Institut de Formation en Soins Infirmiers
du Centre Hospitalier de VIRE

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES :

Diplôme d'Etat en Soins Infirmiers

De la posture subjective infirmière
Ce petit plus humaniste qui peut tout changer…

Unité d'Enseignement 3.4 **&** Unité d'Enseignement 5.6

Initiation à la démarche de recherche

Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Travail de fin d'études présenté par Marion Rouxel
Sous la direction de Madame Catherine Trincot

Promotion 2013 – 2016
Semestre 6 – Session 1
Document restitué en Mai 2016

Note aux lecteurs :

Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord de son auteur.

De même,

« *Je, soussignée, Marion Rouxel, certifie que le contenu de ce travail de fin d'études est le résultat de mon travail personnel.*

Je certifie que toutes les données, raisonnements et conclusions empruntés à la littérature sont exactement rapportés, mentionnés dans la partie références.

Je certifie enfin que ce travail de fin d'études, totalement ou partiellement n'a jamais été évalué auparavant et n'a jamais été édité ».

Signature

AVANT-PROPOS

« N'essayez pas d'être un homme de succès, mais plutôt un homme de valeur »

Albert Einstein

REMERCIEMENTS

Avant tout mais surtout, je tiens à remercier :

Ma directrice de mémoire qui fut aussi tout au long de ces trois années ma référente pédagogique, Madame Catherine Trincot. Lorsque l'on est encore étudiant infirmier, c'est une véritable ressource que de prendre exemple et de s'appuyer sur une personne aussi compétente qu'elle. Je remercie Madame Trincot pour son soutien, son écoute, sa présence, sa disponibilité et son professionnalisme toujours sans faille. Vraiment, du fond du cœur, c'est à elle que je témoigne le plus grand des MERCI.

Mon cher et tendre Julien, pour m'avoir épaulée et soutenue dans ce rythme effréné tout au long de ces trois années. Pour sa patience et sa gentillesse qu'il a toujours réussi à garder, même dans les moments les plus difficiles. Pour avoir toujours su trouver les mots pour calmer mes maux. Il me disait l'été dernier que « *l'avenir nous appartenait* », je nous souhaite aujourd'hui un avenir serein et heureux.

Mes ami(e)s de promotion, pour tous ces moments de rire car comme le disait Charlie Chaplin « *une journée sans rire, est une journée perdue* ». Une chose est certaine c'est que l'on est plus fort en équipe. Merci pour tous ces bons moments et pour cette expérience humaine intense partagée tous ensemble.

Mes camarades de classe Noémie et Jean-Baptiste pour leur soutien inébranlable, nos heures de travail passées ensemble, nos fiches faites jusqu'à tard le soir, nos doutes, nos pleurs mais surtout nos joies qui scellent aujourd'hui une amitié forte.

La documentaliste, Madame Marie Monia, pour son aide dans toute la documentation de ce travail, aide qui pour moi fut plus que précieuse ; je lui en suis infiniment reconnaissante.

Ma famille et mes grands-parents qui n'ont eu de cesse de m'encourager et de m'accompagner tout au long de ces études. Merci tout particulièrement à ma Maman pour la relecture de ce travail.

Madame Dominique Châles qui a participé à ma réussite pour le concours infirmier grâce à ses bons conseils et sa disponibilité.

Les professionnels de santé qui ont répondu à mes questions et qui m'ont aidée à élaborer ce travail de fin d'études.

Enfin le Jury, pour prendre le temps de me lire, de m'écouter et de m'évaluer.

Bonne lecture !

Un seul proverbe n'a cessé de guider le fil de ma pensée pendant ces trois années :
« Quand on veut, on peut »

Je souhaite dédier ce travail :

A ma maman et à mon beau-père ou plus exactement à mon « papa de cœur ». Je les remercie pour l'éducation qu'ils m'ont donnée, pour les valeurs qu'ils m'ont transmises, pour m'avoir toujours poussée vers le haut et pour m'avoir aidée à devenir la personne que je suis. Merci de m'avoir toujours supportée tout au long de ces vingt et une années. Un très grand MERCI à ma Maman, pour m'avoir transmis ce goût du travail et pour m'avoir démontré maintes et maintes fois qu'il fallait toujours rester fort et se « battre » face aux épreuves de la vie. Elle reste et restera toujours un modèle pour moi.

J'espère aujourd'hui qu'ils pourront être fiers de moi.

A mon frère Nathan. Je lui souhaite de réussir dans ses futures études et de pouvoir exercer un métier qui le passionnera.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION……...……..1

PARTIE I
L'évolution de la situation d'appel à la question de départ définitive

1. Description de la situation d'appel 3

2. Problématique et question de départ provisoire 4

3. Vers le cheminement de la question de départ définitive 5

PARTIE II
La phase conceptuelle

1. Le concept de la qualité de prendre soin du patient 8

1.1. Le patient 8

1.1.1. Définition 8

1.1.2. Aspect législatif 8

1.2. Le prendre soin 9

1.2.1. Les soins infirmiers 9

1.2.2. Le *cure* et le *care* 10

1.2.3. La qualité des soins 11

2. Le concept de la de la posture infirmière 12

2.1. L'infirmière 12

2.1.1. Définition 12

2.1.2. Aspect législatif 12

2.2. Comprendre l'approche humaniste de la profession d'infirmière 13

2.3. Ce qui permet de mettre en exergue l'importance de la posture de l'infirmière 13

2.3.1. Quelques définitions montrant l'importance de la posture dans les soins 13

2.3.2. Les valeurs de l'infirmière 14

2.3.3. Les attitudes de l'infirmière 17

2.3.3.1. Les différentes attitudes 17

2.3.3.2. Pour donner du sens à nos sens, une attitude d'Humanitude ? 18

3. Le concept de l'expérience professionnelle 20

3.1. Contingence possible entre les notions d'expérience et de déshumanisation 20

3.1.1. L'expérience professionnelle, source de différents constats 20

3.1.2. Les conséquences possibles 21

3.2. Pour humaniser notre quotidien, vers une posture éthique pour donner du sens au prendre soin 22

4. Vers l'émergence d'une hypothèse de recherche..... 24

PARTIE III

La phase exploratoire

1. Présentation de la méthodologie de l'enquête..... 26

1.1. Choix de l'outil de l'enquête 26

1.2. Explication de l'outil de l'enquête et de ses objectifs 26

1.3. Choix de l'échantillon ciblé, du terrain de l'enquête et déroulement des entretiens27

2. L'analyse des résultats 28

2.1. La présentation des soignants 28

2.2. La qualité du prendre soin et la posture professionnelle 29

2.3. L'évolution de la posture et de la conception du prendre soin avec l'expérience…31

2.4. L'humanisation de notre pratique au quotidien..... 33

3. La synthèse des résultats et la confrontation avec l'hypothèse 36

4. Les limites de l'enquête 37

CONCLUSION……..……..……38

BIBLIOGRAPHIE…….……39

TABLE DES ANNEXES…...…….……...…….43

Pour le nom « infirmière », lire tout au long de ce travail de fin d'études : infirmier(s) et infirmière(s).

INTRODUCTION

J'ai souvenir, il y a maintenant trois ans, d'une question que le jury m'avait posé lors de mon épreuve d'admission orale. *Quelles sont, selon vous, les qualités pour devenir infirmière* ? Et je me souviens avoir répondu qu'il me semblait primordial de savoir faire preuve de qualités humaines, personnelles et relationnelles face aux patients. J'ai toujours eu à l'esprit l'image de cette profession allant de pair avec le respect des valeurs humaines fondamentales mais aussi l'image d'une infirmière toujours bienveillante et souriante face au patient. Parce que ces qualités et ces valeurs inhérentes au métier d'infirmière me sont apparues comme une évidence, j'ai décidé à mon tour de m'orienter vers cette profession humaniste.

Au cours de ma formation et de mes stages, j'ai pu petit à petit découvrir et me familiariser avec cet aspect technique de notre profession que j'ai trouvé très intéressant. Mais, au-delà de la technique, j'ai tout particulièrement apprécié le contact avec les personnes soignées et la singularité de leur vie. Au fil de ma formation, mon idéal de soin s'est confirmé, celui de la recherche d'une prise en soin toujours centrée sur le bien-être du patient et sur la recherche d'une posture infirmière la plus adaptée possible à chaque prise en soin. Ainsi, j'ai su assez tôt, au début de ma formation, que j'orienterais mon travail de fin d'études sur les thèmes de la « communication », de la « relation soignant-soigné » et de la « posture de l'infirmière ».

Au départ de ce travail, une situation vécue au cours de l'un de mes stages m'a amenée à me questionner. Parce qu'elle regroupait ces trois thèmes qui me tenaient particulièrement à cœur, je l'ai choisie comme point de départ pour ce travail de fin d'études. Mes premières lectures, recherches et entretiens, ont suscité en moi de nouvelles interrogations et m'ont surtout fait prendre conscience que c'était véritablement sur le thème de la posture infirmière que je souhaitais traiter. Ma réflexion s'est alors dirigée sur la notion d'expérience professionnelle en lien avec la posture infirmière et la qualité du prendre soin du patient. C'est ainsi que je suis passée d'une question de départ provisoire à un véritable sujet de recherche. Plus qu'un « simple » travail de fin d'études car, pour moi, c'est une véritable réflexion professionnelle, cette contingence possible entre les notions d'expérience professionnelle et de posture infirmière a suscité en moi un questionnement. C'est donc la raison pour laquelle j'ai choisi d'en faire mon sujet de recherche.

