moments de complicité très fort aussi ?

<p>41. <i>Nous sommes chez un couple de personnes âgées, l'IDE doit mettre des collyres dans les yeux du Monsieur et aider Madame à se mettre au lit. La télévision fonctionne.</i></p> <p>L'IDE met les collyres de Monsieur IDE : voilà sous les cils Mme X : il pleut non ? IDE : oui une sorte de petit crachin, c'est pas méchant mais... M X : depuis le temps que ça dure... IDE : oui plusieurs jours et je pense que c'est pas fini <i>S'adressant à Mme :</i> IDE : on passe aux toilettes d'abord ? Mme X : oui... IDE : ça va ? Mme X : oui, IDE : alors vous avez passé une bonne journée ? Mme X : oui IDE : c'est votre fils que j'ai croisé, vous avez combien d'enfants ? Mme X : un fils et une fille IDE : ah ben j'ai vu les deux alors vous êtes bien entourés alors. Mme X : Mon mari y va aller à la clinique IDE : ah bon pour ses yeux non pas du tout ? Mme X : non pour son cœur il faut qu'il soit opérer IDE : c'est prévu c'est pour quand ? Mme X : oh ils font attendre</p>	<p>IDE : ouais ouais mais ça on peut les retrouver aussi à l'hôpital aussi, il faut aller les chercher quelque fois c'est peut-être moins évident parce que à l'hôpital les gens y sont pas dans leur lit dans leur vie mais on peut pas dire qu'il y a toujours une froideur</p>	<p>Evaluation du besoin d'élimination</p> <p>Evaluation de la situation du jour</p> <p>Propos d'ambiance</p> <p>Dialogue sur la situation du mari qui doit se faire opérer</p>
--	---	--

<p>IDE : qu'est-ce qu'il a au cœur ?</p> <p>Mme X : c'est le cœur c'est embêtant ça se passe à Tours</p> <p>IDE : ah ben il va bien être pris en charge</p> <p>Mme X : hum ils sont en train d'étudier ça</p> <p>IDE : d'accord et vous le saurez quand ?</p> <p>Mme X : sais pas</p> <p>IDE : vous avez pas de date fixée</p> <p>Mme X : non non c'est le médecin</p> <p>IDE : ils vont vous appeler</p> <p>Mme X : oh oui certainement</p> <p>IDE : bien ben écoutez... ça va aller... aller hop là, vous êtes toujours morte de rire quand j'vous couche ça fait plaisir (elles rient toutes deux)</p> <p>IDE : eh ben écoutez... vous en avez des couvertures ! eh ben !</p> <p>Mme X : ah oui</p> <p>IDE : vous allez pas avoir froid hein (en riant)</p> <p>Mme X : non non</p> <p>IDE : je vous souhaite une bonne nuit et j'vous dis dans une dizaine de jours je pars en vacances entre temps à bientôt</p> <p>Mme X : au revoir</p> <p>42.</p> <p>L'IDE discute avec M X de son intervention du cœur</p> <p>IDE : mais vous aviez des douleurs ?</p> <p>M X : non mais il y avait une décision à prendre faut mettre une valve...</p> <p>IDE : c'est une nouvelle méthode</p> <p>M X : oui mais il faut un anesthésiste spécial alors le médecin y s'occupe de tout</p>		<p>Réassurance</p> <p>Complicité</p> <p>Evaluation de signes cliniques</p>
---	--	--

<p>de voir où je me fais opérer, de toute façon le sang y passe plus bien alors quand il faut il faut</p> <p>IDE : ça c'est sur</p> <p>M X : je me sens bien mais le docteur dit qu'il faut le faire</p> <p>IDE : bon ben vous nous tenez au courant hein</p> <p>M X : oui bien sûr allez bonne soirée</p> <p>IDE et moi : merci pareillement</p>	<p>43.</p> <p>Moi : la différence qu'on peut avoir aussi au domicile c'est la relation avec la famille puisque le Monsieur euh en fait c'est pas vraiment un client enfin si, vous lui mettez les gouttes quand même</p> <p>IDE : ça fait pas partie de ...</p> <p>Moi : donc il y a peut-être une relation avec la famille qu'il n'y a peut-être pas en structure ?</p> <p>IDE : oui oui c'est clair, complètement, c'est ça ce que je disais c'est le global, c'est le mari, la fille et même si le chien y va pas bien il faut prendre le temps de s'inquiéter du chien et là c'est pas rien il doit se faire opérer du cœur et les gouttes ben on le voyait et on lui a filé un p'tit coup de main voilà c'est un tas de petits trucs qui font pas partie de ta fiche de poste j'ai envie de dire mais ouvrir les volets fermer les volets vider le bassin voilà c'est un truc euh voilà en théorie on pourrait dire oh ben non mais c'est dur de quitter une maison où les volets sont fermés, l'hiver c'est pas gênant il fait encore noir dehors mais en plein été quand dehors il fait un soleil d'enfer ! c'est sur que ça prend un peu de temps que c'est un petit plus mais bon voilà... cela dit il faut savoir</p>	<p>Prise en charge globale (famille)</p>
---	---	--

<p>44. <i>Nous sommes de retour chez la dame à qui nous avons mis les bas de contention le matin (14)</i></p> <p>IDE : vous allez bien ce soir ?</p> <p>Moi : bonsoir Madame</p> <p>Mme M : vous avez fait la journée ?</p> <p>Moi : j'ai fait la journée voyez</p> <p>Mme M : (s'adressant à moi) ah bon, oh ben ils sont bien tous les deux</p> <p>IDE : de façon différente je pense quand même</p> <p>Mme M : oui mais vous le faites</p> <p>IDE : oh ben on est là pour ça quand même, oh ça sent bon la crème dans vos chaussettes</p> <p>Mme M : oui il y en a autant sur les chaussettes que sur la jambe <i>(Elles rient)</i></p> <p>IDE : surement</p> <p>Mme M : je regardais les patineuses</p> <p>IDE : ah oui c'est chouette</p> <p>Mme M : la première c'est une Russe</p> <p>IDE : ben oui j'ai vu il y en a une petite 15 ans elle a</p> <p>Mme M : oui je l'ai vue bon à demain alors</p> <p>IDE : non pas pendant une dizaine de jours</p>	<p>dire non aussi par exemple cette petite dame au départ elle savait pas les limites de nos missions alors euh « vous pourriez me vider le bassin me refaire le lit vous pourriez me faire ci me passer la serpière » <i>(elle rit)</i> « ah non Madame là c'est pas mon rôle, y a pas quelqu'un qui vient ? » voilà</p>	<p>Evaluation</p>
---	---	-------------------

<p>Mme M : bon ben travaillez bien chez vous alors IDE : un peu de vacances aussi je vais partir. Bonsoir Moi : au revoir Madame</p> <p>45. <i>Nous sommes de retour chez Mme M, la dame Espagnole vue (en 4) le matin avec l'infirmier</i></p> <p>IDE : bonsoir Maria comment ça va ?</p> <p>Mme M : bonsoir (propos en Espagnol) IDE : ah bon mais j'ai pas compris grand-chose Mme M : <i>Propos en Espagnol</i> IDE : on va aller au lit, on va vous coucher</p> <p>Mme M rit IDE : on va aller au lit ? je vais vous mettre le pyjama... ah ah c'est bloqué vous m'aidez c'est le poignet hop voilà première couche de faite Mme M : <i>propos incompréhensibles</i> IDE : ah non évitez de me mettre des claques, hop, attention la tête, ça y est on est passé</p> <p>Mme M : ça y est t'as fini ? IDE : j'ai fini quoi ? De vous déshabiller ? Pas tout à fait, il reste le soutien gorge, allez... bon allez je vous pousse jusque devant la porte (Mme M est dans un fauteuil de salon devant la télévision près de la fenêtre où l'infirmier l'a installée le matin) IDE : le plus près possible et puis après on marchera, je vous amène là</p>	<p>« c'est la seule que j'appelle par son prénom... je sais pas pourquoi... peut-être parce qu'il y a une certaine familiarité on se fait des blagues tout ça mais finalement je sais pas... une fois elle m'a demandé mon prénom je lui ai dit et puis j'ai dit « et le vôtre ? » « Maria » j'ai dit « c'est joli Maria » et puis...</p> <p>IE : tu viens de la psychiatrie, en psychiatrie on appelle facilement les patients par leurs prénoms ?</p> <p>IDE : oui j'étais avec des ados alors on les appelle forcément par leurs prénoms mais ça me viendrait pas à l'idée d'appeler les patients par leurs prénoms</p> <p>IE : par respect, par distance ?</p> <p>IDE : par respect oui je peux pas dire papy mamy</p> <p>IE : je l'avais remarqué que tu l'appelais Maria mais ça m'a pas choquée parce que peut-être justement par cette familiarité en même temps ça fait tomber peut-être une barrière de distance ?</p> <p>IDE : oui aussi parce que ça l'incite... après j'aime beaucoup ce prénom aussi, ça me plaît de le dire mais je me</p>	<p>Evaluation</p> <p>Explique ce qu'elle va faire</p> <p>Sollicitude</p> <p>Pousse le fauteuil jusqu'à la chambre</p>
--	---	---

<p>IDE : allez, essayez, vous encore ah la vache c'est Luc qui a mis tout ça</p> <p>Moi : non il les a sorti de la boîte et lui a mis directement</p> <p>IDE : ah ben alors c'est les filles surement qu'il tombait et qu'elles en ont mis derrière, ok oh ben y avait beaucoup de colle, je vais vous les laver et les mettre à tremper et on les remettra demain hein. Allez je vous laisse et je vous dis à bientôt, bonne nuit.</p> <p>Ah ! Éteindre la télé, hop, les lumières aussi.</p>	<p>46.</p> <p><i>Dans la voiture</i></p> <p>Moi : ça doit être dur pour certains, cette dame je l'ai retrouvée exactement à la même place que ce matin et...</p> <p>IDE : ah oui c'est vrai, mais elle me touche moins que d'autres parce que elle a quand même beaucoup de passages d'aides à domicile après c'est vrai qu'elle est toujours à la même place mais je la crois très entourée elle a une fille et un fils qui sont très très très soucieux de son bien-être euh voilà il suffit qu'un jour on lui ai mal lavé l'œil ou un truc mal coiffée hop tout de suite elle appelle « vous avez mal coiffé maman » donc c'est très cadré très soucieux un vrai suivi et puis il y a une proximité avec les aides à domicile des fois quand je pars y en a une qui arrive et c'est euh, il y a une vraie chaleur humaine quand euh cette dame arrive on sent que c'est presque comme une copine enfin plus que d'autres qui sont là comme des employées après...</p>	<p>Impératif</p>
--	--	------------------

	<p>pourquoi j'ai moins pour elle oh ben aussi le fait qu'elle se voit pas démente euh je me dis qu'elle réalise peut-être moins tout ça que euh quelqu'un qui est parfaitement conscient, après elle a toujours la p'tite blague la p'tite chanson le p'tit sourire après c'est la maladie qui fait que... donc voilà elle donne moins l'impression d'être malheureuse</p> <p>Moi : elle a le sourire ?</p> <p>IDE : oui elle a le sourire et puis elle est quand même très décalée donc voilà ça crée l'illusion que... c'est pas celle qui me ferait dire qu'elle souffre le plus de solitude et le fait qu'elle soit à côté du volet ouvert, tout prend une autre dimension. Quelquefois je me dis d'une ou l'autre est-ce qu'elle serait pas mieux en maison de retraite mais euh après elles ont leurs repères chez elles y a tout plein de choses qui expliquent qu'elles restent chez elles alors effectivement c'est vrai qu'on essaie de leur apporter un petit quelque chose</p> <p>Moi : et ce petit quelque chose en plus c'est quoi ?</p> <p>IDE : ben c'est de la gaité de la joie de vivre du sourire c'est la petite blague voilà</p> <p>Moi : tout ça ça fait partie du soin ?</p> <p>IDE : oui ! Dans d'autres situations ça ne peut être qu'un soin technique je peux comprendre quand la personne est valide et qu'on passe juste faire une</p>	
--	---	--

<p>47. <i>Nous sommes de retour chez Mme P. vue deux fois le matin (3 et 24)</i></p> <p>IDE : alors l'ostéopathe ça a donné quoi ?</p> <p>Mme P : y a qui a un affaissement qui correspond avec les sciatiques mais c'est pas la sciatique</p> <p>L'IDE donne les médicaments à Mme P</p> <p>IDE : tenez j'ai tout ça pour vous</p> <p>Mme P : y en a combien ?</p> <p>IDE : y en a quatre deux entiers et deux moitiés, bon vous souffrez encore ? ça va mieux ? Ça siffle là c'est votre appareil qui siffle ? Vous dormez bien ?</p> <p>Mme P : oui (elle prend ses médicaments) ça y est</p>	<p>fraxiparine⁸ par exemple euh mais là... j'imagine pas qu'on puisse se limiter à ça !</p> <p>Après ça peut dépendre aussi de l'état de fatigue aussi y a des matins où on a la tête à l'envers, on est pas de bonne humeur parce que ceci cela c'est vrai qu'il y a des jours plus durs que d'autres de paraître moins... mais ça revient assez vite parce qu'il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose même si des fois quand on monte dans la voiture le matin « oh là là ! » et puis dès qu'on passe la première porte hop y a un truc qui fait que... et on a envie de construire des belles choses quoi.</p>	<p>Care receiving</p> <p>Evaluation</p> <p>Donne les médicaments</p> <p>Evaluation de la douleur des appareils auditifs, du sommeil</p>
---	--	---

⁸ Injection d'un anticoagulant

<p>IDE : bon, je vous emmène ! Mme P : oui on va commencer IDE : hop je vais chercher le déambulateur (<i>l'IDE a emmené Mme P dans sa chambre</i>), je vous enlève les lunettes, les oreilles, Mme P : ça est à gauche ça c'est à droite IDE : je les mets à charger... la chemise hop, allez un deux trois hop, ça va ? Mme P : ça, faut l'enlever (<i>l'ostéopathe lui a mis une ceinture de maintien</i>) IDE : allez c'est bon on va mettre les petites chaussettes, voilà Mme P : il faut enlever tout ce qui a sur le pied de lit et on va mettre la petite couverture rouge sur les pieds (<i>ton directif</i>) IDE : dites-moi Mme P : elle est dans la cuisine ou la salle à manger IDE : j'irai la chercher Mme P : et le coussin là du côté vert (<i>le ton est directif</i>) IDE : sous votre pied ? Vous y êtes Mme P : du côté de la prothèse IDE : je vous pivote comme ça Mme P : bouh attendez attendez IDE : vous l'avez déjà fait Mme P, c'est bien, parfait, impeccable, oh ben c'est drôlement mieux que la dernière fois Mme P : je sais pas IDE : oh ben j'vous l'dis. Et pourquoi y a un savon dans le lit ? J'ai pas compris Mme P : le savon je me butte à vous le dire, c'est un remède pour pas avoir des</p>		<p>Décrit ses actes</p> <p>Evaluation par rapport à l'effort fourni</p> <p>Sous énonciation</p> <p>Cherche à contenter Mme P</p> <p>Valorise</p>
--	--	--

<p>crampes et c'est même le docteur Mi. qui me l'a ordonné</p> <p>IDE : bien Madame !</p> <p>Mme P : attendez</p> <p>IDE : vous voulez que je remonte le coussin dans votre dos ?</p> <p>Mme P : là remonte ma tête, ça va pas</p> <p>IDE : là ça va ?</p> <p>Mme P : c'est bon c'est bon, et la couverture rouge sur les pieds</p> <p>IDE : ça marche je vais la chercher...</p> <p>Mme P : ça y est c'est bon merci</p> <p><i>Mme P m'interroge un peu sur mon travail.</i></p> <p>IDE : c'est bon je peux éteindre ?</p> <p>Mme P : oui</p> <p>IDE : bonne nuit, je ferme</p> <p><i>L'IDE ferme avec sa clef</i></p> <p>49.</p> <p><i>Nous sommes maintenant chez Madame N ayant perdu son mari la veille, l'IDE vient lui donner ses comprimés. En arrivant, l'IDE prend la dame par les épaules et les serre longuement.</i></p> <p>IDE : le petit cachet</p> <p>Mme N : oui avec de l'eau</p>	<p>48.</p> <p><i>Nous allons bientôt aller chez le Monsieur dont l'IDE m'a parlé le matin, atteint de sclérose en plaques, 50 ans, qu'il hésite à passer en soins palliatifs.</i></p> <p><i>Nous sommes dans la voiture.</i></p> <p>IDE : il a les jambes complètement paralysées et les bras, il a de moins en moins de force</p> <p>Moi : il vit tout seul ?</p> <p>IDE : non il est chez ses parents... bien courageux. C'est un gros boulot, mais bon on y arrive hein</p>	<p>Sous énonciation, conciliation</p> <p>Cherche le confort de la patiente</p> <p>Evaluation de l'action</p> <p>Acceptation</p>
---	--	---

<p>IDE : ce matin j'suis passée vers 9h30 mais vous n'étiez pas là Fille de Mme N : à 9h30 ? IDE : oui Mme N : elle était là, elle a pas dû entendre IDE : demain matin je passerai pour vous donner le petit comprimé, demain je passerai vers 9h30 Mme N : je vous ferai un café IDE : d'accord allez à demain</p>	<p>50. <i>Parlant de Mme N :</i> IDE : le soir elle est moins fraîche que le matin, elle s'envoie des p'tits canons, elle a pas eu une vie facile et ce soir aussi Moi : le geste de la prendre par les bras ? C'est du réconfort ? IDE : oui complètement ni plus ni moins, je ne fais pas ça avec elle habituellement mais là...</p>	
<p>51. <i>Nous arrivons chez le dernier patient, le Monsieur atteint de sclérose en plaques, l'IDE me présente et explique ma présence</i> IDE : après c'est comme vous voulez si vous préférez qu'Isabelle elle reste là pendant que j'vous couche ou bien vous, ça vous gêne pas qu'elle rentre dans la chambre ? C'est vous qui dites moi je peux comprendre hein M C ? Qu'est-ce que vous préférez ? Hein ?</p> <p><i>Je ne rentre pas dans la chambre pour assister aux soins</i></p>	<p>52. Nous sommes dans la voiture</p>	

	<p>Moi : alors par rapport à ce Monsieur, tu m'as demandé de ne pas venir</p> <p>IDE : oui</p> <p>Moi : tu l'as senti quand on est rentré dans la pièce ?</p> <p>IDE : non non non lui c'est un homme, le coucher nécessite aussi un change et voilà par pudeur juste par pudeur pour lui j'me dis que...</p> <p>Moi : est-ce que son âge a une importance dans cette décision ?</p> <p>IDE : pas spécialement quoique s'il était plus âgé ? non j'crois pas non c'est le fait que ce soit un homme j'me suis dit si on peut éviter, après si t'étais en formation bon ben évidemment j'aurai fait en sorte de t'intégrer progressivement mais là j'ai pas voulu lui imposer ça enfin par pudeur, et puis je suis une femme il y a l'image du corps voilà c'est pas banal déjà, complètement amoindri, se faire essuyer les fesses par une dame c'est pas la situation la plus sympathique à vivre alors si on peut lui éviter... et après il en avait peut-être rien à faire là j'suis pas du tout sûre de mon coup c'est juste de l'interprétation je préfère lui éviter même si il s'en fiche que de ne pas lui imposer s'il s'en fiche pas</p> <p>Moi : sécurité du patient</p> <p>IDE : c'est Maria... c'est la seule que j'appelle par son prénom</p> <p>Moi : oui</p> <p>IDE : je sais pas pourquoi</p>	
--	--	--

	<p>Nous rions</p> <p>IDE : peut-être parce qu'il y a une certaine familiarité on se fait des blagues tout ça mais finalement je sais pas... une fois elle m'a demandé mon prénom je lui ai dit et puis j'ai dit « et le votre ? » Maria j'ai dit « c'est joli Maria » et puis...</p> <p>Moi : tu viens de la psychiatrie, en psychiatrie on appelle facilement les patients par leurs prénoms ?</p> <p>IDE : oui j'étais avec des ados alors on les appelle forcément par leurs prénoms mais ça me viendrait pas à l'idée d'appeler les patients par leurs prénoms</p> <p>Moi : par respect, par distance ?</p> <p>IDE : par respect oui je peux pas dire papy mamy</p> <p>Moi : effectivement je n'ai pas posé la question mais je l'avais remarqué que tu l'appelais Maria mais ça m'a pas choquée parce que peut-être justement par cette familiarité en même temps ça fait tomber peut-être une barrière de distance ?</p> <p>IDE : oui aussi parce que ça l'incite... après j'aime beaucoup ce prénom aussi, ça me plaît de le dire mais je me suis dit... c'est bien ça permet de se poser des questions.</p>	
--	---	--

IDE 3 : Maria

Infirmière libérale numéro 3 – D 3

Originaire de Barcelone, Maria obtient son diplôme en Espagne en 2002. Après deux années de travail en Espagne, Maria arrive en France en 2004 car elle énonce un nombre trop important de diplômés comparativement aux postes vacants en Espagne. Une entreprise française recrutait des infirmières espagnoles et elle savait déjà où elle allait travailler. Elle désirait travailler dans le Nord de la France pour se rapprocher de son frère habitant la Hollande mais a été nommée à Cône sur Loire. Ayant rencontré son mari en France, elle y est restée. Installés près de Bourges, elle travaille en chirurgie vasculaire puis en salle de réveil (a un diplôme d’infirmière urgentiste obtenu en Espagne et qui n’existe pas en France). Son souhait était de travailler aux urgences mais la barrière de la langue s’y opposant, la salle de réveil lui a paru la bonne alternative. Elle y reste pendant 10 ans. Au bout de ces dix ans, elle a envie de voir autre chose et commence à faire des remplacements de libéraux. Elle parle avec un accent prononcé.

Nous nous rendons en premier lieu chez Mme Dav. mais elle est sortie avec son accompagnatrice faire le tour du quartier en fauteuil roulant. Nous nous rendons donc dans le village voisin chez Mme X.

IE : qu’est-ce que tu as trouvé de différent entre ton travail en structure et le domicile ?

IDE : ah c’est très différent ben déjà l’approche avec les patients en plus moi je viens de la salle de réveil, le contact avec les patients il est presque inexistant. Les patients en salle de réveil euh c’est plus euh c’est vraiment plus un travail d’infirmière euh en actes et plus surveiller les constantes, l’extubation, la douleur euh c’est beaucoup plus ça que le relationnel

IE : oui

IDE : qu’à domicile c’est que du relationnel enfin pas que, il y a des actes aussi mais il y a beaucoup beaucoup de relationnel et en fait euh cette partie-là euh j’adore la partie euh le

<p>D 5 <i>Nous arrivons chez Mme X pour lui enlever les bas à varices et faire un pansement d'ulcère.</i> IDE : bonsoir IE : bonsoir 2 dames : bonsoir IDE : donc je vous présente Isabelle une infirmière comme moi IE : je fais une recherche sur les infirmières donc je viens regarder travailler Maria</p>	<p>contact avec le patient et euh le fait d'aller chez les gens ils attendent euh l'infirmière le statut infirmière est beaucoup plus marqué que dans un établissement IE : Hum hum IDE : dans un établissement tu es une infirmière comme une autre tu es une parmi d'autres infirmières en fait chez les patients c'est très différent c'est surtout le relationnel qui change</p> <p>IE : et qu'est-ce que tu mets en place quand tu parles de relationnel ? C'est quoi pour toi ? IDE : tu as le contact avec le patient, t'as pas que le soin à faire. Si tu veux euh chaque patient a sa petite histoire mise à part de faire le soin le coucher le pansement et tout ça le contact c'est déjà de se créer une confiance avec le patient IE : c'est intéressant, et comment tu crées la confiance avec le patient ?</p>	<p>Ouverture du niveau supra-ordonné : entrée en contact selon règles socio-communicatives</p>
--	---	--

<p>Mme X : ah ! Voilà c'est bien <i>IDE prend le mollet de Mme X avec des gestes lents et doux et soulève la jambe, elle caresse la peau</i> Mme X : il fait chaud aujourd'hui IDE : oui et demain encore plus on devrait arriver à 25 ! Mme X : ben dites donc IDE : eh oui... oh ben ça a bien tenu le pansement. Et ça vous sert toujours au niveau de la cuisse ? Ça vous fait toujours la p'tite marque ? Mme X : des fois oui IDE : (en enlevant les bas) ça soulage hein ça va décompresser tout ça hein ? Ça y est voilà. Donc demain ça sera Luc qui va passer hein Mme X : oui oui IDE : nous on se revoit pas la semaine prochaine ce sera celle d'après Mme X : ben d'accord ben c'est bien IDE : et mardi comme d'habitude. Bonne soirée mesdames IE : bonsoir mesdames Les 2 dames : au revoir</p>	<p>IDE : On va retourner chez Mme Dav. maintenant la petite dame IE : donc tu me parlais de la relation de confiance que tu instaures avec tes patients IDE : oui IE : alors ça m'intéresse beaucoup. Comment tu fais pour instaurer une relation de confiance par exemple avec cette dame que nous venons de voir ? IDE : ben tout simplement être à l'écoute les gens y aiment beaucoup et pis à partir d'un certain âge ils sont tous seuls à la maison et c'est tout simplement</p>	<p>Gestes doux Propos d'ambiance Evalue l'efficacité du pansement sollicitude propos informatif</p>
--	---	---

	<p>être à l'écoute et les gens ils ont besoin de beaucoup de parler donc euh y a moi dans mon statut de remplaçante en fait je peux pas euh les gens au départ c'est pas qu'ils te prennent pas au sérieux mais ils sont plus euh ils vont être un petit peu plus pointilleux sur toi</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : euh donc en fait c'est d'être vraiment à l'écoute tout simplement par la gentillesse hein</p> <p>IE : mais quelques fois c'est pas facile d'être gentille ? Quelquefois des patients...</p> <p>IDE : il faut s'adapter. C'est pas comparable comme un commercial mais il faut s'adapter à chaque personne alors pas tout le monde est pareil y en a qui vont te parler toujours de la même chose des personnes âgées qui vont passer euh tout le temps à se plaindre</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : y a des personnes qui vont s'intéresser à ta famille des personnes qui vont poser des questions plus personnelles sur moi sur ma vie personnelle pourquoi je suis ici euh parce que déjà d'une le fait que je sois étrangère j'ai gardé toujours mon accent mais les gens sont encore plus « titilleux » sur toi</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : et ici dans le coin j'ai appris les gens euh ben</p>	
--	---	--

	<p>c'est pas qu'ils aiment pas les étrangers mais ils s'en méfient plus, quand je suis arrivée en France j'ai déjà entendu que je pique le travail aux infirmières françaises ou des patients pas en libéral en structure qui ont refusé mes soins parce que j'étais pas française donc il faut aussi que je m'adapte par rapport à ça</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : mais en fait je le prends plus comme un atout en fait de ne pas être d'ici parce que après j'apprends plein de choses sur ce qui disent les personnes les patients où on va en fait ils m'apprennent plein de trucs donc en fait c'est le dialogue on va dire le dialogue c'est ça qui permet le contact avec les patients. Voilà</p> <p>IE : est-ce que tu connais le terme de care ?</p> <p>IDE : non</p> <p>IE : non ? On l'oppose au terme de cure en anglais, le cure est plus l'aspect du soin technique et le care c'est plus euh la sollicitude à l'autre l'attention, est-ce que tu penses que ton travail en libéral se rapproche plus du cure ou du care ?</p> <p>IDE : ben ça dépend. Je peux pas dire euh je peux pas généraliser y a des personnes vraiment elles attendent euh l'infirmière pour vraiment faire l'acte</p>	
--	---	--

	<p>infirmier donc euh faire le pansement ou la piqûre ou la prise de sang mais y a d'autres ça s'approche plus du care alors euh c'est plus pour les habituels ceux qu'on voit tous les soirs euh ces patients-là euh ils vont connaître euh pas toute ma vie personnelle mais bon ils vont savoir que j'ai deux enfants que je suis mariée où j'habite alors que les personnes euh ponctuelles qu'on doit y aller pour une prise de sang ou euh ou pour un pansement en particulier ou pour des jeunes ! Les jeunes posent bien moins de questions que les personnes âgées en fait donc ça dépend on peut pas généraliser le libéral par rapport à l'un ou l'autre y a pas un penchant pour l'un ou l'autre c'est vraiment personne par personne</p> <p>IE : D'accord. Prendre soin ça veut dire quoi pour toi ?</p> <p>IDE : prendre soin de la personne c'est c'est prendre la personne dans sa globalité c'est prendre soin pour le besoin ponctuel pansement, prise de sang, piqûre, mais aussi la personne en elle-même parce que on peut pas je pense comme ça en tant qu'infirmière je peux pas arriver comme une barbare aller faire le pansement et partir oui le pansement y sera fait mais il faut établir euh ce que je disais tout à l'heure une relation de</p>	
--	--	--

<p>D8 <i>Malheureusement la dame n'est toujours pas rentrée</i></p>	<p>confiance il faut se présenter expliquer ce qu'on fait le pourquoi euh voilà c'est prendre la personne en globalité si on se limite juste à faire l'acte euh on va pas prendre en soin de la personne parce que on aura fait notre travail en tant qu'infirmière mais en fait il faut prendre aussi les peurs ou les angoisses de la personne si y en a. Pas plus loin que la semaine dernière un p'tit jeune pour une prise de sang en fait heureusement qu'on a discuté un peu avant de faire la prise de sang parce qu'en fait lui il voulait pas me dire que lui il fait des malaises pour les prises de sang IE : d'accord IDE : donc tout simplement si on n'avait pas discuté un peu avant je l'aurais assis sur sa chaise et il serait tombé par terre IE : oui IDE : le fait de lui parler eh ben je l'ai fait allonger sur son canapé j'ai pu lui faire la prise de sang effectivement il m'a fait p'tit malaise vagal qu'on attendait autant lui que moi et la prise de sang s'est passée beaucoup plus simplement que si j'avais été faire euh QUE la prise de sang IE : hum hum IDE : voilà là on est arrivées chez la p'tite dame.</p>	
---	---	--

<p>IDE : Bonsoir, je reviens chez vous je vais faire un petit monsieur là-devant et je reviens chez vous tout de suite</p> <p>L'accompagnatrice : d'accord merci</p> <p>IDE : à tout de suite... bon alors là on est chez M. B c'est un petit Monsieur qui a juste les médicaments à lui donner le soir on prépare le pilulier tous les vendredis matins et là on lui donne juste les médicaments.</p> <p>IE : D'accord</p> <p>IDE : bonjour Monsieur B. ça c'est bien passé cette journée ? (elle va en cuisine lui préparer un verre d'eau). M. B est installé dans un fauteuil devant la télévision sous la véranda. Il y fait très chaud.</p> <p>M. B : marmonne un oui</p> <p>IDE : oui tranquillement ? Il fait très chaud là sous votre véranda non ? Vous n'avez pas trop chaud ? Est-ce que ça vous dit que je laisse un petit peu ouverte la porte ? Là en partant la porte de la véranda là (en lui montrant la porte) hein ? Comme ça ça va respirer un p'tit peu</p> <p>M.B : il faut tirer un peu leee...</p> <p>IDE : le rideau ? Oui mais c'est que ça va faire rentrer le soleil après. J'ouvre un peu voilà un p'tit peu</p>	<p>IDE : alors ça tu vois c'est les vraies contraintes du libéral on est en train de perdre du temps malheureusement on est en train de perdre du temps et le problème avec la tournée c'est que on doit aller dans d'autres villes et revenir ici. Oh ben tiens (nous apercevons sur la route Mme Dav. En fauteuil roulant poussé par son accompagnatrice)</p>	<p>Propos informatif</p> <p>Evaluation</p> <p>Constat</p> <p>La chaleur ne gêne-t-elle pas M. B.</p> <p>Cherche un meilleur confort pour la personne</p>
--	---	--

<p>comme ça pour que ça circule l'air d'accord ?</p> <p>M.B :oui oui</p> <p>IDE : c'est bon ? (<i>sous-entendu les comprimés sont avalés ?</i>)</p> <p>M.B : ça y est</p> <p>IDE : d'accord donc demain matin c'est C. qui va passer</p> <p>M.Ben me regardant : C'est vous ?</p> <p>IE : ah non c'est pas moi</p> <p>IDE : c'est la femme à Luc</p> <p>M.B : ah oui d'accord</p> <p>IDE : allez bonne soirée M. B</p> <p>IE : au revoir Monsieur</p> <p>M.B : au revoir Mesdames</p>	<p>IDE : ben tu vois nous avons perdu un bon quart d'heure malheureusement et ce soir je fais une petite dame en plus que je connais déjà quand je fais la tournée de C. et elle est à Saint Palais donc en fait y a pas grand-chose à lui faire cette p'tite dame en fait c'est un Alzheimer très très prononcé et euh elle habite avec son mari euh mais le problème c'est qu'on y va le matin et le soir pour la toilette et l'habiller. Si tu veux elle est très valide cette dame mais euh elle perd tellement la tête qu'elle est capable de se coucher habillée euh avec les chaussures ou le matin de se mettre une chaussure de chaque couleur euh donc en fait c'est plus de la surveillance donc là on y va le soir aussi et le problème c'est que c'est à Saint-Palais (ville assez éloignée)</p>	<p>Les comprimés sont-ils passés sans soucis</p> <p>Propos informatif</p>
---	---	---

<p>D10 <i>Nous retournons chez Mme Dav.</i> <i>Nous entrons chez Mme Dav.</i> IDE : re-bonsoir IE : bonsoir IDE : alors on se promène ce soir L'accompagnatrice : je m'excuse hein vraiment IDE : y a pas de problèmes on est passées une première fois L'accompagnatrice : oh mince excusez-moi IDE : y a pas de problème L'accompagnatrice : ben si quand même <i>La fille de Mme Dav entre et nous salue</i> <i>IDE aide Mme Dav à se lever du fauteuil roulant elle lui prend les mains et la mène en bout de lit pour s'accrocher debout à la barre du lit :</i> IDE : attention les jambes allez-y venez là. Il fait beau aujourd'hui hein ? L'accompagnatrice : oh oui IDE : je vois qu'elle peine toujours un petit peu à la marche ? Non ? L'accompagnatrice : bof pas plus que ça peut-être qu'elle est un peu ankylosée IDE : peut-être avancez un petit peu Mme Dav. Attendez on va faire comme ça là regardez comme ça ce sera plus facile pour se tenir voilà. Demain on va arriver à 25 L'accompagnatrice : oui ben j'bougerai pas IDE rit. L'accompagnatrice : j'm'excuse vraiment</p>	<p>donc en fait ça fait beaucoup de route IE : ben oui IDE : donc je suis un petit peu « taton » par rapport au temps.</p>	<p>ouverture</p> <p>Guide la patiente en lui prenant les mains</p> <p>Prévenance surénonciation Propos d'ambiance</p> <p>Evaluation de l'état de marche</p>
--	---	---

<p>Mme Dav. : y a personne ? (<i>l'IDE est en train de lui retirer ses vêtements</i>)</p> <p>IDE : non enfin si vous voulez fermez les volets hein y a pas de soucis</p> <p>L'accompagnatrice : mais non mais non y a personne mamie</p> <p>Mme Dav. : vous restez l'une ou l'autre avec moi ?</p> <p>L'accompagnatrice : oui mamie oui</p> <p>IDE : allez hop allez-y Mme Dav.</p> <p>Un pied (<i>Elle enlève la jupe de Mme Dav. La plie sur une chaise, lui enlève son chemisier avec des gestes lents.</i>)</p> <p>L'accompagnatrice : demain je resterai là</p> <p>IDE : oui ben vous savez on passe euh vers ben le problème c'est qu'il y a beaucoup de route mais bon c'est pas tous les jours non plus hein ?</p> <p>L'accompagnatrice : non c'est vrai moi Monique (la fille de Mme Dav.) m'a dit d'aller promener moi j'écoute la patronne</p> <p>IDE : ah les patrons !</p> <p><i>Elles rient</i></p> <p>IDE : attendez attendez (<i>Elle enlève la culotte regarde dans la couche si elle est souillée</i>)</p> <p>L'accompagnatrice : bougez pas mamie</p> <p>IDE : on va changer la protection hop ça les lingettes</p> <p>L'accompagnatrice : elles sont là</p> <p><i>L'IDE enfle un gant jetable, arrache la protection et la met dans la poubelle. Elle passe une lingette sur les fesses la met à la poubelle avec son gant, place la protection propre et en met une deuxième au-dessus</i></p> <p>IDE : hop... hop... alors... non mais demain vous pouvez essayer de sortir et promener un p'tit peu</p>		
--	--	--

<p>L'accompagnatrice : oui alors en début d'après-midi IDE : en plus il faut en profiter parce que tout à l'heure y avait une petite dame qui me disait que à partir de vendredi ça se gâte L'accompagnatrice : oh ben pour le moral... IDE : c'est sûr que ça y fait beaucoup beaucoup. Et hop voilà allez un petit bras l'autre petit bras (<i>elle lui enfle la chemise de nuit</i>) là voilà donc aujourd'hui j'ai Isabelle avec moi qui me regarde travailler L'accompagnatrice : ah ben c'est bien IDE : et j'suis notée à la fin alors j'ai intérêt à m'appliquer hein L'accompagnatrice : c'est sévère ? (<i>en riant</i>) IDE : ah oui oui L'accompagnatrice : oh j'pense pas IDE : hop allez une petite jambe hop (<i>elle enfle le pantalon et les chaussons</i>) hop hop hop on enfle les chaussons <i>L'IDE prépare le lit</i> IDE : je la trouve fatiguée Monique me l'avait dit aussi la dernière fois allez hop je vous laisse la tenir comme ça je vais descendre la barrière venez avec moi là bien haut sur le lit hop (<i>elle lui bascule les jambes dans le lit</i>) allez hop on a se pousser un petit peu par-là (<i>plus au centre du lit, elle place ses mains sur ses hanches pour déplacer ses fesses</i>) les fesses juste les fesses soulevez vos fesses Mme Dav. : y a quelqu'un qui vient coucher là ? IDE : y a pas de place ça va être un petit peu étroit pour deux, là vous dormez toute seule Mme Dav Mme Dav : ben non L'accompagnatrice : ben si mamie Mme Dav : mais tu restes avec moi</p>		<p>Emploi de « petit »</p> <p>évaluation</p> <p>dirige les actes de Mme Dav.</p> <p>Humour</p>
---	--	--

<p>L'accompagnatrice : oui voilà pas de soucis c'est souvent qu'elle me dit : « tu couches avec moi ? »</p> <p>Mme Dav : t'as un mari ?</p> <p>L'accompagnatrice : ah ben oui AH ! Elle s'en est rappelée</p> <p>Mme Dav : et des enfants ?</p> <p>L'accompagnatrice : oui mamie et des petits-enfants eh oui elle s'en est rappelée une fois j'lui dis j'ai un mari et alors elle me dit « oh ben alors faut le garder hein »</p> <p>IDE : c'est vrai ? C'est mignon</p> <p><i>Elles font le lit ensemble, choisissent le côté préféré de Mme DAV</i></p> <p>IDE : voilà toute belle comme une princesse là (elle caresse le drap)</p> <p>bonne nuit</p> <p>Mme Dav : merci vous également</p> <p>IDE : voilà mesdames <i>demain matin c'est C.</i></p> <p>L'accompagnatrice : oui mais moi je viens pas le matin moi</p> <p>IDE : à une prochaine alors au revoir</p> <p>IE : au revoir</p> <p><i>Nous remontons en voiture, nous partons pour le village voisin</i></p>	<p>IDE : nous allons chez une petite dame à qui on enlève les bas également et tu vois par rapport à ce que je disais tout à l'heure c'est une petite dame qui est très gentille mais qui a toujours quelque chose qui va pas donc en fait on s'adapte on essaie de lui remonter le moral on fait de la psychologie</p> <p>IE : alors dis-moi par rapport à tes intentions par exemple tu es arrivée chez cette dame est-ce que tu arrives avec une idée du soin est-ce que aujourd'hui</p>	<p>Sollicitude</p> <p>Propos informatif</p>
--	---	---

	<p>par exemple ça s'est pas déroulé comme tu le pensais ?</p> <p>IDE : non non c'est comme habituel au niveau du soin c'est le changement de protection lui mettre le pyjama et la mettre au lit ça si tu veux tous les soirs ben y a des soirs elle veut aller au lit y a des soirs où elle veut pas aller au lit là elle a demandé qui c'est qui allait dormir avec elle mais sinon en fait euh après pas tous les soirs faut pas lui changer la protection complète comme aujourd'hui tu vois mais non y a rien d'exceptionnel on va dire qui soit arrivé après ben je prépare toujours ben un gant parce que des fois elle a des selles pas tous les soirs faut anticiper si tu veux</p> <p>IE : hum hum</p> <p>IDE : donc voilà mise à part le fait qu'ils étaient pas à la maison ça oui on peut dire c'est plus embêtant qu'autre chose parce que c'est assez exceptionnel qu'ils soient pas présents à la maison</p> <p>IE : ton activité a été empêchée et du coup tu as pris du retard</p> <p>IDE : ah oui là là on a pris un bon quart d'heure de retard minimum mais comme je sais pas trop aujourd'hui puisque on va faire la dame à Saint Palais alors je sais pas trop au niveau du timing comment ça va se dérouler mais</p>	
--	--	--

	<p>après y a des patients que c'est pas à des heures ponctuelles y a des patients où je peux y aller si j'y vais à 20 h ou à 20h30 y a pas de soucis c'est avec ces patients-là que je joue après une fois que je connais la tournée c'est avec ces patients-là que je me dis ben allez j'ai un petit quart d'heure j'y vais de suite ou j'me dis non mais par contre il y a des patients où euh il faut y être plus à des heures précises après c'est pareil en tant qu'infirmière libérale on peut pas avoir des horaires stricts exacts chose que pas tout le monde comprend parce que ben ça se déroule pas toujours comme on veut chez les gens des fois comme y a des personnes on prend un peu plus de temps parce que soit ça va pas soit il s'est rajouté un p'tit truc ou y a une p'tite urgence donc y a des personnes qui vont comprendre qu'on soit un petit peu en retard que d'autres non</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : donc ça c'est le hic du libéral et après où j'ai pris sur moi c'est sur la voiture parce que j'avais tendance à si j'avais du retard à accélérer et là il faut se dire que j'ai déjà eu des petites peurs on va dire pas d'accident touchons du bois mais euh faut pas s'accrocher sur la voiture pour récupérer le temps</p>	
--	---	--

<p>D11 IDE : je suis accompagnée Mme M. Mme M : Ah ah bon IE : bonsoir Madame</p>	<p>perdu euh si on est en retard ben on est en retard on peut pas jouer sur notre vie pour aller faire une petite toilette ou un coucher autant y arriver une heure ou une demi-heure en retard que pas y arriver du tout mais ça ça été un gros travail sur moi vu que j'ai travaillé très longtemps où y avait des horaires stricts exacts avec des timing les médicaments tout ça qu'on pouvait pas zapper tout ça on joue avec des seringues de dopamine et tout ça c'est énorme donc ça c'est beaucoup ce que j'ai pris sur moi le fait de me dire en libéral si il y a des horaires mais on est pas à dix minutes près malheureusement pour les gens et pis après quand on arrive plus tard ou plus tôt ben on s'explique avec les personnes hein c'est la première chose que je fais d'ailleurs quand j'arrive chez les gens si je vois que j'ai du retard de leur dire ben voilà aujourd'hui j'suis en retard mais voilà la personne où j'étais avant y a eu un p'tit soucis donc j'explique pourquoi je suis en retard et puis après y a tout y a les personnes qui comprennent et pis celles qui comprennent pas donc voilà après y a la route ça s'passe pas toujours comme on veut</p>	
---	---	--

<p>IDE : c'est Isabelle. Il a fait beau hein ?</p> <p>Mme M : oui il a fait chaud</p> <p>IDE : et demain apparemment il va faire encore plus chaud</p> <p>Mme M : ah bon ben on restera à l'ombre hein</p> <p>IDE : ben oui hein. Hop</p> <p>Mme M : on lavera les pull-overs</p> <p>IDE : oui c'est ça faut profiter pour faire du linge. Ca va les petits pansements ?</p> <p>Mme M : ça peut aller</p> <p>IDE : hop et votre chat comment ça va ?</p> <p>Mme M : ça va mieux c'est pas encore ça mais... là j'ai voulu lui donner à manger et il a pas pu sauter sur la chaise</p> <p>IDE : bon</p> <p>Mme M : il est pas pire mais il a reçu un bon coup sur la colonne</p> <p><i>En discutant elle enlève les bas de contention regarde les jambes les pansements au pied</i></p> <p>Mme M : oh je sais pas</p> <p>IDE : on dirait que ça va mieux cette jambe</p> <p>Mme M : oh elle est enflée quand même mais enfin bon ça peut aller parce que il fait chaud hein ?</p> <p>IDE : ben oui oui oui c'est pour ça que je vous le dis. Ça fait toujours mal là en dessous ?</p> <p>Mme M : oh ben oui</p> <p>IDE : il faudrait peut-être le faire voir par un podologue</p> <p>Mme M : ah c'est fait</p> <p>IDE : ben oui j'sais bien mais si ça continue à vous faire mal</p> <p>Mme M : elle m'dit elle l'enlève mais comme elle dit ça reviendra vous savez les cors ça revient</p> <p>IDE : ben oui</p> <p>Mme M : bon allez à la prochaine</p> <p>IDE : à la prochaine on se verra samedi matin</p>		<p>Ouverture</p> <p>Propos d'ambiance</p> <p>Evaluation de l'état des pansements</p> <p>S'intéresse au chat qui a été blessé</p> <p>Evaluation de l'état des jambes</p> <p>Et bilan</p> <p>Evaluation de la douleur</p>
---	--	---

Mme M : ah bien au revoir

D12

Une fois dans la voiture l'IDE reçoit un appel d'une patiente à qui elle a laissé son numéro.