Aussi, afin de présenter au mieux cette recherche, j'articulerai mon travail en quatre grandes parties. Dans un premier temps, je mettrai en avant le cheminement qui a fait éclore ce sujet et ma question de départ définitive. Un deuxième temps consacré à l'apport théorique viendra éclairer les concepts clés de cette recherche. La troisième partie intitulée « phase exploratoire » me permettra de confronter mon sujet à l'expérience des professionnels de santé et ainsi de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse. Enfin, je terminerai par une conclusion qui rendra compte de mes questionnements.

PARTIE I

L'évolution de la situation d'appel à la question de départ définitive

1) Description de la situation d'appel

La situation que j'ai choisie se déroule lors de mon premier stage de deuxième année avec le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et plus exactement dans l'appartement de Madame A. puis dans le camion de pompiers.

Nous sommes un vendredi matin et il est neuf heures lorsque l'ambulancier, le médecin urgentiste, l'infirmier et moi-même arrivons dans l'appartement de Madame A. La patiente est âgée de vingt-six ans et vit dans un appartement avec son mari et ses enfants. C'est une personne qui mesure un mètre soixante pour quatre-vingt-douze kilogrammes et qui est plutôt sédentaire. Actuellement, la patiente n'a pas d'activité professionnelle et s'occupe de ses trois enfants qui sont tous à l'école au moment où nous intervenons.

Lorsque nous arrivons, Madame A. est allongée sur le canapé. Elle se plaint de vives douleurs dans le bras gauche et de maux de tête importants qui durent depuis maintenant trois heures. Le médecin l'examine et nous apprenons que la patiente est asthmatique, qu'elle a un tempérament anxieux et qu'elle prend comme traitement quotidien de la *Ventoline* et un comprimé de *Seresta*. De plus, Madame A. nous indique qu'elle fume dix cigarettes par jour. A l'examen clinique, la patiente présente des céphalées, une diplopie de l'œil gauche, des douleurs au niveau de l'hémicorps gauche ainsi qu'un déficit moteur gauche.

Le médecin pose donc comme hypothèse diagnostique un accident vasculaire cérébral et appelle le centre hospitalier de Caen afin de lui faire passer une imagerie par résonance magnétique (IRM) en urgence. L'infirmier la perfuse avec un garde veine de *Sérum Physiologique* et lui dit « *nous allons vous emmener dans le camion de pompiers et rejoindre une autre équipe médicale qui vous transportera jusqu'à l'hôpital de Caen* ». Tout au long de cette partie, je suis « spectatrice » et j'observe la situation car il y a déjà beaucoup de professionnels autour de Madame A. et il faut aller vite car cela relève d'une urgence vitale.

Une fois les premiers examens cliniques et les soins techniques effectués au domicile de la patiente, Madame A. est installée dans un brancard et transportée au camion de pompiers. Nous descendons les quatre étages de l'immeuble sans échanger un seul mot ni avec Madame A., ni entre nous.

Lorsque nous avons terminé d'installer la patiente dans le camion de pompiers avec l'aide de toute l'équipe, l'infirmier, le médecin et moi-même restons à l'arrière du camion avec Madame A. Nous commençons par prendre la route et toujours sans adresser un mot à la patiente, le médecin et l'infirmier qui tournent le dos à madame A., échangent sur la conduite à tenir pour la coordination et la continuité de la prise en charge. Afin de montrer ma présence à la patiente, je reste à ses côtés et je mets en place le *Perfalgan* pour calmer ses douleurs. J'essaie ensuite d'établir un climat de confiance avec elle en lui demandant comment elle se sent. Je constate que cette situation angoisse beaucoup Madame A. car son visage exprime un sentiment de peur et elle se met à pleurer en me disant : « *Je ne veux pas aller à l'hôpital.* » Je me place donc à sa hauteur et tout en la regardant dans les yeux, je lui demande calmement « *pourquoi ne voulez-vous pas aller à l'hôpital ?* » Entre deux sanglots, la patiente me répond qu'elle ne veut pas aller si loin pour passer des examens et qu'elle ne peut pas laisser ses enfants seuls. De plus, elle m'indique que ses maux de tête sont insupportables et refuse de partir avec une telle douleur. Je commence tout d'abord par rassurer Madame A. en lui disant qu'avant de partir, j'ai entendu son mari dire à l'infirmier qu'il allait s'arranger pour poser sa journée de travail. Madame A. continue de pleurer en disant qu'elle a toujours très mal à son bras gauche et à sa tête et elle demande « *à ce que quelque chose soit fait pour sa douleur.* » Je lui explique que j'ai mis en place un produit permettant de soulager sa douleur mais qu'elle doit encore attendre cinq minutes avant qu'il ne fasse effet. A ce moment-là de la situation, l'infirmier se retourne vers moi et avec un signe des mains battant vers le bas me dit « *c'est bon, c'est bon !* ». Je comprends alors qu'il faudrait que j'arrête de parler à Madame A. mais il me semble important de continuer à rassurer la patiente car je sens qu'elle n'est pas complètement confiante. Aussi, je poursuis en la questionnant sur ce qu'elle a compris de sa pathologie et des examens qu'elle va avoir à passer. Madame A. me confie ne rien savoir à ce sujet. Je lui explique alors ce qu'est un accident vasculaire cérébral avec des informations

simples et en employant une tonalité de voix la plus calme possible afin de la rassurer. J'indique ensuite à Madame A. que nous pouvons soulager sa douleur mais que celle-ci reviendra si elle n'est pas prise en charge tout de suite. Une fois mes explications terminées, je lui demande si elle a des questions et celle-ci me confie qu'elle comprend désormais mieux l'importance d'effectuer ces soins et me dit être d'accord pour être hospitalisée.

Suite à mes explications, je remarque que Madame A. ne pleure plus mais que son faciès exprime toujours un sentiment de peur. De plus, le camion bouge beaucoup ce qui accentue le stress de la patiente. Aussi, comme je constate que la communication verbale seule n'est pas suffisante pour rassurer Madame A., je mets en place une communication non-verbale basée sur le toucher relationnel. Au bout de quelques secondes, je remarque que l'anxiété de Madame A. semble avoir « disparue » et que ce mode relationnel permet vraiment d'apaiser la patiente qui se montre plus « détendue » et me sourit. Jusqu'à la fin du trajet je reste ainsi auprès de la patiente, en utilisant uniquement la communication non-verbale par le toucher, le sourire et le regard, ce qui permet à Madame A. d'être rassurée et en confiance jusqu'à son transfert à l'autre équipe soignante.

2) Problématique et question de départ provisoire

J'ai choisi cette situation car elle m'a particulièrement marquée. En effet, l'angoisse très présente de la patiente mais aussi la réaction de l'infirmier sont les deux éléments qui m'ont vraiment interpellée. Aussi, cette situation a suscité en moi de nombreuses questions et pour les formuler, je me suis interrogée tour à tour sur le patient, le soignant mais aussi sur ma propre pratique d'étudiante infirmière :

- Comment peut être vécue une hospitalisation par le patient ?
- Comment réussir à instaurer une relation de confiance avec le patient ?
- Pourquoi l'infirmier a t-il réagi de cette manière au cours de la situation ?
- Ma communication était-elle adaptée à Madame A. ?
- La posture du soignant peut-elle impacter sur la relation soignant-soigné ?
- Quelle place tient la communication non-verbale dans la pratique professionnelle ?

En lien avec ce questionnement initial, ce sont alors posées plusieurs questions de départ provisoires : « *Si la communication verbale est un pilier dans la relation soignant-soigné, peut-elle se suffire à elle-même pour assurer un soin de qualité ?* » et « *En quoi l'infirmière, au travers de sa communication non verbale, peut-elle mettre en place une relation soignant-soigné de qualité ?* » Au retour de ma première période de stage et après avoir eu ma première guidance individuelle, les différentes rencontres, échanges ou conseils que j'ai pu avoir m'ont permis d'étayer ma réflexion. Ce premier cheminement m'a ainsi permis de poser la question de départ provisoire suivante :

En quoi la posture de l'infirmière va-t-elle permettre de développer la communication non-verbale dans la relation soignant-soigné ?

3) Vers le cheminement de la question de départ définitive…

En lien avec ma question de départ provisoire, trois concepts en ressortent qui sont la **posture de l'infirmière**, la **communication** et **la relation soignant-soigné**. Afin d'éclairer mon questionnement de départ et voir s'il est en lien avec le domaine de la profession infirmière et s'il comporte bien un intérêt professionnel, j'ai mené une recherche pré-exploratoire.

Dans un premier temps, il m'a semblé pertinent d'éclairer les termes clés de ma question. Pour ce faire, je me suis appuyée sur plusieurs auteurs de référence, revues mais aussi via des sources internet. Concernant la relation, mes lectures m'ont permis de comprendre que la relation est « *une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »[1]. Ainsi, cela m'a éclairée sur cette dualité entre le soignant et le soigné sans lesquels la relation ne pourrait exister. Mes lectures suivantes sur la communication m'ont montré que la communication nous permettait de « *nouer des relations ; de partager des émotions, des sentiments et des expériences ; de transmettre des informations ; exprimer et satisfaire nos besoins ; conforter notre identité* »[2]. J'ai appris que la communication se révélait être le support et le fondement qui permettait le développement de la relation soignant-soigné et qu'elle pouvait s'exprimer de deux manières différentes : l'une basée sur la communication verbale et l'autre sur la communication non-verbale. Enfin, concernant la posture, j'ai pu voir qu'elle pouvait se définir comme « *attitude, position du corps* » mais aussi comme « *attitude morale de quelqu'un* »[3] faisant ainsi référence à l'ensemble des savoirs, savoirs-faire et savoirs-être du soignant.

En parallèle à mes exploitations théoriques et littéraires, j'ai trouvé intéressant de soumettre ma question de départ provisoire à plusieurs professionnels de santé. Pour ce faire, je suis allée à la rencontre de deux infirmières. Afin de préciser ma question de recherche, j'ai mis en place un questionnaire[4] composé de plusieurs items. Il est ressorti des entretiens avec les infirmières que mon sujet était intéressant et qu'elles étaient confrontées à la problématique de la posture ou de la communication non-verbale au quotidien. L'une d'entre elles a précisé que « *le fait de te questionner sur comment moi, en tant qu'infirmière, dans ma manière d'être, je peux avoir une influence sur le patient, c'est une question qui est très pertinente et que je me pose au quotidien* ». Cependant, les deux infirmières m'ont dit que ma question leur paraissait trop « large » et, de ce fait, difficile à traiter compte tenu de la richesse de chacun des concepts la composant.

Ainsi, cette phase pré-exploratoire m'a permis de confronter mon questionnement de départ provisoire et mes représentations à des sources théoriques et à la réalité du travail des professionnels de santé. Par le biais de mes recherches littéraires, la notion de la posture de l'infirmière a suscité en moi un vif intérêt et je me suis rendue compte que c'était véritablement sur ce concept que je souhaitais poursuivre mon travail de recherche. C'est en relisant ma situation d'appel et à la suite de l'une de mes guidances avec ma Directrice de Mémoire que j'ai pris conscience d'un axe de recherche auquel je n'avais pas pensé. L'ensemble de ce cheminement m'a alors amenée à une nouvelle notion, celle de l'expérience professionnelle et de son influence possible sur la posture infirmière. Au départ de ma formation, j'avais à l'esprit une sorte « d'idéal » du soin avec des représentations bien définies et j'avais une image précise du futur professionnel de santé que je souhaitais devenir. Normalement, lorsque nous débutons notre formation infirmière, nous avons tous nos propres valeurs et cette même volonté de centrer notre pratique sur le bien-être du patient. Aussi, si au départ nous partons avec nos convictions, l'expérience professionnelle peut-elle influer sur la manière dont nous sommes ? Travailler au cœur même de « l'humain » demande forcément

[1] MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 2e éd. France : Lamarre, 2001. p. 9.

[2] TERRAT Evelyne. La communication fonctionnelle. *L'aide-soignante*. Octobre 2013, n° 150, p. 12.

[3] Posture In *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* [en ligne]. Disponible sur : http://www.cnrtl.fr/lexicographie/posture (consulté le 22 décembre 2015).

[4] Trame de l'entretien pré-exploratoire disponible en ANNEXE I : *Questionnaire de pré-enquête*. p. 44.

au soignant des qualités et des valeurs humaines fondamentales. Cette notion de temps et d'expérience professionnelle suscite en moi des questions existentielles quant au devenir du soignant. A partir de là, se pose alors à moi ce questionnement : le patient peut-il influencer sur la manière dont nous sommes en tant que soignant ? Peut-on garder notre « idéal » de soin avec l'expérience ? Le temps peut-il avoir une influence sur les valeurs auxquelles nous croyons ? Une certaine routine peut-elle s'installer au fil des années ? Gardons-nous toujours au cœur de notre pratique cette même recherche de bien-être auprès du patient ? L'expérience professionnelle peut-elle avoir une répercussion sur notre posture de soignant ?

Ce cheminement m'a ainsi permis de passer d'une question de départ provisoire à un véritable questionnement professionnel. Ainsi, la question de départ définitive que je me pose désormais et qui fera l'objet de toute mon attention pour ce travail de recherche est la suivante :

En quoi l'expérience professionnelle peut-elle influencer la posture infirmière et, de ce fait, la qualité du prendre soin du patient ?

PARTIE II

La phase conceptuelle

En lien avec ma question de recherche, je constate que les trois grands concepts qui émanent de ce questionnement sont : **l'expérience professionnelle**, **la posture de l'infirmière** et **la qualité du prendre soin**.

C'est donc au cours de cette phase dite « conceptuelle » que je développerai et analyserai ces différents concepts en m'appuyant sur diverses sources littéraires et théoriques.

Suite à ces recherches, une synthèse clôturera cette partie, ce qui me permettra ainsi d'émettre mon hypothèse et de poursuivre mon travail de réflexion auprès des professionnels de santé.

1) La qualité du prendre soin du patient

1.1) Le patient

1.1.1) Définition

Le terme « patient » étant au centre même de ce premier concept, je vais m'attacher, dans un premier temps, à comprendre la place qu'il tient au cœur de ce *prendre soin*. Le mot patient tire son origine du verbe latin « *pati* » qui signifie « *souffrir* ». Un patient est donc, d'un point de vue étymologique, celui qui souffre. La définition que nous propose le dictionnaire encyclopédique pour le mot « patient » est une « *personne qui reçoit des soins et des traitements des différents personnels de santé* »[5]. Quant au dictionnaire des soins infirmiers, celui-ci a remplacé le mot « *patient* », qui a une connotation trop passive, par « *personne soignée* ». Cette expression a été choisie et privilégiée depuis que s'est développée, à partir de 1970, une approche plus humaniste des soins infirmiers qui considère « *les besoins de l'individu malade dans son histoire et son environnement et non pas exclusivement sa maladie* »[6]. Lors de sa prise en soin, il nous paraît indispensable de comprendre la position et la situation que vit le patient. Hospitalisé dans un univers qui lui est totalement inconnu il se retrouve face à des soignants qui lui sont étrangers. Il se retrouve bien souvent perdu, sans repères et dans une situation de dépendance face au corps médical, ce qui le met alors dans une position de faiblesse physique et/ou psychologique. Aussi, c'est non seulement toute son identité qui est ainsi remise en cause mais aussi sa relation aux autres qui, dès lors, « *ne le traitent plus que comme un malade irresponsable que l'on doit ménager* »[7].

En tant que soignant il ne faut donc pas oublier que « *l'acte de soin n'est pas destiné à un organisme malade mais à un individu souffrant* »[8]. La personne soignée, plus que d'être un simple « *corps-objet* »[9] est avant tout un « *corps-sujet* »[10] c'est-à-dire un être humain avec une histoire, une personnalité, un vécu, une culture… qui lui est propre. Ces deux termes employés par Walter Hesbeen sont des expressions sur lesquelles je reviendrai et que j'expliciterai dans la suite de cette première partie.

1.1.2) Aspect législatif

S'il existe des textes législatifs et règlementaires relatifs aux professionnels de la santé, il en est de même pour la personne soignée. Je ne vais pas ici m'attacher à énumérer, aussi nombreux soient-ils, tous les textes de lois, les décrets ou les chartes existants.

---

[5] POTIER Marguerite. Relation soignant-soigné In *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. France : Lamarre, 2002. p. 239.

[6] AMIEC Recherche. Personne soignée *In Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. 3e édition. Paris : Masson, 2005. p. 193.

[7] BONNETON-TABARIES, France, LAMBERT-LIBERT, Anne. *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Med-Line, 2006. p. 50.

[8] BIOY, Antoine, BOIRGEOIS, Françoise, NEGRE Isabelle. *Communication soignant-soigné repères et pratiques*. Bréal, 2003. p. 6.

[9] WALTER Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. 2e éd. Paris : Masson, 1998, 2002. p. 24.

[10] *Ibid.*, p. 24.

Cependant, il me paraît assez judicieux de mettre en avant certains textes de loi importants qui nous rappellent que le patient est avant tout un citoyen avec des libertés et des droits et qu'il bénéficie aussi, de par son statut de patient, d'une protection spécifique et de droits particuliers.

Le Préambule de la Constitution du 27 Octobre 1946 garantit « *à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

La Déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 Décembre 1948 reconnait, à l'Article premier, que « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité* ».

Parmi les dix principes généraux énoncés dans la Circulaire du 6 Mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et dans laquelle on trouve une charte du malade hospitalisé, il est intéressant de citer cet extrait : « *le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent* ».

La loi du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, fixe le régime légal de base du droit des patients. Au cours des années suivantes, d'autres dispositifs juridiques sont venus consolider cette loi. Ainsi, on trouve non seulement dans la loi du 22 avril 2005, un article qui autorise toute personne malade à refuser tout traitement mais aussi dans la loi du 21 juillet 2009 un article qui renforce la place des citoyens dans le système de santé.

Tous ces textes n'ont de cesse de nous rappeler que la personne soignée doit être respectée dans son humanité et que des soins de qualité doivent lui être prodigués.