IDE : cette dame m'appelle pour me dire qu'elle ne sera pas à la maison parce que son papa est hospitalisé. Je lui ai dit que s'il y avait un souci par rapport à son dosage qu'elle n'hésite pas à me rappeler à nouveau. En fait ce matin elle m'a dit qu'elle devait aller chercher son papa à l'hôpital mais elle n'était pas sûre d'être à la maison je lui ai dit « écoutez même si c'est plus tard je vais passer y a pas de soucis » elle m'a dit je vous appellerai à ce moment-là et effectivement elle ne sera pas chez elle

IE : et c'est quoi que tu lui faisais comme soin ?

IDE : un dextro et une insuline

IE : d'accord donc elle va se le faire toute seule ?

IDE : elle va se le faire toute seule en fait elle a un protocole et elle se le fait toute seule et euh si tu veux c'est une jeune elle a quoi 50 ans

IE : hum hum

IDE : en fait on y allait parce que au départ sa glycémie elle est très

<p>IDE : bonsoir, je viens accompagnée Mr. B c'est une infirmière elle vient me regarder travailler IE : bonsoir M. B : bonsoir venez</p>	<p>fluctuante on sait pas si en fait au niveau de l'alimentation elle est pas très très sérieuse donc ça fait que on adapte la rapide en fonction de et en fait on y passe pour ça pour gérer l'insuline parce que sinon ça devient du pas sérieux du tout donc c'est pour ça que je lui ai dit au téléphone que si elle avait un doute qu'elle m'appelle pour que je lui dise au téléphone mais bon vu qu'elle est encore à l'hôpital elle veut pas me déranger pour que j'y aille mais moi je veux lui faire comprendre aussi que c'est mon travail que c'est pas grave c'est pour ça que y a pas mal de patients qui ont mon numéro de téléphone pour parce que on sait jamais et moi aussi j'ai pas mal de numéros parce que si je suis en retard ou parce que il y a quelque chose qu'ils sachent que je ne les ai pas oubliés c'est surtout les personnes âgées si tu es en retard dix minutes c'est beaucoup plus long quand on attend donc là on va chez Mme B. une dame qui a un Alzheimer aussi assez important très très gentille et donc là c'est un changement de protection peut-être si elle est sale et on lui met la chemise de nuit</p>	<p>Ouverture</p>
--	---	-------------------------

<p><i>Nous allons dans le salon où un lit médicalisé est installé. Mme B y est couchée elle regarde la télévision.</i></p> <p>L'infirmière embrasse le couple.</p> <p>IDE : bonsoir vous allez bien ?</p> <p>IE : bonsoir Madame</p> <p>IDE : oh c'est bien ça (<i>un coussin est installé le long des barrières de lit</i>) c'est que vous êtes bien soignée par votre petit mari</p> <p>Mme B : oh oui ! C'est pour éviter de me cogner</p> <p><i>La télévision fonctionne et parasite l'enregistrement</i></p> <p>IDE : tournez-vous un petit peu par là ! Est-ce que vous avez envie d'aller à la selle ?</p> <p>Mme B : non</p> <p>IDE : vous y êtes allée aujourd'hui ?</p> <p>Mme B : oui j'y suis allée ce matin</p> <p>IDE : d'accord, on va regarder ça</p> <p><i>Elle change Mme B. et lui enfle la chemise de nuit.</i></p> <p>Mme B : je suis inquiète pour mon chat il est pas rentré</p> <p>IDE : il est dehors votre chat il nous empêchait de garer la voiture</p> <p>Mme B : ah que je suis contente j'adore cette petite bête</p> <p>IDE : le pansement a été fait hier ?</p> <p>Mme B : oui</p> <p>IDE : vous inquiétez pas j'ai une bonne nouvelle, on va pas vous couper le bras tout va bien</p> <p>Mme B rit : ah c'est gentil</p> <p>IDE : ça aurait été embêtant ah je vais regarder si j'ai du tulle je n'en ai pas je vais en chercher dans la voiture</p> <p><i>L'IDE sort quelques minutes, Mme B me parle de son chat</i></p> <p>IDE : très bien, il est dans la cuisine Ristourne (le chat) il mange</p> <p>Mme B : ah c'est pas possible que je suis contente que je suis contente (<i>à son mari</i>) je te ferai un bisou</p>		<p>Evaluation</p> <p>Sollicitude</p> <p>Dirige les mouvements</p> <p>Evaluation du besoin d'élimination</p> <p>Surveillance des selles</p> <p>Propos rassurants</p> <p>Evaluation du pansement</p> <p>Humour</p>
---	--	--

<p>IDE : ouh alors faut qu'on parte assez vite alors ! Bon j'ai mis un autre pansement Mme B d'accord celui-là il colle moins à la peau parce que vous avez une peau fragile il vous fera pas mal quand on l'enlèvera hein</p> <p>Mme B : d'accord</p> <p>IDE : allez on remonte un peu plus les fesses vous êtes trop au bord hop</p> <p><i>L'IDE prépare un aérosol pour Mme B</i></p> <p>IDE : ah c'est un nouveau (<i>appareil à aérosols</i>) c'est le troisième que vous avez, très bien pas de soucis</p> <p>M. B : Ristourne est dans la cuisine il attend pour manger des crevettes</p> <p>IDE : ça va comme ça ? comme ça vous pouvez continuer à regarder la télé</p> <p>Mme B : très bien</p> <p>IDE : attendez, vous allez prendre les médicaments d'abord</p> <p>Mme B : ça y est tout est avalé d'un coup</p> <p>IDE : vous prenez l'apéro après le repas vous</p> <p>M. B : c'est le digestif</p> <p>IDE rit : ça y est c'est bon, <i>elle met l'appareil en marche</i></p> <p>IDE : voilà votre mari sait l'enlever vous inquiétez pas, allez bonne soirée</p> <p>IE : bonsoir Madame</p> <p>IDE : allez à samedi matin</p> <p>IE : au revoir Monsieur</p> <p>IDE : allez bonne soirée</p>	<p>18,45</p> <p>IDE : là on va aller chez Mme N.</p> <p>IE : alors ici ce couple, tu l'as embrassé quand tu es rentrée ?</p> <p>IDE : oui ben c'est ce que je disais faut s'adapter à chaque personne et M. B en fait un soir il m'a embrassé</p>	<p>Humour</p> <p>Prévenance</p> <p>Consignes</p> <p>Evalue le confort de la patiente suite à la pose de l'aérosol</p> <p>humour</p> <p>rassurance</p> <p>clôture</p>
---	---	--

	<p>du fait ben j'ai continué mais bon c'est pas quelque chose que je fais d'habitude ben y a qu'eux. C'est un monsieur qui est tout seul avec sa femme et son épouse elle perd énormément la tête et donc ce monsieur se sent très très seul, ils avaient un fils qui est décédé d'un cancer donc en fait il est tout seul avec son aide-ménagère qui passe deux fois par semaine et nous et donc en fait y a une confiance qui s'instaure plus intime que chez d'autres patients mais c'est pas parce que on a choisi comme ça c'est les circonstances c'est pour ça que je disais tout à l'heure qu'on ne va pas faire que l'acte on prend la globalité de la personne et la globalité c'est même la famille quoi</p> <p>IE : hum donc en fonction des patients tu n'as pas le même degré d'empathie ou c'est le même ?</p> <p>IDE : ben forcément tu as plus d'affinité avec certaines personnes que d'autres et quand tu vois la même personne plusieurs fois par semaine ou par mois ben forcément y a un climat qui s'instaure qui est différent y a des personnes qui vont chercher à comprendre à me connaître à connaître ma vie personnelle pas en tant qu'infirmière mais en tant que fille on va dire en tant que personne alors</p>	
--	--	--

	<p>forcément y a un climat qui s'installe qui est différent donc euh c'est pas que l'empathie envers les gens ça sera toujours la même mais l'affinité envers la personne ça sera différent en fonction de la personne c'est pas parce que on s'entend mieux que les soins vont être différents les soins ils vont être pareils après la conversation ça va être différent mais tu vois ce couple on fait plus du social avec lui et avec elle c'est plus les soins</p> <p>IE : est-ce que tu as dû toi faire un travail sur la gestion de tes émotions ?</p> <p>IDE : oui parce que quand j'ai perdu des patients si tu veux c'est dur. Y a des personnes avec qui tu t'entends bien où tu vas tous les soirs et ça arrive un moment où on essaye de bâtir notre mur on va dire quand on arrive à la maison voilà c'est le travail c'est le travail mais le fait qu'on va dans la vie de la personne chez eux c'est pas comme dans un hôpital où la chambre elle est neutre tout est neutre je vais chez la personne donc j'ai dû faire un travail sur moi quand j'ai perdu mon premier patient j'ai vu une personne se dégrader énormément c'était un monsieur jeune en plus des métastases osseuses il était en phase terminale donc j'ai commencé à y aller pour un</p>	
--	---	--

<p><i>L'IDE frappe la porte est fermée elle retourne à sa voiture pour prendre les clés</i></p> <p>IDE : bonsoir Mme N je suis accompagnée ce soir c'est Isabelle, je vais vous donner vos médicaments, ils sont où, là, attention votre verre est déjà rempli d'eau je l'ai fait, allez tenez on commence par le petit hop voilà un autre</p> <p>Mme N : y en a plus ?</p> <p>IDE : si un petit dernier, la coiffeuse elle est passée</p> <p>Mme N : elle est passée mercredi ils sont défaits déjà</p> <p>IDE : il y a une semaine ?</p> <p>Mme N : oui</p>	<p>lovenox et on finissait par tout lui faire alors cette dégradation et le travail avec la famille parce que ce monsieur il avait des enfants ils étaient plus jeunes que moi, une femme donc euh c'est ça mais bon après c'est pas qu'on s'y fait mais après il faut garder ses émotions aussi en dehors malgré que je ressente quelque chose les patients ils vont jamais le voir je montre jamais mes émotions sont toujours les mêmes j'essaie d'être très positive envers les gens euh de toujours bien dialoguer tout ça y a des personnes à qui il faudra remonter le moral parler de son chat comme tout à l'heure mais les émotions faut pas les montrer je peux avoir des soucis aussi dans ma vie personnelle il faut pas que ça paraisse. Alors il est 19h30 on va faire la petite dame ici.</p>	<p>Ouverture</p> <p>Explique ce qu'elle fait</p> <p>Mise en garde</p> <p>Emploi de « petit »</p> <p>Observation de l'IDE (Mme N est bien coiffée)</p>
---	---	---

<p>IDE : oh ben c'est tiens pas mal. Hop, allez ça y est c'est passé Mme N : hum IDE : je vous laisse ça pour la poubelle, voilà tout est bon ? Mme N : tout est bon IDE : bonsoir Mme N, demain c'est C je ferme derrière moi... c'est bon (<i>à Mme N derrière la porte</i>) allez bonne soirée. Cette dame ça fait pas très longtemps que sa fille elle est venue habiter avec elle alors là on va chez M. G qui a été opéré d'une néphrectomie et on lui fait un lovenox (<i>c'est dans la même rue que la visite précédente</i>) IDE : bonsoir IE : bonsoir monsieur IDE : vous allez bien ? M.G : ça va et vous ? IDE : je viens accompagnée c'est Isabelle elle regarde comment je travaille M. G : oh ben très bien IDE : alors ça va depuis la dernière fois ? M. G : oui oui ça va <i>Nous entrons dans le salon où la femme de M. G est installée devant la télévision</i> IDE : bonsoir je viens en renfort y en une qui tient et l'autre qui pique Mme G : d'accord IDE : ce soir il n'y a que l'injection pas le pansement, on fait laquelle ce soir ? M.G (<i>en montrant sa cuisse</i>) : celle-ci IDE : celle-ci, ça vous fait pas trop de bleus M.G : non ça va IDE : allez, je vous laisse tout ça hop voilà je jette ça M. G : et demain c'est vous qui passez ?</p>		<p>Mme N a-t-elle besoin de quelque chose</p> <p>cloture</p> <p>ouverture</p> <p>évaluation</p> <p>humour</p> <p>laisse le patient décider du lieu d'injection</p> <p>évaluation de l'état cutané</p>
--	--	--

<p>IDE : non ce sera Luc et nous on ne se verra plus parce que quand je reviendrais vous serez déjà guéri</p> <p>M. G : oh oui je pense là on va m'enlever les agrafes</p> <p>IDE : et ça se passe bien ?</p> <p>M.G : oh oui j'ai plus rien je prends même plus de médicaments ça va</p> <p>IDE : c'est parfait alors</p> <p>M. G : bon je me méfie quand même</p> <p>IDE : c'est normal mais bon là c'est fini y a pas de raisons</p> <p>M.G : bon ben bonne soirée</p> <p>IDE : ben merci bon rétablissement et bonne continuation</p> <p>M.G : au revoir et là c'est à droite et à gauche</p> <p>IDE : ah oui c'est vrai que la dernière fois je suis allée tout droit, bonsoir</p> <p>IE : bonsoir Monsieur</p> <p>IDE : alors c'est bon on va aller voir</p> <p>M. B que je connais pas je suis pas allée encore on est au 52 il faut aller au 72</p>	<p>IE : alors ce monsieur quand tu lui as fait une injection euh est-ce que tu penses que tu as mis en place des actions en place pour éviter qu'il ait mal ou des choses comme ça ?</p> <p>IDE : si tu veux on avait longuement parlé la dernière fois et il appréhendait pas mal les piqûres ce monsieur donc il préférerait qu'on lui dise pas quand on va piquer j'ai dit ok je lui ai dit vous vous préparez psychologiquement quand on pince la cuisse</p> <p>IE : d'accord</p> <p>IDE : et donc tout simplement si tu veux le pincement il est légèrement plus important que chez un</p>	<p>Propos informatif</p> <p>Evaluation suite à la néphrectomie du patient</p> <p>rassurance</p> <p>cloture</p>
---	---	--

<p>36,55 IDE : bonsoir Monsieur, je suis l'infirmière et je suis accompagnée ce soir, Isabelle, infirmière également qui vient me regarder travailler pour que je travaille mieux M. Y : ah bon parce que d'habitude vous travaillez mal ? IDE : on peut toujours s'améliorer M. Y : ah bon IDE : on va voir le pansement là ? M. Y : je me mets sur le lit c'est plus pratique IDE : je veux juste regarder un petit truc... c'est bon j'en vois une mais il n'y a pas de pansement transparent, je vais aller en chercher dans ma voiture, vous les mettez pour la douche je suppose ? M.Y : oh ben je me lave comme ça IDE : non mais j'en ai dans ma voiture c'est pour vous. Dites-moi elle est comment la plaie parce que ça c'est un petit pansement, la plaie elle est plus importante ? M. Y : ben je vais vous montrer ça tout de suite. Y a pas c'qui faut autrement ?</p>	<p>autre tout simplement pour qu'il se concentre sur ce fait là sinon voilà IE : donc tu as ajusté ton soin pour que tu as ajusté ta technique on va dire pour ce monsieur qui appréhendait ? IDE : voilà c'est prendre la personne en particulier chacun est différent si tu veux. Alors nous y voilà 72 pour ce monsieur que je ne connais pas IE : pour lui faire quoi ? IDE : c'est un pansement il a été opéré d'une artère apparemment donc c'est un pansement et un lovenox pareil.</p>	<p>Ouverture</p> <p>S'adapte au patient</p> <p>Evaluation des besoins en matériel</p>
---	--	---

<p>IDE : y en a juste un mais Luc y m'en a donné <i>L'IDE regarde la plaie</i> IDE : d'accord d'accord très bien ben je vais chercher c'qui faut dans la voiture j'arrive tout de suite Monsieur IDE : dites-moi on commence par quoi par la piqûre ? M. Y : oh si vous voulez on va faire tout ça par là IDE : allez j'emmène tout par là <i>Nous nous rendons dans la chambre</i> IDE : on va éclairer un p'tit peu (<i>elle allume la lumière</i>) M. Y : vous n'avez qu'à la faire dans la jambe si vous voulez ? IDE : d'accord on commence par la piqûre hop vous restez debout pour la piqûre ? vous craignez pas trop ? M. Y : oh IDE : quelle question ! mais quelle question ! M.Y : comme je disais à vos collègues à l'hôpital ça fait moins mal qu'un coup de marteau IDE : ah ben si on va par là c'est sûr mais vous savez y a des personnes qui... M. Y : non j'craains pas IDE : alors dites-moi de quel côté ? M. Y : oh n'importe ça n'a pas d'importance IDE : faut bien alterner les côtés par contre M. Y : oh ben il l'a peut-être faite par là mais je sais pas IDE : bon allez on y va allez, vous avez été opéré quand ? M. Y : le 7 IDE : vous avez été opéré où ? M. Y : A G De V IDE : qui vous a opéré ? M. Y : le docteur B. IDE : B. ah j'ai travaillé 10 ans avec lui avant j'étais au bloc opératoire en salle de réveil</p>		<p>Observation évaluation</p> <p>S'adapte au patient</p> <p>Adaptation</p> <p>Evaluation des craintes et douleurs</p> <p>Evaluation par rapport aux injections précédentes</p> <p>Propos informatif et de prévention</p> <p>Evaluation</p> <p>Propos informatif</p>
---	--	---

<p>M. Y : ah ah, oh c'est pas l'idéal mais bon je revois le docteur B dans un mois et demi</p> <p>IDE : hum hum ça va tirer un petit peu les poils</p> <p>M. Y : bah je comprends pas ils m'avaient laissé sans pansement</p> <p>IDE : c'est mieux de les couvrir du moment qu'il y a des agrafes c'est mieux de les couvrir un petit peu encore</p> <p>M. Y : j'ai même pas regardé combien y en a de ces engins</p> <p>IDE : ah y en a pas mal hein ! (elle compte) 21 de ce côté-là</p> <p>M. Y : eh ben mon vieux y va s'amuser un p'tit peu. Oh ben on n'est pas si mal que ça à G de V à part tiens d'ailleurs y avait une commission euh auprès de qui on peut exprimer euh nos mécontentements</p> <p>IDE : oui oui à la fin du séjour ils vous disent</p> <p>M. Y : j'ai pas eu les papiers de satisfaction cette année</p> <p>IDE : ils le donnent à l'entrée ils vous l'ont pas donné à l'entrée ou c'est pas l'anesthésiste qui vous l'a donné ?</p> <p>M. Y : j'ai rien eu</p> <p>IDE : ah c'est bizarre</p> <p>M. Y : ah c'est juste pour signaler la chambre 155 en intensifs mais alors dites donc c'est que pour dormir là-dedans c'est totalement impossible</p> <p>IDE : ah ben oui c'est qu'en fait là vous êtes dans le bureau des infirmières</p> <p>M. Y : Ben oui mais quatre jours quatre nuits sans même pouvoir somnoler !</p> <p>IDE : hum hum</p> <p>M. Y : j'vous jure que...</p> <p>IDE : mais ça vous l'avez signalé aux infirmières ?</p>		<p>Prévient</p> <p>Propos informatif</p>
--	--	--

<p>M. Y : oh ben ils le savent c'est pas les infirmières celles de nuit elles essayaient de mettre un peu en veilleuse vers deux heures quand elles faisaient leur tour mais ma pauvre dame il fait clair comme en plein jour</p> <p>IDE : hum hum ben oui parce que en fait</p> <p>M. Y : c'est pas que je veux faire mon râleur mais j'pense qu'avec un rideau ou deux ça devrait occulter parce que leur truc à lamelles ça fait rien du tout</p> <p>IDE : comme vous dites c'est pas vraiment des chambres de soins intensifs vraiment mais vous êtes dans le bureau des infirmières</p> <p>M.Y : et en plus c'est pas une chambre seul non plus</p> <p>IDE : ben si pourquoi ?</p> <p>M. Y : ben non c'est marqué dans leur revue que les chambres seules sont équipées d'une douche !</p> <p>IDE : ah oui mais c'est parce que ça appartient aux soins c'est pas une chambre individuelle</p> <p>M. Y : les médecins y sont abordables et tout, les infirmières elles sont gentilles comme tout y a pas d'raison d'les embêter on peut rigoler avec on peut leur demander quelque chose si elles savent pas elles s'enseignent donc c'est dommage qu'il y a ce petit anicroche</p> <p>IDE : ben en fait si vous voulez vous avez été opéré d'quoi d'un pontage ?</p> <p>M. Y : ouais</p> <p>IDE : un pontage croisé donc si vous voulez vous êtes restés combien de temps dans cette chambre ?</p> <p>M. Y : ben quatre jours quatre nuits</p> <p>IDE : et après vous êtes passés dans une chambre normale ?</p> <p>M. Y : oui voilà</p>		<p>Evaluation du type d'intervention</p>
--	--	--

<p>IDE : cette chambre-là y avait pas de télé non plus</p> <p>M. Y : ah si y en avait une</p> <p>IDE : c'est une chambre individuelle parce que vous êtes tout seul mais c'est pas une chambre ordinaire c'est des soins intensifs donc il n'y a pas de douche et y a pas de télévision normalement mais en fait c'est situé dans le bureau des infirmières c'est ça (<i>elle a fait le pansement tout en discutant</i>) bon je vais vous les laisser là les pansements transparents hein ? Comme ça Luc il en aura pour le prochain pansement</p> <p>M. Y : comment ça se fait qu'il en avait pas l'animal ?</p> <p>IDE : c'est lui qui m'en a donné</p> <p>M. Y (rit) : oh oh oh</p> <p>IDE : il a dû aller les chercher maintenant vous les aurez. Je comprends bien pour la chambre mais pour les interventions ils priorisent la surveillance</p> <p>M. Y : oh ben ça on est suivi hein les constantes tout</p> <p>IDE : et ben c'est ça ils priorisent la sécurité au confort du patient après c'est moins grave d'être réveillé pendant quatre jours mon pauvre comme vous l'avez été que d'être dans une chambre fermée pour pouvoir dormir et qu'il y a un p'tit souci à côté vous voyez c'que j'veux dire ?</p> <p>M. Y : oh ben ça c'est sûr tout à fait</p> <p>IDE : après comme toute réanimation, l'intimité bon</p> <p>M. Y : pourtant j'vois à Tours c'est...</p> <p>IDE : oui mais c'est différent c'est pas des vrais soins intensifs</p> <p>M. Y : bon c'est fini ?</p> <p>IDE : oui oui ça va pour vous habiller ?</p>		<p>Propos informatifs</p>
--	--	---------------------------

<p>M. Y : ah ben si ça va pas on fait aller IDE : ben oui mais bon M. Y : faut trouver des stratagèmes IDE : ben faut profiter maintenant que je suis là M. Y : ah oui IDE : très bien alors ? ça on l’emmène par-là ? Et ça poubelle <i>Nous retournons au séjour, il nous offre un chocolat</i> IDE : vous avez des piqûres jusqu’à quand ? M. Y : vendredi IDE : bon ben alors on s’verra pas au revoir M. Y. On repart par là on va à Saint Palais IE : au revoir Monsieur IDE : bonne soirée, voilà</p>	<p>IE : alors c’Monsieur c’était la première fois que tu le voyais ? IDE : voilà IE : comment tu est-ce que tu es arrivée avec des intentions et as-tu dû mettre en place des réajustements par rapport à ce qu’il te disait ou... ? IDE : non tout simplement comme tout savoir vivre se présenter à l’arrivée euh après je me laisse porter par la personne si tu veux ben lui il est parti le truc qu’on avait en commun c’est-à-dire qu’il a été hospitalisé là où j’ai travaillé pendant dix ans donc euh c’est que cette base-là après ça se fait tout seul on suit le fil de la personne tu vois c’est ce qu’on disait tout-à-l ’heure on s’adapte à chaque personne après c’est tout simplement savoir ce qu’on doit faire c’est pour ça que</p>	<p>Clôture</p>
---	---	----------------

	<p>j'ai demandé de quoi il avait été opéré de toute façon vue la plaie euh comment c'était fait c'était logique de savoir qu'il s'était fait opérer d'un pontage croisé j'ai eu l'habitude de voir ça assez longtemps ben après si tu veux les gens comme ça et que Luc sait qu'ils se sont fait opérés à G de V quand il sait que je vais y retourner il parle de moi de c'côté-là il va lui lire voilà demain y a ma remplaçante qui va venir elle a travaillé dix ans à G de V voilà les personnes m'attendent déjà avec cette mentalité-là donc c'est pour ça que lui il était déjà préparé par rapport au questionnaire de satisfaction qu'il avait pas eu chose qui est très bizarre parce que ils sont très pointilleux par rapport à ça par rapport au fait que le patient soit bien pris en charge après le problème qu'il m'a expliqué ça malheureusement on priorise les constantes du patient et qu'il soit vivant plutôt que son confort mais c'est pas des vrais soins intensifs c'est des chambres à côté du bureau des infirmières et y a pas d'intimité après j'ai essayé d'apporter des réponses à ses questions voilà après chaque rencontre se passe différemment par exemple pour lui la piqûre tout allait bien pour d'autres il faut travailler avant de piquer la</p>	
--	---	--

	<p>personne tu le laisses guider et le fait déjà d'être à l'écoute ça t'apprend comment elle l'est là tu vois j'ai vu déjà qu'il était tout seul je sais pas s'il a une famille c'est des personnes on va agir différemment avec la personne</p> <p>IE : hum, qu'est-ce que tu vas amener de plus ou de moins ?</p> <p>IDE : si la personne elle est toute seule ?</p> <p>IE : hum hum</p> <p>IDE : ben ça va dépendre de lui quand ils sont tout seuls ils ont plus besoin de parler que d'autres personnes donc euh soit tu vas passer plus longtemps soit tu vas lui par exemple il s'était déjà préparé les petites questions à m'poser euh à mon arrivée tu vois donc peut-être on va discuter plus on va s'attarder et être plus à l'écoute du patient il a peut-être besoin de plus parler qu'une autre personne que s'il avait une épouse ou des enfants ou de la famille donc voilà</p> <p>IE : tout-à-l 'heure tu disais que tu avais appris à gérer tes émotions notamment depuis que tu es en libéral pourtant tu travaillais en service donc des décès tu en déjà eu ?</p> <p>IDE : non pas en salle de réveil tu vois on a eu beaucoup de réanimations des massages cardiaques mais j'ai jamais eu une</p>	
--	--	--

	<p>personne qui est décédée en salle de réveil y a eu un décès un bloc pendant que j'y étais mais c'est très très rares ça reste plus dans les services malheureusement en salle de réveil c'est gérer tes émotions la montée d'adrénaline on va dire quand tu dois faire un massage cardiaque ou l'urgence qui t'arrive parce que une fois que la personne est réanimée c'est pas que ton travail est fini y en a d'autres ! Donc en fait faut gérer tes émotions là-dessus parce que après tout l'urgence tu réagis pas pareil avec les autres personnes après</p> <p>IE : et tu sais ce que tu arrives à identifier ce que tu as mis en place pour gérer ces émotions ?</p> <p>IDE : c'est l'expérience... tout simplement l'expérience ma première urgence euh j'ai failli moi avoir la crise cardiaque après l'expérience fait que t'as des gestes tu les trouves plus précis ils sont plus sûrs en tant qu'infirmière on va dire tu as moins de doutes ça fait que tu te sens plus à l'aise pour continuer c'est l'expérience en tout ça je suis pas consciente d'avoir dit « à partir de maintenant je vais faire comme ci comme ça » c'est plus l'expérience qui a fait changer mes réactions c'est comme en libéral malgré que je suis diplômée depuis</p>	
--	---	--

	<p>2002 si tu veux c'est tout nouveau ça n'a rien à voir avec ce que j'avais fait jusque-là donc à partir d'un certain temps malgré que les soins soient moins importants en tant qu'infirmière y a cette appréhension de savoir comment on va être reçue comment les gens vont te voir est-ce qu'ils vont bien accepter que ce soit une remplaçante ? que ce soit pas l'infirmier qu'ils voient tous les jours tu vois parce que certains ont du mal à comprendre qu'on peut pas travailler 7 jours sur 7 et 24 h sur 24 donc c'est plus le fait de voir comment on va être accueillie que et après je sais pas si c'est ma physionomie ou ma façon de faire mais des fois les gens y doutent de combien de temps que j'suis infirmière tu vois mon apparence elle est jeune mais si tu veux une jeune infirmière ouh là là est-ce qu'elle saura faire ? Surtout avec les personnes âgées quand j'ai commencé il y a une mamie qui appréhendait parce qu'il fallait que je lui mette des bas ! et là je lui ai fait comprendre que des bas ce n'est pas un acte très compliqué et qu'il ne faut pas qu'elle ait peur c'était une nouvelle tête on va dire donc après c'est rassurer les personnes par rapport à moi et aussi par rapport à mon français des fois ça</p>	
--	--	--

<p><i>Nous arrivons à Saint-Palais</i></p>	<p>fait déjà quelques années en France mais je ne parle pas comme tout le monde, les mots ne sont pas si fluides que si ça avait été ma langue maternelle donc les personnes elles disent oh elle est pas française elle est infirmière quand même ? Chaque personne va t'accueillir différemment va réagir différemment et une fois que le climat est créé les personnes âgées où on va tous les soirs euh le climat de confiance s'instaure différemment que pour les soins ponctuels comme ce monsieur donc quelques fois ils creusent j'ai des petites questions comme si j'ai des enfants alors je leur dit que j'ai des enfants un de 4 et un de 7 ils savent effectivement que je viens pas de sortir de l'école IE : et tu envisages différemment le contact euh que tu mets en place entre des personnes que tu sais que tu vas voir souvent et des personnes que tu sais que tu vas voir peu une ou deux fois ? IDE : non non c'est exactement la même chose parce que tu sais jamais si on est amené à les revoir ou pas donc en fait je dis exactement pareil chez tout le monde je me présente déjà par mon prénom et mon diminutif et la prononciation française n'est pas évidente !</p>	
--	---	--

<p>IDE : bonsoir</p> <p>IE : bonsoir Monsieur Dame</p> <p>M. V : ben qu'est-ce qui vous arrive</p> <p>IDE : je viens accompagnée ce soir c'est une infirmière aussi</p> <p>IE : je regarde travailler Maria</p> <p>M. V : ben c'est bien elle travaille très bien. J'attendais euh...</p> <p>IDE : Vous attendiez Luc ?</p> <p>M. V : oui c'est ça</p> <p>IDE : je le remplace ce soir</p> <p>M. V : c'est parfait ! Tous les jours ?</p> <p>IDE : juste aujourd'hui. Après on se verra samedi</p> <p>M. V s'adressant à sa femme : alors tu sais comment elle s'appelle cette dame ?</p> <p>IDE : ben oui vous vous rappelez de moi ? En plus vous êtes de chez moi hein ?</p> <p>M. V : vous Barcelone ?</p> <p>IDE : voilà ! On va se mettre en pyjama alors hein ?</p> <p>Mme V : oui</p> <p>IDE : vous avez fini de manger ?</p> <p>M. V en regardant la table : euh pas tout à fait enfin...</p> <p>IDE : bon je vais la mettre en pyjama et après...</p> <p>M. V : elle mettra sa robe de chambre</p> <p>IDE : elle mettra sa robe de chambre. Allez !</p> <p>M. V : oui il y a des fraises en dessert</p> <p>Mme V me regardant : alors qui sait cette jolie fille ?</p> <p>IDE : elle s'appelle Isabelle elle est infirmière aussi</p> <p>IE : je regarde travailler Maria</p> <p>Me V : c'est vous Maria ?</p> <p>Mme V : alors vous couchez en haut ?</p> <p>IE : ah non je ne couche pas ici</p> <p>Mme V : ah bon</p> <p><i>Nous arrivons dans la chambre</i></p>		<p>ouverture</p> <p>Propos informatif</p> <p>évalue l'état cognitif de la personne</p> <p>prévenance</p>
--	--	--

<p>IDE : pyjama pyjama (<i>en cherchant</i>)</p> <p>Mme V : oh ben j'sais pas où il l'a mis</p> <p>IDE : oh on va l'trouver ma p'tite dame</p> <p>Mme V : oh oui on va l'trouver</p> <p>IDE : ça y est je l'ai trouvé</p> <p>Mme V : vous l'avez ?</p> <p>IDE : oui tenez venez vers moi comme ça on aura plus de place pour se déshabiller. Allez comme ça j'ai plus de place pour vous aider. Ah mais ça y est vous êtes en manches courtes ! Il a fait beau aujourd'hui. Je prépare là pour demain.</p> <p>Mme V : (en me regardant) : elle a l'air bien mignonne hein ?</p> <p>IE : merci</p> <p>IDE oui elle l'est. Allez donnez-moi les mains il faut pas les perdre hein ?</p> <p>Mme V : oh ben non j'en ai besoin</p> <p>IDE : allez et puis vous allez enlever vos chaussures et votre pantalon</p> <p>Mme V : oui... et pour aller au lit</p> <p>IDE : oh ben pas de suite vous allez prendre un dessert, votre mari m'a dit qu'il y a des fraises</p> <p>Mme V : y a des fraises ?</p> <p>IDE : oui</p> <p>Mme V : il aurait pu l'dire plus tôt ?</p> <p>IDE : pourquoi donc ?</p> <p>Mme V : parce qu'il est tellement gourmand ! Il dit s'il y en a une qui s'en va ça sera plus pour moi</p> <p>IDE : ah ! Vous croyez ? Enlevez donc vos chaussures ma p'tite dame</p> <p>Mme V : en voilà un et voilà l'autre</p> <p>IDE : très bien. Le pantalon aussi</p> <p>Mme V : le pantalon ??</p> <p>IDE : oh ben oui on va pas mettre le pyjama sur le pantalon</p>		<p>Dirige les actions de Mme V.</p> <p>Anticipe : prépare les affaires pour le lendemain</p> <p>Sur énonciation Humour</p>
---	--	--

<p>Mme V : oh ben je vais pas descendre en bas alors ! IDE : mais on va mettre la robe de chambre Mme V : ah bon IDE : oui c'est prévu Mme V : prévenu ! Oh hisse dire qu'il faut faire ça tous les jours ! Aïe ! IDE : qu'est-ce qu'il y a ? Mme V : regardez quand je mets ça ça m'fait mal <i>L'IDE regarde et constate des lésions cutanées</i> IDE : oh ben vous avez dû vous gratter là Mme V : j'sais pas c'que c'est mais ça fait mal IDE : il faut pas trop toucher parce que vous avez la peau fragile MME V : oh oui je l'ai fragile ma peau IDE : dites on va mettre les chaussons là pas les chaussures Mme V : oui oui on va mettre les chaussons vous pensez j'vais pas mettre les chaussures dans l'lit (elle rit) IDE : allez Mme V : allez ouste oh ben j'aurais chaud au lit aujourd'hui IDE : et demain il va faire chaud encore Mme V : et cette petite (<i>me regardant</i>) où qu'elle couche IE : chez moi Mme V : chez elle ? eh ben c'est bien IDE : hop ! hop ! voilà allez-y chaussez les chaussons <i>Elles parlent toutes deux quelques mots en Espagnol</i> Mme V : ah ben vous voyez ça été vite fait hein IDE : ça y est ma petite dame allez on descend aux fraises, après vous</p>		<p>Evalue ce qui se passe</p> <p>Evaluation clinique</p> <p>Conseille</p> <p>Favorise l'espagnol pour faire plaisir à la patiente</p>
--	--	---

<p>Mme V (s'adressant à moi) : ah vous voyez comme elle me mène hein ?</p> <p>IE : oh ben oui je vois</p> <p><i>Mme V rit et parle Espagnol</i></p> <p>Mme V : vous croyez qu'il y en aura ?</p> <p>IDE : oh si !</p> <p>Mme V : oh c'est pas sûr mon mari est tellement gourmand</p> <p>IDE : ça y est, il vous attend</p> <p>Mme V : t'as des fraises ?</p> <p>IDE : oui y en a. Allez bonne soirée</p> <p>M. V : au revoir mesdames</p> <p>Mme V : au revoir Madame, Mademoiselle</p>	<p>IE : alors cette dame me fait penser à quelqu'un de proche donc ça me touche, est-ce que ça t'arrive d'être touchée ?</p> <p>IDE : hum je peux être plus ou moins empathique avec la personne mais c'est très rare que je m'y attache émotionnellement, après, si, cette dame elle est catalane comme moi, elle est venue ici je suppose pendant la guerre mais je ne peux pas avoir de conversations avec elle parce que cette dame elle se rappelle pas de moi si tu veux elle oublie, elle m'a déjà oubliée là, ça reste ici par contre j'aurais du mal à soigner quelqu'un que je connais très proche tu vois</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : mais bon ici j'ai pas trop de soucis pour ça puisque toute ma famille elle est en Espagne et la famille de mon mari elle habite pas là donc j'aurais pas directement quelqu'un de proche donc voilà. Là on</p>	<p>Clôture</p>
---	--	-----------------------

	<p>va aller chez une dame d'origine Espagnole mais qui est là uniquement physiquement si tu veux. En Espagne on est beaucoup plus tactiles que les Français et c'est quelque chose qu'on m'a reproché ici et si tu veux ça c'est quelque chose que j'ai dû enlever de moi parce que tout le monde ne réagissait pas pareil alors j'ai mis des distances avant serrer la main c'était mission impossible on serre pas la main en Espagne on se fait la bise tu vois</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : mais ici j'ai mis mes barrières comme ça alors euh du coup peut-être je suis passée de l'autre côté si tu veux</p> <p>IE : hum hum</p> <p>IDE : et ça c'est quelque chose que j'ai dû euh éliminer complètement. Le relationnel en libéral n'est pas mis en valeur d'un point de vue cotation mais d'un point de vue humain tu vois en ce moment la période des potagers euh moi tous les jours je vais rentrer à la maison avec un bout de course les gens vont t'offrir quelque chose de leur jardin là le monsieur il nous a offert un chocolat c'est ça tu vois ça c'est une reconnaissance qui a pas de prix et dans un établissement ça n'existe pas ça, tu es une infirmière parmi tant d'autres</p>	
--	---	--

	<p>IE : hum</p> <p>IDE : t'es payée voilà quand tu rentres dans l'univers de la personne que tu vas chez elle, en fait tu es vue différemment tu es vue très différemment et c'est ça qui me plait entre autres c'est ce côté-là en fait.</p> <p>Bon on ne va pas aller chez Mme M. parce que je me rends compte qu'il est 20h30 et il y a un petite dame il faut absolument y aller avant 20h45 sinon elle va elle va... dernièrement elle est pas très bien et elle est très susceptible au niveau des horaires donc voilà cette dame dernièrement ça va pas elle fait des crises d'angoisse le moindre truc elle peut faire un cataclysme donc je préfère faire quelqu'un à Saint Eloi pour être à 20h45 chez Mme P. et Mme M. ben c'est pas que je joue avec les horaires mais elle que j'y aille à 20h ou à 22h euh ça va revenir exactement la même chose donc on va aller chez Mme T. a qui on met la chemise de nuit tout simplement c'est une dame elle est valide mais elle a une paralysie d'un côté donc elle peine à s'habiller pour la toilette et tout ça donc on va d'abord chez elle comme ça c'est à côté de Mme P je crois que ce soir exceptionnellement on va laisser Mme M en dernier sinon je vais être trop en</p>	
--	--	--

	<p>retard par rapport aux autres en fait c'est difficile de gérer temps distance voiture actes car je sais que chez Mme T ça va durer 10 mn mais pour aller chez elle y a plus de 10 mn donc c'est ça en fait voir le tour pour contenter tout le monde</p> <p>IE : hum hum</p> <p>IDE : ce qui me plait aussi avec le métier d'infirmière c'est que tu travailles en structure en service en réanimation ou en libéral c'est le même métier les mêmes bases mais ça n'a rien à voir une chose avec une autre c'est complètement différent</p> <p>IE : oui</p> <p>IDE : c'est tu vois y a des personnes quand je travaillais à la clinique et que je faisais des remplacements qui disaient « ben moi tu vois tu ne me verra jamais dans le libéral » parce en fait malgré qu'elles soient infirmières pareilles c'est la même chose la globalité c'est pas pareil si tu veux les soins sont pas pareils moi j'ai ma valise mais après tu t'adaptes à chaque maison hein</p> <p>IE : hum hum</p> <p>IDE : y a des maisons tu peux même pas poser ta valise faut faire attention donc euh y a des personnes qui ça leur plairait pas comme moi en pédiatrie on me verra pas parce que c'est pas quelque chose que</p>	
--	--	--

<p>Nous sommes arrivées chez Mme T. IDE : bonsoir Mme T (<i>du fond de la maison</i>) : n'entrez pas vous restez dehors IDE : ah bon je reste dehors (<i>en entrant</i>) je suis accompagnée c'est Isabelle IE : Madame</p>	<p>je peux gérer émotionnellement on va dire tu vois c'est ça qui me plaît dans ce métier mais soigner des enfants euh c'est pas des personnes malades si tu veux un enfant IE : oui ne devrait pas être malade ? IDE : voilà et puis un enfant il va pas te dire j'ai mal ci j'ai mal là un bébé y va pleurer un de quatre ans il va hurler la mort c'est ça que en tant que maman aussi je vis différemment IE : vous n'avez jamais eu de patients des enfants en libéral ? IDE : si si mais c'est très occasionnel c'est occasionnel IE : c'est pour quoi des prises de sang des choses comme ça non ? IDE : euh non les prises de sang ils préfèrent aller au laboratoire un lieu différent qu'à la maison euh c'est des petits bobos des suites d'intervention si tu veux IE : des pansements des choses comme ça ? IDE : voilà des doigts qui sont partis dans les portes tu vois IE : oui</p>	<p>Ouverture Humour</p>
--	---	--

<p>IDE : c'est une infirmière comme moi</p> <p>IE : je regarde travailler Maria</p> <p>IDE : c'est pas bien faut pas la regarder</p> <p>IDE : dites-lui pas ça, ça va faire descendre ma note après ! C'est bien connu que j'suis très vilaine hein ?</p> <p>Allez-y</p> <p><i>Mme T part avec son déambulateur vers la salle de bain : quel beau temps hein</i></p> <p>IDE : et demain il fera encore meilleur</p> <p>Mme T : ben j'sais pas</p> <p>IDE : ben c'est c'que j'ai entendu et après je sais pas si mes sources elles sont sûres mais il paraît que demain on va arriver à 25° même</p> <p>Mme T : ah bon</p> <p>IDE : oui. Ah qui c'est qui l'a accroché la petite serviette (<i>en voyant dans la salle de bain une serviette devant la fenêtre</i>)</p> <p>Mme T : c'est ben j'ai demandé le p'tit escabeau à la voisine mais dès la première marche la tête elle m'tournait après ça m'a passé j'ai appelé la voisine</p> <p>IDE : mais parce que ça le fait aussi dans la journée ? il faut pas faire l'équilibriste hein Madame T. C'est bizarre c'est de quelle couleur c'est rouge ? Attendez on va lever la tête</p> <p>Mme T : non non c'est mais c'est fort j'sais pas moi mais faudrait pas mettre ses yeux en face ils s'amuse avec ça mais enfin</p> <p>IDE : ben dites donc</p> <p>Mme T : oh là là</p> <p>IDE : ça été aujourd'hui ?</p> <p>Mme T : oh ben ça m'a fait mal à la jambe encore</p> <p>IDE : c'est vrai ?</p> <p>Mme T : oh oui regardez</p> <p>IDE : le médecin l'a vu ça ? faites voir mettez-vous face à moi</p>		<p>Humour</p> <p>Propos d'ambiance</p> <p>Prévenance</p> <p>Dirige les actions</p> <p>Evaluation</p>
--	--	--

<p>Mme T : non non après il va m'envoyer à l'hôpital pour ça !</p> <p>IDE : c'est à c'niveau-là ? c'est ici ?</p> <p>Mme T : oui</p> <p>IDE (qui palpe la jambe) : ça c'est un muscle ma p'tite dame. Ça vous fait mal quand j'appuie ?</p> <p>Mme T : un p'tit peu oui oh ben ça m'a fait mal aujourd'hui</p> <p>IDE : c'est arrivé quand exactement ?</p> <p>Mme T : ben vendredi p't être bien oui</p> <p>IDE : vendredi ça fait déjà 4 jours, et le mal c'est en diminuant là ?</p> <p>Mme T : oui parce que j'fais attention j'bouge pas la femme de ménage elle m'a bien massé</p> <p>IDE : il faut faire attention aux massages hein parce que si</p> <p>Mme T : oh elle a pas appuyé d'ailleurs sur la boite c'est à base de comme on avait dans le temps il faut passer mais doucement alors elle a passé doucement sans froter oh dites donc quelle misère</p> <p>IDE : oh ben ça ça serait pas d'mal que le médecin le voit et vous devriez avoir des antiinflammatoires ou quelque chose hein</p> <p>Mme T : le médecin va venir la semaine prochaine parce que les 3 mois ils finissent la semaine prochaine</p> <p>IDE : oui mais si la douleur elle part pas il faudrait peut-être le voir avant</p> <p>Mme T : j'ai tellement peur qu'il m'renvoie à l'hôpital</p> <p>IDE : ben oui et les chaussures ça été ?</p> <p>Mme T : oh oui c'était bien serré ça été</p> <p>IDE : bon mais bon y a pas d'raison qu'il vous envoie à l'hôpital pour ça</p> <p>Mme T : ahhh (d'un ton de doute) vous savez j'y ai fait 5 mois j'ai eu</p>		<p>Evalue le lieu de la douleur</p> <p>Evaluation de la douleur</p> <p>Evalue l'évolution douloureuse</p> <p>Mise en garde</p> <p>Evalue et conseille la patiente</p> <p>Les chaussures ont-elles tenu ?</p>
---	--	--

<p>IE : merci Mme T : oh j'attends 9h et puis j'vais aller m'coucher IDE : oh ben c'est bientôt 9h donc bonne soirée Mme T je ferme là et vous fermez derrière moi très bien allez bonne soirée Mme T</p>	<p>IE : y a des gamins qui viennent l'embêter avec une lampe ? IDE : non apparemment c'est les voisins qui ont un laser alors à mon avis tu sais c'est un détecteur extérieur IE : ah c'est possible IDE : ils ont dû mettre une lumière extérieure et du coup ça la gêne la lumière qu' ils ont mis. Allez on va chez Mme P. qui a un caractère spécial mais c'est une des personnes avec qui ça me fait plus de la peine tu vois parce que elle est vraiment toute seule elle a vraiment personne elle est veuve depuis 14 ans elle vit toute seule dans son chez elle et les journées elles sont très longues quand t'es toute seule et elle a des problèmes de marche dernièrement elle peut marcher moins bien qu'avant alors euh elle se rend compte qu'elle perd de l'autonomie IE : oui IDE : et c'est ça qui la rend encore plus malade plus pointilleuse sur certaines choses elle est plus demandante qu'avant parce qu'en fait elle se rend compte que ça va pas sinon depuis que je travaille en libéral j'ai pas eu une</p>	<p>clôture</p>
---	--	----------------

	<p>personne où je me serais bien pris la tête avec mais parce que ça aurait été de la méchanceté pure tu vois</p> <p>IE : ouais ouais</p> <p>IDE : vraiment personne après tu as plus d'affinité avec certains que d'autres mais euh tu te rends compte que cette méchanceté il y a un fond derrière cette angoisse, le caractère il y a quelque chose derrière ils sont vilains non parce qu'ils veulent être vilains c'est parce que en fait y a des peurs ou des ennuis tout simplement</p> <p>IE : hum hum et qu'est-ce qui te permet d'évaluer ça ?</p> <p>IDE : oh ben ça c'est tu vois il y a un sixième sens je sais pas je me dis que c'est souvent que j'ai un sixième sens je peux te dire c'est pas que j'ai un apriori envers les gens mais euh en dix minutes de contact avec la personne j'arrive à évaluer le pourquoi</p> <p>IE : hum</p> <p>iDE : après forcément avec la connaissance et l'assiduité à force d'y retourner souvent tu te rends compte que c'est pour ça pour ça mais euh je me dis que j'ai un sixième sens pour évaluer certaines choses après si c'est bien ou pas je sais pas mais c'est pas quelque chose que je me fis pour me patients on va dire</p> <p>IE : hum</p> <p>IDE : pour mes patients je cherche à savoir le</p>	
--	--	--

<p>Nous arrivons chez Mme P.</p> <p>IDE : je ferme les volets avant d'entrer.</p> <p><i>Elle a les clés et ouvre la porte</i></p> <p>IDE : Bonsoir Mme P. je vous ai mis dans le noir, hop, je suis accompagnée par Isabelle</p> <p>Mme P : je viens de prendre mes médicaments et ça passe pas (elle tousse)</p> <p>IDE : vous voulez manger quelque chose pour que ça passe mieux ?</p> <p><i>Mme P tousse</i></p> <p><i>IDE va lui chercher un verre d'eau dans la cuisine</i></p> <p>IDE : asseyez-vous, c'est que vous venez de les prendre à l'instant ?</p> <p>Mme P boit : ça va p't être aller</p> <p>IDE : oh y a pas de raison c'est sûrement que vous l'avez avalé trop vite peut-être</p> <p>Mme P : c'est le docteur il a augmenté mon médicament y aurait pas fallu (elle tousse)</p> <p>IDE : vous voulez un petit peu plus d'eau Mme P ?</p> <p>Mme P : non. Vous avez refermé la fenêtre là où vous avez fermé le volet ?</p>	<p>pourquoi en posant des questions tout simplement et en écoutant</p> <p>IE : tu penses que ce sixième sens comme tu le nommes il est partagé par d'autres soignants ?</p> <p>IDE : je sais pas c'est pas quelque chose que je passe dans mes transmissions si tu veux (elle rit).</p> <p>IDE : moi j'ai toujours dit qu'infirmière c'est une vocation hein tu peux faire beaucoup d'études mais infirmière il faut vouloir l'être.</p>	<p>Ferme les volets</p> <p>Ouverture</p> <p>sollicitude</p> <p>Evalue depuis combien de temps Mme P. a pris ses médicaments</p> <p>rassure</p> <p>sollicitude</p>
---	--	---

<p>IDE : là oui c'est fermé et je ferme celui de la cuisine</p> <p>Mme P : eh ben ça m'est jamais arrivé (elle tousse)</p> <p>IDE : oh ben ça c'est rien c'est juste parce que vous avez certainement avalé un peu trop vite</p> <p>Mme P : écoutez, j'sais pas mais Elle va avec son déambulateur dans la chambre suivie par l'IDE</p> <p>IDE : attendez avant de vous assoir</p> <p>Mme P, je vais enlever ça</p> <p>Mme P : eh ben bon sang</p> <p>IDE : ça vous gratte toujours la gorge ?</p> <p>Mme P : oui (elle tousse) j'comprends pas</p> <p>IDE : c'est rien vous inquiétez pas. Vous voulez un petit peu plus d'eau ?</p> <p>Mme P : non mais j'voudrais pas étouffer</p> <p>IDE : mais non vous allez pas étouffer pour ça ma p'tite dame. De toute façon c'est le même médicament que vous prenez tous les soirs celui-là ?</p> <p>Mme P : oui oui</p> <p>IDE : donc y a pas d'raison, hop. Et vous l'avez pris quand celui qu'il vous a rajouté ?</p> <p>Mme P : à midi</p> <p>IDE : à midi. Celui qu'il vous a rajouté c'est pour les nerfs ?</p> <p>Mme P : en fait j'ai fait une bêtise</p> <p>IDE : oui parce que vous l'aviez pas pris comme vous disiez</p> <p>Mme P : j'avais pris un autre médicament</p> <p>IDE : ah ! ça vous me l'avez pas dit ce matin, c'est lequel que vous avez pris ?</p> <p>Mme P : (tousse)</p> <p>IDE : hop, (elle lui enlève robe, son cordon présence verte, ses lunettes)</p> <p>IDE : ça passe là la toux ?</p> <p>Mme P : ça passe</p>		<p>Répond à la demande de Mme P.</p> <p>Rassure</p> <p>consigne</p> <p>questionne évalue</p> <p>rassure</p> <p>rassure</p> <p>évalue si introduction d'un nouveau traitement qui pourrait provoquer une allergie</p> <p>confirme qu'il n'y a pas de risque</p> <p>Evalue ce qu'a pris la patiente</p>
---	--	---

<p>IDE : mais vous savez Mme P la toux quelque fois c'est nerveux aussi y a des toux nerveuses</p> <p>Mme P : ah oui ? Parce que j'ai la glande thyroïde aussi qui est fatiguée</p> <p>IDE : hum, hop, voilà</p> <p>Mme P : est-ce que vous voudrez bien s'il vous plait ?</p> <p>IDE : dites-moi ?</p> <p>Mme P : dans ma chambre sur le pied de mon lit</p> <p>IDE : oui</p> <p>Mme P : je voudrais un mouchoir</p> <p>IDE : bien sûr. Allez-y asseyez-vous je vais chercher le mouchoir</p> <p>Mme P : au pied du lit</p> <p>IDE : voilà. Vous voulez que je vous apporte un petit peu d'eau avant de vous coucher ?</p> <p>Mme P : oh j'ai peur de la vomir</p> <p>IDE : ben y a pas de raison que vous la vomissiez c'est juste pour que ça gratte moins la gorge</p> <p>Mme P : ça me gratte</p> <p>IDE : dites-moi est-ce que vous voulez que j'aille le chercher ou pas ?</p> <p>Mme P : pardon ?</p> <p>IDE : vous voulez que j'aille le chercher ou pas ?</p> <p>Mme P : ben j'veux pas vous déranger</p> <p>IDE : ben non vous ne me dérangez pas</p> <p>Mme P tousse</p> <p>IDE : vous voulez un p'tit peu d'eau alors ?</p> <p>Mme P : oh j'sais pas p't être un demi-verre d'eau</p> <p>IDE : allez je vais le chercher (elle part à la cuisine, elle revient avec le verre d'eau qu'elle tend à Mme P)</p> <p>Mme P : mes chaussettes ?</p> <p>IDE : elles sont où parce que je les ai pas vues sur le radiateur ?</p> <p>Mme P : par ici j'sais pas où</p>		<p>Cherche à rassurer</p> <p>Prévenance</p> <p>Réconforte</p>
--	--	---

<p>L'IDE cherche : sur la fenêtre je les ai pas vues non plus</p> <p>Mme P : sur le pied du lit ?</p> <p>IDE : ah oui (elle rit) on fait quoi ? on les met après qu'après quand vous êtes au lit ?</p> <p>Mme P : comme vous voulez</p> <p>IDE : non non c'est pour vous ?</p> <p>Mme P : ça fait rien</p> <p>IDE : vous glissez pas ? Au contraire si je vous les mets tout de suite vous serez pas pieds nus mais vous glissez pas avec ces chaussettes ?</p> <p>Mme P : si vous voulez mettez-les maintenant</p> <p>IDE : hop</p> <p>Mme P : et pis la tête du lit faudra la bouger</p> <p>IDE : oui mais on le fera quand vous serez dans le lit vous me direz la hauteur</p> <p>Mme P : et puis faut me mettre bien au milieu du lit parce que je suis tombée</p> <p>IDE : oui bien vous inquiétez pas on va faire ça</p> <p><i>Mme P va de sa chaise au lit</i></p> <p>IDE : on a pas mis la p'tite bande aussi je vais vous la mettre, allez, allez-y encore un petit peu plus (elle l'installe sur le lit) là vous êtes vraiment... il y a le même côté que d'ici. Alors les ciseaux ? vous les avez mis de l'autre côté peut-être ? ils sont où ces ciseaux, là, hop, allez (elle met la bande) ça va c'est pas trop serré ça va ?</p> <p>Mme P : ça va</p> <p>IDE : vous voulez vous remonter un petit peu dans le lit ?</p> <p>Mme P : ah oui</p> <p>IDE : là pas plus sinon vous allez vous cogner la tête hop et on remonte un petit peu la tête, vous me dites</p>		<p>Sous énonciation</p> <p>Evalue si ne glisse pas en chaussettes sur le sol</p> <p>Répond aux demandes de Mme P.</p> <p>Sous énonciation</p> <p>Rassure</p> <p>Evalue si bande pas trop serrée</p> <p>Confort et sollicitude</p>
--	--	--

<p>Mme P : oh là là assez assez oh là là c'est trop IDE : c'est trop y a pas d'soucis Mme P : c'est bien IDE : c'est bien comme ça Mme P : et il faut mettre mon coussin vert IDE : oui le coussin vert allez-y comme ça ? Mme P : c'est comme ça Madame IDE : très bien allez-y allongez vos jambes. Vous voulez que je mette où vos lunettes ? Mme P : les mettre bien les poser que Luc me les bouscule pas demain matin, voilà c'est bien <i>L'IDE rapproche les chaussons et le déambulateur au pied du lit</i> IDE : chaussons, déambulateur, hop, je vais jeter ça à la poubelle. C'est passé la toux un petit peu Mme P ? Ça gratte moins la gorge ? Mme P : non ça gratte plus IDE : d'accord, ça va ? Vous voulez un autre mouchoir ? Mme P : non ça va IDE : tout est bon ? Mme P : tout est bon Madame IDE : je vous laisse ? Mme P : vous pouvez me laisser, fermez bien à clés IDE : vous inquiétez pas je vais bien fermer à clés, et demain matin ce sera Luc Mme P : d'accord IDE : bonne nuit Mme P Mme P : bonne nuit Mesdames <i>L'IDE sort et referme avec son trousseau</i></p>	<p>IE : je connaissais cette dame pour l'avoir vue avec Luc, je l'ai trouvée beaucoup plus calme moins dans la demande moins agressive IDE : ah oui ?</p>	<p>Répond aux sollicitations de Mme P.</p> <p>Evalue avant de partir</p> <p>Anticipe les besoins</p> <p>Evalue si IDE peut partir</p> <p>Propos informatif</p> <p>Clôture</p>
---	--	---

	<p>IE : est-ce que tu penses que c'est lié à toi ? ou à la situation ?</p> <p>IDE : non en fait c'est ce qu'on disait tout-à-l 'heure, elle est en train de se sentir diminuer, en perte d'autonomie ça fait qu'il y a une angoisse qui s'instaure en fait elle est plus euh elle nous attend maintenant pour se lever avant elle se levait toute seule tu vois à midi elle m'attendait pour sortir un p'tit peu qu'avant elle le faisait toute seule donc en fait c'est plus la peur et l'appréhension qui se mettent en place que par le fait que ce soit une autre infirmière parce que ça c'est une chose que j'ai déjà parlé avec Luc parce que je la vois moi aussi se diminuer et Luc il le voit aussi. Alors là on va chez un Monsieur qui a un contexte familial particulier il est vraiment tout seul il a 70 et quelque il est divorcé ben en fait il a consacré toute sa vie au travail en laissant de côté sa famille et euh sa femme un beau jour elle en a eu marre et lui a dit « tu choisis ta famille ou ton travail », il a choisi sa famille mais il s'est mis à boire et comme ça il a tout perdu</p> <p>IE : d'accord</p> <p>IDE : donc euh on va juste lui enlever les bas</p> <p>IE : donc du coup il est tout seul</p>	
--	---	--

<p><i>L'IDE frappe et entre, on entend la télévision fonctionner assez fort</i></p> <p>IDE : bonsoir M. H, je suis accompagnée, c'est une infirmière aussi, elle vient voir comment je travaille pour ses études</p> <p>Mme H : ah bon</p> <p>IDE : dites-moi qu'est-ce qu'il vous faut ? Ah pour la lumière (elle allume) allez</p> <p><i>Les propos sont incompréhensibles tant le son de la TV est fort</i></p> <p>IDE : je vais me laver les mains dans la cuisine M. H</p> <p>M. H : si vous voulez</p> <p>IDE : hop voilà ça y est demain c'est Luc que vous allez voir demain bon bonne soirée M ; H</p> <p>IDE : bonsoir Monsieur</p> <p>IE : bonsoir Monsieur</p>	<p>IDE : oh oui mais ça fait longtemps, tu vois la première fois que j'y suis allée il m'avait montré l'album de famille de tout le monde donc si tu veux c'est pas que je veux pas mais quelque fois on n'a pas le temps</p> <p>IE (en sortant et chuchotant) : ça sent le tabac très fort</p> <p>IDE : oui</p> <p>IE : il y a des choses que tu redoutes comme ça dans les soins ?</p> <p>IDE : oui la saleté ses chaussettes ça fait trois mois qu'on lui met il les a jamais lavées donc si tu veux je voulais mettre des gants mais ça se prend dans les gants donc c'est pas pratique donc je préfère prendre sur moi lui enlever et aller me laver les mains tout de suite après et après j'ai toujours le truc dans la</p>	<p>Ouverture</p> <p>Sollicitude</p> <p>Propos informatif</p> <p>Clôture</p>
--	--	---

	<p>voiture (solution hydro alcoolique dont elle s'enduit les mains entre chaque patient) donc c'est plus ça c'est pas que j'suis maniaque mais on a besoin de propreté surtout quand on a des enfants et en libéral tu trouves de tout quelque fois y a des maisons tu sais pas où poser ta valise nulle part ni sur la table le pire que j'ai vu c'est un couple de retraités ils ont beaucoup d'animaux et ils font pipi partout mais vraiment partout et c'est jamais nettoyé quand je suis sortie je pleurais cette odeur d'ammoniaque en fait c'était affreux ça c'est le pire de chez pire mes premiers jours en libéral que ce soit n'importe quelle heure j'avais besoin de nettoyer ma maison là par exemple on va aller chez M. C. euh c'est un monsieur très jeune qui a 40 ou 50 ans qui a une sclérose en plaques c'est un monsieur TRÉS grand très lourd malheureusement pour tout le monde et euh et qui fait ses besoins sur lui et l'odeur d'urines ou de selles c'est catastrophique chez lui alors quand je sors de chez lui j'éprouve déjà moi le besoin de prendre une douche tellement j'ai l'odeur de M. C sur moi c'est ça l'ennui ben il a une odeur sur lui ben il y peut rien le pauvre tu vois</p> <p>IE : oui</p>	
--	--	--

<p>IDE : j'suis accompagnée ce soir, c'est Isabelle C'est une infirmière aussi, <i>Propos incompréhensibles de M. C (la télévision fonctionne assez fortement)</i> IDE : voilà, je me suis dit on va être à deux on sera plus costauds, mangez tranquillement M. C. C'est la nouvelle émission ça, c'est pour la mémoire... est-ce que c'est bon M. C ? M. C fait signe de la tête que oui, l'IDE tire le fauteuil roulant et le dégage de la table et l'emmène dans la chambre <i>La maman de M. C arrive</i> IDE : bonsoir je suis accompagnée ce soir c'est Isabelle IE : bonsoir Madame Mme C : ah ben on s'est déjà vues, vous êtes déjà venue ? IE : c'est ça oui avec Lise. Mme C : oui avec Lise.</p>	<p>IDE : mais c'est vrai qu'il y a des odeurs qui restent dans le nez un bout de temps et après tu vois j'ai du mal là j'ai l'odeur de cigarettes dans le nez et je me dis que les autres ils vont sentir cette odeur sur moi et je me dire qu'ils vont croire que je fume dans la voiture c'est pour ça que normalement je fais M. C en dernier parce que quand je sors j'ai l'odeur et je me dis que les gens vont se dire que je suis sale tu vois ce que je veux dire IE : oui IDE : il m'est arrivé que mon mari me dise « mais tu viens d'où ? » parce que je sentais le tabac. Allez nous voilà chez M. C</p>	<p>humour propos d'ambiance évalue si est prêt pour le change</p>
--	--	---

<p>IDE : allez hop on enlève les lunettes</p> <p>M. C : en attendant de prendre de la hauteur !</p> <p>IDE : ben oui parce que M. C y visite les airs avec moi hein ? parce que si c'est moi qui devait vous soulever euh... on va finir tous les deux euh, voilà attendez</p> <p>M. C : mes oreilles elles sont toujours là (<i>l'IDE les accroche en enlevant le tee-shirt de M. C</i>)</p> <p>IDE : ah oui, si tous les soirs il fallait les changer ça le ferait pas hein ? Alors est-ce que vous avez-vous Hermione ?</p> <p>M. C : oh elle vogue sur la mer</p> <p>IDE : eh ben oui c'est le but des bateaux en même temps hein, hop voilà allez</p> <p>M.C : ah moins qu'ils aient mis des (<i>? propos incompréhensible</i>)</p> <p>IDE riant : oh vous savez aujourd'hui ils peuvent tout inventer</p> <p>M. C : oh oui</p> <p>IDE enlève les bas de contentions, les jambes de M. C sont rouges et très enflées : oh là ça vous pince la peau là regardez, ça vous fait pas trop mal ça ?</p> <p>M. C : non</p> <p>IDE : faites attention que ça vous fasse pas mal parce que en pinçant comme ça, ça peut vous blesser. Avancez-vous un tout petit peu que je puisse glisser ça derrière (<i>elle installe le lève malade</i>) hop là voilà, (<i>elle attrape la barre d'attache qui pend du plafond.</i>)</p> <p>M. C : vous avez vu tous ces morts</p> <p>IDE : oui et on sait pas combien y a d'enfants, c'est ce qu'on disait ce midi, ça doit être tellement affreux ce besoin de s'enfuir de son pays au point de risquer sa vie ça doit être euh cette souffrance ce qui est malheureux c'est qu'il faut une</p>		<p>humour</p> <p>Humour</p> <p>Propos d'ambiance</p> <p>Evaluation de la douleur</p> <p>Prévention</p> <p>Dirige</p>
--	--	--

<p>grosse catastrophe comme ça pour qu'on réagisse parce que malheureusement c'est toutes les semaines qui a des naufrages comme ça même tous les jours</p> <p><i>L'IDE vérifie les attaches et fait fonctionner le lève-malade qui bloque un peu</i></p> <p>IDE : ben écoutez, vous dormez sur la chaise aujourd'hui ça vous va ?</p> <p>(elle rit) ça y est c'est décoincé, pas trop froid là-haut</p> <p>M. C : non</p> <p>IDE : attention au visage (<i>M. C a la tête vers le système d'attache</i>)</p> <p>M. C : oh j'en suis loin</p> <p>IDE : ben oui mais c'est pas la peine d'y laisser le nez hein ? hop hop</p> <p>M. C : après ça ferait le nez de Pinocchio</p> <p>IDE rit : on ferait quoi après, voilà ça y est. (<i>M. C est allongé sur son lit toujours dans le lève-malade</i>) Vous n'avez pas peur de dormir avec ça sur la tête ? (<i>elle montre la barre de déplacement du lève-malade et rit</i>)</p> <p>M. C : non</p> <p>IDE : des drones visiteurs, souriez, vous êtes filmé, hop allez</p> <p>M. C : il y en avait l'autre jour sur un aéroport ils survolaient c'est dangereux</p> <p>IDE : oui c'est embêtant quand même</p> <p><i>L'IDE enlève le lève malade et le range, elle lui enlève le pantalon, lui change sa protection pour la nuit (en silence juste quelques hop)</i></p> <p>IDE : et il est bien ce nouveau programme que vous étiez en train de regarder ? Par rapport à la mémoire il est bien ? c'est comme celui qu'on a eu y a pas si longtemps par rapport au QI non ?</p> <p>M. C : oh sais pas</p>		<p>Propos d'ambiance</p> <p>Humour</p> <p>Anticipe un possible accident</p> <p>Humour</p> <p>Humour</p> <p>Propos d'ambiance</p>
---	--	--

<p>IDE : vous l'avez pas vu c'était aussi par rapport à des questions comme ça</p> <p>M. C : j'ai la mémoire qui flanche j'me souviens plus très bien</p> <p>IDE rit : vous vous souvenez de la chanson de la mémoire qui flanche.</p> <p>On va tourner vers là (pour attacher la protection et remonter son pantalon). Hop, allez on commence par là et on finit par l'autre allez hop</p> <p>M. C : il faut toujours commencer par un bout et finir par l'autre</p> <p>IDE : y a pas d'jaloux voilà</p> <p>M. C : on sait qu'il y en a deux du coup</p> <p>IDE : on a deux oreilles, deux bras et un nez</p> <p>M. C : et deux jambes et deux pieds</p> <p>IDE : tant qu'à faire, si on a deux jambes autant avoir deux pieds, allez on fait des roulettes boulettes à nouveau on va d'abord aller par là</p> <p>M. C : on recommence</p> <p>IDE : très bien, allez de l'autre côté (on entend la respiration essoufflée de l'infirmière peinant à mobiliser M. C) hop voilà, le grand monsieur est habillé. Alors est-ce qu'on recule le lit ? oui on va mettre le frein au lit sinon on va se retrouver dans la salle à manger. Allez hop un deux (elle l'aide à remonter dans le lit) voilà un (elle met les chaussons) allez hop.</p> <p>Est-ce qu'on met le gilet ?</p> <p>M. C : ça serait bien oui</p> <p>IDE : il est où ce gilet il est là hop allez (elle souffle) ça va on est bien installé (M. C est assis au bord du lit)</p> <p>M. C : oui si ça allait mal j'ai quelqu'un pour m'aider</p> <p>IDE : oui je sais ne vous plaignez pas trop (elle rit) alors un petit sac y en a plus si y en a encore parce que quand y en a plus y en a encore, hop voilà (elle emballe la protection)</p>		<p>Dirige</p> <p>Humour</p>
--	--	-----------------------------

<p>alors vos lunettes voilà, télécommande, là, et voilà, bon M. C on se revoit la semaine d'après, bonne soirée</p> <p>IE : au revoir Monsieur</p> <p>IDE : bon au revoir Madame</p> <p>Mme C : il faudra me rendre la clé</p> <p>IDE : elle est dans la voiture, ah ben oui c'est vrai c'était pour midi et vous étiez là au fait ?</p> <p>Mme C : oui parce que je devais aller à l'hôpital chercher mon époux à midi et puis en fait ils ont téléphoné à trois heures moins le quart de venir le chercher comme il était opéré de la cataracte ce matin</p> <p>IDE : ah oui d'accord et ça va là ?</p> <p>Mme C : ce matin j'suis allée le conduire et j'étais revenue quand vous êtes venue et j'aurai pas dû vous voir à midi mais...</p> <p>IDE : ah c'est pour ça, ben je vous l'apporte tout de suite (elle va lui amener la clé) bonne soirée Mme C</p> <p>Mme C : vous aussi</p> <p>IDE : merci</p>	<p>L'IDE remonte en voiture, bon on va faire Mme M, il a un petit truc à surveiller au pied (elle le note sur sa feuille de suivi) en fait je me fais toujours un planning des patients j'ai toujours peur d'oublier quelqu'un</p> <p>IE : ça te rassure ?</p> <p>IDE : ben en fait j'ai besoin de cocher pour euh et noter comment ça se passe et oublier personne pour l'organisation c'est plus facile</p> <p>IE : il est sous cortisone pour avoir des jambes pareilles et perdu ses cheveux ?</p>	<p>Clôture</p>
---	--	----------------

	<p>IDE : je sais pas si c'est la cortisone je connais pas son traitement si tu veux mais je mets ça plus sur la circulation parce qu'il a deux ulcères dans les jambes</p> <p>IE : ah ouais</p> <p>IDE : et je mets ça plus sur la circulation, sur les cheveux je me suis jamais posé la question en même temps un homme dégarni à 50 ans c'est pas quelque chose d'affolant mais ses jambes y a le kiné deux fois par semaine mais comme la mobilité elle est zéro ben les muscles s'atrophient donc euh je mets ça plus en même temps je connais pas son traitement</p> <p>IE : c'est sa maman qui lui donne ?</p> <p>IDE : oui oui et puis je crois que c'est un besoin aussi qu'ils ont même si on pourrait s'occuper de son traitement vu que c'est leur fils handicapé comme ça c'est un besoin comme une emprise sur ton enfant.</p> <p>IDE : sinon cette petite tournée ça a répondu à tes attentes ?</p> <p>IE : oui oui tout à fait tu as répondu à mes questions tu as développé je t'en remercie</p> <p>IDE : et puis ça m'a fait de la compagnie en voiture (elle rit). En fait de poser des questions euh tu vois je le fais naturellement mais le fait que tu me demandes le comment et le pourquoi ça me fait dire « ah oui en</p>	
--	---	--

	<p>fait » on apprend toujours il faut être ouvert tout le temps, une personne qui sait tout et qui a tout vu ce n'est pas une personne très intéressante parce que tu peux pas partager</p> <p>IE : je suis admirative du travail que vous faites parce franchement la dernière fois c'était pareil, ben je suis fatiguée à vous regarder quoi (nous rions toutes les deux)</p> <p>IDE : ben oui là j'ai un petit peu le dos en compote c'est surtout quand j'ai fini M. C</p> <p>IE : oui oui</p> <p>IDE : c'est dur pour le dos là tu vois on va chez Mme M et Mme M je la porte mais je la porte pour la mettre sur sa chaise je sais que Luc la fait marcher mais moi j'ai pas la force j'ai trop peur de la faire tomber et la tenir d'un bras</p> <p>IE : hum</p> <p>IDE : donc je la fais assoir dans sa chaise mais je la porte mais c'est pas pareil le pire c'est M. C à lever c'est poids, bon il y peut rien c'est pas une critique envers la personne il y peut rien c'est le physique on va dire c'est le fait qu'il peut pas du tout se mobiliser, le seul fait de le tourner dans son lit le pauvre il faut peiner</p> <p>IE : et après il s'allonge tout seul ?</p> <p>IDE : non sa maman s'en occupe parce que lui ne peut pas du tout bouger ses jambes je dois les lui</p>	
--	--	--

<p>(Nous sommes arrivées, l'IDE prend la clé dans la voiture) IDE : bonsoir, elle dort pas IE : bonsoir <i>Mme M est installée dans un fauteuil face à la télé, les volets sont encore ouverts</i> IDE : ah vous avez déjà enlevé vos dents, allez on va au lit (elle ferme les volets, puis tire le fauteuil et la soulève pour l'y mettre) un deux trois hop. Elle l'emmène dans la chambre et la porte du fauteuil au lit. Elles discutent en Espagnol IDE : elle dit que je suis pot de colle Mme M : parce que si IDE : parce que si, c'est à moitié français et espagnol Elles continuent à parler en Espagnol IDE : après on va au lit on va, c'est quand même quelque chose Mme M. Vous êtes fatiguée ? Mme M : mais non !! IDE : mais non quelle question, allez Mme M : allez IDE : ça y est Propos en Espagnol</p>	<p>prendre pour les mettre sur le marchepied de la chaise ce sont ses parents qui s'en occupent. Déjà on passe très tard c'est leur volonté qu'on passe après 21h 15 euh voilà c'est pas les mêmes besoins qu'une personne âgée comme Mme M elle doit somnoler dans son fauteuil c'est la première fois que j'y vais aussi tard la pauvre donc euh si tu veux en plus elle s'en fout un peu la télé et ça me gêne de passer à cette heure-ci parce que j'estime que c'est trop tard pour elle-même si j'ai pas pu faire autrement c'est pas volontaire, allez.</p> <p>Oh tu vois une personne comme ça, ça me fait beaucoup de peine toujours toute seule. Allez Mme M.</p>	<p>ouverture</p> <p>Explique ce qu'elle fait</p> <p>Utilisation de leur langue maternelle</p> <p>humour</p> <p>Evalue le degré de fatigue</p>
--	---	---

<p>IDE : on va baisser le dos, qu'est-ce qu'on va en faire de Mme M hein ? Qu'est-ce qu'on va en faire de vous ? (Elle lui prend la main pour en fait l'empêcher de la pincer)</p> <p>IDE : on va mettre le pantalon là, allez hop et de deux, de l'autre côté, ça y est, venez de l'autre côté</p> <p>Mme M : merci</p> <p>IDE : de rien, allez</p> <p><i>Propos en Espagnol</i></p> <p><i>L'IDE enfle un gant jetable pour lui enlever les dents</i></p> <p>IDE : voilà, vous n'en avez pas besoin pour dormir, voilà, bonne nuit (puis en Espagnol)</p> <p>IDE éteint la télévision, les lumières</p>	<p>IE : elle a de la famille</p> <p>IDE : elle a une fille mais tu vois je l'ai laissé ce matin sur son fauteuil et je la retrouve sur son fauteuil</p> <p>IE : oui c'est ce qui m'avait marqué la dernière fois</p> <p>IDE : j'ai du mal à, à, à accepter je n'accepte pas j'ai du mal. En Espagne tu vois ça n'existe pas déjà il n'y a pas autant d'aides pour pouvoir rester à la maison donc c'était quelque chose qui m'avait choqué j'avais du mal à laisser quelqu'un enfermé chez lui</p> <p>IE : tu te sens plus compatissante du coup avec elle ?</p> <p>IDE : ça me fait de la peine ça me fait beaucoup plus de peine oui ça me fait de la peine</p>	<p>humour</p> <p>explique ce qu'elle fait</p> <p>dirige</p> <p>clôture</p>
--	---	--