Il conviendra donc de revenir à la fin de cette première partie sur cette *qualité du prendre soin*.

1.2) Le prendre soin

1.2.1) Les soins infirmiers

Le dictionnaire encyclopédique définit le soin comme « *acte de soigner* » mais aussi comme une « *attention prêtée à ce que l'on fait pour obtenir le meilleur résultat possible* »[11]. Effie Taylor définit ces soins infirmiers comme « *l'adaptation de la thérapeutique prescrite et du traitement préventif aux besoins physiques et psychiques spécifiques de la personne* » et elle complète cette définition en apportant cette nuance, à savoir que « *le sens profond des soins infirmiers ne peut être connu qu'à travers les idéaux, l'amour, la sympathie, le savoir et la culture exprimés par la pratique de méthodes et de relations propres à l'art de soigner* »[12]. Walter Hesbeen, quant à lui, semble faire la différence entre les notions de *soins* et celle du *soin*. En effet, il nous indique que les soins au « pluriel » font référence à des actes que « *seuls des soignants dûment habilités peuvent poser dans un contexte professionnel* »[13]. A contrario, le soin au « singulier » témoigne d'une attention toute particulière et d'un souci porté envers la personne soignée. Enfin, il rajoute que quel que soit le contexte dans lequel il s'exerce, « *le soin procède de la rencontre et du cheminement entre une personne soignante, professionnelle ou non, qui a pour intention d'être aidante et une personne soignée qui nécessite d'être aidée* »[14].

Aussi, bien que difficiles à décrire, les soins infirmiers sont un art complexe qui ne se limite pas à prodiguer des actes « purement techniques ». Plus encore que les savoirs théoriques et la place prise par les soins techniques, les soins infirmiers sont constitués de

[11] POTIER Marguerite. Soin In *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, *op. cit.*, p. 307.

[12] Soin infirmier In *Wikipédia, l'encyclopédie libre* [en ligne]. Fondation Wikimedia, date de mise à jour le 24 octobre 2015. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier#cite_note-5 (consulté le 22 décembre 2015).

[13] DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : de la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. Seli Arslan. Paris : 2011. p. 17.

[14] WALTER Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, *op. cit.*, p. 23.

multiples « *petites choses* »[15] mettant en lumière le sens le plus profond de notre pratique. Il semblerait donc bien que les soins infirmiers émanent d'une véritable démarche de la part de l'infirmière, celle de prendre en compte chaque patient dans la singularité de sa situation et d'aller à sa rencontre. L'importance de cet aspect relationnel, que nous avons déjà étayé lors de la phase pré-exploratoire, va ainsi permettre de créer une relation soignant-soigné de qualité basée sur la confiance afin d'accompagner le patient dans le « *déploiement de sa santé* »[16]. Plus que le soin, c'est donc bien la notion de *prendre soin* qu'il faut désormais prendre davantage en compte.

1.2.2) Le *cure* et le *care*

Si le *cure* et le *care* sont formés tous les deux sur le verbe latin « *curare* » qui signifie « *avoir soin de, soigner, s'occuper de, veiller à* », on verra qu'au cours du temps ils s'écarteront de leur origine ou lui resteront en partie fidèles.

L'expression *prendre soin* d'un patient n'est pas à confondre avec celle de *faire des soins*. Car, pour être soignant, il ne suffit pas d'exercer un métier en lien avec la santé et d'accéder à ce statut. Walter Hesbeen nous rappelle que « *être soignant relève fondamentalement d'une intention profondément et généreusement humaine concrétisée par le souci du respect d'autrui et par des actions pensées et créées pour tenter de venir en aide à une personne ou à un groupe de personnes données* »[17]. Il y a, en effet, une très large différence entre *faire des soins*, ce que l'auteur nomme le « *corps-objet* » et *prendre soin* d'un patient dans l'entièreté de son humanité c'est-à-dire le « *corps-sujet* ». Par conséquent, il me semble à présent pertinent d'évoquer le *cure* et le *care*, concepts développés dans les années 1980 aux Etats-Unis par l'impulsion des travaux de la psychologue Carol Gilligan[18] et d'en rappeler les distinctions.

Le *cure*, aussi appelé les « soins de réparation » pourrait se rattacher à l'expression de *faire des soins*. Le *cure* est principalement centré sur le corps atteint par la maladie dont l'objet de réparation s'adresse à un organe, à une cellule ou à un tissu. Il s'effectue alors une sorte de rupture entre le corps et l'esprit de la personne soignée où l'attention se porte essentiellement sur le corps et le traitement de la maladie ne laissant qu'une place relative au « *corps-sujet* ». Aussi, Walter Hesbeen évoque le fait que certains professionnels de santé, parce qu'ils sont davantage centrés sur l'acte à réaliser, ne peuvent être qualifiés en termes de soignants car ils *font des soins* mais ne *prennent pas soin*. Cette pratique laisse apparaître une insatisfaction qui ne cesse de croître au fil du temps auprès des gens qui « *déplore de plus en plus un manque d'attention particulière, d'écoute et d'humanité reflétant une forme de banalisation de la personne au profit de la nécessaire objectivation scientifique d'une maladie à traiter* »[19]. Le site internet du Grieps insiste aussi sur le fait que « *lorsqu'il y a prévalence du Cure sur le Care, il y a anéantissement progressif de toutes les forces vives de la personne, de tout ce qui la fait ÊTRE* »[20].

Revenons à présent sur le *care*. Relatif aux soins liés aux fonctions de la vie et de la continuité de la vie, le *care* peut se décrire comme un travail de réponses aux nombreux besoins des personnes vulnérables. « *Le sens premier du care renvoie au registre des émotions et des affects* »[21] car il intègre des attitudes plus affectives que l'on peut traduire par

---

[15] *Ibid.*, p. 40.

[16] *Ibid.*, p. 30.

[17] *Ibid.*, p. 23.

[18] GILLIGAN Carol est née le 28 novembre 1936. C'est une philosophe et psychologue féministe américaine. Elle est notamment connue pour son travail sur les relations éthiques et l'éthique de la sollicitude. Son livre *Une voix différente* paru en 1982 a initié les recherches sur l'éthique du *care*.

[19] WALTER, Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, *op. cit.*, p. 13.

[20] GRIEPS. *Le concept de « CARE » : Les soins liés aux fonctions de la vie* [en ligne]. 4 février 2011. Disponible sur : http://www.grieps.fr/actualites-le_concept_de__laquo__care__raquo____les_soins_lies_aux_fonctions_de_la_vie-49 (consulté le 8 février 2016).

[21] MORVILLERS, Jean-Manuel. Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*. Mars 2015, n° 122, p. 78.

l'empathie, la sollicitude ou encore le souci envers autrui. En ce sens, il peut se rattacher à l'expression de *prendre soin*. La philosophe Joan Tronto[22] nous dépeint les quatre phases du *care* :

- La première phase est le « *caring about* » signifiant se *soucier de*. Elle reconnaît qu'un besoin est là, la nécessité d'y répondre et mobilise l'attention, la sollicitude et l'empathie envers la personne vulnérable.
- La deuxième phase est le « *taking care of* » signifiant *se charger de*. Elle renvoie à la responsabilité morale de répondre au besoin décelé de la personne vulnérable.
- La troisième phase est le « *care-giving* » signifiant *donner des soins*. Elle consiste à prendre soin de la personne vulnérable et mobilise les compétences.
- Enfin, la quatrième phase est le « *care-receiving* » signifiant *recevoir des soins*. Elle consiste à vérifier auprès de la personne vulnérable que son besoin a bien été identifié et que la réponse a bien été réalisée. Cette phase demande à nouveau que soient mobilisées l'attention, l'empathie et la sollicitude.

Enfin, la revue *l'Humanité* nous rappelle que toute la subtilité du *care* réside dans le fait qu'il ne se substitue nullement au *cure* mais qu'il est « *l'aura du cure* »[23].

1.2.3) La qualité des soins

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité des soins comme « *une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* »[24]. Walter Hesbeen souligne de plus que « *la qualité des soins n'est pas la qualité du soin et nous ne pouvons négliger ce fait : des soins d'une très grande qualité technique ou scientifique peuvent être faits ou donnés dans l'oubli de la singularité et de la sensibilité de la personne à laquelle ils se destinent* »[25]. De même, dans son livre inutilité *La qualité du soin infirmier*, il identifie plusieurs facteurs qui interviennent dans cette notion de qualité. Parmi ceux-ci nous trouvons :

- *Les aspects politiques et économiques*
- *L'organisation concrète des structures*
- *Les réflexions philosophiques et connaissances techniques et scientifiques*
- *La formation des professionnels*
- *Le comportement et la compétence des acteurs*
- *La personne soignée et ses proches*
- *Les méthodes de recueil d'informations sur les pratiques et les démarches d'évaluation*

Enfin, il place le professionnel de santé comme véritable acteur de cette qualité du soin qui « *sera très fortement marquée par l'attitude et le comportement du soignant* »[26] mais aussi par son « *investissement personnel* »[27]. Bien que ces sept facteurs soient très intéressants à étudier, c'est précisément l'attitude et le comportement du professionnel de santé qui retiendra toute mon attention au cours de ma seconde partie. Quelle place tient en effet la posture de l'infirmière dans la qualité du service proposé à la personne soignée ?

---

[22] TRONTO, Joan citée par CHANIAL, Philippe. Don et relation de soins. *Soins*. Décembre 2014, n° 791, p. 29.

[23] FLEURY, Cynthia. Le care-cure. *L'Humanité* [en ligne]. 20 mars 2015. Disponible sur : http://www.humanite.fr/le-care-cure-568910 (consulté le 9 février 2016).

[24] Santé Publique. *Qualité des soins : définition* [en ligne]. 22 avril 2013. Disponible sur : http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/ (consulté le 9 février 2016).

[25] WALTER, Hesbeen cité par PAILLARD, Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 2e éd. Setes éditions, Avril 2015. p. 310.

[26] WALTER, Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, *op. cit.*, p. 69.

[27] *Ibid.*, p. 17.

2) La posture de l'infirmière

2.1) L'infirmière

2.1.1) Définition

Tout d'abord, ce deuxième concept de *la posture* étant inhérent à celui de l'infirmière, il convient d'apporter un éclaircissement sur la place que tient l'infirmière. L'article L. 4311-1 du Code de la Santé Publique nous donne la définition suivante : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu* »[28]. L'article R. 4311-2 nous indique de plus que « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade* »[29]. Enfin, l'article R. 4311-1 nous énonce les différentes activités qui interviennent dans le quotidien de la pratique infirmière « *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* »[30].

2.1.2) Aspect législatif

Si nous nous penchons à présent sur l'aspect législatif, il est important de noter que le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique régit l'ensemble des actes et des règles professionnelles relatif à la profession d'infirmière. Parmi ces actes de soins, nous trouvons ceux relevant du rôle propre infirmier[31] et ceux relevant de l'application d'une prescription médicale[32]. Les règles professionnelles, quant à elles, mettent en lumière l'importance de cette posture avec le respect des règles juridiques, éthiques et déontologiques. Aussi, l'infirmière est-elle tenue à des devoirs généraux comme « *exerce[r] sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine* »[33] ainsi qu'à des devoirs envers les patients tels qu'agir « *en toute circonstance dans l'intérêt du patient* »[34].

Etre soignant ce n'est pas juste « prodiguer des soins » mais c'est être là toujours dans l'intérêt de la personne soignée et dans l'intérêt de prendre soin d'elle. Etre soignant relève d'un subtil « mélange » entre un « savoir-faire » avec des qualités techniques et un « savoir-être » avec des qualités relationnelles et profondément humaines inhérentes aux valeurs fondamentales de l'infirmière.

---

[28] Article L. 4311-1 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique. Partie législative – Professions de santé – Livre III – Titre I[er] : Profession d'infirmier ou d'infirmière.

[29] Article R. 4311-2 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique.

[30] Article R. 4311-1 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique. Partie réglementaire – Professions de santé – Livre III – Titre I[er] : Profession d'infirmier ou d'infirmière.

[31] Article R. 4311-3 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique

[32] Article R. 4311-7 du décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la santé publique

[33] *Ibid.*, Article R. 4312-2

[34] *Ibid.*, Article R. 4312-26

2.2) Comprendre l'approche humaniste de la profession d'infirmière

Si nous nous penchons sur les origines de l'humanisme, il est à noter que ce mouvement intellectuel voit le jour lors de la période de la Renaissance, au cours du XVI^{e} siècle. Ce courant de pensée philosophique, portée par plusieurs penseurs lettrés tels que Erasme, Rabelais ou encore Montaigne, place l'homme et les valeurs humaines au-dessus de toutes les autres valeurs. Ce concept a par la suite été repris par les philosophes des Lumières puis par le philosophe Emmanuel Kant dont nous connaissons la citation suivante : « *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen* »[35].

Au cœur même de notre profession, nous retrouvons aussi ce concept *d'humanisme des soins infirmiers*, très répandu parmi les professionnels de santé. C'est au cours du XX^{e} siècle que cette école de pensée s'est développée notamment à travers les enseignements d'Abraham Maslow[36] ou de Carl Rogers[37] qui étaient portés par des principes philosophiques de liberté et de dignité humaine. Jean Watson affirme que « *la discipline infirmière étant une activité profondément humaine, l'approche infirmière s'appuie sur une philosophie humaniste* »[38]. Mettre en avant cette approche humaniste, c'est mettre en avant la place centrale de l'humain dans les soins et placer la personne au cœur de toutes nos préoccupations soignantes. Emprunter le « chemin » de l'humanisme, c'est avant tout considérer chaque personne comme un Etre Humain à part entière et la reconnaitre dans l'entièreté de son humanité. Aussi, cette approche cherche à « *connaître l'homme d'un point de vue subjectif. Il y est considéré comme l'expert de sa propre situation puisque lui seul peut nous révéler sa manière d'être au monde* »[39]. Voir en chaque personne soignée, un être unique, singulier avec une histoire, une personnalité, des émotions qui lui sont propres et la reconnaître dans sa dignité, voici tout l'enjeu de cette approche qui place l'Humain et sa parole au cœur même des soins. « *Partir de l'autre, de ce qu'il nous exprime comme étant le plus important pour lui, voilà toute l'essence du modèle de soins humaniste* »[40].

Ainsi, comprendre l'approche humaniste nous permet d'identifier l'importance de la posture de l'infirmière que nous allons expliciter ci-après.

2.3) Ce qui permet de mettre en exergue l'importance de la posture de l'infirmière

2.3.1) Quelques définitions montrant l'importance de la posture dans les soins

Dans le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, le terme de posture professionnelle fait référence à un « *ensemble de connaissances mises en actions (savoir-faire et savoir-être) pour assurer son désir d'efficacité mais aussi pour favoriser un soin basé sur*

---

[35] KANT, Emmanuel, cité par TOCHEPORT, Pascale. Principes éthiques dans la relation de soins. *Soins*. Avril 2011, n° 754, p. 32.

[36] MASLOW Abraham Harold est né le 1er avril 1908 et décédé le 8 juin 1970. Ce psychologue américain est considéré comme le principal meneur de l'approche humaniste, un modèle psychothérapeutique visant à développer la liberté de choix et l'autonomie chez le patient. Il est connu pour ses nombreuses recherches sur la motivation humaine et pour sa théorie de la hiérarchie des besoins, souvent représentée par une pyramide.

[37] ROGERS Carl Ransom est né le 8 janvier 1902 et décédé le 4 février 1987. Ce psychologue américain est lui aussi considéré à ce jour comme l'un des pères fondateur de l'approche humaniste. Il est connu pour ses travaux sur la relation d'aide et l'approche centrée sur la personne avec les trois attitudes rogériennes (l'empathie, la congruence et le regard positif inconditionnel).

[38] WATSON, Jean cité par RIOPELLE, Lise ; TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière (1/2). *Soins Cadres*. Novembre 2002, n° 44, p. 62.

[39] PHANEUF, Margot. *L'approche humaniste : une influence en soins infirmiers psychiatriques* [en ligne]. Septembre 2012. Disponible sur : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/L_approche-humaniste-.pdf (consulté le 12 février 2016).

[40] ROY, Marielle. Le modèle humaniste des soins infirmiers. *L'Avant-Garde* [en ligne]. Eté 2013, n° 2. Disponible sur : http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files//images/9243444.pdf (consulté le 13 février 2016).

une relation professionnelle avec les individus »[41]. Le dictionnaire encyclopédique nous indique que c'est la *« manière de se tenir, de positionner son corps, mais aussi, au sens psychologique, attitude et ce qu'elle signifie* »[42]. Nous pouvons constater que les notions de savoir-être et d'attitude sont intrinsèquement liées au concept de la posture professionnelle. Si le savoir-être « *résulte d'une appropriation des valeurs de la discipline, appropriation préalable à l'engagement personnel et professionnel* »[43], l'attitude, quant à elle, « *relève de l'organisation des processus motivationnels, perceptifs, cognitifs, affectifs, qui influencent la conduite de l'acteur* »[44].

De même, plusieurs auteurs soulignent l'importance que tient la posture de l'infirmière. Dans la revue *Soins*, Anaïs Varlet Bécu et Valérie Viltart nous montre que « *l'attitude soignante devient alors une des pierres angulaires entre un bon et un mauvais vécu de l'hospitalisation* »[45]. Marc Grassin met lui aussi en lumière la symbolique de cette posture au cœur des soins. Il évoque que « *le soin comporte bien plus que le geste technique et l'attitude strictement nécessaire à proprement parler. Il inclut l'établissement d'une attention, d'une présence et d'une attitude qui font circuler entre le soigné et le soignant un quelque chose qui se donne et qui transcende les termes du contrat soignant* »[46]. Il ajoute aussi que « *le ternaire Donner-Recevoir-Rendre fonctionne à plein, car, après tout, les patients savent que se joue pour eux plus que la maladie : ce qu'ils sont et qu'ils le doivent à cette manière toute particulière qu'ont les soignants d'accompagner, par le regard, le toucher, les paroles et le souci de leur bien-être, leur difficulté* »[47].

En lien avec l'approche humaniste que nous avons expliqué précédemment, nous comprenons alors que cette approche est intimement liée aux valeurs fondamentales mais aussi à l'attitude de l'infirmière. Le soin étant « *l'art de l'attention à l'autre* »[48], c'est en effet la mise en exergue de cette posture qui permettra à chaque personne soignée de pouvoir être regardée tel « *un être exceptionnel, c'est-à-dire un humain à nul autre pareil* »[49].