	<p>IE : est-ce que ça change ta manière de soigner, de prendre soin ?</p> <p>IDE : non peut-être que je vais rigoler plus après si tu veux c'est essayer de rigoler plus avec elle parce que y a pas beaucoup de dialogues, elle a demandé plein de fois qui tu étais</p> <p>IE : oui oui forcément</p> <p>IDE : alors tu vois ça me fait de la peine de m'occuper d'une personne que je trouve toute seule alors elle l'est pas hein parce que y a sa fille, y a une aide qui lui fait le petit déj une autre qui passe le midi y a trois passages des aides à domicile donc voilà.</p> <p>IE : bon ben je te remercie, si tu avais une conclusion sur tes soins relationnels avec tes patients ?</p> <p>IDE : ben moi je me suis retrouvée en fait d'avoir ce contact avec les patients, je me suis rendue compte en entrant dans le libéral que c'est quelque chose qui me manquait, tu vois j'avais beaucoup plus de miser ma carrière dans les actes infirmiers donc c'est pour ça que je m'étais spécialisée dans l'urgence</p> <p>IE : hum hum</p> <p>IDE : et ça me plait toujours hein moi l'urgence c'est quelque chose qui m'attire énormément euh mais je me suis rendue compte avec le libéral que le contact avec les personnes c'est l'essentiel.</p>	
--	--	--

	<p>Les personnes elles vont refléter ce que tu dégages une personne quand tu rentres en souriant ou en discutant de choses agréables tu auras le même retour tu vois parce que y a des fois avec d'autres infirmières ils me disent « oh là là elle est désagréable » ou tout ça et je me dis pourquoi ils me disent ça mais après euh quand je connais l'infirmière je dis d'accord je comprends mieux en fait IE : je te remercie beaucoup IDE : de rien</p>	
--	--	--

Annexe 5 :
2^{ème} analyse :

IDE 1 : Luc

Patiente 1 : Mme G : toilette au lavabo				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	geste
<p>« On va tout de suite faire couler l'eau chaude ».</p> <p>- Emploi sujet indéterminé : « on » au sens collaboratif patient-soignant</p> <p>- Marqueur de planification, déictique temporel : tout de suite.</p>	<p>Verbe d'action : aller (présent) et faire (infinitif)</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Ne veut pas que la patiente ait froid</p>	<p>Geste d'anticipation</p>
<p>« eh ! ne faites pas ça attention »</p> <p>-interjection d'interpellation</p> <p>-emploi d'un démonstratif faisant référence à la chute (indication donnée par le contexte)</p> <p>-attention : souligne la mise en garde</p> <p>-phrase exclamative</p>	<p>Verbe faire au présent : organisation temporelle des actions : simultanéité</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Met en garde contre une chute éventuelle</p>	
<p>« lundi, d'accord. Il faut prendre la douche ? »</p> <p>-« lundi » emploi d'un marqueur temporel de planification</p> <p>-emploi du « il » sujet indéterminé</p>	<p>Verbe d'action « falloir » au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Anticipe son plan de soins</p>	
<p>« Vous inquiétez pas »</p> <p>-Emploi du « vous » de politesse, 2^{ème} personne du pluriel</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Veut rassurer</p>	<p>Geste de sollicitude</p>

<p>« Bon ! est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - interjection d'entrée en matière pour - évaluation de la situation présente sous forme interrogative. - Emploi du pronom indéterminé « vous » de politesse. <p>« ah ! qu'est-ce qui a eu ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> -interjection pour prendre en compte les propos de la personne puis -question sous forme interrogative. <p>« on est confortable quand même ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> -emploi de sujet indéterminé « on » participatif -forme interrogative <p>« Et vos yeux quand est-ce que vous y allez pour vos yeux ? »</p> <ul style="list-style-type: none"> -emploi du « vous » et du « vos » -forme interrogative 	<p>Verbe avoir au présent</p> <p>Emploi du passé faisant référence à la nuit précédente</p> <p>Verbe être au présent</p> <p>Verbe aller au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Veut savoir comment s'est passée la nuit</p> <p>Veut savoir si la patiente se sent bien suite à l'action</p>	<p>Geste d'évaluation</p>
<p>« ah ben vous êtes pas la seule parce que j'ai entendu que ma fille a pleuré encore cette nuit »</p> <ul style="list-style-type: none"> -« Ah ben » interjection faisant le lien avec les propos suivants. -Emploi du « vous » de politesse. -Le « encore » laisse supposer que le sujet a 	<p>Passé composé d'entendre</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>		<p>Geste d'ambiance</p>

<p>déjà été abordé avec Mme G</p> <p>« ben oui ! ah pourtant j'ai pas traumatisé votre chien vous ? » -« ben oui » interjection d'assentiment puis -phrase interrogative avec -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe avoir au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Entretien la discussion</p>	
<p>« Mme G a testé aussi c't'hiver » -emploi du nom respectueux -aussi : comme d'autres patients (information fournie par les informations du contexte de la situation)</p>	<p>Verbe avoir au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Recentre la conversation sur la patiente</p>	
<p>« ah ben Monsieur N on l'entendra plus maintenant hein là à mon avis c'était sa dernière chute, hop. C'est ben triste » -interjection de lien avec les propos qui suivent -le « maintenant » fait référence à la situation de M. N</p>	<p>Verbe au futur « entendra » suivi de l'imparfait « c'était » qui explique le pourquoi et du présent « c'est » : conséquence de l'événement</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>« pour M. N je leur en parle parce que je sais que ça cogite sous la marmite là (en montrant sa tête) je le sais très bien comment ça se passe. ça permet de dédramatiser »</p>	
<p>« oui effectivement c'est un client en moins on va vous soigner plus vous » -affirmation introduisant un mot d'humour</p>	<p>Verbe « être » au présent Verbe « aller » au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Emploi de l'humour suite à l'annonce du décès de M. N « J'utilise l'humour pour dédramatiser »</p>	

<p>« Allez ! la culotte en dentelles ! » -interjection d'action introduisant un mot d'humour</p>	<p>Verbe « aller » à l'impératif</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence injonctive</p>		
<p>« je vous ai déjà dit que vous devriez venir m'aider à faire les piqûres » -emploi de la 1^{ère} personne du singulier -emploi du « vous » de politesse -« déjà » semble illustrer que ce n'est pas la première fois qu'il évoque cette possibilité, trait d'humour</p>	<p>Verbe au passé composé puis au futur</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>		
<p>« je peux vous dire que je sais certaines choses sur l'arrivée du directeur » -emploi de la 1^{ère} personne du singulier -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe « pouvoir » au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Confidences</p>	
<p>« elle est intéressante hein Marion ? » -forme interrogative -emploi du pronom indéfini « elle » qui renvoie à une de leurs connaissances (explicité par le prénom Marion)</p>	<p>Verbe être au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence dialogale</p>	<p>Sollicite la participation de la patiente</p>	
<p>je vous laisse prendre votre bijou (<i>le ton est directif</i>) -emploi de la 1^{ère} personne du singulier « je » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer : séquence injonctive</p>	<p>Vérifie que la patiente remette bien son collier d'appel présence verte</p>	<p>Geste énonciatif</p>

Soin effectué tout en dialoguant avec la patiente. L'Ide commence par une évaluation de la situation du jour : « **bon**, est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? ». Soulignons l'emploi du « bon » qui semble marquer l'ouverture de début du soin.

Patient 2 : M. X : prise de sang				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	geste
« attention, je pique » -interpellation « attention » -emploi de la 1 ^{ère} personne du singulier impliquée	Verbe piquer au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	« <i>alors, parce que quelquefois ils me disent ah vous avez piqué, comme ça ils sont prévenus c'est pas une surprise</i> »	Geste d'anticipation
« on va trouver vous inquiétez pas » -emploi du pronom indéfini « on » participatif Et du « vous » de politesse « alors je prends des aiguilles euh plus fines parce que ils exagèrent un peu avec la taille » -emploi du « alors » organisateur textuel introduisant une explication -emploi de la 1 ^{ère} personne du singulier impliquée	Verbe aller au présent Verbe prendre au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale Monde de l'exposer Séquence explicative	Rassure	Geste de sollicitude
« et puis s'il y avait le moindre souci vous passez	Verbe avoir au conditionnel et passer au présent	Monde de l'exposé Séquence dialogale	Sollicitude et réassurance	

<p>un p'tit coup de fil, normalement y aura pas de soucis » -emploi du « il » indéterminé et du « vous » de politesse</p>				
<p>« Là vous partez travailler euh ? » -emploi de marqueur de temps et de lieu déictique spacial « là » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe partir au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de la gestion du temps pour effectuer l'acte</p>	<p>Geste d'évaluation</p>
<p>« les résultats vous irez les chercher au laboratoire ou par la poste ? » -emploi du « vous » de politesse -forme interrogative</p>	<p>Verbe allez au futur</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>S'informe de la réception des résultats</p>	
<p>« elles sont difficiles ? on va regarder ça, alors » -emploi du sujet indéterminé « elles » renvoyant aux veines du patient (explicité par le contexte) -emploi du « on » participatif pour un acte effectué par l'IDE -« alors » appuie l'enregistrement de l'information fournie par le patient</p>	<p>Verbe être et aller au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de l'état des veines</p>	

<p>« ça va ? » -phrase interrogative Emploi du « ça » indéterminé faisant référence à la prise de sang en cours</p> <p>« ça été ? » -phrase interrogative -emploi du « ça » indéterminé faisant référence à la prise de sang terminée</p>	<p>Verbe aller au présent</p> <p>Verbe être au passé</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p><i>« je demande toujours si ça été, premièrement pour savoir si ça été voilà est-ce que ça été piqué sans que je massacre au passage, enfin moi je le vois bien aussi hein et puis pour savoir s'il est pas en train de me faire un malaise parce que quelquefois les gens ça va bien ça va bien puis toc il y plus personne donc je demande ça été, ça été au départ c'était pour ça. Et puis s'il y avait pas de soucis et puis il y a aussi autre chose, c'est que si on leur demande pas si ça a été et que ça leur a fait mal eh ben oh il m'a fait mal hein il m'a fait mal tandis que si on demande si ça a été, le simple fait de demander, ça n'a pas fait si mal que ça »</i></p>	<p>Geste d'ambiance</p>
<p>« vous savez pas ? » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe savoir au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Sollicite la participation du patient</p>	<p>Geste d'ambiance</p>

<p>-forme interrogative</p> <p>« bon ben il vous reste à avoir l’oscar alors » -« bon ben » interjection -emploi du « il » et du « vous » indéfinis</p> <p>« il vous reste un peu de sang quand même » -emploi du pronom indéfini « il » -emploi du « vous » de politesse -« quand même » fait référence à l’acte effectué</p>	<p>Verbe rester au présent</p> <p>Verbe rester au présent</p>	<p>Monde de l’exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l’exposer Séquence dialogale</p>	<p>Humour</p> <p><i>« quand on peut se le permettre voilà ça permet euh chez beaucoup ça permet de dédramatiser les soins quand je dis « je viens vous torturer... oh oh » voilà tout de suite la prise de sang prend une autre tournure si je prends un air solennel « montrez votre bras tac tac tac euh » les gens en général sont assez tendus comme ça, mine de rien y a plein de gens qui ont peur des prises de sang donc quand on commence à plaisanter un peu ça détend tout le monde voilà et pis nous on travaille aussi un peu plus cool parce que s’occuper des gens constipés c’est pas toujours rigolo voilà c’est une façon de détendre un peu l’atmosphère</i></p>	
--	---	---	---	--

« serrez le poing bien fort, tendez bien le bras ! » -forme impérative -emploi de la 2 ^{ème} personne du pluriel	Verbe serrer et tendre au présent	Monde de l'exposer Séquence injonctive	Gestes techniques pour favoriser la vision des veines du bras	Geste énonciatif Surénonciation de l'IDE
vous appuyez là-dessus !... -forme impérative Emploi de la 2 ^{ème} personne du pluriel -déictique spatial : là-dessus	Verbe appuyer au présent	Monde de l'exposer Séquence injonctive	Prévient l'hémorragie	

Patiente 3 : Mme P : toilette au lavabo				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur) d'Intentions	geste
« coucou attention les yeux, bouh ! » -phrase exclamative -interjection		Monde de l'exposer Séquence dialogale Phase d'ouverture du niveau supra-ordonné	Prévenance vis-à-vis de la lumière « <i>Mme P. elle aime être levée très tôt alors j'y vais très tôt.</i> <i>Moi : pourquoi tu lui as dit coucou en arrivant au-dessus de Mme P. IDE : oh c'est... elle m'avait déjà vu de toute façon, elle surveille où on est pour faire son spectacle. Ah je vous réveille... alors qu'elle l'est depuis longtemps. Ce matin elle allait commencer qu'elle était réveillée depuis longtemps et puis quand elle t'a vue oh ben j'ai très bien dormi. Je connais le phénomène »</i>	Geste de sollicitude

<p>« ah ben ça c'est pas grave les talons ça va aller mieux » -interjection -emploi du démonstratif « ça » « c' » indéterminés</p>	<p>Verbe être au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Rassure</p>	
<p>« vous inquiétez pas on va voir ça » -emploi du « vous » respectueux -du « on » participatif soignant-patient</p>	<p>Verbe inquiéter et aller au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Rassure</p>	
<p>« on va bien vous l'mettre, voilà » - « voilà » confirme la réalisation de l'acte -le « l' » est utilisé pour désigner le talon (défini par le contexte de situation) -Utilisation du « on » participatif</p>	<p>Verbe d'action : « aller » au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Répond à la demande de la patiente</p>	
<p>« regardez donc ça va tout seul » <i>(L'IDE s'est placé face au lit, a fait basculer Mme P au bord du lit l'a attrapé sous les bras face à elle et fait basculer sur la chaise percée juste à côté du lit)</i></p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Réconforte sur les capacités de Mme P, la valorise</p> <p><i>« alors euh j'arrive je prends le seau hygiénique euh (on entend beaucoup de euh de remémoration) je vais le vider j'en profite pour prendre la bassine qui est à côté du lavabo, je remplis la bassine je ramène le tout</i></p>	

<p>-emploi de la 2^{ème} personne du pluriel, respectueuse -donc : insiste sur le constat effectué -ça : démonstratif indéterminé faisant référence ici aux efforts fournis par Mme P.</p>			<p><i>Moi : le seau hygiénique donc en fait il était pour la nuit</i> <i>IDE : dans la chambre oui voilà il était plein je vide le tout je le rince je remplis la bassine je la ramène Mme P elle est déjà prête</i> <i>Moi : elle s'est levée toute seule ?</i> <i>IDE : ça dépend sinon elle m'attend devant la télé près de sa table, en général elle regarde les informations elle me fait croire qu'elle est levée depuis longtemps longtemps (il fait un geste de la main pour appuyer ses dires) alors que moi j'passe devant cinq minutes avant et que tout est noir euh donc je souris et puis voilà je joue le jeu euh ensuite je</i> <i>Moi : qu'est-ce que tu penses à ce moment-là quand tu souris ?</i> <i>IDE : oh je pense que ça lui fait plaisir et pouh moi ça m'change rien si ça lui fait plaisir donc on va tous passer une bonne journée du coup et puis j'enlève la chemise de nuit euh euh « ça va j'vous ai pas arraché la tête ? » non tout va bien</i> <i>Moi : il y a des gestes particuliers à faire avec elle?</i> <i>IDE : ouais on fait attention à pas enlever l'appareil qui... voilà je l'enlève après</i> <i>Moi : quel appareil ?</i> <i>IDE : présence verte qu'elle a autour du cou voilà on fait attention à tout ça</i> <i>Moi : D'accord</i> <i>IDE : de ne rien faire tomber on fait attention tout simplement je pose la chemise de nuit derrière et</i></p>
--	--	--	--

			<p><i>je prends le gant de toilette je savonne et je frotte dans le dos et pis après une toilette quoi je frotte dans le dos je frotte devant surtout pas le visage parce qu'elle l'a déjà fait et puis</i></p> <p><i>Moi : donc elle s'est levée avant pour laver son visage au cabinet de toilette ?</i></p> <p><i>IDE : oui elle se débrouille elle se dépatte elle se fait les dents elle se fait euh elle nettoie ses lunettes enfin elle a son petit rituel son petit train train voilà on continue comme ça j'essuie j'habille euh ensuite elle se lève on fait les fesses et devant les jambes les pieds puis on essuie et on habille on met la protection là elle est debout on met bien la blouse on remet le collier présence verte on met les oreilles (il fait le geste d'appareiller ses oreilles)</i></p> <p><i>Moi : elle a des appareils auditifs des deux côtés ?</i></p> <p><i>IDE : voilà ! Les appareils auditifs elle met les lunettes et elle s'en va avec son déambulateur pendant que moi j'ouvre les volets je remets le seau hygiénique à sa place bien comme y faut j'éteins je referme la porte je vais vider la bassine j'ouvre les volets cuisine euheuh (remémoration) salle à manger enfin je referme la porte je me lave les mains une petite parole tout en discutant bien sûr hein de tout et n'importe quoi et pis... « allez bonne journée à c'soir et j'm'en vais » pis voilà au suivant. Bon ça c'est l'passage du matin »</i></p>
--	--	--	--

<p>« il est gentil comme tout vous allez voir » -emploi du « il » pronom personnel faisant référence à l'ostéopathe (indication fournie par le verbatim de la situation)</p>	Verbes au présent	monde de l'exposer séquence dialogale	Prévenance et réassurance pour une visite de Mme P chez l'ostéopathe
<p>« ah vous voyez [...] vous voyez que vous connaissez » -« ah » interpellation -emploi du « vous » de politesse et d'insistance (3 « vous »)</p>	Verbes au présent	monde de l'exposer séquence dialogale	Réassurance
<p>« le pull, quel pull vous voulez ? » -phrase interrogative</p>	Verbe au présent	monde de l'exposer séquence dialogale	Intègre la patiente dans le choix de ses habits : sollicitude
<p>« d'accord... y a celui-là ? » -acceptation de l'IDE -phrase interrogative -emploi du « y » faisant référence à un pull (explicité par la situation)</p>	Verbe au présent	monde de l'exposer séquence dialogale	Se montre conciliant face à la patiente et son ton autoritaire
<p>« d'ailleurs il est assez efficace, y m'a réparé moi aussi »</p>	Verbe au présent et au passé composé	monde de l'exposer séquence dialogale	Propos réconfortants et rassurants pour Mme P

<p>-emploi d'« ailleurs » adverbe introduisant une restriction ou une nuance au propos</p> <p>-emploi du pronom personnel « il » pour désigner l'ostéopathe</p> <p>« oui oui oui on va mettre ça » -répétition du « oui » pour confirmer avoir entendu la demande</p> <p>-emploi du « on » participatif -emploi du « ça » désignant les chaussettes (indication fournie par le verbatim de la situation)</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Se montre conciliant envers Mme P très autoritaire</p> <p><i>« Mme P elle est très attentive aux petits détails les anciens, les anciens on laisse pas griller la lumière on laisse pas griller la lumière si on est pas dans la pièce euh une porte c'est fait pour être fermée et puis voilà on range on range à minimum moi c'est pareil on range à minimum c'est-à-dire que quand je m'en vais la chemise de nuit elle est rangée quelque part et pas en boule dans un coin, la bassine est rangée les gants de toilette sont rincés enfin voilà et ça c'est le minimum que je demande à toutes mes remplaçantes les filles qui passent euheuh c'est c'que j'veux c'est pas oui c'est pas dans le rôle ça on m'l'a déjà dit mais non non c'est dans mon rôle y en a une qui m'a répondu ça « oui mais on est pas là pour ranger il y a une aide à domicile qui vient le matin » oui mais on va pas tout laisser en bordel euh moi ça me choque c'est comme le seau hygiénique euh « oui mais imagine »</i></p>
--	-------------------------	--	---

<p>« ça va s'arranger Mme P. » -emploi du démonstratif « ça » faisant référence à la douleur de Mme P. (explicité par la situation)</p> <p>« vous inquiétez pas » -emploi du vous respectueux</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p><i>alors on m'a expliqué et ça je l'savais « imagine que tu casses le seau et ben ton assurance elle voudra pas payer l'seau » pouh on casse pas des seaux tous les jours hein ! Enfin voilà des petites histoires des chagnagna comme ça, ça me gonfle de toute façon j'suis pas sûr que j'ferai marcher l'assurance si je casse le seau les patients y sont bien contents que j'le vide et pis c'est tout. P'être à Paris j'm'inquiétera de ça mais pas ici si le seau il est cassé on en rachète un autre et puis c'est tout mais moi je veux que ce soit rangé propre euh et pis qu'on fasse attention à c'qu'on dit enfin faut être correct quoi c'est le seul conseil que je te donnerais être correcte et pis chez Mme P je détaille quand même parce qu'elle est très attentive à comment on fait ci et ça</i></p> <p>Réassurance</p> <p>Réassurance <i>« les anciens quand on change un p'tit quelque chose du quotidien la journée n'est plus la même et tout peut arriver du coup donc on la rassure et euh il y a beaucoup d'anciens qui sont comme ça...</i></p>	
---	---	---	--	--

<p><i>Cette phrase « vous inquiétez pas » est dite 5 fois au passage du matin et 7 fois au passage de midi</i></p> <p>« ben oui j’vois qu’vous êtes toute paniquée c’matin il faut pas vous inquiétez comme ça, vous lui dites que votre infirmier c’est Z et puis vous le connaissez ce grand vous connaissez tout le monde ».</p> <p>-« ben oui » confirme les propos de Mme P.</p> <p>-emploi des pronoms personnels « je » et « vous »</p> <p>« oh ! vous êtes pas bien c’matin c’est pas votre journée encore »</p> <p>-interjection d’appel</p> <p>-emploi du « vous » respectueux</p> <p>-le « encore » évoque une répétition</p> <p>« et puis détendez-vous un p’tit peu Mme P »</p>	<p>Verbes au présent</p> <p>Verbes au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l’exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l’exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l’exposer</p>	<p><i>Et puis je lui répète ils aiment bien qu’on leur répète souvent. Le fait de répéter ça leur fait plaisir ça les rassure »</i></p> <p>Constata que la patiente est inquiète, il cherche à la rassurer par des paroles de réconfort et en la valorisant</p> <p>Constata que Mme P n’est pas bien : sollicitude</p> <p>Cherche de nouveau à apaiser la patiente</p>	
--	---	---	--	--

<p>-emploi du « vous » respectueux -« et puis » s'ajoute aux autres tentatives de réassurance</p>		<p>Séquence dialogale</p>		
<p>eh ben alors ? Est-ce que vous avez dormi un petit peu ? -utilisation d'interjection -phrase interrogative -utilisation du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au passé composé</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de la situation du jour <i>« si jamais on voit qu'il y a quelque chose qui va pas qu'elle est pas bien doucement on essaye de savoir « ben alors ça pas l'air d'aller aujourd'hui ? ben euh ? vous êtes fatiguée ? vous avez mal dormi euh ? » et puis ça vient très vite on cause elle m'explique voilà on essaye de dédramatiser un peu c'est pas toujours facile mais on essaye un peu elle s'est fâchée avec son petit-fils elle s'est fâchée avec sa belle-fille voilà... rien de très grave en général »</i></p>	<p>Geste évaluation</p>
<p>« est-ce que ça va ? ça tourne ?... » -phrase interrogative -emploi du pronom démonstratif « ça » qui marque l'insistance dans l'interrogation</p>	<p>Verbe aller et tourner au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de l'action précédente : le lever a-t-il provoqué un malaise ? <i>« elle est beaucoup mieux elle se lève toute seule le matin d'ailleurs euh elle peut toujours pas faire sa toilette s'habiller toute seule c'est impensable parce que elle tomberait mais le matin elle tient à se lever toute seule d'ailleurs pour ramasser la crotte du chien bon voilà on repasse derrière on essuie discrètement comme ça voilà mais elle tient à le faire donc elle se lève toute seule on a plus de précautions à prendre là ça va bien »</i></p>	

<p>« allez on va voir ça » -emploi du « allez » marquant l'interpellation par un organisateur textuel -emploi du « on » participatif -emploi de « ça » pronom démonstratif pour désigner les talons (information fournie par la situation)</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de l'état des pieds suite à la douleur de Mme P</p>	
<p>« Comment ça se fait que ça siffle comme ça ce matin ? » (en parlant des appareils auditifs : il règle les appareils) -phrase interrogative -emploi du démonstratif « ça » pour les appareils auditifs</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation du problème et réponse par réglage des appareils auditifs</p>	
<p>« là il en reste un encore » (<i>en donnant les médicaments</i>) -« là » déictique spatial -emploi du « il » pour le médicament</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Surveillance de la prise des médicaments « <i>alors les médicaments non elle gère ses médicaments quelquefois il faut intervenir tout de même parfois elle me dit « Luc y a ça j'sais pas c'que sait » alors on regarde on intervient mais</i></p>	

			<p><i>euh sinon euh non quand je vais chercher ses papiers pour la pharmacie souvent je regarde un p'tit peu les médicaments ce qui est parti ce qui est pas parti ce qui reste comme boîtes mais pour l'instant ça paraît cohérent tout ça alors bon j'm'en mêle pas et pis elle veut pas que j'm'en mêle alors</i></p> <p><i>Moi : comment elle t'a fait comprendre qu'elle voulait pas que tu t'en mêles ?</i></p> <p><i>IDE : oh ben elle l'a dit ! « Tant que j'suis capable d'el faire c'est moi qui l'fait ! » voilà c'est tout quand Mme P veut te faire comprendre quelque chose elle le dit pis c'est tout, voilà on surveille quand même parce que euh 93 ans quand même mais elle gère bien encore ses médicaments et pis surtout ça je m'en suis rendu vite compte y a des médicaments qu'elle prend pas parce que c'est pas le bon générique ou des trucs comme ça donc elle fait sa petite soupe avec le pharmacien et elle veut surtout pas que j'aïlle euh que je m'en rende compte donc je ne m'en rends pas compte et puis voilà je fais celui qui sait pas voilà, j'en parle pas je n'aborde pas le sujet elle n'en parle pas non plus et puis comme ça on est... voilà »</i></p>	
« alors vous avez bien dormi » -Le alors enclenche la conversion, il est un organisateur textuel	Verbe au passé composé	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Désir de faire parler Mme P. « euh alors ce ne sont que des automatismes chez Mme P oui (petit silence) : toc toc toc bonjour Madame, comment ça va	Geste ambiance

<p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>« vous connaissiez p't-être son grand-père à Romain, David ? »</p> <p>-phrase interrogative</p> <p>-emploi du « vous » implicatif</p> <p>-emploi du prénom de l'ostéopathe et de celui de son grand-père</p>	<p>Verbe au passé</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p><i>c'matin... oh Luc j'ai bien dormi, j'ai mal dormi... oui c'est parce qu'il fait beau c'est parce qu'il fait pas beau parce que ah et puis on discute surtout on discute de tout et puis on dit oui non peut-être surtout on répond aux questions »</i></p> <p>Rappel des connaissances de Mme P pour dédramatiser une situation angoissante : la visite de Mme P. chez l'ostéopathe Romain</p>
<p>« ça fait longtemps qu'ils sont dans les vaches ça doit être le plus gros producteur de France »</p> <p>-emploi du démonstratif « ça » indéterminé</p> <p>-longtemps : déictique temporel</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Conversation intéressant la patiente</p> <p><i>« Moi : est-ce qu'il y a des sujets en tant que sosie que je devrais éviter avec Mme P ?</i></p> <p><i>IDE : oh c'est une question j'en envie de dire à mon double euh c'est une question de bon sens euh on voit tout de suite chez chaque personne les sujets qu'il faut éviter quand euh aborder, les réactions par exemple quand on parle de politique. Oh ben vu ce qu'ils font en ce moment les politiciens on voit tout de suite ceux qui ont voté pour et qui sont déçus et pis ceux qui sont à fond « ah non ! » voilà ça c'est</i></p>

			<p><i>des sujets où faut toujours faire gaffe. On parle de banalités « oh oui toujours les mêmes » et puis ça s'arrête là donc voilà c'est des sujets comme ça ou quand on parle de la famille faut être pouh faut être prudent de c'qu'on dit attention à ce qu'on dit et puis si on parle de gens qu'elle connaît faut pas oublier qu'il y a des choses enfin tout doit pas se savoir avec Mme P ça peut vite se répéter</i></p> <p><i>Moi : donc il faut que je reste discrète avec elle</i></p> <p><i>IDE : ouais il faut rester normal euh discret mais euh comme avec les autres c'est euh y a pas de personnes avec qui on peut être... Mme P elle a le sentiment que je lui dis des choses importantes et elle s'est aperçue il y a peu de temps alors ça c'est rigolo qu'il y avait beaucoup de choses que j'lui disais pas elle a appris que je soignais beaucoup de ses voisins et pis elle le savait pas ça lui a fait un grand choc récemment d'apprendre que j'allais chez des gens pas loin et qu'elle ne le savait pas « pourquoi je lui avais pas dit », « ben voyons je ne vous dis pas tout j'vais pas vous dire que je vais faire telle ou telle chose chez telle ou telle personne » « vous avez raison vous avez raison » mais j'ai bien vu que ça lui avait fichu un grand coup donc voilà »</i></p>	
--	--	--	---	--

<p>« Et Mme P. elle, elle parle le Bérichon, hein Mme P. ? » -phrase interrogative -emploi du pronom personnel « elle » qui recentre sur Mme P</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>« Réintroduit activement la patiente dans la conversation en lui posant une question »</p>
<p>« c'est un jeune on est allé à l'école ensemble mais on s'était jamais parlé. Quand il s'est installé il m'a appelé pour que je lui envoie des patients et en fin de compte on a bien sympathisé à ce moment-là » -emploi de pronoms personnels : « il, je, on » -« à ce moment-là » déictique temporel</p>	<p>Verbes au passé composé, à l'imparfait</p>	<p>Monde du raconter Courte phase narrative</p>	<p>Intègre la patiente dans son histoire de vie personnelle</p> <p><i>« euh une relation de confiance euh oui on est en confiance elle me dit des choses qu'elle dit pas à tout le monde non plus parce que elle me voit tous les jours alors elle me confie des choses et pis y a des choses que j'sais qu'elle me dit pas parce que elle voudrait pas que je sache des choses comme ça qu'est-ce qu'il va dire l'infirmier après voilà l'infirmier c'est pas n'importe qui, on a une relation de confiance je lui dis pas de mon côté les cas de chaque patient, moi je vois du monde elle elle voit pratiquement que moi certains jours donc elle a besoin de dire beaucoup de choses et on raconte not' vie quoi euh on s'raconte euh oui voilà »</i></p>
<p>« on va couper la jambe » -emploi du « on » participatif</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Humour</p>

<p>« on coupe la tête ? et mon chiffre d'affaire dans tout ça si j'vous coupe la tête ? » -phrase interrogative -emploi du « on » participatif</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Humour <i>« est-ce que tu as justement l'impression de la titiller un peu j'ai envie de dire de la provoquer un peu ? »</i> <i>IDE : la chagner ? Oui</i> <i>Moi : dans quel but ?</i> <i>IDE : oh premièrement parce que je crois que ça m'amuse de chagner les gens un petit peu et pis je le fais chez ceux que ça amuse. Mme P ça l'amuse elle fait « oh là là là là vous êtes un infirmier pas comme les autres vous hein » pis d'ailleurs elle cherche bien à me chagner aussi elle me le rend bien quand j'arrive un peu en retard « ah on peut pas sortir du lit alors ? » alors qu'elle sait bien que j'faisais autre chose et pis j'lui répons « ben j'étais au bistrot » j'aime bien chagner oui</i> <i>Moi : est-ce que tu penses que ça fait partie de la relation de soins et que ça permet de favoriser la confiance avec tes patients ?</i> <i>IDE : ben déjà on voit en qui on a confiance déjà et puis ça dépend à quel degré on chagne mais euh c'est une plaisanterie qui permet de dédramatiser et pis y a des gens on le voit tout de suite s'il y a des gens où faut pas le faire il faut rester très sérieux sinon euh on est pas là pour rigoler et pis y a des gens on peut se le permettre mais ça se sent oui Mme P je la chagne... pas mal mais comme on se</i></p>	
--	-------------------------	--	---	--

			<p><i>connaît comme elle dit « on s'connait depuis tellement longtemps ! » on peut se permettre j'dirais pas comme de la famille mais presque voilà on peut se permettre une plaisanterie chaque fois j'lui dis qu'on va manger son chien à Noël et chaque fois elle me dit qu'elle me gardera la meilleure part et voilà des choses comme ça quoi. J'suis fait comme ça et je sais que mes remplaçantes sont un peu comme ça les gens apprécient. On m'a même fait un beau compliment un patient m'a dit « oh ben avec vous j'oublie que j'suis malade » c'est une dame qui m'avait dit ça ».</i></p>	
<p>« déjà Monsieur N qui nous a quittés » -emploi du déictique temporel « déjà » -emploi du « nous » associant les interactants</p>	<p>Verbe au passé composé</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Informe la patiente de la situation d'autres patients <i>« pour M. N je leur en parle aussi. Mme P. nous a fait une dépression d'un mois au dernier décès donc je lui en parle on en discute parce que sinon ce qui va se passer c'est que elle va garder ça pour elle et puis comme c'est elle la doyenne, c'est un monsieur plus jeune qu'elle donc c'est la prochaine sur la liste bon après, ça permet de dédramatiser ».</i></p>	<p>(Care receiving)</p>
<p>« oh il était pas malheureux il était chez lui, il a bricolé jusqu'au bout »</p>	<p>Verbe à l'imparfait et passé composé</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Prévenance, utilise une expérience vécue antérieurement pour réajuster avec Mme P et dédramatiser</p>	

<p>-emploi du « oh » exclamatif pour marquer son propos -emploi du « il » pour M. N -« jusqu'au bout » déictique temporel</p> <p>« Mme P. elle veut pas aller à l'hôpital non plus » -utilisation de « Mme P » qui réintroduit la conversation sur elle -« non plus » marque la négation</p> <p>« de toute façon ça va jamais Mme P, l'autre</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent et à l'imparfait</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer</p>	<p>Réintroduit Mme P au centre de la conversation <i>« le patient s'il commence à montrer des signes de faiblesse ça peut être une patate chaude il peut faire tous les services il va être muté ailleurs. Mme P. à l'hôpital ils l'ont mise dehors ; moi ça j'ai du bol j'ai plein de patients quand ils vont à l'hôpital c'est l'hôpital qui m'appelle pour que je les récupère : « - est-ce que vous pouvez reprendre votre patient ? - ah ça se passe mal ? – euh c'est pas terrible ! » (il rit), j'ai demandé à l'assistante sociale pour Mme P. si ça se passait mal, « euh elle est pas facile hein » donc je dis vous inquiétez pas on va gérer ça et pis au fur et à mesure de la tournée j'vais-je vais pouvoir évaluer l'ampleur des dégâts »</i></p> <p>Explication à propos du chien</p>	<p>(Notion de « patate chaude » utilisée dans le cadre théorique)</p>
--	--	--	--	---

<p>fois c'était votre chien » -emploi du démonstratif « ça » -emploi du déictique temporel « l'autre fois »</p>		<p>Séquence dialogale</p>	<p><i>« j'avais foutu un coup de pied au chien c'était c'était parce qu'elle était pas bien mais maintenant le même coup de pied euh j'l'aurai donné là c'matin elle m'aurait dit « qui qu'est qui vous arrive » et puis elle aurait pas pleuré toute la nuit voilà donc son chien le midi euh quand je vais le voir je le flatte il est bien mignon euh le matin quand il me saute sur les pompes ben y m'agace donc j'lui fous un coup de pied mais on a de bonnes relations et pis le soir il est sur son canapé euh je vais pas le voir et pis voilà. Avec les animaux chez les gens de toute façon je peux pas les caresser quand j'suis en soins donc je cherche pas le contact avec eux j'cherche pas à les attirer parce que si je les attire et que les regarde comme ça en croisant les bras (il croise les bras) c'est pas donc les chiens c'est pas le moment c'est pas voilà mais on est pas fâché avec le chien (rire dans la voix) »</i></p>	
<p>« restez assise ! » -phrase impérative</p> <p>« mais dépêchez-vous donc ! » <i>(Toujours un ton très autoritaire de Mme P) ton calme de l'infirmier pour répondre : « d'accord »</i></p>	<p>Verbe à l'impératif</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence injonctive</p>		<p>Geste énonciatif Surénonc.</p> <p>Sous-énonc.</p>

<p><i>Parle à Mme P. en se penchant sur elle</i></p> <p><i>L'IDE prépare le petit déjeuner de Mme P et ouvre les volets puis fait sortir le chien</i></p> <p>« il faut pas vous inquiétez comme ça Mme P hein je vois que vous vous en rendez malade là, c'est pas grave » <i>(le ton de l'infirmier est plus doux et il regarde souvent</i></p>			<p>Se met à la hauteur de la patiente</p> <p><i>« alors pour la p'tite histoire quand Mme P. était à l'hôpital, elle a organisé sa sortie, seulement euh à l'hôpital ils voulaient plus l'avoir ils l'ont laissé sortir sans problèmes ils m'ont téléphoné et m'ont dit on reprend tout comme avant seulement elle est incapable de préparer son p'tit déj et Mme P avait organisé ça, le p'tit déj c'est moi qui lui préparerait et çi et ça pis j'suis obligé d'être pointilleux sur tout parce que sinon c'est acquis ça serait plutôt à l'aide-ménagère de venir il faut une certaine patience c'est pour ça que pour son chien...</i></p> <p><i>Bon c'est comme de ramasser les journaux plein de pisse</i></p> <p><i>Moi : pour le chien ?</i></p> <p><i>IDE : j'en ai plein le baba de ramasser ça mais c'est normal. Si c'est pas fait eh ben pourquoi vous l'avez pas fait alors bon y a eu des étincelles avec mes remplaçantes parce qu'elles en font beaucoup moins, elles ouvrent pas les volets et je peux pas leur en vouloir parce que c'est... voilà.</i></p>	<p>Geste corporel</p>
--	--	--	--	------------------------------

<p>le visage de Mme P).</p>			<p>Dédramatise, rassure Fait le geste de regarder souvent la patiente <i>« toujours en même temps surveiller parce que j’suis quand même là pour ça et pis elle a quand même 93 ans on guette la faille Moi : tu surveilles quoi en particulier ? IDE : la cohérence de tout c’qui se passe Moi : cognitive alors ? IDE : voilà euh... pis même oui cohérence cognitive parce qu’une fois j’suis arrivé elle coupait la viande aux ciseaux j’m suis dit « oh là, là ça dérape » mais non ça dérapait pas au contraire c’était plein de bon sens elle me dit « la viande on peut pas la couper j’ai mal à ma main » elle a bien lavé ses ciseaux et depuis pouf elle coupe sa viande aux ciseaux c’était parfait c’était parfaitement cohérent j’ai trouvé que c’était plutôt ingénieux (il rit) donc elle voilà je dirais que j’ai tellement l’habitude de voir les gens les connaître par cœur par cœur qu’on voit tout de suite là où ça patauge et puis quand on lui dit, elle le voit tout de suite aussi donc voilà »</i></p>	
<p>« mais dépêchez-vous donc ! » (Toujours un ton très autoritaire de Mme P) ton calme de l’infirmier pour répondre : « d’accord »</p>			<p>Reste posé et calme devant le ton agressif de Mme P cherchant à l’apaiser</p>	<p>Geste d’intonation</p>

<p>« allez-y venez donc au lieu de rouspéter et que ça sert à rien » <i>(le ton est plus calme).</i> -emploi du « vous » respectueux</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Reprend un ton calme après une séquence où chacun son tour les 2 interlocuteurs élèvent la voix au sujet du chien de Mme P.</p>	
<p>« il faut pas vous inquiétez comme ça Mme P hein je vois que vous vous en rendez malade là, c'est pas grave » <i>(le ton de l'infirmier est plus doux et il regarde souvent le visage de Mme P).</i> -emploi du « vous » respectueux et du pronom personnel « je » -« là » déictique spatial</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Déramatise, rassure Intonation douce apaisante</p>	
<p>« du fait que vous allez voir Romain, on va p't être laver les pieds » -emploi du « on » participatif « emploi du « vous » respectueux</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Adapte les soins à la situation du jour</p>	<p>Geste ajustement</p>

Patiente 4 : Mme M : toilette complète au lit				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur) d'Intentions	Geste
« Attention les yeux ! » -phrase exclamative		Monde de l'exposer Séquence dialogale Phase d'ouverture du niveau supra-ordonné	Prévenance	Geste de sollicitude
« quelquefois elle se sent agressée, faut la rassurer » -« quelquefois » déictique temporel	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Rassure <i>« j'ai beaucoup de patients réputés difficiles et j'ai la chance que ça se passe bien mais parce que je vois quand ils se préparent à partir en sucette j'y fais attention euh et ça c'est le côté le plus difficile il faut déjà un certain recul par rapport à tout ça pour voir tout ça euh le contact je pense qu'on l'a avant ou qu'on l'a pas je pense qu'il y a des collègues ça s'acquiert je sais pas et je pense qu'il y en a qui l'auront jamais alors euh »</i>	
« faut pas vous inquiéter tout va bien »	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Rassure	

<p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p><i>l'IDE la mène à petits pas au fauteuil</i></p>			<p>Favorise le maintien à la marche</p>	
<p>« ah ben il était temps » (<i>en regardant la sonde urinaire et la poche pleine d'urines</i>) -interjection</p>	<p>Verbe à l'imparfait</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p><i>« j'ai dit qu'il était temps parce qu'hier ce qui s'est passé c'est que la sonde s'est certainement bouchée euh je sais pas exactement ce qui s'est passé mais du coup quand moi hier j'ai mis la poche euh alors ce matin je pense qu'elle avait ça dans la vessie et ça a bien coulé je pense qu'il était temps que je la change hier c'est pour ça il était temps... »</i></p> <p><i>En fait ce qui a attiré mon attention hier, c'est que il y avait un petit peu d'urines dans le fond de la couche, je la mets debout sur le seau pour qu'elle aille à la selle j'ai vu qu'il y avait quelques gouttes j'ai titillé la sonde et puis... quelquefois il vaut mieux changer carrément et même si c'est 22 heures et ben... et ben c'est pas d'bol</i></p> <p><i>Moi : c'est la présence des gouttes d'urines dans la couche qui t'a fait évoquer que la sonde était sûrement bouchée ?</i></p> <p><i>IDE : voilà ! après ça aurait été chez d'autres patients ça m'aurait peut-être pas interpellé</i></p>	<p>Geste d'évaluation</p>

<p>« vous avez mal où ? dites-moi » -phrase interrogative -emploi du « vous » de politesse -« où » déictique de lieu</p> <p>« et moi Mme M est-ce que vous me connaissez Mme M moi ? » -phrase interrogative -s'adresse à la patiente par « Mme M »</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p><i>pareil mais Mme M ça doit faire trois ans qu'elle suis, bon je sais à peu près comment elle réagit comment ça se passe, quand elle commence à réagir comme ça y a quelque chose et effectivement ça m'a prouvé qu'il fallait la changer. Elle a dû s'boucher dans la journée hier heu »</i></p> <p>Evaluation de la douleur</p> <p>Evalue l'état cognitif de la patiente</p>	
<p>« oh vous m'avez eu c'te fois, vous avez tiré la langue avant moi » -interjection marquant la surprise -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Humour <i>« J'utilise beaucoup l'humour, j'suis fait comme ça. Et puis ça dédramatise vachement les choses parce que c'est déjà assez dramatique comme ça si on leur dit les choses sérieusement ! c'est pour ça il faut dédramatiser,</i></p>	<p>Geste d'ambiance</p>

<p>-« cette fois » déictique temporel</p>			<p><i>dédramatiser le tout... c'est comme je dis toujours ici c'est un lieu de vie, si on rigole avec eux ils vous accueillent très bien tandis que si on rigole pas avec eux bon ben ils vous regardent drôlement oh c'est l'infirmier c'est médical c'est les piqûres tout ça. De toute façon si c'est pas moi qui sort des bêtises c'est eux qui vont en sortir et puis le jour où j'en sors pas parce que pour une raison X ou Y oh qu'est- ce qui vous arrive ? et là tout de suite oh qu'est- ce qui vous arrive ? C'est l'infirmier qui nous lâche. C'est des gens qui s'inquiètent vraiment ».</i></p>	<p>(Care receiving)</p>
<p>« oh ben ça en général c'est pas sur le bec que vous me mettez les claques ». -interjection de surprise -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>humour</p>	
<p>« allez faut aller garder les moutons ! » -Phrase sous forme exclamative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Humour <i>« y a que ça qui peut faire lever Mme M, garder les moutons sinon ça vaut pas l'coup s'lever. Mme M en Espagne gardait des moutons »</i></p>	
<p>« allez mettez les dents ! non non dans la bouche</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p>		<p>Geste énonciatif</p>

<p>les dents. Mme M ! me faites pas l’coup de les jeter au milieu de la carette comme vous avez déjà fait hein, allez on ouvre grand. Mme M je vais passer par derrière, allez Mme M on ouvre grand ».</p> <p>-phrase exclamative -emploi de verbes à l’impératif -s’adresse à la patiente en utilisant le « vous » et « Mme M »</p>	<p>à l’impératif et au passé composé</p>	<p>Séquence injonctive</p>		
<p><i>il lui serre la main par au – dessus de la barrière de lit</i></p> <p>« écartez bien » (<i>en lui écartant les jambes</i>)</p>			<p>Geste pour montrer qu’il est là et dire bonjour</p> <p>« <i>Avec la sonde urinaire là je regarde plus particulièrement car la dame perd la tête et tout ça au cas où et là des fois j’me dis faut qu’je regarde ci faut j’regarde ça et je regarde tel endroit parce que je sais qu’il peut y avoir des ulcères sur un tibia euh je regarde je surveille mais sinon ça se fait euh ah ce moment-là parce que sur une sonde urinaire on regarde qu’il y ait pas de selles voilà c’est question de bon sens toujours</i> ».</p>	<p>Geste corporel</p>

<p><i>L'IDE couvre le haut du corps avec une serviette</i></p> <p><i>L'IDE ouvre la fenêtre et les volets, il allume la TV devant Mme M installée dans son fauteuil au salon près de la fenêtre</i></p>			<p>Respect de la pudeur et prévient du froid</p> <p>« c'est très important d'ouvrir les volets parce que je trouve que c'est ça qui met la maison en route. Quand les volets sont ouverts, ça c'est une fierté chez les anciens avoir le premier le volet ouvert, là. Et pour les voisins ça donne à voir que l'infirmier est DEjà passé donc ça s'inquiète pas parce que une maison où les volets sont fermés c'est qu'il se passe quelque chose, on ouvre les volets comme ça personne s'inquiète et pis ça fait toujours bien alors j'sais pas si ailleurs c'est pareil mais ici c'est comme ça »</p>	
---	--	--	---	--

2^{ème} analyse IDE 2 : Lise

29. Mme P : aide au coucher				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
<p><i>L'IDE tient la main de Mme P. penchée sur elle à sa hauteur</i></p> <p><i>L'IDE change Mme P, elle lui prend la main pour la tourner et la mettre au lit</i></p>			<p><i>« pour la rassurer, elle a une prothèse de hanche depuis elle a très peur de son équilibre d'ailleurs elle perd souvent l'équilibre alors ma main la rassure et puis pour l'inciter à la tourner c'est pas un réflexe pour elle parce que elle est un peu démente je pense que vous l'avez compris et euh elle peut rester là en se demandant ce que je viens faire et elle n'aura pas forcément l'idée »</i></p>	Geste corporel

30. Mme V : prise de médicaments et aide au coucher				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
<p>« là je vais vous donner vos médicaments » -emploi du déictique spatial « là » -emploi des pronoms personnels « je » et « vous »</p> <p>« écoutez-moi, j'ai rajouté de l'eau dedans pour que ce</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au passé composé</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer</p>	<p><i>« là on est pour lui donner son traitement du soir et puis surtout lui expliquer comme elle comprend pas trop c'qui se passe il faut lui parler qu'elle comprenne »</i></p> <p>Tente d'apaiser la patiente qui n'aime pas les gouttes qu'elle doit prendre</p>	Geste de sollicitude

<p>soit moins mauvais » -emploi du pronom personnel « je » -emploi du démonstratif « ce » pour définir le médicament (indication donnée par la situation)</p>		Séquence dialogale		
<p>« vous voulez goûter ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Demande à la patiente si elle veut goûter, recherche le consentement	
<p>« j'vous donne les p'tits cachets » -emploi du « je » Et du « vous » de politesse -emploi de l'adjectif « petit » dans le sens hypocoristique souvent employé par les soignants</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	L'IDE explique ce qu'elle fait	
<p>« je vais vous aider à aller au lit je vais vous déshabiller » -emploi du « je » impliqué -emploi du « vous » de politesse</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	L'IDE explique ce qu'elle fait	
<p>« on enlève le gilet et les lunettes, hop là... on va passer au lit » -emploi du « on » participatif</p>	Verbes au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale		
<p>« vous pouvez lever les fesses ? »</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer	Sollicite la participation de la patiente	

<p>-emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p> <p>« c'est bien, ça y est, impeccable »</p> <p>-emploi des démonstratifs « c' » et « ça »</p>	Verbes au présent	<p>Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	Félicite la patiente de ses efforts	
<p>« ça va ? vous êtes bien là ? vous êtes bien ? »</p> <p>-emploi du démonstratif « ça »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi du déictique spatial « là »</p> <p>-phrases interrogatives</p>	Verbe au présent	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	Evalue le bien-être de la patiente	Geste d'évaluation
<p>« c'est mouillé ? »</p> <p>-emploi du démonstratif « c' »</p> <p>-phrase interrogative</p>	Verbe au présent	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	Evaluation de l'état de la couche	
<p>« vous êtes bien là ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi du déictique spatial « là »</p> <p>-phrase interrogative</p>	Verbe au présent	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	S'inquiète du confort de la patiente	
<p>« On est deux ce soir vous m'entendez je suis accompagnée là voyez il y a une dame à la porte vous la voyez ? »</p> <p>-emploi du pronom indéterminé « on »</p>	Verbes au présent	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	Explique ma présence	Geste d'ambiance

-emploi du « vous » de politesse -emploi du déictique spatial « là » -emploi de déictique temporel « ce soir »				
« buvez »	Verbe à l'impératif	Monde de l'exposer Séquence injonctive		Geste énonciatif
<i>(avance le verre de médicament) en lui caressant les cheveux</i> <i>elle lui caresse les cheveux et la joue</i>			Toucher qui accompagne les propos de l'IDE Caresse avant de partir <i>IE : alors cette femme vous lui avez caressé les cheveux et la joue, pourquoi vous avez fait ça ?</i> <i>IDE : pouhh ! j'sais pas trop... si j'ai fait ça c'est parce que c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées il y a un côté rassurant affectueux ça la rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit, pour qu'elle soit plus sereine, apaisée quoi si au moins ça pouvait apporter ça</i> <i>IE : c'est un geste que vous faites spontanément, il est réfléchi ou ?</i> <i>IDE : celui-là tout à fait spontanément, parfois il m'arrive même de les embrasser sur le front ça c'est plus réfléchi, quand je les sens un peu mal je vais leur faire un p'tit bisou sur le front mais là non, la petite caresse non c'est spontané</i> <i>Moi : à votre avis, c'est une compétence que vous avez développée ou qui est naturelle chez vous ?</i> <i>IDE : je pense que c'est assez naturel chez moi mais en</i>	Geste corporel

		<p><i>présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie vis-à-vis de ça et je pense que voilà c'est plus de l'empathie vis-à-vis de ça et il y a quelque chose de naturel mais j'ai du mal à croire que tout le monde n'aurait pas ce réflexe-là devant ces p'tites personnes qui sont toutes seules toute la nuit... on ne m'a jamais dit quand tu couches les gens il faut faire comme ça ».</i></p> <p><i>« L'avantage de c'métier c'est de les connaître à force de les voir régulièrement et je sais que cette dame-là elle est très sensible à ça je sais que... la première fois que je lui ai fait un p'tit bisou sur le front « ah c'est gentil ! ah ! » j'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions que d'autres le sont moins voilà je repère aussi il y a des personnes âgées qu'on sent un peu plus délaissées que d'autres et voilà c'est ça aussi je vais pas forcément faire ma p'tite caresse sur les cheveux à tout le monde maintenant que j'y réfléchis je le fais pas forcément à tout le monde... c'est l'adaptation à cette personne là c'est pas forcément quelque chose que je dirais faut faire la p'tite caresse dans les cheveux à tout le monde parce que ça apaise y en a que ça n'apaiserait pas forcément mais après il y a le côté intuitif voilà j'ai des personnes en tête elles sont suffisamment distantes dans leurs gestes ou leurs paroles on pourrait pas faire ça on comprend qu'il faut pas aller vers ça que ça pourrait être mal interprété enfin je pense que plus on connaît son patient plus on s'adapte à ses besoins »</i></p>	<p>(émotions dans l'activité)</p>
--	--	---	-----------------------------------

32. Mme X : préparation des médicaments et prise du soir				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« vous allez choper un bon coup de chaud je vais baisser un peu le radiateur il fait chaud ici c'est quand même un peu trop » -emploi du « vous » de politesse et du « je » d'implication -déictique spatial « ici »	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	S'inquiète pour la personne	Geste de sollicitude
« je vous mets les collyres ? » -emploi du « je » d'implication et du « vous » de politesse -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Sollicite l'accord pour effectuer le soin <i>« contrairement à l'hôpital c'est nous qui nous adaptons aux gens, à eux. Faire l'effort de s'adapter, d'aller vers les gens il y a une authenticité... c'est super riche et puis y a tout ce qui va autour il y a le chien, c'est pas que le patient finalement c'est tout ce qui va autour c'est pour ça que c'est riche ça donne plein d'informations on a tout de suite une notion de ce vers quoi il faut aller, les besoins... il y a vraiment de l'authenticité qui apporte plus au soin, il est plus juste, plus adapté».</i>	
« vous allez manger un petit peu quand même et regarder la télé » -emploi du « vous » de politesse	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Incitation	

<p>-emploi de l'adjectif « petit »</p> <p>« vous pensez à fermer derrière moi hein ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-interpellation « hein »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>S'assure de la sécurité de Mme X</p>	
<p>« ça été aujourd'hui ? »</p> <p>-emploi du démonstratif « ça »</p> <p>-emploi du déictique temporel « aujourd'hui »</p> <p>-phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de la journée</p>	<p>Geste d'évaluation</p>
<p>« les médicaments sont pris vous avez mangé ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-phrase interrogative</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p><i>« Les médicaments sont enfermés pour les préparer pour la journée le matin on lui donne en venant pour la toilette et le midi et le soir ce sont les aides à domicile qui lui donnent ».</i></p>	
<p>« Ah ! Il est pas rouge »</p> <p>-« il » pronom personnel indéterminé</p> <p>-interjection « ah »</p> <p>-phrase exclamative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de l'état de l'œil</p>	
<p>« vous avez pas la fièvre un petit peu ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Evalue la température de Mme X</p>	

-emploi de l'adjectif « petit » -phrase interrogative				
« vous allez regarder la télé ce soir ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Intérêt pour la personne	Geste d'ambiance
« ben pourquoi vous aimiez bien les petites émissions de variétés ? » -interjection « ben » -emploi du « vous » de politesse -emploi de l'adjectif « petit » dans le sens hypocoristique souvent employé par les soignants -phrase interrogative	Verbe à l'imparfait	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Discute sur un sujet que la patiente aime	
<i>L'IDE regarde ce que Mme X a mangé</i> <i>Elle touche le front de Mm X</i>			Contrôle de la prise alimentaire Pour évaluer si Mme X est chaude	Geste corporel

35. Mme D : glycémie capillaire				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« 1,75 ! dites donc vous avez mangé quoi ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi d'un organisateur textuel « donc » qui accentue le propos -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Evaluation de la prise alimentaire qui pourrait expliquer l'élévation de la glycémie	Geste d'évaluation
« ah voili voilà ! Y a des chances hein que ce soit ça ! » -interjection -emploi de la préposition « voilà » -phrase exclamative	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	La prise alimentaire sucrée (une glace) explique l'élévation de la glycémie capillaire	
« bon ça monte un petit peu c'est pas catastrophique mais... » -interjection « bon » -emploi du démonstratif « ça » « c' » désignant le taux de sucre dans le sang -emploi de l'adjectif « petit » -emploi de « mais » introduisant une objection	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Nuance les propos précédents tout en mettant en garde <i>« le soin c'est un peu la réponse qu'on apporte à un problème voilà et je dirai quel qu'il soit finalement hein pas forcément médical euh voilà c'est pour ça par exemple typiquement là on va chez cette dame diabétique le soin pourrait se limiter à renouveler la glycémie et on fait l'insuline mais on arrive la dame était extrêmement mal, sa fille avait tenté de se suicider, le soin s'arrêtait pas à je fais ma piqûre j'm'en vais c'était tout ce qui avait autour c'était important en plus la glycémie était montée en flèche à cause de tout ça aussi et euh voilà le soin</i>	

			<i>le soin la définition du soin c'est pas que forcément pourquoi on est embauché »</i>	(Taking Care of ; care giving)
<p>« eh ben il fait toujours aussi bon chez vous, j'enlève mon manteau, vous avez vu le temps, c'est pas glorieux glorieux, même le chien il veut pas sortir ! »</p> <p>-emploi d'une interjection « eh ben »</p> <p>-emploi du pronom indéterminé « il »</p> <p>-emploi du « je » impliqué et du « vous » de politesse</p> <p>-phrase exclamative</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Propos d'ambiance	Geste d'ambiance
<p>« oh ben qu'est-ce qu'il est mignon, il va pas prendre froid maintenant qu'il a plus de poils ? »</p> <p>-emploi d'une interjection « eh ben »</p> <p>-emploi du pronom indéterminé « il » pour désigner le chien</p> <p>-emploi d'un déictique temporel « maintenant »</p> <p>-phrase interrogative</p>	Verbes au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	<p><i>Le soin c'est le global, c'est le mari, la fille et même si le chien y va pas bien il faut prendre le temps de s'inquiéter du chien. On va chez une dame, c'est pas rien, son mari doit se faire opérer du cœur ben on le voyait et on lui a filé un p'tit coup de main pour mettre ses gouttes dans les yeux voilà c'est un tas de petits trucs qui font pas partie de ta fiche de poste j'ai envie de dire mais ouvrir les volets fermer les volets vider le bassin voilà c'est un truc euh voilà en théorie on pourrait dire oh ben non mais c'est dur de quitter une maison où les volets sont fermés, l'hiver c'est pas gênant il fait encore noir dehors mais en plein été quand dehors il fait un soleil d'enfer ! c'est sûr que ça prend un peu de temps que c'est un petit plus mais bon voilà...</i></p>	

<p>« bon elle était bonne au moins ? » -emploi de l'interjection « bon » voulant dire que l'affaire est faite -emploi du pronom indéterminé « elle » désignant la glace -phrase interrogative</p>	Verbe à l'imparfait	Monde de l'exposer Séquence dialogale		
<p>« je pars au ski pour tout vous dire » -emploi du pronom personnel « je » et du « vous » de politesse (Mme D : attention de pas vous casser quelque chose)</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Information sur sa vie privée	(Care receiving)

37. Mme J. : glycémie capillaire et aide au coucher

Nous avons vu Mme J. le matin pour sa glycémie capillaire et son injection d'insuline. Mme J pleurait, affectée du départ annoncé de l'infirmière.

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
<p>« qu'est-ce que vous auriez d'plus à l'hôpital ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p>	Verbe avoir au conditionnel	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Sollicitude « Avec Mme J. en fait elle est souvent dépressive alors j'utilise la dérision et j'ai vu que son fils faisait pareil aussi il faisait des blagues aussi ».	Geste de sollicitude

<p>« ben y a votre fils qui vient vous voir » -interjection « ben » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>réconfort</p> <p><i>« Mme J. je crois qu'elle s'est fortement attachée à moi et je pense qu'elle accuse un peu le coup, là, ce matin elle arrêterait pas : ma Lise ma Lise... en même temps c'est la seule à qui j'en ai parlé mais je me suis dit il faut la préparer du coup euh Moi : vous lui avez dit quand ? IDE : je lui ai dit hier, je lui ai dit hier que j'allais travailler dans un autre cabinet mais que je la verrai encore surement parce que je continuerai à donner de temps en temps des petits coups de main du coup elle a dit « oh ben c'est mieux pour vous que vous soyez en ville »... c'est peut-être aussi la limite du travail en libéral, cette proximité avec le patient le fait qu'on entre dans leur univers on outre passe un peu la juste distance ils nous appellent par notre prénom alors qu'à l'hôpital avec notre blouse « merci madame »</i></p>	
<p>« faut voir le verre à moitié plein »</p>	<p>Verbe au présent</p>			
<p>« je vais regarder vos doigts de pieds déjà » -emploi du « je » impliqué -emploi de déictique temporel « déjà »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Explique ce qu'elle fait</p>	
<p>« elle est toute propre la chemise parce que je sais que vous aimez bien être toute propre hein ? »</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Tient compte des souhaits de Mme J. Réconforte</p>	

<p>-emploi du pronom indéterminé « elle » pour désigner la chemise de nuit</p> <p>-emploi du « je » d'implication et du « vous » de politesse</p> <p>-interjection « hein » pour solliciter une réponse</p> <p>-phrase interrogative</p> <p>« vous avez une petite baisse de moral mais ça va remonter tout ça, hum ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi de l'adjectif « petite »</p> <p>« emploi démonstratifs « ça »</p> <p>Interjection « hum »</p> <p>-phrase interrogative</p> <p>« rappelez-vous il y a deux mois de ça on en a fait du chemin »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi du pronom personnel indéterminé « il »</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Réconfort</p> <p>Remémore son état pour valoriser la progression</p>	
--	--------------------------	---	---	--

<p>et « on » collaboratif -déictique temporel « deux mois » -démonstratif « ça »</p> <p>« quelles pantoufles vous voulez ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p>	<p>Verbes au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Laisse le choix à la patiente</p>	
<p>« bien, allez à nous, ça va ? » -interjection « bien » semble marquer le début d'un soin -emploi du « nous » associatif -démonstratif « ça » -phrase interrogative</p> <p>« qu'est-ce qui va pas ? » -phrase interrogative</p> <p>« ça fait quoi aux doigts de pieds ? » -emploi du démonstratif « ça » -phrase interrogative</p>	<p>Verbes au présent</p> <p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de la situation actuelle</p> <p>S'inquiète de ce qui ne va pas</p> <p>Evaluation du problème « <i>je me base sur ce que je vois, déjà ses pieds je les vois tous les jours donc je me réfère à ce que je les connais et j'ai pas vu de différence donc je regarderai encore demain et si elle s'en plaint plusieurs jours je me dirais qu'il y a quelque chose. Là je pense qu'elle a besoin qu'on s'occupe un petit peu d'elle</i> ».</p>	<p>Geste d' évaluation</p>

<p>« c'est hier que vous avez eu la piqûre ? » -emploi du démonstratif « c' » -déictique temporel « hier » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au passé composé</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>S'intéresse au traitement de Mme J. pour mettre en lien avec la clinique (baisse du moral)</p>	
<p>« ça vous a pas reboustée ? » -emploi du démonstratif « ça » qui désigne la piqûre -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evalue si l'injection de la veille a eu un effet thérapeutique</p>	
<p>« vous venez de vous changer ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evalue le besoin de changement de protection</p>	
<p>« ça va ? Vous tenez bien ? Pas de petite faiblesse dans les jambes ? » -emploi du démonstratif « ça » -emploi du « vous » de politesse -emploi du l'adjectif « petite »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>S'inquiète et évalue l'équilibre de la personne</p>	

-phrases interrogatives				
« bon vous regardez la télé ce soir ? » -interjection « bon » semble marquer l'introduction d'un autre sujet -emploi du « vous » de politesse -déictique temporel « ce soir » -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Propos d'ambiance	Geste d'ambiance
« Venez ! on va aller là-bas, vous avez le déambulateur et la chaise pas loin » -emploi du « on » participatif et du « vous » de politesse -emploi du déictique spatial « là-bas »	Verbe « venir » à l'impératif Puis présent	Monde de l'exposer Séquence injonctive	impératif / sur énonciation	Geste énonciatif

40. Mme G. : aide au coucher				
<i>Nous sommes chez Mme G (1.) la dame vue en premier le matin avec Luc</i>				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« Vous tousssez un peu ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi de l'adverbe « peu »	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Evaluation de la situation	Geste d'évaluation

<p>-phrase interrogative</p> <p>« vous avez pas un peu de sirop ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi de l'adverbe « peu »</p> <p>-phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Souhaite que Mme G prenne du sirop pour la toux</p>	
<p>« ça vous empêche pas de dormir ? »</p> <p>-emploi du démonstratif « ça » désignant la toux</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Evalue l'impact de la toux sur le sommeil de Mme G.</p>	
<p>« oh ça toussote de partout »</p> <p>-interjection « oh »</p> <p>-emploi du démonstratif « ça »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Information générale</p>	<p>Geste d'ambiance</p>
<p>« oui on peut pas dire qu'on est gâté, mardi il faisait beau on s'est dit c'est le printemps »</p> <p>-emploi du pronom personnel « on »</p> <p>-déictique temporel « mardi »</p>	<p>Verbe au présent et imparfait</p>	<p>Monde de l'exposer</p> <p>Séquence dialogale</p>	<p>Propos d'ambiance</p>	

« Vous avez déjà des fleurs qui vont sortir ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi de l'adverbe « déjà » -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Propos d'ambiance	
« les oiseaux surement, il y a des perce-neiges aussi et des crocus »	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Propos d'ambiance	
« allez-y avec l'assistante de vie, nous le soir quand on vient il fait noir et le matin on vient trop tôt alors c'est certainement pas avec nous que vous allez aller dehors » -emploi du pronom indéterminé « on » et du « nous » impliqué	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Conseille de sortir avec l'assistante de vie	
« ben c'est bien bon j'veu revois pas d'un moment je pars au ski » -interjection -emploi du « je » impliqué et du « vous » de politesse	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Information d'ordre privé	
allez ! allons-y allons-y !	Verbe à l'	Monde de l'exposer	Veut faire aller la patiente vers la salle de bain	Geste énonciatif

	impératif et au présent	Séquence injonctive		
<i>L'IDE tient la main de Mme G en partant</i>			<p>« IE : alors là Mme G vous lui avez pris la main et j'ai pas senti un besoin d'être rassurée ? IDE : ouais elle était un peu différente du fait de votre présence j'l'ai pas sentie comme d'habitude. Même moi j'étais pas comme d'habitude parce qu'elle était pas comme d'habitude et elle habituellement c'est elle qui me prend la main et elle me la serre après des fois j'ai même du mal à la lâcher et là il y a comme une sorte de pudeur quelque chose d'un peu... pas comme d'habitude c'est la seule que je trouve un peu différente du fait de votre présence IE : Vous pourriez expliquer pourquoi vous ressentez ça ? IDE : ben au début déjà sa façon d'être était différente elle a des automatismes un peu comme des petites habitudes et de suite elle était un peu perturbée d'habitude elle me fait « bonjour, bonjour » là c'était pas du tout le même et elle me regardait inquiète aussi et puis elle vous regardait beaucoup du coup elle était pas dans dans... oui dès le départ je l'ai senti il y avait une différence ouais après cette dame je lui ai pris la main parce que ben la première fois je cherchais pas à être intrusive et je gardais la distance justement et puis un soir c'était une occasion particulière c'était son anniversaire et euh du coup je lui ai pris la main et elle me l'a serrée et du coup j'ai senti que ça la réconfortait et après c'est devenu une habitude, le soir je lui dit au revoir en lui attrapant la main et elle me la serre et du fait que vous étiez là ben... IE : il y avait un peu de réserve ?</p>	Geste corporel

			<p><i>IDE : oui oui à l'occasion de son anniversaire elle m'a parlé de son âge elle disait que c'était pas beau du tout d'avoir c't'âge là</i></p> <p><i>IE : quel âge elle a ?</i></p> <p><i>IDE : elle a 92 ans et du coup « depuis tant d'années j'suis seule depuis 13 ans j'suis seule sans mon mari » et elle m'a raconté tout ça ».</i></p>	
--	--	--	--	--

45. Mme M. : aide au coucher				
<i>Nous sommes de retour chez Mme M, la dame Espagnole vue (en 4) le matin avec l'infirmier</i>				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« on va aller au lit, on va vous coucher » -emploi du « on » participatif -emploi du « vous » de politesse	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Explique ce qu'elle va faire	Geste de sollicitude
« attention la tête, ça y est on est passé » -emploi du « attention » de mise en garde -emploi du démonstratif « ça » -emploi du « on » participatif	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Sollicitude	
« voilà vous attrapez la canne on va marcher toutes les deux je vais vous aider on va marcher jusqu'au lit maintenant »	Verbes au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Explique ce qu'elle va faire et ce qu'elle souhaite que Mme M. fasse	

<p>« vous êtes prête ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p><i>IDE : par respect oui je peux pas dire papy mamy</i> <i>IE : je l'avais remarqué que tu l'appelais Maria mais ça m'a pas choquée parce que peut-être justement par cette familiarité en même temps ça fait tomber peut-être une barrière de distance ?</i> <i>IDE : oui aussi parce que ça l'incite... après j'aime beaucoup ce prénom aussi, ça me plaît de le dire mais je me suis dit... c'est bien ça permet de se poser des questions. »</i></p> <p>Evalue si la patiente est prête à se lever</p>	
<p>« C'est bon ? » -emploi du démonstratif « c' » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evalue si la position debout ne pose pas de difficulté à Mme M</p>	
<p>« Vos fesses ? vous l'avez encore le pansement ? J'vais regarder. » -emploi de l'adjectif possessif « vos » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation d'une douleur signalée par la patiente</p>	

-phrases interrogatives				
« j'ai fini quoi ? De vous déshabiller ? Pas tout à fait, il reste le soutien gorge, allez... » -phrases interrogatives reprenant les propos de Mme M puis réponse -emploi du « je » d'implication et du « vous » de politesse -emploi du pronom indéterminé « il »	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Répond à une question de Mme M.	Geste d'ambiance
« oh ben vous avez un trou au pantalon ! Là vous pouvez le dire mon pantalon est décousu » -interjection -emploi du « vous » de politesse -phrase exclamative -déictique spatial « là »	Verbes au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Humour	
« Allez je vous laisse et je vous dis à bientôt, bonne nuit. » -emploi du « je » impliqué et du « vous » de politesse	Verbes au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale		
« ah non évitez de me mettre des claques ! » -interjection « ah non »	verbe à l'impératif	Monde de l'exposer Séquence injonctive	La patiente a tendance à mettre des claques sur les fesses des infirmiers	Geste énonciatif

<p>« allez ! vers le lit. »</p> <p>« allez ! on pivote » -emploi du « on » participatif</p> <p>« allez, essayez »</p>	<p>verbe à l'impératif</p> <p>verbe à l'impératif et au présent</p> <p>verbes à l'impératif</p>	<p>Monde de l'exposer séquence injonctive</p> <p>Monde de l'exposer séquence injonctive</p> <p>Monde de l'exposer Séquence injonctive</p>	<p>Dirige les mouvements de Mme M.</p> <p>Idem</p> <p>Incite la patiente à enlever son appareil dentaire</p>	
<p><i>(Mme M est dans un fauteuil de salon devant la télévision près de la fenêtre où l'infirmier l'a installée le matin) L'IDE pousse en force le fauteuil jusqu'à l'entrée de la chambre</i></p>			<p><i>IE : ça doit être dur pour certains, cette dame je l'ai retrouvée exactement à la même place que ce matin...</i></p> <p><i>IDE : ah oui c'est vrai, mais elle me touche moins que d'autres parce que elle a quand même beaucoup de passages d'aides à domicile après c'est vrai qu'elle est toujours à la même place mais je la crois très entourée elle a une fille et un fils qui sont très très très soucieux de son bien-être euh voilà il suffit qu'un jour on lui ai mal lavé l'œil ou un truc mal coiffée hop tout de suite elle appelle « vous avez mal coiffé maman » donc c'est très cadré très soucieux un vrai suivi et puis il y a une proximité avec les aides à domicile des fois quand je pars y en a une qui arrive et c'est euh, il y a une vraie chaleur humaine quand euh cette dame arrive on sent que c'est presque comme une copine enfin plus que d'autres qui sont là comme des employées après... pourquoi j'ai moins pour elle oh ben aussi le fait qu'elle se voit pas démente euh je me dis qu'elle réalise peut-être moins tout ça que euh quelqu'un qui est parfaitement conscient, après elle a toujours la p'tite blague la p'tite chanson le p'tit sourire après c'est la maladie qui fait que... donc voilà elle donne moins</i></p>	<p>Geste corporel</p>

<p>L'IDE est face à Mme M elle l'entoure de ses bras</p>		<p><i>l'impression d'être malheureuse, oui elle a le sourire et puis elle est quand même très décalée donc voilà ça crée l'illusion que... c'est pas celle qui me ferait dire qu'elle souffre le plus de solitude et le fait qu'elle soit à côté du volet ouvert, tout prend une autre dimension. Quelquefois je me dis d'une ou l'autre est-ce qu'elle serait pas mieux en maison de retraite mais euh après elles ont leurs repères chez elles y a tout plein de choses qui expliquent qu'elles restent chez elles alors effectivement c'est vrai qu'on essaie de leur apporter un petit quelque chose</i></p> <p><i>Moi : et ce petit quelque chose en plus c'est quoi ?</i></p> <p><i>IDE : ben c'est de la gaité de la joie de vivre du sourire c'est la petite blague voilà et puis il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose même si des fois quand on monte dans la voiture le matin « oh là là ! » et puis dès qu'on passe la première porte hop y a un truc qui fait que... et on a envie de construire des belles choses quoi.»</i></p> <p>Prévention d'une chute</p>	<p>(care receiving)</p>
--	--	--	-------------------------

47. Mme P. : aide au coucher

Nous sommes de retour chez Mme P, la dame vue 2 fois le matin avec l'infirmier

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses <i>ou confirmations</i> (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
<p>« je vous enlève les lunettes, les oreilles » -emploi du « je » impliqué et du « vous » de politesse</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	L'infirmière explique ce qu'elle fait	Geste de sollicitude
<p>« allez c'est bon on va mettre les petites chaussettes, voilà » -interjection « allez » -démonstratif « c' » -emploi du « on » participatif -emploi de l'adjectif « petite » -« voilà » marque la réalisation de l'acte</p>	Verbes au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale		
<p>sous votre pied ? -phrase interrogative</p>			L'infirmière cherche le contentement de Mme P.	
<p>« vous l'avez déjà fait Mme P, c'est bien, parfait, impeccable, oh ben c'est drôlement mieux que la dernière fois » -emploi du « vous » de politesse</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Valorise Mme P en la félicitant	

<p>-interjection « oh ben » marquant la surprise -déictique temporel « la dernière fois »</p> <p>« vous voulez que je remonte le coussin dans votre dos ? » -phrase interrogative -emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué</p> <p>« c'est bon je peux éteindre ? » -phrase interrogative -emploi du démonstratif « c' » -emploi du « je » impliqué</p>	<p>Verbes au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>L'infirmière cherche à contenter Mme P.</p> <p>L'infirmière s'assure que tout est bon avant de partir</p>	
<p>« alors l'ostéopathe ça a donné quoi ? » -« alors » introduit la question -emploi du démonstratif « ça » -phrase interrogative</p> <p>« bon vous souffrez encore ? ça va mieux ? Ça siffle là c'est votre appareil qui siffle ? Vous dormez bien ? » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>S'informe du résultat de la consultation de Mme P. chez l'ostéopathe</p> <p>L'infirmière pose des questions pour évaluer l'état de la patiente</p>	<p>Geste d'évaluation</p>

<p>-phrases interrogatives -emploi du démonstratif « ça »</p> <p>« ça va ? » -phrase interrogative -emploi du démonstratif « ça »</p>	<p>Verbe au présent</p>			
<p><i>Mme P : il faut enlever tout ce qui a sur le pied de lit et on va mettre la petite couverture rouge sur les pieds (ton directif)</i> IDE : « dites-moi »</p> <p><i>Mme P : le savon je me butte à vous le dire, c'est un remède pour pas avoir des crampes et c'est même le docteur Mi. qui me l'a ordonné (ton sec)</i> IDE : « bien Madame ! »</p> <p><i>Mme P : c'est bon c'est bon, et la couverture rouge sur les pieds</i> IDE : « ça marche je vais la chercher » -emploi du démonstratif « ça » -emploi du « je » impliqué</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>L'infirmière répond aux exigences de Mme P. par des paroles de consentement sur un ton doux</p>	<p>Geste énonciatif</p>

2^{ème} analyse IDE 3 : Maria

D5. Mme X : pansement d'ulcère et ablation de bandes de contention				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
ça soulage hein ça va décompresser tout ça hein ? -emploi du démonstratif « ça » pour « l'ablation des bandes » -interjection « hein » -phrase interrogative	Verbes au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Montre de la sollicitude envers la personne	Geste de sollicitude
Et ça vous sert toujours au niveau de la cuisse ? Ça vous fait toujours la p'tite marque ? -emploi du démonstratif « ça » pour les bandes -emploi du « vous » de politesse -emploi à deux reprises de l'adverbe « toujours » -emploi de l'adjectif « petite » -phrases interrogatives	Verbes au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evalue le niveau de compression des bandes de contention	Geste d'évaluation
Bonsoir		Monde de l'exposer Séquence dialogale	Ouverture du niveau supra-ordonné : entrée en contact selon règles socio-communicatives <i>« IE : Comment tu fais pour instaurer une relation de confiance par exemple avec</i>	Geste d'ambiance

		<p><i>cette dame que nous venons de voir ?</i></p> <p><i>IDE : ben tout simplement être à l'écoute les gens y aiment beaucoup et pis à partir d'un certain âge ils sont tous seuls à la maison et c'est tout simplement être à l'écoute et les gens ils ont besoin de beaucoup de parler donc euh y a moi dans mon statut de remplaçante en fait je peux pas euh les gens au départ c'est pas qu'ils te prennent pas au sérieux mais ils sont plus euh ils vont être un petit peu plus pointilleux sur toi euh donc en fait c'est d'être vraiment à l'écoute tout simplement par la gentillesse hein</i></p> <p><i>IE : mais quelques fois c'est pas facile d'être gentille ?</i></p> <p><i>Quelquefois des patients...</i></p> <p><i>IDE : il faut s'adapter. C'est pas comparable comme un commercial mais il faut s'adapter à chaque personne alors pas tout le monde est pareil y en a qui vont te parler toujours de la même chose des personnes âgées qui vont passer euh tout le temps à se plaindre, y a des personnes qui vont s'intéresser à ta famille, des personnes qui vont poser des questions plus personnelles sur moi sur ma vie personnelle pourquoi je suis ici euh parce que déjà d'une le fait que je sois étrangère j'ai gardé toujours mon accent mais les gens sont encore plus « titilleux » sur toi et ici dans le coin j'ai appris les gens euh ben c'est pas qu'ils aiment pas les étrangers mais ils s'en méfient plus, quand je suis arrivée en France j'ai déjà entendu que je pique le travail aux infirmières françaises ou des patients pas en libéral en structure qui ont refusé mes soins parce que j'étais pas française donc il faut aussi que je m'adapte par rapport à</i></p>	
--	--	--	--

			<p><i>ça mais en fait je le prends plus comme un atout en fait de ne pas être d'ici parce que après j'apprends plein de choses sur ce que disent les personnes les patients où on va en fait, ils m'apprennent plein de trucs donc en fait c'est le dialogue on va dire le dialogue c'est ça qui permet le contact avec les patients. Voilà</i></p> <p><i>IE : est-ce que tu connais le terme de care ?</i></p> <p><i>IDE : non</i></p> <p><i>IE : non ? On l'oppose au terme de cure en anglais, le cure est plus l'aspect du soin technique et le care c'est plus euh la sollicitude à l'autre l'attention, est-ce que tu penses que ton travail en libéral se rapproche plus du cure ou du care ?</i></p> <p><i>IDE : ben ça dépend. Je peux pas dire euh je peux pas généraliser y a des personnes vraiment elles attendent euh l'infirmière pour vraiment faire l'acte infirmier donc euh faire le pansement ou la piqûre ou la prise de sang mais y a d'autres ça s'rapproche plus du care alors euh c'est plus pour les habituels ceux qu'on voit tous les soirs euh ces patients-là euh ils vont connaître euh pas toute ma vie personnelle mais bon ils vont savoir que j'ai deux enfants que je suis mariée, où j'habite alors que les personnes euh ponctuelles qu'on doit y aller pour une prise de sang ou euh ou pour un pansement en particulier ou pour des jeunes ! Les jeunes posent bien moins de questions que les personnes âgées en fait donc ça dépend on peut pas généraliser le libéral par rapport à l'un ou l'autre y a pas un penchant pour l'un ou l'autre c'est vraiment personne par personne ».</i></p>
--	--	--	---