2.3.2) Les valeurs de l'infirmière

Le mot valeur vient du verbe latin « *valere* » qui signifie au sens littéral *« être fort, vigoureux, en bonne santé »* et qui métaphoriquement a le sens de *« avoir des qualités, du mérite »*. Constitutives de la nature humaine, les valeurs sont propres à chaque personne et vont diverger selon les convictions, les croyances, la culture ou encore l'expérience de vie de chacun. Elles se rapportent à la morale, c'est-à-dire à l'ensemble des « *règles, des normes, des lois et des valeurs qui nous guident dans l'appréciation du bien à faire et du mal à éviter* »[50]. Le philosophe Pierre-Philippe Druet nous indique qu' « *une valeur constitue une clé permettant de donner sens à ma vie et à mon action, un idéal si l'on veut. Une valeur ne désigne donc pas, par définition, quelque chose qui est, mais bien quelque chose qui est à faire, à réaliser* »[51]. Porteuses de sens, nos valeurs déterminent notre façon d'aborder la vie au quotidien, elles conditionnent nos actes et nos pensées, elles se réfèrent à ce qui est estimé comme bon et ne peuvent s'évaluer que dans leur réalisation pratique. Ainsi, lorsque la valeur d'une personne est évoquée, « *il s'agit de sa conscience morale révélée à travers ses*

[41] PAILLARD, Christine. Posture professionnelle In *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, *op. cit.*, p. 377.

[42] POTIER, Marguerite. Posture In *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, op. cit.*, p. 258.

[43] PAILLARD, Christine. Savoir-être In *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, *op. cit.*, p. 361.

[44] PAILLARD, Christine. Attitude In *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, *op. cit.*, p. 53.

[45] VARLET BECU, Anaïs, VILTART, Valérie. Soin intrusif et posture infirmière. *Soins*. Avril 2015, n° 794, p. 27.

[46] GRASSIN, Marc. Le don et l'éthique du soignant. *Soins*. Décembre 2014, n° 791, p. 37.

[47] *Ibid.*, p. 39.

[48] DE BROCA, Alain ; KOHLER, Carole. Comment vivre le respect d'autrui en institution ? *Soins*. Avril 2011, n° 754, p. 40.

[49] DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, *op. cit.*, p. 19.

[50] TOCHEPORT, Pascale. Principes éthiques dans la relation de soins, *op. cit.*, p. 33.

[51] DRUET, Pierre-Philippe cité par WALTER, Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, *op. cit.*, p. 146.

actes »[52]. Au cœur de la profession nous entendons souvent qu'il est important que l'infirmière possède à la fois des valeurs personnelles et professionnelles qui vont être garantes d'un bon exercice professionnel. Pour Danielle Blondeau, professeur en sciences infirmières, la distinction entre ces deux types de valeurs est dépassée. Pour elle, le professionnalisme n'est pas le fruit d'une superposition entre les valeurs personnelles et professionnelles de l'infirmière mais se révèle être plutôt comme « *un tout fondé essentiellement sur l'exigence morale de la personne elle-même désignée sous le nom de conscience personnelle* »[53]. Au travers de cette conception, Danielle Blondeau centre les valeurs sur les qualités morales de la personne. Dans son article intitulé *Donner du sens aux valeurs soignantes*, Frédéric Venaut vient renforcer cette idée. En effet, il nous indique que « *l'acteur transposé sur son lieu de travail, ne quitte pas ses valeurs au vestiaire pour endosser un autre système de valeurs diamétralement opposé. […]. Il garde son cadre de référence par lequel il continue à donner un sens à ses actes* »[54]. Parce qu'elle touche à la prise en soin de l'Humain, la profession infirmière suppose que chaque professionnel possède des valeurs fondamentales afin de toujours orienter sa pratique vers le « bien à faire ». Aussi, bien que subjectives et dépendantes de la conception de chaque personne, il existe néanmoins, au cœur de notre profession, des valeurs qualifiées de valeurs absolues reconnues comme universelles et qu'on ne doit pas transgresser. Même s'il n'existe pas encore à ce jour, de code déontologique et éthique[55] propre à la profession d'infirmière, certaines de ces valeurs sont évoquées dans la déclaration universelle des droits de l'homme et réaffirmées dans le code de la santé publique au travers des règles professionnelles[56]. Pour Jean Watson, « *la pratique infirmière repose sur un système de valeurs humanistes, que la future infirmière doit assimiler* »[57].

Dans son article *Les valeurs en devenir*[58], Patrick Thominet nous indique qu'il existe trois valeurs fondamentales qui ne supportent pas d'exception :

- *La tolérance* : la tolérance vient du verbe latin « *tolerare* » qui signifie « *supporter* ». Faire preuve de tolérance envers la personne soignée, c'est respecter sa liberté et admettre que cette personne puisse avoir des habitudes, des croyances, une manière d'être, de penser ou d'agir qui peuvent être différentes à ses propres valeurs. Faire preuve de tolérance c'est donc faire preuve d'écoute et accepter cette personne même si ses valeurs ou sa manière de percevoir la vie est différente voire opposée à sa propre conception de la vie.
- *Le respect* : c'est le sentiment de considération et d'égard que l'infirmière va avoir envers toute personne soignée en dépit de son style de vie, de son âge, de sa position sociale… Se montrer tolérant, bienveillant, compréhensif et être à l'écoute de l'autre sont des attitudes qui impliquent des marques de respect. Faire preuve de respect envers un patient c'est donc prendre davantage en considération celui-ci en tant que personne humaine et le reconnaître comme tel.
- *La sollicitude* : elle se traduit par la préoccupation sincère et par les soins attentifs et affectueux que l'on va avoir à l'égard d'une personne. Etre très attentif, montrer son intérêt et témoigner de la gratitude à la personne soignée lui permettront de se sentir considérée et reconnue comme une personne unique et digne d'attention.

[52] THOMINET, Patrick. Les valeurs en devenir. *Soins*. Avril 2011, n° 754, p. 36.

[53] BLONDEAU, Danielle citée par THOMINET, Patrick. Les valeurs en devenir, *op. cit.*, p. 36.

[54] VENAUT, Frédéric. *Donner du sens aux valeurs soignantes* [en ligne]. 13 juillet 2003. Disponible sur : http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-95.pdf (consulté le 20 février 2016).

[55] L'Article L. 4312-1 du code de la santé publique, prévoit que le Conseil national de l'Ordre, crée par la loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 prépare « un code de déontologie qui énonce, notamment, les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé » et soit « édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat ».

[56] Les règles professionnelles des infirmiers datent de 1993 et figurent aux articles R. 4312-1 à R. 4312-48 du Code de la santé publique.

[57] WATSON, Jean cité par RIOPELLE, Lise ; TEIXIDOR, Montserrat, *op. cit.*, p. 62.

[58] THOMINET, Patrick. Les valeurs en devenir, *op. cit.*, p. 35.

De même, dans la revue *Soins Cadres*[59], plusieurs valeurs prédominantes de la profession sont évoquées parmi lesquelles nous trouvons :

- *Le respect*
- *La compréhension* : comprendre la personne soignée dans la situation singulière de sa vie nécessite de prendre en compte son vécu et son histoire de vie. La compréhension témoigne d'une véritable démarche d'écoute de la part du soignant.
- *L'empathie* : elle tient une place très importante dans le soin et se différencie de la sympathie. Elle se traduit par la capacité intellectuelle de l'infirmière à pouvoir sentir ce que ressent la personne soignée. Par cette capacité à pouvoir se mettre à la place d'autrui, cela va permettre à l'infirmière de comprendre ses sentiments, ses besoins ou encore ses problèmes.
- *L'authenticité* : c'est le fait d'être soi-même. Lorsque « j'enfile » ma tenue d'infirmière, je ne joue pas un rôle, je ne deviens pas une autre personne mais je reste profondément la même personne avec mes valeurs et mes convictions qui me caractérisent et me sont propres.
- *La congruence* : c'est l'identité entre l'image que va projeter une personne et ce qu'elle est vraiment. La congruence consiste à être authentique et sincère autant envers soi-même qu'envers les autres.
- *L'acceptation inconditionnelle de l'autre* : cette valeur met en avant l'acceptation de la personne telle qu'elle est. L'acceptation inconditionnelle, c'est permettre et accepter que la personne soignée en face de soi puisse exprimer des sentiments positifs et négatifs et avoir différentes réactions face à une situation. Il s'agit de comprendre tant les émotions que les comportements que peut avoir autrui.
- *La pensée positive* : elle se traduit par une capacité de résistance intérieure qui va permettre de faire face aux difficultés et aux obstacles rencontrés en cherchant une solution créative au problème. Cette pensée positive peut aider la personne soignée à accepter sa situation et à trouver de l'espoir.

Enfin, dans son article *Principes éthiques dans la relation de soins*[60], Pascale Tocheport met elle aussi en lumière une valeur essentielle nécessaire au soin :

- *La dignité* : elle représente le principe selon lequel toute personne doit être considérée comme une fin et jamais comme un moyen ou comme un objet. Traiter la personne soignée comme une fin, c'est reconnaître en elle sa dignité et sa valeur tandis que la considérer comme un moyen, c'est l'utiliser pour servir ses propres intérêts. Chaque personne possède une dignité inhérente et par conséquent, mérite le respect inconditionnel, indépendamment de son âge, de son état de santé, de sa condition sociale… Prendre en compte la dignité d'une personne selon le philosophe Gabriel Marcel, c'est finalement « *lui reconnaître, en toute circonstance, la capacité de prononcer deux tout petits mots que sont MA VIE* »[61].

Nous venons de constater au travers de la littérature, que plusieurs auteurs mettent en évidence le fait qu'il existe de nombreuses valeurs inhérentes à la profession d'infirmière. Walter Hesbeen nous rappelle que la caractéristique fondamentale du métier de soignant est de « *prendre soin d'une personne dans la situation particulière de vie qui est la sienne, c'est-à-dire en la singularité de son existence* »[62]. N'est-ce pas en effet cette même volonté du soin porté à la personne qui anime notre intention soignante ? La recherche d'une prise en soin de qualité toujours centrée vers le bien-être de la personne soignée ne constitue-t-il pas un idéal

[59] RIOPELLE, Lise ; TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière (2/2). *Soins Cadres*. Février 2003, n° 45, p. 58.

[60] TOCHEPORT, Pascale. Principes éthiques dans la relation de soins, *op. cit.*, p. 34.

[61] MARCEL, Gabriel cité par DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, *op. cit.*, p. 23.

[62] WALTER, Hesbeen. *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*, *op. cit.*, p. 15.

commun à chaque soignant ? Ne sommes-nous pas tous portés par cette même volonté de témoigner à la personne soignée l'attention et le souci qu'elle mérite afin qu'elle puisse se sentir regardée comme une personne unique, *un humain à nul autre pareil* ? Nous avons pu voir qu'une valeur était un élément abstrait représentant un idéal à atteindre mais ne pouvant devenir véritablement concret qu'au travers de la réalisation de nos actes. Nos valeurs fondamentales ne sont donc pas acquises définitivement et pour les faire exister, il convient à chaque soignant de les faire vivre au travers de leur pratique quotidienne.

2.3.3) Les attitudes de l'infirmière

2.3.3.1) Les différentes attitudes

Au sein de notre concept sur la posture professionnelle, nous avons pu voir que les notions de valeur et d'attitude étaient intimement liées. L'attitude peut être traduite comme l'état d'esprit ou le savoir-être dont l'infirmière va faire preuve envers la personne soignée. Elle désigne surtout notre intention et va prédisposer la manière dont nous allons agir. « *L'attitude est un concept indispensable dans l'explication du comportement social et une notion nécessaire dans l'explication des réactions devant une tâche* »[63]. William Isaac Thomas et Florian Znaniecki[64] définissent l'attitude comme « *un état d'esprit de l'individu envers une valeur* »[65]. Les attitudes sont donc des dispositions mentales explicatives du comportement et les deux auteurs mettent l'accent sur le lien existant entre la notion d'attitude et de valeur. J'ai pu étudier et me questionner, lors de mes explications précédentes, sur ces valeurs communes qui pouvaient guider la pratique infirmière. Si les soignants sont animés par cette même perspective humaniste et par cette même valeur du soin porté à la personne, alors notre attitude et notre comportement en sera très fortement influencé. Dans la revue *Soins Cadres*, Jacques Chalifour met en évidence le fait que les attitudes de l'infirmière, lorsqu'elle est auprès du patient, sont aussi importantes que le traitement qu'elle lui prodigue. Pour lui, ces attitudes sont « *la compréhension, l'empathie, l'authenticité, la compassion et la confiance* »[66]. Toujours dans cette même revue, Lise Riopelle et Montserrat Teixidor mettent en lumière d'autres attitudes comme « *la tolérance, l'absence de jugement, l'altruisme, l'équité et la non-violence* »[67]. Dans l'article *Soin intrusif et posture infirmière*, Anaïs Varlet Bécu et Valérie Viltart nous indiquent elles aussi que « *si chaque personne possède une capacité de résilience qui lui est propre, cette dernière est largement influencée par l'attitude soignante. L'approche multifocale de la personne soignée, dans une attitude éthique de respect, d'écoute, de bienveillance et d'authenticité, renforce sa résilience et pose les bases d'une relation de confiance où les sujets intimes peuvent se raconter* »[68]. Au cœur du soin, les attitudes du soignant prennent donc une place considérable et vont s'exprimer au travers de notre comportement mais aussi au travers de nos différents sens. En effet, notre manière de nous positionner face à la personne soignée, notre manière de la regarder, de la toucher ou encore de lui parler sur un ton particulier sont autant d'attitudes qui peuvent être ressenties comme agressives ou au contraire comme bienveillantes. Comment utiliser nos sens pour être dans une attitude toujours bienveillante et positive envers la personne soignée ? Comment montrer à la personne soignée au travers de nos attitudes que tout notre Etre et notre attention sont portés vers elle ? Comment réussir à être dans un comportement le plus humaniste possible ? Parce que la philosophie de l'Humanitude reprend ces attitudes que nous venons

---

[63] WIKIPEDIA. *Attitude (psychologie)* [en ligne]. 23 avril 2015. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychologie) (consulté le 8 mars 2016).

[64] Ces deux sociologues Américains sont à l'origine de l'étude du concept d'attitude qui saturera les études en psychologie sociale des années 1925 aux années 1960.

[65] DESBROSSES, Stephane. *Attitudes : Définitions et caractéristiques* [en ligne]. 20 décembre 2007. Disponible sur : http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/121-attitudes-definitions-et-caracterist.html (consulté le 9 mars 2016).

[66] CHALIFOUR, Jacques cité par RIOPELLE, Lise et TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière (1/2), *op. cit.*, p. 64.

[67] RIOPELLE, Lise ; TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière (2/2), *op. cit.*, p. 59.

[68] VARLET BECU, Anaïs ; VILTART, Valérie. Soin intrusif et posture infirmière, *op. cit.*, pp. 27-28.

d'étayer auparavant mais aussi parce qu'elle met en exergue cette notion de sensorialité au cœur du soin, nous nous attacherons à expliciter cette approche philosophique ci-après.

2.3.3.2) Pour donner du sens à nos sens, une attitude d'Humanitude ?

Le terme « humanitude » est un néologisme qui a été inventé en 1980 par l'écrivain suisse Freddy Klopfenstein. Il a ensuite été rendu populaire par Albert Jacquard et introduit pour la première fois dans le domaine des soins en 1989 par le médecin gériatre français Lucien Mias. C'est enfin dans les années 1995 qu'Yves Gineste et Rosette Marescotti érigent l'Humanitude en philosophie de soin en proposant une autre approche des soins aux personnes âgées. Pour eux, par le biais de cette méthode de soin, « *il ne s'agit pas seulement de traiter les personnes âgées avec humanité, mais de les réhabiliter dans ce qu'elles possèdent de typiquement humain* »[69]. Même si ce concept a été repris par les deux auteurs principalement pour les personnes âgées en perte d'autonomie cognitive, Margot Phaneuf nous indique qu'en « *faire une application aux soins généraux pourrait s'avérer intéressant, car ce concept pourrait probablement inspirer nos contacts avec les malades, quels que soient leur âge ou leurs problèmes et redonner leur noblesse à des soins quotidiens qui nous paraissent souvent plutôt banals et monotones* »[70]. Les appels d'Humanitude recouvrent l'ensemble des attitudes et des comportements « *d'attention, de reconnaissance, de sollicitude, de communication* »[71], ils sont les manifestations de notre intérêt envers la personne soignée et nous montrent comment « *des comportements et des actions simples rejoignent l'être dans ce qu'il a de plus essentiellement humain* »[72]. Cette philosophie de soin s'articule autour de trois piliers majeurs que sont le regard, la parole et le toucher. Nous allons pouvoir voir comment cette approche peut concourir à donner du sens à nos attitudes.

- *Le regard* : il constitue le premier canal de mise en Humanitude. La manière dont nous regardons la personne soignée est très importante. En effet, « *c'est dans l'œil des autres que nous percevons ce que nous sommes et ce que nous valons* »[73]. Au travers de notre regard, nous pouvons laisser transparaître une attitude d'attention, de bienveillance et inspirer la confiance ou au contraire nous montrer froids et indifférents. Si un regard horizontal est associé à l'égalité, un regard vertical peut transmettre une attitude de mépris ou de domination. Margot Phaneuf nous indique que le regard infirmier est particulier. En effet, par son biais, il va être révélateur de « *notre acceptation de l'autre et de notre ouverture à sa souffrance* »[74]. Plus qu'un simple contact visuel, nous constatons que le regard revêt une grande importance et va être le vecteur de nos nombreuses attitudes. Si l'absence de regard ou les regards hautains peuvent inspirer la peur ou une menace, un regard plein de bienveillance renforcera la personne dans sa dignité et dans son estime.
- *La parole* : la parole accompagne presque immédiatement le regard. Au cours de cette mise en humanitude, « *le ton est mélodieux, presque musical, doux. Les mots utilisés sont tendres, évoquant l'amour, la douceur, l'aide* »[75]. Tout comme le regard, la parole va être vectrice de nos attitudes envers la personne soignée et peut laisser transparaître notre empathie, notre tolérance… Cette parole douce, chaleureuse, peut se montrer réconfortante et témoigner à la personne soignée que « *quel que soit son*

[69] TOUBOUL, Karine. L'Humanitude, une philosophie au service des personnes âgées [en ligne]. 14 avril 2009. Disponible sur : http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/psycho_pour_tous/seniors/13418-humanitude-philosophie-service-personnes-agees.htm (consulté le 13 mars 2016).