<p>oui et demain encore plus on devrait arriver à 25 ! -phrase exclamative -déictique temporel « demain » -emploi du « on » participatif -emploi de l'adverbe « encore »</p>	<p>Verbe au futur</p>	<p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Propos d'ambiance</p>	
<p>Donc demain ça sera Luc qui va passer hein -emploi de la conjonction « donc » employé comme transition pour revenir à un sujet -déictique temporel « demain » -démonstratif « ça » pour désigner l'IDE -interjection « hein »</p>	<p>Verbes au futur et au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Propos informatif</p>	
<p><i>IDE prend le mollet de Mme X avec des gestes lents et doux et soulève la jambe, elle caresse la peau</i></p>			<p>Gestes lents et doux</p>	<p>Geste corporel</p>

D10. Mme Dav : change et coucher

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
<p>« attention les jambes » -mise en garde « attention »</p> <p>« on va changer la protection » -emploi du « on » participatif</p> <p>« Et hop voilà allez un petit bras l'autre petit bras » -interjection « hop » - emploi de « voilà » marquant la réalisation de l'acte -emploi de « petit » à deux reprises</p> <p>« hop allez une petite jambe » -interjection « hop » -emploi de « petite »</p>	Verbe au présent	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>« <i>IE : alors dis-moi par rapport à tes intentions par exemple tu es arrivée chez cette dame est-ce que tu arrives avec une idée du soin est-ce que aujourd'hui par exemple ça s'est pas déroulé comme tu le pensais ?</i></p> <p><i>IDE : non non c'est comme habituel au niveau du soin c'est le changement de protection lui mettre le pyjama et la mettre au lit ça si tu veux tous les soirs ben y a des soirs elle veut aller au lit y a des soirs où elle veut pas aller au lit là elle a demandé qui c'est qui allait dormir avec elle mais sinon en fait euh après pas tous les soirs faut pas lui changer la protection complète comme aujourd'hui tu vois mais non y a rien d'exceptionnel on va dire qui soit arrivé après ben je prépare toujours ben un gant parce que des fois elle a des selles pas tous les soirs faut anticiper si tu veux</i></p> <p><i>IE : hum hum</i></p> <p><i>IDE : donc voilà mise à part le fait qu'ils étaient pas à la maison ça oui on peut dire c'est plus embêtant qu'autre chose parce que c'est assez exceptionnel qu'ils soient pas présents à la maison</i></p> <p><i>IE : ton activité a été empêchée</i></p> <p><i>IDE : ah oui et là là on a pris un bon quart d'heure de retard minimum mais comme je sais pas trop aujourd'hui puisque on va faire la dame à Saint Palais alors je sais pas trop au niveau du timing comment ça va se dérouler mais après y a</i></p>	Geste de sollicitude

		<p><i>des patients que c'est pas à des heures ponctuelles y a des patients où je peux y aller si j'y vais à 20 h ou à 20h30 y a pas de soucis c'est avec ces patients-là que je joue après une fois que je connais la tournée c'est avec ces patients-là que je me dis ben allez j'ai un petit quart d'heure j'y vais de suite ou j'me dis non mais par contre il y a des patients où euh il faut y être plus à des heures précises après c'est pareil en tant qu'infirmière libérale on peut pas avoir des horaires stricts exacts, chose que pas tout le monde comprend parce que ben ça se déroule pas toujours comme on veut chez les gens, des fois comme y a des personnes on prend un peu plus de temps parce que soit ça va pas soit il s'est rajouté un p'tit truc ou y a une p'tite urgence donc y a des personnes qui vont comprendre qu'on soit un petit peu en retard que d'autres non donc ça c'est le hic du libéral et après où j'ai pris sur moi c'est sur la voiture parce que j'avais tendance à si j'avais du retard à accélérer et là il faut se dire que j'ai déjà eu des petites peurs on va dire pas d'accident, touchons du bois, mais euh faut pas s'accrocher sur la voiture pour récupérer le temps perdu euh si on est en retard ben on est en retard on peut pas jouer sur notre vie pour aller faire une petite toilette ou un coucher autant y arriver une heure ou une demi-heure en retard que pas y arriver du tout mais ça ça été un gros travail sur moi vu que j'ai travaillé très longtemps où y avait des horaires stricts exacts avec des timing les médicaments tout ça qu'on pouvait pas zapper tout ça on joue avec des seringues de dopamine et tout ça c'est</i></p>
--	--	--

			<p><i>énorme donc ça c'est beaucoup ce que j'ai pris sur moi le fait de me dire en libéral si il y a des horaires mais on est pas à dix minutes près malheureusement pour les gens et pis après quand on arrive plus tard ou plus tôt ben on s'explique avec les personnes hein c'est la première chose que je fais d'ailleurs quand j'arrive chez les gens si je vois que j'ai du retard de leur dire ben voilà aujourd'hui j'suis en retard mais voilà la personne où j'étais avant y a eu un p'tit soucis donc j'explique pourquoi je suis en retard et puis après y a tout, y a les personnes qui comprennent et pis celles qui comprennent pas donc voilà après y a la route ça s'passé pas toujours comme on veut ».</i></p>	
<p>« je vois qu'elle peine toujours un petit peu à la marche ? » -emploi du « je » impliqué -emploi du « elle » pour Mme Dav. -emploi de « petit » et « peu » -phrase interrogative</p> <p>« je la trouve fatiguée » -emploi du « je » impliqué -« la » désigne Mme Dav.</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer Séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de l'état de la marche de Mme Dav.</p> <p>L'IDE donne son avis sur l'état de Mme Dav.</p>	<p>Geste d'évaluation</p>
<p>Bonsoir</p> <p>« alors on se promène ce soir »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de m'exposer</p>	<p>Ouverture</p>	<p>Geste d'ambiance</p>

<p>-emploi de l'adverbe « alors »marquant le constat -emploi du « on » participatif -déictique temporel « ce soir »</p>		séquence dialogale		
<p>« Il fait beau aujourd'hui hein ? » -emploi du « il » indéterminé -déictique temporel « aujourd'hui » -interjection « hein » -phrase interrogative</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Propos d'ambiance	
<p>« y a pas de place ça va être un petit peu étroit pour deux » -emploi du démonstratif « ça » -emploi de « petit » et « peu »</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Humour	
<p>« demain matin c'est C. » -déictique temporel « demain »</p>	verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Propos informatif	
<p>« allez-y venez là ! » -emploi du déictique spatial « là »</p>	verbe à l'impératif	Monde de l'exposer séquence injonctive	Propos directifs	Geste énonciatif
<p>« avancez un petit peu Mme Dav.</p>	verbes à l'		Propos directifs	

D12. Mme B : change et traitements à donner				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« c'est que vous êtes bien soignée par votre petit mari » -emploi du « vous » de politesse et « votre » -emploi de l'adjectif « petit »	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Sollicitude « Mme B. c'est une dame qui a un Alzheimer aussi assez important très très gentille <i>IE : qu'est-ce que tu as trouvé de différent entre ton travail en structure et le domicile ?</i> <i>IDE : ah c'est très différent ben déjà l'approche avec les patients en plus moi je viens de la salle de réveil, le contact avec les patients il est presque inexistant. Les patients en salle de réveil euh c'est plus euh c'est vraiment plus un travail d'infirmière euh en actes et plus surveiller les constantes, l'extubation, la douleur euh c'est beaucoup plus ça que le relationnel. Qu'à domicile c'est que du relationnel enfin pas que, il y a des actes aussi mais il y a beaucoup beaucoup de relationnel et en fait euh cette partie-là euh j'adore la partie euh le contact avec le patient et euh le fait d'aller chez les gens ils attendent euh l'infirmière le statut infirmière est beaucoup plus marqué que dans un établissement. Dans un établissement tu es une infirmière comme une autre tu es une parmi d'autres infirmières en fait chez les patients c'est très différent c'est surtout le relationnel qui change ».</i>	Geste de sollicitude
« Bon j'ai mis un autre pansement Mme B d'accord celui-là il colle moins à la peau	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	prévenance	

<p>parce que vous avez une peau fragile il vous fera pas mal quand on l'enlèvera hein » -interjection « bon » « hein » -emploi du « je » impliqué -emploi du « vous » de politesse et du « il » pour désigner le pansement</p> <p>« vous inquiétez pas » -emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>rassure</p>	
<p>« vous allez bien ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p> <p>« Est-ce que vous avez envie d'aller à la selle ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p> <p>« vous y êtes allée aujourd'hui ? » -emploi du « vous » de politesse -déictique temporel « aujourd'hui » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evaluation de la situation</p> <p>Evaluation du besoin d'élimination</p> <p>Evaluation des selles</p>	<p>Geste d'évaluation</p>

<p>« le pansement a été fait hier ? » -déictique temporel « hier » -phrase interrogative</p> <p>« ça va comme ça ? » -emploi du démonstratif « ça » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au passé composé</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evalue le pansement</p> <p>S'inquiète du confort de la patiente suite à la pose de l'aérosol</p>	
<p>Bonjour</p> <p>« il est dehors votre chat il nous empêchait de garer la voiture » -emploi des pronoms personnels « il » pour désigner le chat, du « vous » de politesse -déictique spatial « dehors »</p> <p>« j'ai une bonne nouvelle, on va pas vous couper le bras tout va bien » -emploi du « je » et « on » impliqués -emploi du « vous » de politesse</p> <p>« vous prenez l'apéro après le repas vous »</p>	<p>Verbe au présent</p> <p>Verbes au présent</p> <p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer</p>	<p>Ouverture</p> <p>Propos rassurants</p> <p><i>« j'essaie d'être très positive envers les gens euh de toujours bien dialoguer tout ça y a des personnes à qui il faudra remonter le moral parler de son chat comme tout à l'heure mais les émotions faut pas les montrer je peux avoir des soucis aussi dans ma vie personnelle il faut pas que ça paraisse. »</i></p> <p>Humour</p> <p>Humour</p>	<p>Geste d'ambiance</p>

<p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>« allez à samedi matin »</p> <p>-interjection « allez »</p>		<p>séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Clôture</p>	
<p>« tournez-vous un petit peu par-là ! »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi de l'adjectif « petit » et de l'adverbe « peu »</p> <p>-déictique spatial « par-là »</p>	<p>Verbe à l'impératif</p>	<p>Monde de l'exposer séquence injonctive</p>	<p>Consignes</p>	<p>Geste énonciatif</p>
<p>« allez, on remonte un peu plus les fesses »</p> <p>-interjection « allez »</p> <p>-emploi du « on » participatif</p> <p>-emploi de l'adverbe « peu »</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'expose séquence injonctive</p>	<p>L'IDE donne des consignes</p>	
<p>« attendez ! Vous allez prendre les médicaments d'abord »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe à l'impératif et au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence injonctive</p>		
<p><i>L'infirmière embrasse le couple.</i></p>			<p><i>« IE : alors ici ce couple, tu l'as embrassé quand tu es rentrée ? IDE : oui ben c'est ce que je disais faut s'adapter à chaque personne et M. B en fait un soir il m'a embrassé du fait ben j'ai continué mais bon c'est pas quelque chose que je</i></p>	<p>Geste corporel</p>

		<p><i>fais d'habitude ben y a qu'eux. C'est un monsieur qui est tout seul avec sa femme et son épouse elle perd énormément la tête et donc ce monsieur se sent très très seul, ils avaient un fils qui est décédé d'un cancer donc en fait il est tout seul avec son aide-ménagère qui passe deux fois par semaine et nous et donc en fait y a une confiance qui s'instaure plus intime que chez d'autres patients mais c'est pas parce que on a choisi comme ça c'est les circonstances c'est pour ça que je disais tout à l'heure qu'on ne va pas faire que l'acte on prend la globalité de la personne et la globalité c'est même la famille quoi, ben forcément tu as plus d'affinité avec certaines personnes que d'autres et quand tu vois la même personne plusieurs fois par semaine ou par mois ben forcément y a un climat qui s'instaure qui est différent y a des personnes qui vont chercher à comprendre à me connaître, à connaître ma vie personnelle pas en tant qu'infirmière mais en tant que fille on va dire en tant que personne alors forcément y a un climat qui s'installe qui est différent donc euh c'est pas que l'empathie envers les gens ça sera toujours la même mais l'affinité envers la personne ça sera différent en fonction de la personne c'est pas parce que on s'entend mieux que les soins vont être différents les soins ils vont être pareils après la conversation ça va être différent mais tu vois ce couple on fait plus du social avec lui et avec elle c'est plus les soins [...]. En Espagne on est beaucoup plus tactiles que les Français et c'est quelque chose qu'on m'a reproché ici et si tu veux ça c'est quelque</i></p>	
--	--	---	--

			<p><i>chose que j'ai dû enlever de moi parce que tout le monde ne réagissait pas pareil alors j'ai mis des distances avant serrer la main c'était mission impossible on serre pas la main en Espagne on se fait la bise tu vois mais ici j'ai mis mes barrières comme ça alors euh du coup peut-être je suis passée de l'autre côté si tu veux et ça c'est quelque chose que j'ai dû euh éliminer complètement. Le relationnel en libéral n'est pas mis en valeur d'un point de vue cotation mais d'un point de vue humain tu vois en ce moment la période des potagers euh moi tous les jours je vais rentrer à la maison avec un bout de course les gens vont t'offrir quelque chose de leur jardin là le monsieur il nous a offert un chocolat c'est ça tu vois ça c'est une reconnaissance qui a pas de prix et dans un établissement ça n'existe pas ça, tu es une infirmière parmi tant d'autres t'es payée voilà quand tu rentres dans l'univers de la personne que tu vas chez elle, en fait tu es vue différemment tu es vue très différemment et c'est ça qui me plaît entre autres c'est ce côté-là en fait ».</i></p>	
--	--	--	---	--

D12. M. G : injection d'HBPM (Héparine de Bas Poids Moléculaire)				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« bon là c'est fini y a pas de raisons » -interjection « bon » -déictique spatial « là »	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	rassure	Geste de sollicitude

« Vous allez bien ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evaluation de l'état du patient	Geste d'évaluation
« alors ça va depuis la dernière fois ? » -emploi du démonstratif « ça » Déictique temporel « dernière fois » -« alors » organisateur textuel	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale		
« ça vous fait pas trop de bleus » -emploi du démonstratif « ça » pour les injections -emploi du « vous » de politesse	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Observation de l'état cutané	
« ça se passe bien ? » -emploi du démonstratif « ça » -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evaluation suite à la néphrectomie du patient	
Bonsoir			Ouverture	Geste d'ambiance
« y en a une qui tient et l'autre qui pique »	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Humour	
« bon rétablissement et bonne continuation »		Monde de l'exposer séquence dialogale	clôture	

-emploi de « bon » et « bonne »				
« on fait laquelle ce soir ? » -emploi du « on » participatif -déictique temporel « ce soir » -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Laisse le patient décider du lieu d'injection, s'adapte <i>« IE : alors ce monsieur quand tu lui as fait une injection euh est-ce que tu penses que tu as mis en place des actions en place pour éviter qu'il ait mal ou des choses comme ça ? IDE : si tu veux on avait longuement parlé la dernière fois et il appréhendait pas mal les piqûres ce monsieur donc il préférerait qu'on lui dise pas quand on va piquer j'ai dit ok je lui ai dit vous vous préparez psychologiquement quand on pince la cuisse IE : d'accord IDE : et donc tout simplement si tu veux le pincement il est légèrement plus important que chez un autre tout simplement pour qu'il se concentre sur ce fait là sinon voilà IE : donc tu as ajusté ton soin, tu as ajusté ta technique on va dire pour ce monsieur qui appréhendait ? IDE : voilà c'est prendre la personne en particulier chacun est différent si tu veux ».</i>	Geste ajustement

D12 (36'55). M. Y : pansement et injection HBPM				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« on va voir le pansement par-là ? »	Verbe au présent	Monde de l'exposer Séquence dialogale	S'adapte au patient	Geste de sollicitude

<p>-emploi du « on » participatif -déictique spatial « par-là » -phrase interrogative</p> <p>« dites-moi on commence par quoi par la piqûre ? »</p> <p>-emploi du « on » participatif -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>S'adapte au patient</p>	
<p>« vous restez debout pour la piqûre ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Propos de prévention</p>	
<p>« faut bien alterner les côtés par contre »</p> <p>« ça va tirer un petit peu les poils »</p> <p>-emploi du démonstratif « ça » -emploi de « petit » et « peu »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>prévenance</p>	
<p>« vous les mettez pour la douche je suppose ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evaluation des besoins en matériel</p>	<p>Geste d'évaluation</p>

« la plaie elle est plus importante ? » -emploi du pronom « elle » pour la plaie -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale		
« vous craignez pas trop ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evaluation des appréhensions par rapport aux injections	
« alors dites-moi de quel côté ? » -emploi de « alors » -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evalue pour adapter le lieu d'injection	
« vous avez été opéré quand ? » -emploi du « vous » de politesse -déictique temporel « quand » -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Information qui permet l'évaluation de la plaie en fonction de la date d'intervention	
« vous avez été opéré d'quoi d'un pontage ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Continue le recueil d'informations permettant l'évaluation clinique	
« bonsoir Monsieur, je suis l'infirmière »	Verbe au présent	Monde de l'exposer	Ouverture	Geste d'ambiance

<p>-emploi du « je » impliqué</p> <p>« ah j'ai travaillé 10 ans avec lui avant j'étais au bloc opératoire en salle de réveil » -interjection « ah » -emploi du « je » impliqué -« avant » marque l'antériorité</p>	<p>Verbe au passé composé et imparfait</p>	<p>séquence dialogale</p> <p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>« <i>IE : alors c'Monsieur c'était la première fois que tu le voyais ?</i> <i>IDE : voilà</i> <i>IE : comment tu, est-ce que tu es arrivée avec des intentions et as-tu dû mettre en place des réajustements par rapport à ce qu'il te disait ou... ?</i> <i>IDE : non tout simplement comme tout savoir vivre se présenter à l'arrivée euh après je me laisse porter par la personne si tu veux ben lui il est parti le truc qu'on avait en commun c'est-à-dire qu'il a été hospitalisé là où j'ai travaillé pendant dix ans donc euh c'est que cette base-là après ça se fait tout seul on suit le fil de la personne tu vois c'est ce qu'on disait tout-à-l'heure on s'adapte à chaque personne après c'est tout simplement savoir ce qu'on doit faire c'est pour ça que j'ai demandé de quoi il avait été opéré de toute façon vue la plaie euh comment c'était fait c'était logique de savoir qu'il s'était fait opérer d'un pontage croisé j'ai eu l'habitude de voir ça assez longtemps ben après si tu veux les gens comme ça et que Luc sait qu'ils se sont fait opérés à G de V quand il sait que je vais y retourner il parle de moi de c'côté-là il va lui lire voilà demain y a ma remplaçante qui va venir elle a travaillé dix ans à G de V voilà les personnes m'attendent déjà avec cette mentalité-là donc c'est pour ça que lui il était déjà préparé par rapport au questionnaire de satisfaction qu'il avait pas eu chose qui est très bizarre parce que ils sont très pointilleux par rapport à ça par rapport au fait que le patient soit bien pris en charge après le problème qu'il m'a expliqué ça malheureusement on priorise les constantes du patient et qu'il soit vivant</i></p>
<p>« c'est mieux de les couvrir du moment qu'il y a des agrafes c'est mieux de les couvrir un petit peu encore » -emploi du pronom indéterminé « il » -démonstratif « c' » -emploi de « petit » et « peu »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>« <i>IE : alors c'Monsieur c'était la première fois que tu le voyais ?</i> <i>IDE : voilà</i> <i>IE : comment tu, est-ce que tu es arrivée avec des intentions et as-tu dû mettre en place des réajustements par rapport à ce qu'il te disait ou... ?</i> <i>IDE : non tout simplement comme tout savoir vivre se présenter à l'arrivée euh après je me laisse porter par la personne si tu veux ben lui il est parti le truc qu'on avait en commun c'est-à-dire qu'il a été hospitalisé là où j'ai travaillé pendant dix ans donc euh c'est que cette base-là après ça se fait tout seul on suit le fil de la personne tu vois c'est ce qu'on disait tout-à-l'heure on s'adapte à chaque personne après c'est tout simplement savoir ce qu'on doit faire c'est pour ça que j'ai demandé de quoi il avait été opéré de toute façon vue la plaie euh comment c'était fait c'était logique de savoir qu'il s'était fait opérer d'un pontage croisé j'ai eu l'habitude de voir ça assez longtemps ben après si tu veux les gens comme ça et que Luc sait qu'ils se sont fait opérés à G de V quand il sait que je vais y retourner il parle de moi de c'côté-là il va lui lire voilà demain y a ma remplaçante qui va venir elle a travaillé dix ans à G de V voilà les personnes m'attendent déjà avec cette mentalité-là donc c'est pour ça que lui il était déjà préparé par rapport au questionnaire de satisfaction qu'il avait pas eu chose qui est très bizarre parce que ils sont très pointilleux par rapport à ça par rapport au fait que le patient soit bien pris en charge après le problème qu'il m'a expliqué ça malheureusement on priorise les constantes du patient et qu'il soit vivant</i></p>
<p>« ils le donnent à l'entrée ils vous l'ont pas donné à l'entrée ou c'est pas l'anesthésiste qui vous l'a donné ? » -emploi du pronom indéterminé « ils »</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>« <i>IE : alors c'Monsieur c'était la première fois que tu le voyais ?</i> <i>IDE : voilà</i> <i>IE : comment tu, est-ce que tu es arrivée avec des intentions et as-tu dû mettre en place des réajustements par rapport à ce qu'il te disait ou... ?</i> <i>IDE : non tout simplement comme tout savoir vivre se présenter à l'arrivée euh après je me laisse porter par la personne si tu veux ben lui il est parti le truc qu'on avait en commun c'est-à-dire qu'il a été hospitalisé là où j'ai travaillé pendant dix ans donc euh c'est que cette base-là après ça se fait tout seul on suit le fil de la personne tu vois c'est ce qu'on disait tout-à-l'heure on s'adapte à chaque personne après c'est tout simplement savoir ce qu'on doit faire c'est pour ça que j'ai demandé de quoi il avait été opéré de toute façon vue la plaie euh comment c'était fait c'était logique de savoir qu'il s'était fait opérer d'un pontage croisé j'ai eu l'habitude de voir ça assez longtemps ben après si tu veux les gens comme ça et que Luc sait qu'ils se sont fait opérés à G de V quand il sait que je vais y retourner il parle de moi de c'côté-là il va lui lire voilà demain y a ma remplaçante qui va venir elle a travaillé dix ans à G de V voilà les personnes m'attendent déjà avec cette mentalité-là donc c'est pour ça que lui il était déjà préparé par rapport au questionnaire de satisfaction qu'il avait pas eu chose qui est très bizarre parce que ils sont très pointilleux par rapport à ça par rapport au fait que le patient soit bien pris en charge après le problème qu'il m'a expliqué ça malheureusement on priorise les constantes du patient et qu'il soit vivant</i></p>

<p>-emploi de « le » ou « l' » pour désigner le questionnaire de satisfaction</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-phrase interrogative</p> <p>« c'est une chambre individuelle parce que vous êtes tout seul mais c'est pas une chambre ordinaire c'est des soins intensifs donc il n'y a pas de douche et y a pas de télévision normalement mais en fait c'est situé dans le bureau des infirmières c'est ça »</p> <p>-emploi de nombreux démonstratifs « ça » et « c' »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi de « alors » signifiant dans ce cas.</p> <p>« au revoir M. Y. »</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p><i>plutôt que son confort mais c'est pas des vrais soins intensifs c'est des chambres à côté du bureau des infirmières et y a pas d'intimité après j'ai essayé d'apporter des réponses à ses questions voilà après chaque rencontre se passe différemment par exemple pour lui la piqûre tout allait bien pour d'autres il faut travailler avant de piquer la personne tu le laisses guider et le fait déjà d'être à l'écoute ça t'apprend comment elle l'est là tu vois j'ai vu déjà qu'il était tout seul je sais pas s'il a une famille c'est des personnes on va agir différemment avec la personne</i></p> <p><i>IE : hum, qu'est-ce que tu vas amener de plus ou de moins ?</i></p> <p><i>IDE : si la personne elle est toute seule ?</i></p> <p><i>IE : hum hum</i></p> <p><i>IDE : ben ça va dépendre de lui quand ils sont tout seuls ils ont plus besoin de parler que d'autres personnes donc euh soit tu vas passer plus longtemps soit tu vas lui par exemple il s'était déjà préparé les petites questions à m'poser euh à mon arrivée tu vois donc peut-être on va discuter plus on va s'attarder et être plus à l'écoute du patient il a peut-être besoin de plus parler qu'une autre personne que s'il avait une épouse ou des enfants ou de la famille donc voilà ».</i></p> <p>clôture</p>
--	--------------------------	--	--

Mme P : aide au coucher				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« chaussons, déambulateur, hop » -emploi de noms seuls -emploi interjection « hop »		Monde de l'exposer séquence dialogale	Anticipe les besoins de Mme P.	Geste d'anticipation
« Vous voulez un autre mouchoir ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale		
« je ferme les volets avant d'entrer » -emploi du « je » impliqué	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Ferme les volets	Geste de sollicitude
« vous voulez manger quelque chose pour que ça passe mieux ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi du démonstratif « ça » pour désigner le médicament -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Sollicitude	
« oh y a pas de raison c'est sûrement que vous l'avez avalé »	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Rassure	

<p>trop vite peut-être » -interjection « oh » -emploi du « vous » de politesse</p>				
<p>« vous voulez un petit peu plus d'eau Mme P ? » (phrase dite à deux reprises à peu de distance) -emploi du « vous » de politesse -emploi de « petit » et « peu » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Sollicitude</p>	
<p>« oh ben ça c'est rien c'est juste parce que vous avez certainement avalé un peu trop vite » -interjection « oh ben » -démonstratif « ça » pour désigner la toux de Mme P. -emploi du « vous » de politesse -emploi de « peu »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Réassurance</p>	
<p>« c'est rien vous inquiétez pas »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Rassure</p>	

<p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>« mais non vous allez pas étouffer pour ça ma p'tite dame »</p> <p>-emploi de « mais » conjonction introduisant une idée nouvelle</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p> <p>-emploi du démonstratif « ça » pour désigner la toux</p> <p>-emploi de « petite »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Rassure</p>	
<p>« mais vous savez Mme P la toux quelque fois c'est nerveux aussi y a des toux nerveuses »</p> <p>-emploi de « mais » conjonction introduisant une idée nouvelle</p> <p>-emploi du « vous » de politesse</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Donne une explication rassurante</p>	
<p>« Vous voulez que je vous apporte un petit peu d'eau avant de vous coucher ? »</p> <p>-emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Prévenance</p>	

<p>-emploi de « petit » et « peu » -phrase interrogative</p>				
<p>« dites-moi est-ce que vous voulez que j'aille le chercher ou pas ? » (3 reprises) -emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué -phrase interrogative</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Insiste</p>	
<p>vous voulez un p'tit peu d'eau alors ? -emploi du « vous » de politesse -emploi de « petit » et « peu » -emploi de l'adverbe « alors » pour savoir que faire -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>		
<p>« c'est juste pour que ça gratte moins la gorge » -emploi du démonstratif « ça » pour désigner l'irritation</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>		
<p>« ben non vous ne me dérangez pas » -interjection « ben »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Réconforte</p>	

<p>-emploi du « vous » de politesse</p>				
<p>« allez je vais le chercher » -interjection « allez » -emploi du « je » impliqué</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Va finalement lui chercher de l'eau</p>	
<p>« vous inquiétez pas on va faire ça » -emploi du « vous » de politesse et du « on » participatif -emploi du démonstratif « ça » pour désigner le fait de la mettre au milieu du lit</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Réassurance et répond aux sollicitations de Mme P.</p>	
<p>« vous voulez vous remonter un petit peu dans le lit ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi de « petit » et « peu » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Sollicitude et confort</p>	
<p>« oui le coussin vert, comme ça ? » -emploi du démonstratif « ça » pour la position du coussin</p>		<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Répond aux sollicitations de Mme P.</p>	

<p>-phrase interrogative</p> <p>« vous inquiétez pas je vais bien fermer à clés » -emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>réassurance</p> <p><i>« Mme P. a un caractère spécial mais c'est une des personnes avec qui ça me fait plus de la peine tu vois parce que elle est vraiment toute seule elle a vraiment personne elle est veuve depuis 14 ans elle vit toute seule dans son chez elle et les journées elles sont très longues quand t'es toute seule et elle a des problèmes de marche dernièrement elle peut marcher moins bien qu'avant alors euh elle se rend compte qu'elle perd de l'autonomie et c'est ça qui la rend encore plus malade plus pointilleuse sur certaines choses elle est plus demandante qu'avant parce qu'en fait elle se rend compte que ça va pas sinon depuis que je travaille en libéral j'ai pas eu une personne où je me serais bien pris la tête avec mais parce que ça aurait été de la méchanceté pure tu vois, vraiment personne, après, tu as plus d'affinité avec certains que d'autres mais euh tu te rends compte que cette méchanceté il y a un fond derrière cette angoisse, le caractère il y a quelque chose derrière ils sont vilains non parce qu'ils veulent être vilains c'est parce que en fait y a des peurs ou des ennuis tout simplement</i></p> <p><i>IE : hum hum et qu'est-ce qui te permet d'évaluer ça ?</i></p> <p><i>IDE : oh ben ça c'est tu vois il y a un sixième sens je sais pas je me dis que c'est souvent que j'ai un sixième sens je peux te dire c'est pas que j'ai un apriori envers les gens mais euh en dix minutes de contact</i></p>
--	--------------------------	--	--

			<p><i>avec la personne j'arrive à évaluer le pourquoi, après, forcément avec la connaissance et l'assiduité à force d'y retourner souvent tu te rends compte que c'est pour ça pour ça mais euh je me dis que j'ai un sixième sens pour évaluer certaines choses après si c'est bien ou pas je sais pas mais c'est pas quelque chose que je me fis pour me patients on va dire, pour mes patients je cherche à savoir le pourquoi en posant des questions tout simplement et en écoutant</i></p> <p><i>IE : tu penses que ce sixième sens comme tu le nommes il est partagé par d'autres soignants ?</i></p> <p><i>IDE : je sais pas c'est pas quelque chose que je passe dans mes transmissions si tu veux (elle rit). Moi j'ai toujours dit qu'infirmière c'est une vocation hein tu peux faire beaucoup d'études mais infirmière il faut vouloir l'être ».</i></p>	
<p>« c'est que vous venez de les prendre à l'instant ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi de « les » pour désigner les médicaments -phrase interrogative</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evalue depuis combien de temps Mme P. a pris ses médicaments	Geste d'évaluation
<p>« ça vous gratte toujours la gorge ? » -emploi du démonstratif « ça » -phrase interrogative</p> <p>« c'est le même médicament que</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Questionne, évalue	

<p>vous prenez tous les soirs celui-là ? » -emploi du « vous » de politesse -déictique temporel « tous les soirs » -« celui-là » désigne le médicament</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	évalue si introduction d'un nouveau traitement qui pourrait provoquer une allergie	
<p>« donc y a pas d'raison » -emploi de « donc » conjonction amenant la conséquence</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	IDE confirme qu'il n'y a pas de risque d'allergie	
<p>« Et vous l'avez pris quand celui qu'il vous a rajouté ? » -emploi du « vous » de politesse -emploi du pronom indéterminé « il » pour désigner le médecin -phrase interrogative</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evalue les effets de l'introduction d'un nouveau traitement	
<p>« c'est lequel que vous avez pris ? » -emploi du « vous » de politesse -« lequel » désigne un médicament -phrase interrogative</p>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evalue ce qu'a pris la patiente	
<p>« ça passe là, la toux ? »</p>				

<p>-emploi du démonstratif « ça » -déictique spatial « là » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evaluation</p>	
<p>« vous glissez pas ? vous glissez pas avec ces chaussettes ? » -emploi du « vous » de politesse -phrases interrogatives</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evalue si ne glisse pas en chaussettes sur le sol</p>	
<p>« ça va c'est pas trop serré ça va ? » -emploi du démonstratif « ça » -phrase interrogative</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evalue si la bande ne sert pas trop</p>	
<p>« C'est passé la toux un petit peu Mme P ? Ça gratte moins la gorge ? » -emploi des démonstratifs « ça » et « c' » -emploi de « petit » et « peu » -phrases interrogatives</p>	<p>Verbes au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Evalue avant de quitter sa patiente</p>	
<p>« tout est bon ? » -emploi de l'adjectif qualificatif « tout » -phrase interrogative</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>s'assure que tout va bien pour la patiente avant de partir</p>	

<p>« je vous laisse ? » -emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>évalue si elle peut partir en demandant l'accord de Mme P.</p> <p><i>« elle est en train de se sentir diminuer, en perte d'autonomie ça fait qu'il y a une angoisse qui s'instaure en fait elle est plus euh elle nous attend maintenant pour se lever avant elle se levait toute seule tu vois à midi elle m'attendait pour sortir un p'tit peu qu'avant elle le faisait toute seule donc en fait c'est plus la peur et l'appréhension qui se mettent en place que par le fait que ce soit une autre infirmière parce que ça c'est une chose que j'ai déjà parlé avec Luc parce que je la vois moi aussi se diminuer et Luc il le voit aussi ».</i></p>	
<p>« Bonsoir Mme P. »</p> <p>« demain matin ce sera Luc » -déictique temporel « demain matin »</p> <p>« bonne nuit Mme P. »</p>	<p>Verbe au présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence dialogale</p>	<p>Ouverture</p> <p>Propos informatif</p> <p>clôture</p>	<p>Geste d' ambiance</p>
<p>« attendez avant de vous assoir Mme P, je vais enlever ça » -emploi du « vous » de politesse et du « je » impliqué -emploi du démonstratif « ça » désignant le déambulateur</p>	<p>Verbe à l' impératif et présent</p>	<p>Monde de l'exposer séquence injonctive</p>	<p>Consigne</p>	<p>Geste énonciatif</p>

« on fait quoi ? on les met après qu'après quand vous êtes au lit ? » -emploi du « on » participatif et du « vous » de politesse -phrases interrogative	Verbes au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Sous énonciation de l'IDE	
Mme M : coucher <i>Mme M est installée dans un fauteuil face à la télé, les volets sont encore ouverts.</i>				
Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations (propos de l'acteur en gras et italique) d'Intentions	Geste
« allez on va au lit » -interjection « allez » -emploi du « on » participatif <i>Elles discutent en Espagnol</i>	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Explique ce qu'elle fait <i>« Oh tu vois une personne comme ça, ça me fait beaucoup de peine toujours toute seule. »</i> Fait plaisir à Mme M. En parlant Espagnol, leur langue maternelle	Geste de sollicitude
« on va mettre le pantalon là » -emploi du « on » participatif -déictique spatial « là »	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Explique ce qu'elle fait <i>« IDE : elle a une fille mais tu vois je l'ai laissé ce matin sur son fauteuil et je la retrouve sur son fauteuil, j'ai du mal à, à, à accepter je n'accepte pas, j'ai du mal. En Espagne tu vois ça n'existe pas déjà il n'y a pas autant d'aides pour pouvoir rester à la maison donc c'était quelque chose qui m'avait choqué j'avais du mal à laisser quelqu'un enfermé chez lui IE : tu te sens plus compatissante du coup avec elle ?</i>	

			<p><i>IDE : ça me fait de la peine ça me fait beaucoup plus de peine oui ça me fait de la peine</i></p> <p><i>IE : est-ce que ça change ta manière de soigner, de prendre soin ?</i></p> <p><i>IDE : non peut-être que je vais rigoler plus après si tu veux c'est essayer de rigoler plus avec elle parce que y a pas beaucoup de dialogues, elle a demandé plein de fois qui tu étais</i></p> <p><i>IE : oui oui forcément</i></p> <p><i>IDE : alors tu vois ça me fait de la peine de m'occuper d'une personne que je trouve toute seule alors elle l'est pas hein parce que y a sa fille, y a une aide qui lui fait le petit déj une autre qui passe le midi y a trois passages des aides à domicile donc voilà ».</i></p>	
« Vous êtes fatiguée ? » -emploi du « vous » de politesse -phrase interrogative	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Evalue le degré de fatigue	Geste d'évaluation
« bonsoir elle dort pas » -emploi du pronom indéterminé « elle » pour désigner Mme M.	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale	Ouverture « Mme M elle doit somnoler dans son fauteuil c'est la première fois que j'y vais aussi tard la pauvre donc euh si tu veux en plus elle s'en fout un peu la télé et ça me gêne de passer à cette heure-ci parce que j'estime que c'est trop tard pour elle-même si j'ai pas pu faire autrement c'est pas volontaire, allez. »	Geste d'ambiance
« parce que si, c'est à moitié français et espagnol » « qu'est-ce qu'on va en faire de	Verbe au présent	Monde de l'exposer séquence dialogale Monde de l'exposer	Humour Humour	

Annexe 6 : Tableau de comparaison entre IDE

IDE 1	IDE 2	IDE 3	Analyse / Discussion
<p>Gestes de régulation</p> <p>Pour les gestes de régulation : Emploi des pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action.</p> <p>Emploi de déictiques temporels « lundi », « tout de suite ».</p> <p>Emploi de démonstratifs apportant une cohésion nominale.</p> <p>Emploi de phrases exclamatives avec ou non interjection.</p> <p>Notons l'emploi à deux reprises du terme « attention » dans le sens de la mise en garde :</p>	<p>Gestes de régulation</p> <p>Pour les gestes de régulation : Emploi des pronoms personnels « je » marquant l'implication dans l'action.</p> <p>Emploi du déictique temporel « déjà » : « je vais regarder vos doigts de pieds déjà ».</p>	<p>Gestes de régulation</p> <p>Pour les gestes de régulation : Emploi de noms utilisés seuls pour désigner les objets à préparer : « chaussons, déambulateur » (Mme P.). Emploi du pronom personnel « vous » de politesse.</p> <p>Emploi de l'interjection « hop ».</p> <p>Emploi d'une phrase interrogative pour mettre à portée de main ce dont la patiente pourrait avoir besoin « vous voulez un autre mouchoir ? » (Mme P.).</p>	<p>Implication de l'IDE 1 (je et on) et 2 (je), (vous) chez l'IDE 3</p> <p>Déictique temporel (1 et 2)</p> <p>Emploi d'interjections</p> <p>Anticipation de l'IDE 1 (attention) pour prévenir</p>

<p>« eh ! Ne faites pas ça attention » (patiente 1), « attention, je pique » (patient 2) : <i>« alors, parce que quelquefois ils me disent ah vous avez piqué, comme ça ils sont prévenus, c'est pas une surprise » (IDE1).</i></p>			<p>IDE 3 : la régulation passe par le questionnement de la patiente</p>
<p>Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>Uniquement le présent ce qui semble logique puisqu'il s'agit pour le soignant d'adapter son soin en fonction de la situation vécue</p>
<p>Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales générales du monde de l'action</p>	<p>Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales</p>	<p>Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales (segments de discours interactifs dialogués structurés en tours de parole).</p>	<p>monde de l'exposer séquences dialogales : le discours est interactif</p>

<p>« Du fait que vous allez voir Romain, on va p't être laver les pieds » dit l'IDE à Mme P. (patiente 3). L'infirmier évalue, ajuste, régule ses soins en fonction d'un rendez-vous avec l'ostéopathe.</p>	<p>L'infirmière maille ici :</p> <ul style="list-style-type: none"> • geste de sollicitude (répond à la demande de la patiente) • geste d'évaluation (regarde les pieds) • geste de régulation (soin qu'elle ne fait pas en temps normal). 	<p>- L'infirmière maille ici :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des gestes de régulation du soin (adaptation à la situation), • des gestes de sollicitude (elle souhaite que la patiente ne manque de rien), • des gestes d'évaluation de la situation présente pour anticiper les besoins réels ou potentiels. <p>Pour une situation, c'est l'explication de l'infirmière qui nous permet de dire ici qu'il s'agit d'un geste de régulation, sans cette explication, rien ne nous aurait permis d'en arriver à cette hypothèse :</p> <p><i>IDE il appréhendait pas mal les piqûres ce monsieur donc il préférerait qu'on lui dise pas quand on va piquer j'ai dit ok je lui ai dit vous vous préparez psychologiquement quand on pince la cuisse et donc tout simplement si tu veux le pincement il est légèrement plus important que chez un autre tout</i></p>	<p>Il y a des gestes de régulation pour les 3 IDE. L'IDE 1 ajuste son soin en fonction d'un rendez-vous prévu et fait un soin qu'il ne fait pas habituellement ce jour-là. Il anticipe des risques en prévenant les patients « attention... » L'IDE 2 maille plusieurs gestes ainsi que l'IDE 3. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il y a toujours une évaluation d'un risque potentiel ou réel au départ de la régulation d'un soin. Pour l'IDE 3, il y a régulation</p>
---	---	--	--

<p>5.4.2 Gestes de sollicitude</p> <p>Pour les gestes de sollicitude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emploi des pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient et du « il » désignant une tierce personne (un ostéopathe par exemple). 	<p>5.6.2 Gestes de sollicitude</p> <p>Pour les gestes de sollicitude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emploi du pronom personnel « je » de manière importante. - Emploi du « on » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient. - Emploi du « il » dans un sens indéterminé (« il y a deux mois » (Mme J. (37)) ou « elle » pour désigner un objet (la chemise de nuit de Mme J.) 	<p><i>simplement pour qu'il se concentre sur ce fait là sinon voilà » (M.G.).</i></p> <p>5.8.2 Gestes de sollicitude</p> <p>Pour les gestes de sollicitude :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emploi des pronoms personnels « je » ou « on » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient et du « il » désignant un objet (le pansement). 	<p>d'un geste technique pour prévenir le patient</p> <p>Emploi des pronoms personnels « je, on, vous, il, elle » pour les 3 IDE</p>
--	--	--	---

<p>Emploi d'organiseurs textuels structurant les échanges : « alors », « donc », « d'ailleurs » qui nuancent les propos.</p>	<p>- Emploi de la préposition « voilà » à de nombreuses reprises.</p>	<p>-Emploi d'organiseurs textuels structurant les échanges : « Mais », « Alors » adverbe, ici employé pour savoir ce que doit faire l'infirmière : « vous voulez un p'tit peu d'eau alors ? » (Mme P.), « Voilà » marquant la réalisation d'actes soignants</p>	<p>Emploi d'organiseurs textuels chez les 3 IDE.</p>
<p>- Emploi du déictique temporel : « quelquefois ».</p>	<p>- Emploi de déictiques temporels « déjà », « deux mois », « maintenant » : « voilà vous attrapez la canne on va marcher toutes les deux je vais vous aider on va marcher jusqu'au lit maintenant » (Mme M.).</p>		<p>Emploi de déictiques temporels chez 1 et 2 marquant l'antériorité ou la simultanéité</p>
<p>-</p>	<p>-Emploi de déictiques spatiaux : « là », « ici » : « là je vais</p>	<p>-Emploi de déictique spatial « là » ou « par-là » : « on va voir le pansement par-là ? » (M. Y).</p>	<p>Emploi de déictiques spatiaux chez 2</p>

<p>Emploi de phrases exclamatives avec ou non interjection pour interpeller sur un fait : « On va bien vous l'mettre, voilà ! », « regardez donc ! Ça va tout seul ! » (Patiente 3, Mme P.).</p>	<p>vous donner vos médicaments » (Mme V.).</p>		<p>et 3 notamment « là »</p> <p>Emploi de phrases exclamatives uniquement chez l'IDE 1 pour interpeller sur un fait</p>
<p>-Emploi de phrases interrogatives qui montrent le souhait d'impliquer le patient dans des décisions le concernant et attendent une réponse : « Le pull, quel pull vous voulez ? », (Patiente 3, Mme P.).</p>	<p>-Emploi de nombreuses phrases interrogatives qui montrent le souhait d'impliquer le patient dans des décisions le concernant et attendent une réponse : « vous voulez goûter ? » (Mme V.).</p>	<p>-Emploi de phrases interrogatives qui montrent le souhait d'impliquer le patient dans des décisions le concernant et attendent une réponse : « vous voulez manger quelque chose pour que ça passe mieux ? » (Mme P.).</p>	<p>Les 3 IDE utilisent la phrase interrogative pour impliquer le patient dans des décisions et attendent une réponse</p>
<p>-Emploi de démonstratifs « ça » « ç' » pour désigner</p>	<p>-Emploi de démonstratifs « ça » « ç' » pour</p>	<p>-Emploi de démonstratifs « ça » « ç' » pour désigner</p>	<p>Les 3 IDE utilisent des démonstratifs</p>

<p>des objets : « ah ben ça c'est pas grave les talons, ça va aller mieux » (Patiente 3, Mme P.).</p>	<p>désigner des objets ou employés de manière indéterminée : « attention la tête, ça y est on est passé » (Mme M.).</p> <p>-Emploi d'interjections : « hein », « ben », « hum ».</p> <p>-Notons l'emploi à plusieurs reprises de l'adjectif « petit » ou « petite » dans le sens hypocoristique souvent employé par les soignants : « j'vous donne les p'tits cachets » (Mme V. (30)), « vous allez manger un petit peu quand même et regarder la</p>	<p>des objets : bande, médicament...</p> <p>-Emploi d'interjections pour interpellé sur un fait : « hein », « hop », « bon », « oh », « allez ».</p> <p>- Notons l'emploi à plusieurs reprises (une dizaine de fois sur les extraits de textes sélectionnés) de l'adjectif « petit » ou « petite » dans le sens hypocoristique souvent employé par les soignants : « mais non, vous allez pas étouffer pour ça ma p'tite dame » (Mme P.), « Et hop voilà allez un petit bras, l'autre petit bras » (Mme Dav) et de l'adverbe « peu » : « ça va tirer un petit peu les poils » (M. Y).</p>	<p>pour désigner des objets ou de manière indéterminée</p> <p>Emploi d'interjection chez les IDE 2 et 3</p> <p>Emploi de « petit », « petite » chez les IDE 2 et 3</p>
---	---	---	---

<p>- Le temps des verbes est essentiellement le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, le passé composé pour marquer l'antériorité, le conditionnel pour les événements prévus dont on ne connaît pas l'issue : « et puis s'il y avait le moindre souci vous passez un p'tit coup de fil, normalement y aura pas de soucis » (Patient 2).</p>	<p>télé » (Mme X. (32)).</p> <p>-Le temps des verbes est essentiellement le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, le passé composé pour marquer l'antériorité ou le futur pour noter la postériorité « allez ! Vous serez mieux là » (Mme M. (40)). Le conditionnel est également employé pour un événement envisagé par Mme J</p>	<p>-Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>Nous pouvons retrouver dans les gestes de sollicitude : essentiellement du présent, l'organisation temporelle est simultanée des actions mais aussi du passé composé pour marquer l'antériorité, le futur pour noter la postériorité et le conditionnel dans les situations où la réponse n'est pas connue.</p>
<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences</p>	<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences</p>	<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p>	<p>Monde de l'exposer Séquences dialogales</p>

<p>dialogales essentiellement et une courte séquence explicative à propos du choix des aiguilles (patient 2) : « alors je prends des aiguilles euh plus fines parce que ils exagèrent un peu avec la taille ».</p>	<p>uniquement dialogales (segments de discours interactifs dialogués structurés en tours de parole)</p> <p>-L'infirmière explique presque systématiquement tout ce qu'elle fait au patient : « Là je vais vous donner vos médicaments » « Écoutez-moi, j'ai rajouté de l'eau dedans pour que ce soit moins mauvais » (Mme V.)</p> <p>-L'infirmière 2 pose souvent la question du consentement au soin, ce qui lui</p>	<p>-L'infirmière explique ce qu'elle fait aux patients : « je vais changer la protection » (Mme Dav.).</p> <p>L'infirmière nous explique que pour Mme Dav, bien que le soin se soit déroulé comme tous les jours se maillent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des gestes d'évaluation : état de la protection, • des gestes de régulation : anticiper en préparant un 	<p>Pour l'IDE 1 : une courte séquence explicative</p> <p>L'IDE 2 et 3 expliquent presque systématiquement tout ce qu'elles vont faire au patient pour qu'il comprenne, d'autant plus quand celui-ci est déficient cognitif.</p> <p>Maillage de gestes de sollicitude et de</p>
--	---	---	---

	<p>permet de réguler ses soins en fonction de la réponse des patients. Nous voyons donc ici un maillage des gestes de sollicitude de l'infirmière avec un geste de régulation.</p>	<p>gant et changement de la protection,</p> <ul style="list-style-type: none"> • des gestes de sollicitude vis-à-vis de la personne incontinente en expliquant ce qu'elle fait. 	<p>régulation à partir du consentement au soin chez l'IDE</p> <p>2. Elle parle d'adaptation et d'authenticité dans le soin à domicile par la richesse des informations fournies à la vue de l'IDE et ainsi permettent une prise en compte des besoins</p> <p>Pour l'IDE 3 il y a maillage de gestes d'évaluation, de régulation, et de sollicitude</p>
--	--	--	---

<p>-L'infirmier utilise pour les 4 patients ici analysés au moins une fois la phrase « vous inquiétez pas » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Vous inquiétez pas » : Mme G (patiente 1) • « On va trouver vous inquiétez pas » (patient 2) (sous-entendu trouver une veine pour la prise de sang). • « Vous inquiétez pas, on va voir ça », « ça va s'arranger Mme P. », « ben oui j'vois qu'vous êtes toute paniquée c'matin ! Il faut pas vous inquiétez comme ça, vous lui dites que votre infirmier c'est Z et puis vous le connaissez ce grand, vous connaissez tout le monde » « détendez-vous un p'tit peu Mme P » : Mme P. (patiente 3). Notons qu'outre ces 	<p>-L'infirmière utilise beaucoup de paroles de réconfort :</p> <p>« Vous avez une petite baisse de moral mais ça va remonter tout ça, hum ? »,</p> <p>« Rappelez-vous il y a deux mois de ça on en a fait du chemin »,</p> <p>« Ben, y a votre fils qui vient vous voir » (Mme J.).</p>	<p>L'infirmière 3 effectue beaucoup de gestes de sollicitude vis-à-vis de Mme P., elle cherche sa réassurance à plusieurs reprises « vous inquiétez pas », « oh ben ça c'est rien c'est juste parce que vous avez certainement avalé un peu trop vite », elle lui propose de très nombreuses fois un verre d'eau (à trois reprises elle répète la même phrase « vous voulez que j'aille vous chercher un verre d'eau ? ») la dernière finissant d'un « alors » incitatif.</p>	<p>Les 3 IDE montrent des signes de sollicitude évidents à travers leurs paroles de réassurance, très nombreuses, notamment vis-à-vis de Mme P en ce qui concerne les IDE 1 et 3</p> <p>L'IDE 1 l'argumente par le fait que « <i>Les anciens quand on change un p'tit quelque chose du quotidien, la journée n'est plus la même et tout peut arriver, du coup donc on la rassure [...] Et puis je lui répète, ils aiment bien qu'on leur répète souvent. Le fait de répéter ça leur</i></p>
--	--	---	---

<p>phrases de réassurance pour cette patiente, la phrase « vous inquiétez pas » est dite 5 fois au passage du matin et 7 fois au passage de midi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Faut pas vous inquiéter tout va bien » : Mme M. (patiente 4) : <i>« quelquefois elle se sent agressée, faut la rassurer ».</i> 		<p><i>fait plaisir ça les rassure ».</i></p> <p><i>Il ajoute : « je vois quand ils se préparent à partir en sucette, j’y fais attention euh et ça, c’est le côté le plus difficile, il faut déjà un certain recul par rapport à tout ça pour voir tout ça » :</i></p> <p>L’infirmier nous souligne ici l’importance de porter attention à l’autre pour déceler un changement de comportement, de santé.</p> <p>A travers l’instruction au sosie, nous pouvons voir que l’infirmier se montre prévenant dans les soins, « joue le jeu » de la patiente et</p>
--	--	--

		<p>semble organiser son soin selon un rituel quotidien. Il se montre également conciliant envers Mme P. parfois très autoritaire. L'infirmier nous explique que son rôle va bien au-delà de la prescription : portes fermées, lumières éteintes, rangement des vêtements et du matériel de toilette et que pour lui « <i>oui, c'est pas dans le rôle, ça on m'l'a déjà dit mais non non c'est dans mon rôle !</i> ».</p> <p>Soulignons que pour Mme M. et Mme P., la phase d'ouverture du niveau supra-ordonné est similaire pour</p>
--	--	---

		<p>L'IDE 1 : « Coucou, attention les yeux, bouh ! », l'infirmier fait preuve de prévenance envers ces patientes au moment d'allumer la lumière et semble avoir développé un schème opératoire dans ce type de situation où nous retrouvons deux patientes au lit, seules.</p> <p>L'infirmière 2 évoque le fait qu'une patiente s'est fortement attachée à elle. Elle énonce la difficulté de la juste distance par une part d'intimité qui se</p>
--	--	---

		<p>développe dans la relation de soin : nous retrouvons ici le <i>care giving</i> et le <i>care receiving</i>.</p> <p>L'IDE 3 parle elle de la peine qu'elle ressent pour Mme P « <i>ça me fait plus de la peine tu vois parce que elle est vraiment toute seule</i> ».</p> <p>Elle parle d'un sixième sens : « <i>j'ai un sixième sens je peux te dire c'est pas que j'ai un apriori envers les gens mais euh en dix minutes de contact avec la personne j'arrive à évaluer le pourquoi, après, forcément avec la connaissance et l'assiduité à force d'y</i></p>
--	--	--

			<p><i>retourner souvent tu te rends compte que c'est pour ça pour ça mais euh je me dis que j'ai un sixième sens pour évaluer certaines choses »</i></p> <p>L'IDE a des propos similaires pour Mme M :</p> <p><i>« Oh tu vois une personne comme ça, ça me fait beaucoup de peine toujours toute seule. Elle a une fille mais tu vois je l'ai laissé ce matin sur son fauteuil et je la retrouve sur son fauteuil, j'ai du mal à, à, à accepter, je n'accepte pas, j'ai du mal ».</i></p>
--	--	--	--

<p>5.4.3 Gestes d'évaluation</p> <p>Pour les gestes d'évaluation :</p> <p>-Emploi des pronoms personnels « on » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient, du « il » ou du « elles » désignant un objet (un médicament : patiente 3, ou les veines : patient 2).</p> <p>-Emploi d'interjections : « bon ! » « ah ! » « eh ben ! ».</p> <p>- Emploi du déictique spatial « là ».</p>	<p>5.6.3 Gestes d'évaluation</p> <p>Pour les gestes d'évaluation :</p> <p>- Emploi très rare du pronom personnel « nous » marquant ainsi peu d'implication dans l'action, nous n'avons relevé ni « je » ni « on » dans les extraits analysés. Emploi du « vous » pour s'adresser au patient, du « il » désignant un œil.</p> <p>-Emploi d'interjections : « Bon ! » « Ah ! » « Bien ! »,</p> <p>- Emploi du déictique spatial « là » : « vous êtes</p>	<p>5.8.3 Gestes d'évaluation</p> <p>Pour les gestes d'évaluation :</p> <p>-Emploi des pronoms personnels « je » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient, du « il » désignant le médecin et du « elle » pour désigner Mme Dav. ou une plaie.</p> <p>Emploi du déictique spatial « là » : « ça passe là, la toux ? » (Mme P.).</p>	<p>Les IDE 1 et 3 emploient le « on » ou le « je », ce que ne fait pas l'IDE 2</p> <p>Tous utilisent : « vous , il, elle ».</p> <p>Les IDE 1 et 2 utilisent des interjections</p> <p>Les 3 IDE utilisent le déictique spatial « là »</p>
--	--	---	--

	<p>bien là ? » (Mme V.).</p> <p>-Emploi de déictiques temporels « aujourd’hui », « hier » : « ça été aujourd’hui ? » (Mme X.).</p> <p>-Emploi de l’organisateur textuel « donc », conjonction servant à amener la conséquence ou la conclusion de ce qui précède (ici, la hausse du taux de sucre dans le sang de Mme J.) : « dites donc vous avez mangé quoi ? » (Mme D.).</p> <p>-Emploi de la préposition « voilà » : « ah voili voilà ! » (Mme J.).</p>	<p>-Emploi de déictiques temporels : « aujourd’hui », « hier », « tous les soirs » : « c’est le même médicament que vous prenez tous les soirs celui-là ? » (Mme P.).</p> <p>-Emploi de l’adverbe « toujours » à plusieurs reprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Je vois qu’elle peine toujours un petit peu à la marche ? » (Mme Dav.), • « Ça vous gratte toujours la gorge ? » (Mme P.). <p>-Emploi d’organisateur textuels structurant les échanges : « Alors » adverbe, ici employé pour savoir ce que doit faire l’infirmière : « alors, dites-moi de quel côté ? » (M. Y), « Donc » conjonction amenant la conséquence : « donc y a pas d’raison » (Mme P.).</p>	<p>Les IDE 2 et 3 utilisent des déictiques temporels</p> <p>Emploi par l’IDE 2 et 3 d’organisateur textuels</p>
--	---	---	---

<p>-Emploi de nombreuses phrases interrogatives (une quinzaine ici répertoriées sur ces échantillons de verbatim) qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient (situer une douleur, si la personne se sent bien suite à un acte de soin etc...) :</p> <p>« Bon ! Est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? », « On est confortable quand même ? » (Patiente 1, Mme G.).</p>	<p>-Emploi de nombreuses phrases interrogatives (une douzaine) qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient (si la personne est prête, si la personne se sent bien suite à un acte de soin etc...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Vous avez pas la fièvre un petit peu ? » (Mme X.), • « 1,75 ! Dites donc vous avez mangé quoi ? » (Mme D.), • « Ça va ? Vous tenez bien ? Pas de petite faiblesse dans les jambes ? » (Mme J.), • « Bonsoir Maria comment ça va ? » (Mme M.) 	<p>-Emploi de nombreuses phrases interrogatives (une quinzaine) qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient (si une bande n'est pas trop serrée, si la personne se sent bien suite à un acte de soin etc...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Et ça vous sert toujours au niveau de la cuisse ? Ça vous fait toujours la p'tite marque ? » (Mme X.), • « Le pansement a été fait hier ? » (Mme B.), • « Ça vous gratte toujours la gorge ? » (Mme P.), • « Vous êtes fatiguée ? » (Mme M.). 	<p>Les 3 IDE emploient de nombreuses phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient, sur son état. A travers une question posée à la patiente Mme M : l'infirmière l'appelle par son prénom :</p> <p><i>« C'est la seule que j'appelle par son prénom... je sais pas pourquoi... peut-être parce qu'il y a une certaine familiarité, on se fait des blagues tout ça mais finalement je sais pas... »</i></p>
--	---	---	---

<p>-Emploi important du démonstratif « ça » : « ça va ? Ça été ? » (Patient 2), « ça tourne ? » « Comment ça se fait qu'ça siffle comme ça » (patient 3).</p>	<p>-Emploi important du démonstratif « ça », « c' » désignant le taux de sucre dans le sang de Mme D. (35) ou la toux de Mme G. (40) par exemple : « ça vous empêche pas de dormir ? ».</p> <p>- Emploi de quelques phrases exclamatives pour marquer le constat évaluatif de l'infirmière :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Ah ! Il est pas rouge » (œil de Mme X. (32)), • « Ah voili voilà ! Y a des chances hein que ce soit ça ! » (La prise alimentaire sucrée de Mme D. (35) expliquerait la hausse de la glycémie capillaire). 	<p>-Emploi important du démonstratif « ça » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Ça se passe bien ? » (M. G), • « Ça c'est pas trop serré ça va ? » (Mme P.). 	<p>Les 3 IDE utilisent les démonstratifs dans les questions évaluatives</p> <p>L'IDE 2 utilise aussi la phrase exclamative pour marquer le constat évaluatif</p>
---	---	---	--

<p>- Le temps des verbes est essentiellement le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions, le passé composé ou l'imparfait pour marquer l'antériorité (comment s'est passée la nuit précédente par exemple).</p>	<p>-Notons l'emploi à plusieurs reprises de l'adjectif « petit » ou « petite » et de l'adverbe « peu » signifiant une « petite » quantité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Pas de petite faiblesse dans les jambes ? » (Mme J. (37)), • « Vous toussiez un peu ? » (Mme G. (40)). <p>- Le temps des verbes est uniquement le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>- Notons à nouveau l'emploi à plusieurs reprises de l'adjectif « petit » ou « petite » dans le sens hypocoristique employé par les soignants : « Ça vous fait toujours la p'tite marque ? » ou de l'adverbe « peu » : « C'est passé la toux un petit peu Mme P ? ».</p> <p>-Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>Les IDE 2 et 3 emploient de façon récurrente le mot « petit, petite » ou « peu » dans le sens hypocoristique employé par les soignants</p> <p>Le temps des verbes est uniquement le présent pour les IDE 2 et 3 marquant ainsi l'organisation temporelle simultanée des actions. L'IDE 1 utilise aussi le passé composé et l'imparfait pour marquer l'antériorité et savoir comment</p>
--	---	--	--

<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p>	<p>- Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p> <p>L'infirmière emploie des phrases avec des connecteurs d'opposition qui laissent entendre une mise en garde pour la patiente, ici Mme J. : « bon ça monte un petit peu c'est pas catastrophique mais... »</p> <p><i>« on arrive, la dame était extrêmement mal, sa fille avait tenté de se suicider, le soin s'arrêtait pas à je fais ma piqûre j'm'en vais c'était tout ce qui</i></p>	<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p>	<p>s'est passée la nuit précédente</p> <p>Monde de l'exposer Séquences dialogales</p> <p>L'infirmière 2 souligne que le travail réel dépasse la prescription. Cette situation relatée par l'infirmière l'a amenée à mailler un geste évaluatif à un geste de régulation et nous émettons l'hypothèse que cela a donné également naissance à un geste de sollicitude. Nous pouvons ici identifier ce que Watson nomme</p>
--	---	--	---

	<p><i>avait autour, c'était important, en plus la glycémie était montée en flèche à cause de tout ça aussi et euh voilà le soin le soin la définition du soin c'est pas que forcément pourquoi on est embauché ».</i></p>		<p><i>le taking care of et le care giving.</i></p> <p>Pour effectuer son évaluation clinique, l'infirmière nous explique sur quoi elle s'appuie :</p> <p>« Ça fait quoi aux doigts de pieds ? » (Mme J.)</p> <p>« <i>Je me base sur ce que je vois, déjà ses pieds je les vois tous les jours donc je me réfère à ce que je les connais et j'ai pas vu de différence donc je regarderai encore demain et si elle s'en plaint plusieurs jours je me dirais qu'il y a quelque chose ».</i></p> <p>L'infirmière souligne que la connaissance du patient permet de comparer un état clinique et</p>
--	---	--	---

<p>Pour Mme G (patiente1), c'est une phrase d'évaluation de la situation du jour qui semble marquer le début du soin : « bon, est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? ». Soulignons l'emploi du « bon » qui semble marquer l'ouverture du soin. Nous retrouvons une phrase quasi similaire pour Mme P. (patiente 3) : « Eh ben alors ? Est-ce que vous avez dormi un p'tit peu ? ». L'infirmier explique l'intérêt de cette phrase :</p> <p><i>« Si jamais on voit qu'il y a quelque chose qui va pas, qu'elle est pas bien, doucement on essaye de savoir « ben alors ça pas</i></p>			<p>de faciliter l'évaluation. L'IDE 1 semble avoir construit un schème opératoire marquant le début du soin : il commence par une phase évaluative et demande comment s'est passée la nuit</p>
--	--	--	---

<p><i>l'air d'aller aujourd'hui ? Ben euh ? Vous êtes fatiguée ? Vous avez mal dormi euh ? ».</i></p> <p>L'infirmier évalue également les conséquences éventuelles des actions entreprises : « Est-ce que ça va ? Ça tourne ? » : le lever a-t-il provoqué un malaise ? Il s'appuie sur ses connaissances de la personne et sur les antécédents de Mme P. :</p> <p><i>« Elle est beaucoup mieux, elle se lève toute seule le matin »</i></p> <p>Tout en évaluant l'action, on peut noter ici également de la sollicitude de la part de l'infirmier qui respecte les efforts d'autonomie de la patiente. De même concernant la</p>			<p>L'IDE 1 évalue les actions entreprises et souligne, comme l'IDE 2 que la connaissance du patient facilite cette évaluation</p> <p>On peut noter également un maillage entre geste d'évaluation et geste de sollicitude</p>
---	--	--	---

<p>prise des médicaments (« Là il en reste un encore »), on note un maillage similaire de gestes de sollicitude et d'évaluation.</p> <p>-Concernant Mme M. porteuse d'une sonde urinaire, l'infirmier dit en regardant la sonde et la poche pleine d'urines : « ah ben il était temps », nous l'interrogeons sur la signification de cette phrase :</p> <p><i>« J'ai dit qu'il était temps parce qu'hier ce qui s'est passé, c'est que la sonde s'est certainement bouchée euh je sais pas exactement ce qui s'est passé mais du coup quand moi hier j'ai mis la poche euh alors ce matin je pense qu'elle avait ça</i></p>			<p>L'infirmier 1 souligne à nouveau que la connaissance des patients permet une évaluation plus fine des situations et de repérer des risques potentiels. Notons que l'évaluation de l'infirmier l'a amené à un geste de régulation du soin : le changement de la sonde urinaire. Nous avons donc cette fois un maillage de gestes d'évaluation et de gestes de régulation.</p>
---	--	--	--

<p><i>dans la vessie et ça a bien coulé je pense qu'il était temps que je la change hier c'est pour ça il était temps... En fait ce qui a attiré mon attention hier, c'est que il y avait un petit peu d'urines dans le fond de la couche, je la mets debout sur le seau pour qu'elle aille à la selle j'ai vu qu'il y avait quelques gouttes, j'ai titillé la sonde et puis... quelquefois il vaut mieux changer carrément et même si c'est 22 heures et ben... et ben c'est pas d'bol</i></p> <p><i>IE : c'est la présence des gouttes d'urines dans la couche qui t'a fait évoquer que la sonde était sûrement bouchée ?</i></p>			
---	--	--	--

<p><i>IDE : voilà ! Après ça aurait été chez d'autres patients ça m'aurait peut-être pas interpellé pareil mais Mme M. ça doit faire trois ans qu'j'la suis, bon je sais à peu près comment elle réagit, comment ça se passe, quand elle commence à réagir comme ça y a quelque chose et effectivement ça m'a prouvé qu'il fallait la changer. Elle a dû s'boucher dans la journée hier euh ».</i></p>		<p>Avant de quitter Mme P, l'infirmière évalue si tout va bien : « tout est bon ? Je vous laisse ? ». Elle explique ainsi ces propos : <i>« elle est en train de se sentir diminuer, en perte d'autonomie ça fait qu'il y a une angoisse qui s'instaure en fait »</i></p>	<p>L'IDE 3 maille ici geste d'évaluation et geste de sollicitude</p>
--	--	--	---

<p>5.4.4 Gestes d’ambiance</p>	<p>5.6.4 Gestes d’ambiance</p>	<p>5.8.4 Gestes d’ambiance</p>	<p>Les 3 IDE</p>
<p>Pour les gestes d’ambiance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emploi des pronoms personnels « je » et « on » marquant l’implication dans l’action mais également du « vous » pour s’adresser au patient, du « elle » désignant une personne (l’assistante de vie de la patiente 1...). Emploi également du « il » pronom indéterminé : « il vous reste un peu de sang », « il vous reste à avoir l’oscar » (patient 2). 	<p>Pour les gestes d’ambiance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emploi des pronoms personnels « je », « nous » et « on » marquant l’implication dans l’action mais également du « vous » pour s’adresser au patient. Emploi du « elle » désignant un objet (une glace) et du « il » soit pour désigner le chien soit dans un sens indéterminé « il fait toujours aussi bon » (Mme D.). 	<p>Pour les gestes d’ambiance :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Emploi des pronoms personnels « je » et « on » marquant l’implication dans l’action mais également du « vous » pour s’adresser au patient, du « il » pour désigner le chat. 	<p>« je, tu il, elle, nous, vous », le « il » peut désigner un objet ou une personne ou avoir un sens indéterminé.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Emploi du démonstratif « ça » indéterminé : « ça fait longtemps qu’ils sont dans les 	<ul style="list-style-type: none"> - Emploi du démonstratif « ça » indéterminé : « oh ! Ça toussote de 	<ul style="list-style-type: none"> - Emploi du démonstratif « ça » indéterminé : « y a pas de place ça va être un petit peu étroit pour deux » (Mme Dav). 	<p>Les 3 IDE utilisent le démonstratif « ça » dans un sens indéterminé</p>

<p>vaches... » (Patiente 3).</p> <p>-Emploi de nombreuses interjections : « Bon ben ! », « Oh ! », « Ah ben ! », « Ben oui ! », « Ah ! », « Allez ! ».</p>	<p>partout » (Mme G. (40)).</p> <p>-Emploi d'interjections : « eh ben ! », « oh ! », « bon ! », « ben ! ».</p>	<p>Emploi d'interjections : « ah ! », « hein », « allez ! ».</p>	<p>Les 3 IDE utilisent des interjections</p>
<p>-Emploi de nombreux déictiques temporels : « longtemps », « à ce moment-là », « déjà », « jusqu'au bout », « l'autre fois », « cette fois ».</p>	<p>-Emploi de déictiques temporels : « ce soir », « maintenant », « mardi » : « mardi il faisait beau on s'est dit c'est le printemps » (Mme G.).</p>	<p>Emploi de déictiques temporels : « demain », « ce soir », « aujourd'hui » : « allez à samedi matin » (Mme B.).</p>	<p>Les 3 IDE utilisent de nombreux déictiques temporels</p>
	<p>- Emploi du déictique spatial : « là » : « là vous pouvez le dire mon pantalon est décousu » (Mme M.).</p>	<p>-Emploi du déictique spatial : « dehors » : « il est dehors votre chat il nous empêchait de garer la voiture » (Mme B.).</p>	<p>Les IDE 2 et 3 utilisent des déictiques spatiaux</p>

<p>-Emploi de plusieurs phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question cherchant à intéresser le patient à la conversation : « Ah pourtant j'ai pas traumatisé votre chien vous ? » (Patiente 1), « vous savez pas ? » (Patient 2), « vous connaissiez p't-être son grand-père à Romain, David ? » (Patiente 3), « on coupe la tête ? » (Patiente 3).</p>	<p>-Emploi de plusieurs phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question cherchant à intéresser le patient à la conversation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Bon vous regardez la télé ce soir ? » (Mme J. (37)), • « Vous avez déjà des fleurs qui vont sortir ? » (Mme G. (40)), • « Oh ben qu'est-ce qu'il est mignon, il va pas prendre froid maintenant qu'il a plus de poils ? » (Mme D.). 	<p>-Emploi de plusieurs phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question cherchant à intéresser le patient à la conversation : « qu'est-ce qu'on va en faire de Mme M hein ? Qu'est-ce qu'on va en faire de vous ? » (Mme M).</p>	<p>Les 3 IDE utilisent des phrases interrogatives pour solliciter le patient à entrer en interaction et favorisent ainsi les tours de parole. Les sujets sont divers et concernent la vie personnelle des patients. L'IDE dit à ce sujet que :</p> <p><i>« Le soin c'est le global, c'est le mari, la fille et même si le chien y va pas bien il faut prendre le temps de s'inquiéter du chien. On va chez une dame, c'est pas rien, son mari doit se faire opérer du cœur ben on le voyait et on lui a filé un</i></p>
--	---	--	--

<p>Emploi de phrases exclamatives « Allez ! La culotte en dentelles ! » (Patiente 1), « allez ! Faut aller garder les moutons ! » (Patiente 4). Notons que cette forme de phrase s'associe ici</p>	<p>Emploi de phrases exclamatives « oh ben vous avez un trou au pantalon ! Là vous pouvez le dire mon pantalon est décousu ». Notons que cette forme de phrase s'associe ici à un</p>	<p><i>p'tit coup de main pour mettre ses gouttes dans les yeux voilà c'est un tas de petits trucs qui font pas partie de ta fiche de poste j'ai envie de dire mais ouvrir les volets fermer les volets vider le bassin voilà »</i> L'infirmière souligne à nouveau que le travail réel va au-delà de la fiche de poste donc de la prescription. Les IDE 1 et 2 emploient des phrases exclamatives mais notons que pour tous les deux, cet emploi s'associe à un trait d'humour du professionnel</p>
--	---	--

<p>à un trait d'humour de l'infirmier.</p>	<p>trait d'humour de l'infirmière.</p> <p>-Notons encore ici l'emploi de l'adjectif « petit » : « ben pourquoi vous aimiez bien les petites émissions de variétés ? » (Mme X. (32)).</p>	<p>Emploi d'organismes textuels structurant les échanges : « Alors », « Donc », « voilà »</p> <p>- Notons à nouveau l'emploi de l'adjectif « petit » ou « petite » et de l'adverbe « peu » : « c'est mieux de les couvrir du moment qu'il y a des agrafes c'est mieux de les couvrir un petit peu encore » (M. Y).</p>	<p>Les IDE 2 et 3 emploient à nouveau beaucoup l'adjectif « petit, petite » et l'adverbe « peu » toujours dans le sens hypocoristique des soignants.</p>
<p>-Le temps des verbes est le passé composé ou l'imparfait soulignant une organisation temporelle antérieure aux échanges, le futur pour des projections de faits ou le présent lorsque l'organisation temporelle est</p>	<p>-Le temps des verbes est l'imparfait soulignant une organisation temporelle antérieure aux échanges ou le présent lorsque l'organisation temporelle est simultanée aux propos des interactants.</p>	<p>- Le temps des verbes est le passé composé ou l'imparfait soulignant une organisation temporelle antérieure aux échanges, le futur pour des projections de faits ou le présent lorsque l'organisation temporelle est simultanées aux propos des interactants.</p>	<p>Pour les 3 IDE les temps des verbes sont le passé composé, l'imparfait, le futur ou le présent</p>

<p>simultanée aux propos des interactants.</p> <p>-Nous nous situons le plus souvent dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p> <p>Nous pouvons identifier également une courte séquence injonctive (patiente 1), « Allez ! La culotte en dentelles ! », qui montre un segment de texte injonctif ou instructionnel. Cette séquence montre un but propre, celui de faire agir le destinataire selon les recommandations directives de l'infirmier, d'où l'utilisation de l'impératif.</p> <p>Nous pouvons retrouver aussi ici</p>	<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p>	<p>Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p>	<p>Pour les IDE 2 et 3 nous nous trouvons uniquement dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales.</p> <p>Pour l'IDE 1, outre ces mêmes séquences, nous pouvons également identifier une courte séquence injonctive ainsi qu'une séquence narrative du monde du raconter autonome</p>
---	--	---	--

<p>une séquence narrative du monde du raconter autonome (patiente 3) : « c'est un jeune on est allés à l'école ensemble mais on s'était jamais parlés. Quand il s'est installé il m'a appelé pour que je lui envoie des patients et en fin de compte on a bien sympathisés à ce moment-là ».</p> <p>- Nous avons relevé à plusieurs reprises l'emploi de l'humour : « Je vous ai déjà dit que vous devriez venir m'aider à faire</p>		<p>Emploi pour chaque rencontre de « bonsoir » : ouverture du niveau supra-ordonné qui marque l'entrée en contact selon les règles socio-communicatives et d'une clôture : « au revoir », « bonne nuit Mme M. ». Ces étapes sont très prononcées chez cette infirmière.</p> <p>-Nous avons relevé à plusieurs reprises l'emploi de l'humour : • « Parce que si, c'est à moitié français et espagnol » (Mme M.),</p>	<p>Etapes d'ouverture et de clôture du niveau supra-ordonné très prononcées chez l'IDE 3</p> <p>Les IDE 1 et 3 utilisent l'humour dans les soins. L'IDE 1 dit que cela dédramatise les soins.</p>
--	--	---	---

<p>les piqûres », « Allez ! La culotte en dentelles ! » (Patiente 1, Mme G.), « On va couper la jambe », « on vous coupe la tête ? Et mon chiffre d'affaire dans tout ça si j'vous coupe la tête ? » (Patiente 3, Mme P.), « Oh ! Vous m'avez eu c'te fois, vous avez tiré la langue avant moi », « allez faut aller garder les moutons ! » (Patiente 4, Mme M.) : <i>« y a que ça qui peut faire lever Mme M, garder les moutons sinon ça vaut pas l'coup s'lever. Mme M en Espagne gardait des moutons ».</i> <i>« J'utilise l'humour pour dédramatiser... »</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> • « J'ai une bonne nouvelle, on va pas vous couper le bras tout va bien » (Mme B.), • « Vous prenez l'apéro après le repas vous » (Mme B.). <p>-</p>	<p>Il y a perception d'avec qui on peut plaisanter : « ça se sent » souligne l'infirmier, de plus les gens apprécient. Notons la notion évoquée ici de <i>care receiving</i> : <i>On m'a même fait un beau compliment un patient m'a dit « oh ben avec vous j'oublie que j'suis malade » c'est une dame qui m'avait dit ça ».</i> Cette notion de <i>care receiving</i> est de nouveau soulevée dans ces propos : <i>« C'est comme je dis toujours, ici c'est un lieu de vie, si on rigole avec eux ils vous accueillent très bien tandis que si</i></p>
--	--	---	---

<p>L'infirmier revient sur la relation de confiance :</p>		<p>Nous interrogeons l'infirmière sur sa manière de créer une relation de</p>	<p><i>on rigole pas avec eux bon ben ils vous regardent drôlement « oh, c'est l'infirmier, c'est médical c'est les piqûres tout ça ». De toute façon, si c'est pas moi qui sors des bêtises, c'est eux qui vont en sortir et puis le jour où j'en sors pas parce que, pour une raison X ou Y « oh qu'est-ce qui vous arrive ? » Et là tout de suite « oh qu'est-ce qui vous arrive ? C'est l'infirmier qui nous lâche ». C'est des gens qui s'inquiètent vraiment ».</i></p> <p>L'IDE 3 souligne l'importance de</p>
---	--	---	---

<p>« on est en confiance avec Mme P., elle me dit des choses qu'elle dit pas à tout le monde non plus parce que elle me voit tous les jours alors elle me confie des choses voilà l'infirmier c'est pas n'importe qui, on a une relation de confiance, je lui dis pas de mon côté les cas de chaque patient, moi je vois du monde elle, elle voit pratiquement que moi certains jours donc elle a besoin de dire beaucoup de choses et on raconte not' vie quoi euh on s'raconte euh oui voilà »</p> <p>L'infirmier nous explique pourquoi il</p>		<p>confiance propice aux gestes d'ambiance :</p> <p>« IDE : ben tout simplement être à l'écoute, les gens y aiment beaucoup et pis à partir d'un certain âge ils sont tous seuls à la maison et c'est tout simplement être à l'écoute »</p> <p>-Nous profitons d'une première visite à un nouveau patient pour demander à l'infirmière comment elle envisage la rencontre :</p> <p>« tout simplement, comme tout savoir vivre, se présenter à l'arrivée euh après je me laisse porter par la personne »</p> <p>« Qu'à domicile c'est que du relationnel enfin pas que, il y a des actes aussi mais il y a beaucoup beaucoup de relationnel ».</p>	<p>l'écoute pour créer une relation de confiance et de se laisser « porter » par la personne. Le relationnel est très important en libéral donc les gestes d'ambiance vont avoir une place privilégiée. Elle parle du statut d'infirmière libérale selon elle différent : « le statut infirmière est beaucoup plus marqué que dans un établissement. Dans un établissement tu es une infirmière comme une autre tu es une parmi d'autres infirmières, en fait chez les patients c'est très différent, c'est</p>
---	--	---	--

<p>parle du décès d'un de ses patients à certaines personnes qui le connaissaient :</p> <p><i>« Pour M. N je leur en parle aussi. Mme P. nous a fait une dépression d'un mois au dernier décès donc je lui en parle, on en discute parce que sinon ce qui va se passer c'est que, elle va garder ça pour elle et puis comme c'est elle la doyenne, c'est un monsieur plus jeune qu'elle donc c'est la prochaine sur la liste bon après, ça permet de dédramatiser »</i></p> <p>(Mme P.).</p> <p>-Dans les gestes d'ambiance, nous pouvons relever également que l'IDE recentre à</p>			<p><i>surtout le relationnel qui change ».</i></p> <p>L'IDE 1 parle du décès d'un de ses patients pour dédramatiser</p> <p><i>« Pour M. N je leur en parle parce que je sais que ça cogite sous la marmite là (en montrant sa tête) je le sais très bien comment ça se passe. Ça permet de dédramatiser »</i></p>
--	--	--	--

<p>plusieurs reprises la conversation sur la personne soignée pour la solliciter et l'inciter à discuter :</p> <p>« Elle est intéressante hein Marion ? », « Mme G a testé aussi c't'hiver » (Patiente 1, Mme G.),</p> <p>« Et Mme P. elle, elle parle le Bérichon, hein Mme P. ? », « Mme P., elle veut pas aller à l'hôpital non plus » (Patiente 3, Mme P.)</p>			<p>Une des techniques de l'IDE 1 pour solliciter le patient est l'interrogation directe en évitant certains sujets comme la politique</p>
--	--	--	--

<p>5.4.5 Gestes énonciatifs</p> <p>Pour les gestes énonciatifs :</p> <p>-Emploi des pronoms personnels « je » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient.</p> <p>-Emploi de peu d'interjections sauf : « allez ! ».</p> <p>-Emploi de déictiques spatiaux : « là-dessus », « là ».</p>	<p>5.6.5 Gestes énonciatifs</p> <p>Pour les gestes énonciatifs :</p> <p>- Emploi du pronom personnel « on » marquant l'implication et du « vous » pour s'adresser au patient : « Venez ! On va aller là-bas, vous avez le déambulateur et la chaise pas loin » (Mme J.).</p> <p>-Emploi d'interjections : « allez ! » : « allez ! Allez-y » (Mme G. (40)).</p> <p>-Emploi de déictique spatial : « là- bas » : « venez ! On va aller là-bas » (Mme J. (37)).</p>	<p>5.8.5 Gestes énonciatifs</p> <p>Pour les gestes énonciatifs :</p> <p>-Emploi des pronoms personnels « je » et « on » marquant l'implication dans l'action mais également du « vous » pour s'adresser au patient.</p> <p>-Emploi de peu d'interjections sauf : « allez ! ».</p> <p>-Emploi de déictiques spatiaux : « là », « par-là »... : « venez de l'autre côté » (Mme M.).</p>	<p>Les 3 IDE emploient « je, on, vous »</p> <p>Les 3 IDE utilisent uniquement l'interjection « allez »</p> <p>Les 3 IDE emploient les déictiques spatiaux : « là » ou « par-là » ou « là-bas ».</p>
--	--	---	--

<p>-Emploi de phrases essentiellement impératives : « serrez le poing bien fort, tendez bien le bras », « Vous appuyez là-dessus ! » (Patient 2), « restez assise ! » (Patiente 3), « allez ! Mettez les dents ! » (Patiente 4).</p>	<p>-Emploi de phrases essentiellement impératives : « buvez ! » (Mme V. (30)), « allez ! On pivote » (Mme M. (45)).</p>	<p>-Emploi de phrases essentiellement impératives : « allez-y, venez là ! » (Mme Dav), « tournez-vous un petit peu par-là ! » (Mme B.).</p> <p>-Emploi du démonstratif « ça » indéterminé : « attendez avant de vous assoir Mme P, je vais enlever ça » (ça désignant ici un déambulateur).</p> <p>- Notons à nouveau l'emploi de l'adjectif « petit » ou « petite » ou de l'adverbe « peu » : « avancez un petit peu Mme Dav. ».</p> <p>Emploi de mots de consentement : « oui bien »</p>	<p>Les 3 IDE emploient essentiellement des phrases impératives dirigeant ainsi le patient dans l'action à effectuer</p> <p>Emploi du démonstratif uniquement chez l'IDE 3</p> <p>L'IDE 3 utilise à nouveau l'adjectif « petit, petite » et l'adverbe « peu »</p>
--	---	--	---

<p>Emploi de mots de consentement : « d'accord ».</p> <p>-Le ton employé par l'infirmier est calme et posé à certains moments pour apaiser la patiente : « Il faut pas vous inquiétez comme ça Mme P hein je vois que vous vous en rendez malade là, c'est pas grave » <i>(le ton de l'infirmier est plus doux et il regarde souvent le visage de Mme P).</i></p>	<p>Emploi de mots de consentement : « bien Madame », « dites-moi »</p>		<p>Les 3 IDE emploient des mots de consentement « d'accord », « bien », « oui ».</p> <p>L'IDE 1 utilise une voix plus douce, calme et posée pour une patiente Mme P afin de tenter de la calmer et l'apaiser. Il regarde souvent la patiente en se penchant sur elle, il maille geste d'énonciation et geste corporel.</p>
---	--	--	--

<p>-Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>-Le temps des verbes est majoritairement à l'impératif et au présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions.</p>	<p>-Le temps des verbes est le présent soulignant une organisation temporelle simultanée des actions et l'impératif.</p>	<p>Le temps des verbes est uniquement le présent et souvent à la forme impérative</p>
<p>- Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences injonctives pour faire agir le patient selon des recommandations directives : « Allez mettez les dents ! Non non dans la bouche les dents Mme M ! Me faites pas l'coup de les jeter au milieu de la cayette comme vous avez déjà fait hein, allez ! On ouvre grand. Mme M je vais passer par derrière, allez Mme M on ouvre grand ».</p>	<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences injonctives pour faire agir le patient selon les recommandations directives de l'infirmier.</p>	<p>-Nous nous situons dans le monde de l'exposer à travers des séquences injonctives pour faire agir le patient selon les recommandations directives de l'infirmier.</p>	<p>Les 3 IDE se situent dans le monde de l'exposer à travers des séquences injonctives pour faire agir le patient selon les recommandations directives de l'infirmier.</p>

<p>-Nous ajoutons que les échanges entre l'infirmier et les patients sont essentiellement construits sur le mode de la co-énonciation. Seule la patiente 3 (Mme P.) se situe aussi par moments en sur-énonciation vis-à-vis de l'infirmier :</p> <p>Exemple : « Mais dépêchez-vous donc ! » <i>(Toujours un ton très autoritaire de Mme P)</i> « D'accord » (IDE).</p>	<p>-Nous ajoutons que les échanges entre l'infirmière et les patients sont essentiellement construits sur le mode de la co-énonciation. Seule Mme P. (47 du verbatim) se situe aussi par moments en sur-énonciation vis-à-vis de l'infirmière :</p> <p>Exemple 1 : « Mme P : il faut enlever tout ce qui a sur le pied de lit et on va mettre la petite couverture rouge sur les pieds <i>(ton directif)</i> IDE : dites-moi ».</p> <p>Exemple 2 : « Mme P : le savon je me butte à vous le dire, c'est un remède pour pas avoir des crampes et c'est même le docteur</p>	<p>-L'infirmière utilise la sur-énonciation : « attendez ! Vous allez prendre les médicaments d'abord » (Mme B.), mais la plupart des échanges entre l'infirmière et les patients sont essentiellement construits sur le mode de la co-énonciation. Seule Mme P. se situe aussi par moments en sur-énonciation vis-à-vis de l'infirmière :</p> <p>Exemple : « Mme P : et pis la tête du lit faudra la bouger IDE : oui mais on le fera quand vous serez dans le lit vous me direz la hauteur Mme P : et puis faut me mettre bien au milieu du lit parce que je suis tombée IDE : oui bien ».</p>	<p>Les échanges des 3 IDE sont essentiellement de l'ordre de la co-énonciation. Ils sont par moments, lors de séquences injonctives, en sur-énonciation. Ils sont tous les 3 parfois en sous-énonciation avec une seule patiente Mme P.</p>
---	---	---	--

<p>-Notons que l'infirmier maille plusieurs gestes à travers cette phrase : « Je vous laisse mettre votre bijou » <i>(il regarde que la patiente le fasse)</i> (patiente 1, Mme G.) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • il formule une recommandation directive donc un geste d'énonciation • il vérifie simultanément que la patiente s'exécute et remet bien son collier d'appel 	<p>Mi. qui me l'a ordonné IDE : bien Madame ! ».</p> <p>Exemple 3 : « Mme P : c'est bon c'est bon ! <i>(ton très sec et autoritaire)</i> et la couverture rouge sur les pieds IDE : ça marche je vais la chercher... ».</p>		<p>L'IDE 1 maille geste énonciatif, geste d'évaluation et geste d'ambiance</p>
---	--	--	---

<p>présence verte donc fait un geste d'évaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> • il utilise l'humour pour donner cette injonction à travers les termes « votre bijou » utilisant donc également un geste d'ambiance. 			
<p>5.4.6 Gestes corporels</p>	<p>5.6.6 Gestes corporels</p>	<p>5.8.6 Gestes corporels</p>	
<p>Pour les gestes corporels :</p> <p>L'IDE parle à une patiente en se penchant sur elle.</p> <p>L'IDE prépare le petit déjeuner de Mme P., fait sortir le chien et ouvre les volets (de plusieurs patients).</p>			
<p>Plusieurs gestes sont maillés : gestes corporels, geste d'évaluation (<i>il</i></p>			<p>L'IDE 1 se penche sur une patiente pour lui parler, prépare le petit-déjeuner, fait sortir le chien ou ramasse les journaux, ouvre les volets :</p> <p><i>« C'est très important d'ouvrir les volets parce que je trouve que c'est ça qui met la maison en route. Quand les</i></p>

<p><i>regarde souvent Mme P), gestes de sollicitude vis-à-vis de Mme P. et geste de régulation par l'adaptation à la personne.</i></p> <p>L'infirmier nous explique pourquoi il fait le geste de regarder souvent la patiente :</p> <p><i>« Toujours en même temps surveiller parce que j'suis quand même là pour ça et pis elle a quand même 93 ans, on guette la faille »</i></p> <p>-Concernant Mme M., l'IDE lui écarte les jambes tout en lui disant « écartez bien » car elle ne peut le faire seule et lui couvre le haut du corps avec une serviette (pudeur) :</p> <p><i>« Avec la sonde urinaire là je</i></p>			<p><i>volets sont ouverts, ça c'est une fierté chez les anciens avoir le premier le volet ouvert, là. Et pour les voisins ça donne à voir que l'infirmier est DÉjà passé donc ça s'inquiète pas »</i></p> <p>L'infirmier évoque la notion de rôle et de travail réel qui dépasse la prescription.</p> <p>Il maille plusieurs gestes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • corporel, • évaluation (il regarde souvent Mme P. Il surveille signes cliniques, son comportement («on guette la faille »), • sollicitude
--	--	--	---

<p><i>regarde plus particulièrement car la dame perd la tête et tout ça au cas où, et là des fois, j'me dis faut qu'je regarde ci, faut j'regarde ça et je regarde tel endroit parce que je sais qu'il peut y avoir des ulcères sur un tibia euh je regarde je surveille mais sinon ça se fait euh ah ce moment-là parce que sur une sonde urinaire on regarde qu'il y ait pas de selles voilà c'est question de bon sens toujours ».</i></p> <p>-L'IDE ouvre la fenêtre et les volets, il allume la TV devant Mme M installée dans son fauteuil au salon près de la fenêtre :</p> <p><i>« C'est très important d'ouvrir</i></p>	<p>Pour les gestes corporels :</p>		<ul style="list-style-type: none"> • régulation (adaptation à la personne). <p>-Mme M : sonde urinaire l'infirmier associe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • geste corporel : il écarte les jambes, • geste énonciatif : « écartez bien », • geste d'évaluation : il regarde et surveille la peau et la sonde. <p>Cette association de gestes pouvant le conduire à un geste de régulation selon ses observations cliniques.</p> <p>Les gestes de l'infirmier ont tous une finalité d'évaluation ou sont des services</p>
--	------------------------------------	--	---

<p><i>les volets parce que je trouve que c'est ça qui met la maison en route. Quand les volets sont ouverts, ça c'est une fierté chez les anciens avoir le premier le volet ouvert, là. Et pour les voisins ça donne à voir que l'infirmier est DÉjà passé donc ça s'inquiète pas parce que une maison où les volets sont fermés c'est qu'il se passe quelque chose, on ouvre les volets comme ça personne s'inquiète et pis ça fait toujours bien alors, j'sais pas si ailleurs c'est pareil mais ici c'est comme ça ».</i></p>			<p>rendus à la patientèle</p>
--	--	--	--------------------------------------

	<p>L'IDE tient la main de Mme Pa. (29) penchée sur elle à sa hauteur.</p> <p>L'IDE prend la main de Mme Pa. pour la tourner et la mettre au lit.</p> <p>Nous interrogeons l'infirmière sur ces gestes :</p> <p><i>« Pour la rassurer, elle a une prothèse de hanche depuis elle a très peur de son équilibre d'ailleurs elle perd souvent l'équilibre alors ma main la rassure et puis pour l'inciter à la tourner c'est pas un réflexe pour elle parce que elle est un peu démente je pense que vous l'avez compris et euh elle peut rester là en se demandant ce que je viens</i></p>		<p>L'IDE 2 est penchée sur la patiente, elle lui tient la main : « ma main la rassure et puis pour l'inciter à la tourner »</p>
--	---	--	--

	<p><i>faire et elle n'aura pas forcément l'idée ».</i></p> <p>-L'IDE avance le verre de médicament de Mme V. (30) en lui caressant les cheveux.</p> <p>L'IDE caresse les cheveux et la joue de Mme V à nouveau.</p> <p><i>IE : alors cette femme vous lui avez caressé les cheveux et la joue, pourquoi vous avez fait ça ?</i></p> <p><i>IDE : pouhh ! j'sais pas trop... si j'ai fait ça c'est parce que c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées il y a un côté rassurant affectueux ça la</i></p>		<p>L'IDE 2 caresse les cheveux et la joue d'une patiente de façon spontanée</p> <p><i>« c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées il y a un côté rassurant affectueux ça la rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit, pour qu'elle soit plus sereine, apaisée ».</i></p> <p>Elle l'explique ainsi <i>« en présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie »</i></p> <p>Elle explique qu'il lui arrive aussi</p>
--	--	--	--

	<p><i>rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit, pour qu'elle soit plus sereine, apaisée quoi si au moins ça pouvait apporter ça</i></p> <p><i>IE : c'est un geste que vous faites spontanément, il est réfléchi ou ?</i></p> <p><i>IDE : celui-là tout à fait spontanément, parfois il m'arrive même de les embrasser sur le front ça c'est plus réfléchi, quand je les sens un peu mal je vais leur faire un p'tit bisou sur le front mais là non, la petite caresse non c'est spontané</i></p> <p><i>IE : à votre avis, c'est une compétence que vous avez développée ou qui</i></p>		<p><i>d'embrasser certaines personnes : « la première fois que je lui ai fait un p'tit bisou sur le front « ah c'est gentil ! ah ! » j'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions » elle ajoute que c'est la connaissance des personnes qui lui permet d'évaluer si ce geste sera bien reçu.</i></p> <p><i>L'infirmière souligne l'adaptation à la personne et évalue que pour cette patiente, la caresse peut être un plus, par ce qu'elle nomme « le côté intuitif ».</i></p>
--	--	--	--

	<p><i>est naturelle chez vous ?</i></p> <p><i>IDE : je pense que c'est assez naturel chez moi mais en présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie vis-à-vis de ça et je pense que voilà c'est plus de l'empathie vis-à-vis de ça et il y a quelque chose de naturel mais j'ai du mal à croire que tout le monde n'aurait pas ce réflexe-là devant ces p'tites personnes qui sont toutes seules toute la nuit... on ne m'a jamais dit quand tu couches les gens il faut faire comme ça ».</i></p>		<p>Elle maille ici :</p> <ul style="list-style-type: none"> • geste d'évaluation (elle évalue que la caresse est un plus), • geste de régulation (elle adapte son soin et effectue cette caresse), • geste de sollicitude, • geste corporel (par le toucher), • geste d'ambiance (par le lien qui se crée entre le soignant et la personne soignée), • geste d'intonation (le ton de voix de l'infirmière est à l'image de la caresse : doux et apaisant).
--	---	--	--

	<p><i>« L'avantage de c'métier c'est de les connaître à force de les voir régulièrement et je sais que cette dame-là elle est très sensible à ça je sais que... la première fois que je lui ai fait un p'tit bisou sur le front « ah c'est gentil ! ah ! » j'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions que d'autres le sont moins voilà je repère aussi il y a des personnes âgées qu'on sent un peu plus délaissées que d'autres et voilà c'est ça aussi je vais pas forcément faire ma p'tite caresse sur les cheveux à</i></p>		
--	---	--	--

	<p><i>tout le monde maintenant que j'y réfléchis je le fais pas forcément à tout le monde... c'est l'adaptation à cette personne-là, c'est pas forcément quelque chose que je dirais faut faire la p'tite caresse dans les cheveux à tout le monde parce que ça apaise y en a que ça n'apaiserait pas forcément mais après il y a le côté intuitif voilà j'ai des personnes en tête elles sont suffisamment distantes dans leurs gestes ou leurs paroles on pourrait pas faire ça, on comprend qu'il faut pas aller vers ça, que ça pourrait être</i></p>		
--	---	--	--

	<p><i>mal interprété enfin je pense que plus on connaît son patient plus on s'adapte ses besoins ».</i></p> <p>-L'IDE touche le front de Mme X pour voir si elle a de la fièvre en disant : « Vous avez pas la fièvre un petit peu ? ». Elle maille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • geste corporel par le toucher, • geste d'évaluation (savoir si la patiente est chaude), • geste de sollicitude (elle sent que la patiente n'est pas bien). <p>-L'IDE tient la main de Mme G (40) en partant : <i>« IE : alors là Mme G vous lui</i></p>		<p>Pour évaluer si une personne a de la fièvre, elle lui pose la main sur le front en disant : « Vous avez pas la fièvre un petit peu ? ». Elle maille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • geste corporel par le toucher, • geste d'évaluation (savoir si la patiente est chaude), • geste de sollicitude (elle sent que la patiente n'est pas bien). <p>L'IDE prend la main.</p>
--	---	--	--

	<p><i>avez pris la main et j'ai pas senti un besoin d'être rassurée ?</i></p> <p><i>IDE : ouais elle était un peu différente du fait de votre présence, j'l'ai pas sentie comme d'habitude.</i></p> <p><i>Même moi j'étais pas comme d'habitude parce qu'elle était pas comme d'habitude et elle habituellement c'est elle qui me prend la main et elle me la serre après des fois j'ai même du mal à la lâcher et là il y a comme une sorte de pudeur quelque chose d'un peu... pas comme d'habitude c'est la seule que je trouve un peu différente du fait</i></p>		<p>L'infirmière 2 ajoute qu'il est important d'amener un plus dans les soins : « <i>de la gaité, de la joie de vivre, du sourire c'est la petite blague voilà et puis il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose</i> »</p> <p>L'infirmière évoque ici la notion du <i>care receiving</i> montrant bien que la relation de soin relève du collectif.</p>
--	--	--	--

	<p><i>de votre présence »</i></p> <p><i>-L'IDE est face à Mme M (45) elle l'entoure de ses bras (pour lui éviter une chute). (Mme M est dans un fauteuil de salon devant la télévision près de la fenêtre où l'infirmier l'a installée le matin).</i></p> <p><i>IE : ça doit être dur pour certains, cette dame je l'ai retrouvée exactement à la même place que ce matin...</i></p> <p><i>IDE : ah oui c'est vrai, mais elle me touche moins que d'autres parce que elle a quand même beaucoup de passages d'aides à domicile après c'est vrai qu'elle est toujours à la</i></p>		<p>On peut constater que les touchers de l'IDE 2 assez nombreux relèvent plus de l'affect, de la sollicitude et l'empathie à la personne soignée.</p>
--	---	--	--

	<p><i>même place mais je la crois très entourée elle a une fille et un fils qui sont très très très soucieux de son bien-être euh voilà il suffit qu'un jour on lui ait mal lavé l'œil ou un truc, mal coiffée hop tout de suite elle appelle « vous avez mal coiffé maman » donc c'est très cadré très soucieux un vrai suivi et puis il y a une proximité avec les aides à domicile des fois quand je pars y en a une qui arrive et c'est euh, il y a une vraie chaleur humaine quand euh cette dame arrive on sent que c'est presque comme une copine enfin plus que d'autres qui</i></p>		
--	--	--	--

	<p><i>sont là comme des employées</i></p> <p><i>après... pourquoi j'ai moins pour elle oh ben aussi le fait qu'elle se voit pas démente euh je me dis qu'elle réalise peut-être moins tout ça que euh quelqu'un qui est parfaitement conscient, après elle a toujours la p'tite blague la p'tite chanson le p'tit sourire après c'est la maladie qui fait que... donc voilà elle donne moins l'impression d'être malheureuse, oui elle a le sourire et puis elle est quand même très décalée donc voilà ça crée l'illusion que... c'est pas celle qui me ferait dire</i></p>		
--	--	--	--

	<p><i>qu'elle souffre le plus de solitude et le fait qu'elle soit à côté du volet ouvert, tout prend une autre dimension.</i></p> <p><i>Quelquefois je me dis d'une ou l'autre est-ce qu'elle serait pas mieux en maison de retraite mais euh après elles ont leurs repères chez elles y a tout plein de choses qui expliquent qu'elles restent chez elles alors effectivement c'est vrai qu'on essaie de leur apporter un petit quelque chose</i></p> <p><i>IE : et ce petit quelque chose en plus c'est quoi ?</i></p> <p><i>IDE : ben c'est de la gaité, de la joie de vivre, du sourire c'est la petite blague voilà</i></p>		
--	--	--	--

	<p><i>et puis il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose même si des fois quand on monte dans la voiture le matin « oh là là ! » et puis dès qu'on passe la première porte hop y a un truc qui fait que... et on a envie de construire des belles choses quoi ».</i></p>	<p>Pour les gestes corporels :</p> <p>L'IDE prend le mollet de Mme X. avec des gestes lents et doux et soulève la jambe, elle caresse la peau.</p>	<p>L'IDE 3 a des gestes lents et doux en soulevant une jambe pour un pansement,</p>
--	---	---	--

		<p>-L'IDE aide Mme Dav à se lever du fauteuil roulant, elle lui prend les mains et la mène en bout de lit pour s'accrocher debout à la barre du lit. Elles font le lit avec l'aidante de Mme Dav et choisissent le côté préféré de la couverture de Mme Dav. Il y a maillage de gestes corporels et de gestes de sollicitude.</p> <p>-L'infirmière embrasse le couple (M. et Mme B.).</p> <p><i>« IE : alors ici ce couple, tu l'as embrassé quand tu es rentrée ?</i></p> <p><i>IDE : oui ben c'est ce que je disais faut s'adapter à chaque personne et M. B en fait un soir il m'a embrassé du fait ben j'ai continué mais bon c'est pas quelque chose que je fais d'habitude ben y a qu'eux. C'est un monsieur qui est tout seul avec sa femme et son épouse elle perd énormément la tête et donc ce monsieur se sent très très seul, ils avaient un fils qui est décédé d'un cancer donc en fait il est tout seul avec son aide-</i></p>	<p>Il y a maillage :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'un geste corporel (elle soulève la jambe et en caresse la peau), • un geste d'évaluation (en touchant la peau), • un geste de sollicitude (geste lent et doux). <p>L'infirmière 3 embrasse un couple en arrivant « faut s'adapter à chaque personne et M. B en fait un soir il m'a embrassé du fait ben j'ai continué mais bon c'est pas quelque chose que je fais d'habitude ben y a qu'eux ». L'IDE souligne</p>
--	--	---	---

		<p><i>ménagère qui passe deux fois par semaine et nous et donc en fait y a une confiance qui s'instaure plus intime que chez d'autres patients, mais c'est pas parce que on a choisi comme ça, c'est les circonstances, c'est pour ça que je disais tout à l'heure qu'on ne va pas faire que l'acte on prend la globalité de la personne et la globalité c'est même la famille quoi, ben forcément tu as plus d'affinité avec certaines personnes que d'autres et quand tu vois la même personne plusieurs fois par semaine ou par mois ben forcément y a un climat qui s'instaure qui est différent y a des personnes qui vont chercher à comprendre à me connaître, à connaître ma vie personnelle pas en tant qu'infirmière mais en tant que fille on va dire en tant que personne alors forcément y a un climat qui s'installe qui est différent donc euh c'est pas que</i></p>	<p><i>l'importance de l'adaptation à la personne. Elle parle de globalité et d'un rôle qui va au-delà de l'acte : « on ne va pas faire que l'acte on prend la globalité de la personne et la globalité c'est même la famille » Elle évoque le care receiving et un rôle différent « les gens vont t'offrir quelque chose de leur jardin, là le monsieur il nous a offert un chocolat, c'est ça tu vois ça c'est une reconnaissance qui a pas de prix et dans un établissement ça n'existe pas ça, tu es une</i></p>
--	--	---	---

		<p><i>l'empathie envers les gens, ça sera toujours la même, mais l'affinité envers la personne ça sera différent en fonction de la personne c'est pas parce que on s'entend mieux que les soins vont être différents, les soins ils vont être pareils après la conversation ça va être différent mais tu vois ce couple, on fait plus du social avec lui et avec elle c'est plus les soins [...]. En Espagne on est beaucoup plus tactiles que les Français et c'est quelque chose qu'on m'a reproché ici et si tu veux ça c'est quelque chose que j'ai dû enlever de moi parce que tout le monde ne réagissait pas pareil alors j'ai mis des distances, avant serrer la main c'était mission impossible, on serre pas la main en Espagne, on se fait la bise tu vois mais ici j'ai mis mes barrières comme ça alors euh du coup peut-être je suis passée de l'autre côté si tu veux et ça c'est quelque chose que j'ai dû euh</i></p>	<p><i>infirmière parmi tant d'autres t'es payée voilà quand tu rentres dans l'univers de la personne que tu vas chez elle, en fait tu es vue différemment ».</i></p> <p><i>Pour une patiente, l'infirmière porte une patiente et nous explique pourquoi sa technique de soin n'est pas la même que celle de l'infirmier 1 et qu'elle a mis en place un geste corporel pour réguler ce soin.</i></p> <p><i>« Mme M je la porte mais je la porte pour la mettre sur sa chaise, je sais que Luc la fait marcher mais moi j'ai pas la force j'ai trop</i></p>
--	--	--	---

		<p><i>éliminer complètement. Le relationnel en libéral n'est pas mis en valeur d'un point de vue cotation mais d'un point de vue humain tu vois en ce moment la période des potagers euh moi tous les jours, je vais rentrer à la maison avec un bout de course, les gens vont t'offrir quelque chose de leur jardin, là le monsieur il nous a offert un chocolat, c'est ça tu vois ça c'est une reconnaissance qui a pas de prix et dans un établissement ça n'existe pas ça, tu es une infirmière parmi tant d'autres t'es payée voilà quand tu rentres dans l'univers de la personne que tu vas chez elle, en fait tu es vue différemment tu es vue très différemment et c'est ça qui me plaît entre autres c'est ce côté-là en fait ».</i></p> <p>L'infirmière ici évoque le care receiving.</p> <p>L'IDE tire le fauteuil et soulève Mme M. pour l'y mettre, elle l'emmène dans</p>	<p><i>peur de la faire tomber et la tenir d'un bras donc je la fais assoir dans sa chaise mais je la porte ».</i></p> <p>Globalement les gestes corporels de l'infirmière 3 relèvent plus de gestes de régulation ou d'évaluation du soin</p>
--	--	--	---

		<p>la chambre et la porte du fauteuil au lit. Elle ferme les volets, éteint la télévision et les lumières avant de partir de chez Mme M.</p> <p><i>« Mme M je la porte mais je la porte pour la mettre sur sa chaise, je sais que Luc la fait marcher mais moi j'ai pas la force j'ai trop peur de la faire tomber et la tenir d'un bras donc je la fais assoir dans sa chaise mais je la porte ».</i></p> <p>L'infirmière nous explique ici pourquoi sa technique de soin n'est pas la même que celle de l'infirmier 1 et qu'elle a mis en place un geste corporel pour réguler ce soin.</p>	
--	--	---	--

<p>5.4.7 Gestes de l’infirmier 1 : synthèse</p> <p>Pour cet infirmier, nous avons donc identifié six catégories de gestes professionnels liés au <i>care</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Des gestes de régulation -Des gestes de sollicitude -Des gestes d’évaluation -Des gestes d’ambiance -Des gestes énonciatifs -Des gestes corporels. 	<p>5.6.7 Gestes de l’infirmière 2 : synthèse</p> <p>Pour cette infirmière, nous avons donc identifié six catégories de gestes professionnels liés au <i>care</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Des gestes de régulation -Des gestes de sollicitude -Des gestes d’évaluation -Des gestes d’ambiance -Des gestes énonciatifs -Des gestes corporels. 	<p>5.8.7 Gestes de l’infirmière 3 : synthèse</p> <p>Nous avons donc identifié :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des gestes de régulation - Des gestes de sollicitude - Des gestes d’évaluation - Des gestes d’ambiance - Des gestes énonciatifs - Des gestes corporels. 	
--	--	---	--

<p>Analyse du verbatim de l'infirmier 1 par le logiciel Tropes</p> <p>Afin de compléter notre analyse et d'y repérer des biais ou similitudes, nous avons souhaité employer le logiciel Tropes. Nous y avons entré tout le verbatim de l'infirmier 1.</p> <p>-Il ressort de cette analyse que le style est plutôt argumentatif (« ça va mieux Mme P. », « on en a déjà d'autres en plus » (Mme G.)).</p>	<p>5.6.8 Analyse du verbatim de l'infirmière 2 par le logiciel Tropes</p> <p>Afin de compléter notre analyse, nous avons entré le verbatim entier de l'infirmière 2 dans le logiciel.</p> <p>-Il ressort de cette analyse que le style est plutôt argumentatif : « elle a très peur de son équilibre » (Mme Pa.), « c'est quand même pas très bon » (Mme V.).</p>	<p>5.8.8 Analyse du verbatim de l'infirmière 3 par le logiciel Tropes</p> <p>Afin de compléter notre analyse, nous avons entré le verbatim entier de l'infirmière 3 dans le logiciel.</p> <p>-Il ressort de cette analyse que le style est plutôt argumentatif : « les gens ils ont besoin de beaucoup parler ».</p>	<p>Mêmes gestes pour les 3 IDE</p> <p>Pour les 3 IDE, le style est plutôt argumentatif</p>
---	--	---	--

<p>-</p> <p>La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » (39 %) [Vous : 15.6 %, on : 9.6 %] ce qui confirme nos observations.</p> <p>-Des notions de doute ont été détectées dans les propos de l'infirmier : « on va vous soigner plus pour gagner plus de sous, non ? » (Mme G.), « apparemment non sinon j'serai prévenu déjà » (Mme P.), « ça m'aurait interpellé</p>	<p>-La mise en scène est ancrée dans le réel avec l'utilisation du présent.</p> <p>La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » (39.1 %) [Vous : 18.8 %, on : 9.2 %, nous : 3.3 %] ce qui confirme nos observations.</p> <p>-Très peu de notions de doute ont été détectées dans les propos de l'infirmière (5 au total) : « je me dis qu'elle réalise peut-être moins tout ça » (Mme M.).</p>	<p>-La mise en scène est ancrée dans le dynamisme et l'action : « elle prend le mollet, soulève la jambe, caresse la peau » (Mme X.).</p> <p>La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » (32.9 %) [Vous : 11.2 %, on : 11.8 %], notons que le « nous » n'est pas relevé.</p> <p>-Des notions de doute ont été détectées dans les propos de l'infirmière : « il faudrait peut-être le faire voir par un podologue Mme M. », « vous l'avez avalé trop vite peut-être Mme P. ».</p>	<p>La mise en scène du texte est ancrée dans le réel pour l'IDE 2 et dans le dynamisme et l'action pour l'IDE 3.</p> <p>La prise en charge du texte se fait essentiellement par le « je » pour les 3 IDE et ce, dans des proportions assez similaires.</p> <p>Des notions de doute sont détectées pour les 3 IDE mais en très faible quantité chez l'IDE 2.</p>
--	---	--	--

<p>peut-être pas pareil mais Mme M. ça doit faire 3 ans qu'on se connaît » (Mme M.).</p>			
<p>-Il y a une forte proportion de verbes factifs (45.9%) : « je l'ai faite pleurer » (Mme G.), « j'ai voulu mettre... » (Mme G.).</p>	<p>-Il y a une forte proportion de verbes factifs (42.6 %) : « vous allez vous mettre au lit », « ma main la rassure » (Mme Pa.).</p>	<p>-Il y a une forte proportion de verbes factifs (46.7 %) : « ça a tenu le pansement », « ça vous fait toujours la p'tite marque » (Mme X.).</p>	<p>Les verbes factifs sont les plus représentés pour les 3 IDE et ici encore dans des proportions similaires (de 42 à 47 %)</p>
<p>-Les verbes statifs sont représentés à 33.8 % : « est-ce que vous avez dormi ? » (Mme G.), « vous étiez déjà debout » (Mme G.).</p>	<p>-Les verbes statifs sont représentés à 38.7 % : « il est tard », « elle a une prothèse de hanche » (Mme Pa.).</p>	<p>-Les verbes statifs sont représentés à 35.4 % : « ça y est voilà »</p>	<p>Tout comme les verbes statifs (entre 34 et 39 %)</p>
<p>-Les verbes déclaratifs sont eux présents à 19.6 % : « je sais pas », « vous savez bien »...</p>	<p>-Les verbes déclaratifs sont eux présents à 18.3 % : « vous voulez goûter ? », « ah les bas de contention, ça me</p>	<p>Les verbes déclaratifs sont eux présents à 16.8 % : « je peux pas généraliser ».</p>	<p>Idem pour les verbes déclaratifs (entre 16 et 20 %)</p>

<p>-Ainsi les verbes les plus fréquemment utilisés sont les verbes : être (513), avoir (320), aller (291), faire (156), dire (113), falloir (66), voir (62), savoir (56), mettre (44).</p>	<p>plaît ça ! » (Mme V.).</p> <p>-Ainsi les verbes les plus fréquemment utilisés sont les verbes : être (286), avoir (138), aller (108), faire (68), dire (54), voir (37), pouvoir (31), falloir (22), mettre (20).</p>	<p>Ainsi les verbes les plus fréquemment utilisés sont les verbes : être (615), aller (303), avoir (297), faire (205), dire (99), voir (89), mettre (68), vouloir (64), falloir (55).</p>	<p>Les verbes employés par les 3 IDE sont les mêmes : être, avoir, aller, faire, dire, voir, mettre, falloir...</p>
<p>-En ce qui concerne les adjectifs les plus utilisés, nous retrouvons : bon (4 5), mal (11), seul (9) et petit (9).</p>	<p>-En ce qui concerne les adjectifs les plus utilisés, nous retrouvons : bon (26), petit(19), seul (11), mal (6). Remarquons la forte proportion de l'adjectif « petit » que nous avons signalé également plus haut comme mot très souvent employé par les soignants dans un</p>	<p>-En ce qui concerne les adjectifs les plus utilisés, nous retrouvons : bon (41), petit (34), seul (26), pareil (14), différent (12), mal (11). Remarquons la forte proportion de l'adjectif « petit » que nous avons signalé également plus haut comme mot très souvent employé par les soignants dans un sens hypocoristique.</p>	<p>Pour les adjectifs, les 3 IDE utilisent le plus « bon », par contre en 2^{ème} position nous retrouvons « petit, petite » pour les IDE 2 (19 fois) et 3 (34 fois) alors qu'il n'apparaît qu'en 4^{ème} position pour l'IDE 1 (9 fois).</p>

<p>-Dans la construction des phrases, nous retrouvons des modalisations d'affirmation : « oui effectivement c'est un client en moins » (Mme G.) ainsi que des modalisations de négation : « j'vous l'souhaite pas non plus ! » (Mme G.).</p> <p>-22.4 % de mots marquant la cause sont repérés : « parce que », « alors »,</p> <p>-19.2 % introduisent des oppositions à travers l'usage de</p>	<p>sens hypocoristique.</p> <p>-Dans la construction des phrases, nous retrouvons des modalisations d'affirmation (17.3 %) : « ah oui c'est mauvais » (Mme V.), ainsi que des modalisations de négation (20.9 %) : « elle n'aura pas forcément l'idée » (Mme Pa.).</p> <p>-17.6 % de mots marquant la cause sont repérés : « parce que », « alors » : « alors ma main la rassure » (Mme Pa.),</p> <p>- 20.4 % de mots introduisent des oppositions :</p>	<p>Dans la construction des phrases, nous retrouvons des modalisations d'affirmation (12.4 %) ainsi que des modalisations de négation (18.9 %) utilisant le « non » ou le « ne pas ».</p> <p>-25.7 % de mots marquant la cause sont repérés : « donc en fait c'est d'être vraiment à l'écoute ».</p> <p>-19.2 % de mots introduisent des oppositions : « mais euh elle perd tellement la tête ».</p>	<p>Les 3 IDE utilisent des modalisations d'affirmation ou de négation</p> <p>On retrouve chez les 3 IDE l'emploi de mots similaires dans de mêmes proportions pour marquer la cause, des oppositions, la condition ou des connecteurs de temps.</p>
---	---	--	---

<p>« bien que », « mais », « pourtant », « quand même ».</p> <p>- 7.2 % suggèrent la condition : « et puis si à la campagne on fait pas les toilettes ! », « si y a quelque chose ça viendra vous inquiétez pas » (Mme P.).</p> <p>Enfin, 14 % de connecteurs de temps sont repérés : « enfin, quand même ça va mieux Mme P. »</p>	<p>« c'est quand même pas très bon » (Mme V.), « mais ça va remonter tout ça » (Mme J.),</p> <p>-5.3 % suggèrent la condition : « si j'ai fait ça, c'est parce que c'est le moment du coucher », « si au moins ça pouvait apporter ça » (Mme V.),</p> <p>-12.4 % de connecteurs de temps sont repérés : « quand tu couches les gens, il faut faire comme ça », « enfin je pense que plus on connaît son patient plus on s'adapte ».</p>	<p>-9.1 % suggèrent la condition : « si tu veux euh chaque patient a sa petite histoire », « si elle est souillée » (Mme Dav).</p> <p>-5.3 % marquent la disjonction (ou, soit) : « il faut prendre aussi les peurs ou les angoisses de la personne ».</p> <p>-7 % de connecteurs de temps sont repérés : « parce que quand je reviendrai... ».</p>	
---	---	---	--

<p>-Pour finir, les univers de référence identifiés par le logiciel sont : la santé (216), le temps (172), le corps (79), la famille (70), l'habitat (49), les gens (44), les vêtements (41), les sentiments (33).</p>	<p>-Pour finir, les univers de référence identifiés par le logiciel sont : la santé (87), le temps (75), le corps (75), la famille (36), les vêtements (22), les sentiments (21), l'ameublement (21), les gens (20).</p>	<p>-Pour finir, les univers de référence identifiés par le logiciel sont : la santé (223), le temps (136), les gens (96), le corps ou la maladie (95), les sentiments (67), les vêtements (59), l'habitat (51).</p>	<p>Enfin, nous retrouvons les mêmes univers de référence chez les 3 IDE : la santé, le temps, le corps dans cet ordre pour ces trois premiers univers puis les gens, la famille, les sentiments, l'habitat, les vêtements.</p>
--	--	---	---

Le terme de *care* est devenu, ces dernières années, de plus en plus populaire dans divers domaines comme l'éducation, la sociologie ou la politique. Historiquement, la notion du prendre soin, du *care*, a toujours été attachée à la fonction infirmière. Les premières mentions au concept datent des années 1970 aux USA et ont donné suite à de nombreux travaux, écrits et définitions. Cette thèse en Sciences de l'Éducation s'intéresse à la mobilisation de gestes professionnels liés au *care* dans l'exercice professionnel d'infirmiers libéraux en milieu rural. La question de recherche en est : en situation réelle de travail, quels gestes professionnels liés au *care* les infirmiers libéraux mobilisent-ils et sur quels types de savoirs professionnels s'appuient-ils ?

L'ambition, à travers la recherche menée, a un double enjeu. Dans un premier temps, il s'agit d'identifier les gestes professionnels liés au *care* afin de les rendre visibles et de questionner leur éventuelle plus-value dans le soin. Dans un deuxième temps, il est proposé d'élaborer un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* permettant de renseigner l'activité des infirmiers pendant les soins, et d'approcher les préoccupations des professionnels dans des situations de travail. Dans un contexte de formation, cet outil pourrait permettre l'analyse de situations de soins et d'y repérer la mobilisation des gestes professionnels liés au *care*.

Mots-clés : *care*, infirmière, gestes professionnels, savoirs professionnels.

The term *care* has become, in recent years, increasingly popular in various fields such as education, sociology or politics. Historically, the notion of caring, *care*, has always been attached to the nursing function. The first references to the concept date from the 1970s in the USA and have given rise to many works, writings and definitions. This dissertation in Education Sciences focuses on the organisation of professional gestures related to care provided by nurses in private practice in rural areas. The research question is: In real work situations, what professional gestures related to care do the private practice nurses mobilize and what types of professional knowledge are they based on?

The objective, through research carried out, is a double challenge. The first step is to identify the professional gestures related to care in order to make them visible and to question their possible added value in care. Secondly, it is proposed to develop a tool for the analysis of care gestures in order to inform the activity of nurses during care and to approach the concerns of professionals in work situations. In a training context, this tool would permit the analysis of care situations and to identify the mobilization of professional gestures related to care.

Keywords: *care*, nurse, professional gestures, professional knowledge.