[70] PHANEUF, Margot. Le concept d'humanitude : une application aux soins infirmiers généraux [en ligne]. Disponible sur : http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/phaneuf.pdf (consulté le 13 mars 2016).

[71] PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*. France : Chenelière Education, 2011. p. 11.

[72] PHANEUF, Margot. Le concept d'humanitude : une application aux soins infirmiers généraux [en ligne], *op. cit.*

[73] *Ibid.*

[74] *Ibid.*

[75] GINESTE, Yves ; MARESCOTTI, Rosette ; PELLISSIER, Jérôme. L'humanitude dans les soins. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Septembre 2008, n° 94. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/94/42.pdf (consulté le 13 mars 2016).

état, il est suffisamment important pour que nous lui adressions la parole et que nous l'écoutions »[76]. L'absence de parole ou un ton de voix froid peuvent être interprétés par la personne comme un signe d'indifférence ou comme une menace.

- *Le toucher* : il est essentiel à notre développement humain et constitue avec le regard et la parole un élément très important dans le soin. Il va permettre de montrer à la personne soignée que nous lui portons attention et que nous sommes à son écoute. Ici encore, le toucher est un sens profond qui est capable de transmettre nos différentes attitudes. Il peut manifester notre empathie, témoigner de notre réassurance ou de notre encouragement. A contrario, nos gestes peuvent aussi communiquer une certaine forme de froideur, d'indifférence ou même de brusquerie. Un toucher empreint de délicatesse et de chaleur renforcera l'image de soi de la personne soignée.

Comme nous venons de le constater, la philosophie de soin de l'Humanitude est une philosophie exigeante. « *Elle crée pour le soignant une responsabilité très particulière : elle l'oblige à ce qu'on pourrait qualifier de principe d'humanitude. Elle l'oblige à porter cette responsabilité gigantesque d'être en effet, au-delà de sa propre individualité, au-delà de son statut de soignant, le représentant, auprès de ce vieil humain solitaire, de tous les autres humains. Elle l'oblige à lui signifier, par chacun de ses regards, de ses paroles, de ses gestes, qu'il est précieux au regard de tous les autres Hommes* »[77]. Aussi, au travers de cette philosophie de l'Humanitude, peut-être pourrions-nous espérer que son application puisse « *concourir à redonner à nos soins la chaleur et l'humanisme qui en font la qualité ?* »[78]

Au cœur de ce concept sur la posture professionnelle, nous avons pu étudier et mettre en lumière les liens existants entre les valeurs, les attitudes et nos comportements exprimés auprès de la personne soignée. Nous avons pu constater que derrière cette notion de posture infirmière, se « cachait » en vérité un concept extrêmement vaste et riche de sens. Nous avons pu voir que cette posture intrinsèquement liée à chaque soignant pouvait renfermer ses valeurs fondamentales, guider son idéal, interagir sur ses attitudes et se révéler au travers de son comportement et de ses sens. Nous avons pu nous rendre compte combien cette notion tenait une place considérable dans la mesure où c'est elle qui peut permettre à chaque personne soignée de se sentir reconnue dans ce qu'elle vit, dans son individualité mais surtout de pouvoir être comprise sans jugement dans sa complexité émotionnelle. C'est sur une réflexion menée par Robert Ezra Park[79] que je terminerai mon second chapitre et qui constituera mon questionnement dans la troisième partie : « *il est impossible d'expliquer un comportement quelconque sans recourir à la notion d'attitude, […] et que les attitudes ont leur origine dans l'expérience. Une attitude varie en intensité ; elle est fondée sur une expérience […] elle est susceptible de degrés, d'amplitude, de direction et de valence* »[80]. Cette citation nous amène à présent à réfléchir sur la contingence possible existante entre la notion d'expérience et d'attitude. L'expérience peut-elle avoir une influence sur nos valeurs et nos attitudes ? Nos convictions et nos idéaux peuvent-ils changer en fonction de l'expérience ? L'expérience professionnelle peut-elle influencer cette posture infirmière ? Ces nombreuses questions feront ici l'objet de notre dernier chapitre d'étude où nous nous attacherons à étudier l'impact que peut avoir l'expérience sur notre posture professionnelle.

[76] PHANEUF, Margot. Le concept d'humanitude : une application aux soins infirmiers généraux [en ligne], *op. cit.*

[77] GINESTE, Yves ; MARESCOTTI, Rosette ; PELLISSIER, Jérôme. L'humanitude dans les soins [en ligne], *op. cit.*

[78] PHANEUF, Margot. Le concept d'humanitude : une application aux soins infirmiers généraux [en ligne], *op. cit.*

[79] PARK Robert Ezra est né le 14 février 1864 et décédé le 7 février 1944. Ce fut un sociologue américain. Il reprend la définition de THOMAS et de ZNANIECKI sur l'attitude en y ajoutant un certain nombre de propriétés avec notamment la notion d'expérience.

[80] DESBROSSES, Stephane. *Attitudes : Définitions et caractéristiques* [en ligne], *op. cit.*

3) L'expérience professionnelle

3.1) Contingence possible entre les notions d'expérience et de déshumanisation

3.1.1) L'expérience professionnelle, source de différents constats

Selon le dictionnaire du Trésor de la langue Française, l'expérience peut être définie comme le « *fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde* »[81]. Si nous rapportons l'expérience au domaine professionnel, celle-ci désigne l'ensemble des « *compétences acquises par des processus cognitifs, par un ensemble de savoir-faire, tout au long de sa carrière professionnelle* »[82]. Nous constatons alors que les notions de temps et de quotidien sont intimement liées à celle de l'expérience professionnelle. C'est donc ce questionnement sur ce regard « neuf » qui va retenir notre attention lors de ce dernier chapitre. L'instruction que l'on va acquérir par l'usage de notre expérience quotidienne nous permet-elle de garder toujours ce même regard singulier et si particulier pour chaque personne soignée ? Réussit-on à garder cette vigilance particulière en vue de détecter ce qui est important pour la personne soignée afin de rester toujours dans ce même souci profondément humain ?

Au départ, lorsque nous sommes jeunes diplômés, nous arrivons dans notre milieu professionnel avec une sorte de regard « neuf », comme si les multiples éléments et personnes qui nous entourent nous semblent totalement inconnus. Puis, nous sommes progressivement plongés au cœur des soins et nous apprenons à prendre nos repères, à nous adapter, à analyser notre environnement et c'est ainsi que tous ces éléments qui nous apparaissaient alors comme « nouveaux » prennent place et s'inscrivent dans la dynamique de notre pratique quotidienne. Au fil des jours, notre expérience se renforçant, s'efface petit à petit cette notion de « nouveauté » qui laisse place progressivement au quotidien. Christine Humblot nous indique que de nombreux professionnels, lorsqu'ils sont plongés dans leur pratique quotidienne et dans leurs habitudes, oublient la personne soignée qu'ils ont devant eux. Elle évoque le fait qu'il devient alors courant d'entendre un langage empreint de mépris et de cynisme avec des expressions telles que « *je le lave* », « *je le fais* », évoquant des êtres humains dont les professionnels de santé ont « *la charge* ». La personne soignée, dépourvue de son statut d'Etre humain, devient alors « *une réelle charge, lourde à porter, tel un fardeau qu'il faut mobiliser en se donnant le moins de mal possible* »[83]. Claude Hureaux nous démontre que la notion d'habitude dans les soins comporte l'avantage d'entretenir les gestes et les réflexes et se révèle être « *un facteur d'entraînement et de maintien des compétences* »[84]. Mais il insiste aussi sur le fait que l'habitude engendre également la routine qui participe à « *l'engourdissement intellectuel, l'anesthésie du discernement dont les opérations de discrimination et de distinction n'alerteraient plus cette Conscience professionnelle émoussée, amenuisée par une itération du quotidien […]* »[85]. Le quotidien, qui, au départ, apparaît si riche en terme de diversité et de rencontre humaine devient alors « *tissé de mille choses banales, que l'on ne voit plus, voire qui bouchent l'essentiel, c'est-à-dire l'Autre, comme l'arbre cachant la forêt* »[86]. Nous entrons dans une sorte d'habitude et de routine qui devient « *génératrice de comportements dépourvus de bientraitance, d'actions peu avouables*

---

[81] Expérience In *Le Trésor de la Langue Française* [en ligne]. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/advanced.exe?8;s=1437249615; (consulté le 19 mars 2016).

[82] PAILLARD, Christine. Expérience professionnelle In *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, *op. cit.*, p. 172.

[83] HUMBLOT, Christine citée par DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, *op. cit.*, p. 129.

[84] HUREAUX, Claude. L'évidence du lien social à l'hôpital ou de l'individu perdu à l'individu retrouvé. *Soins*. Juin 1996, n° 607, p. 42.

[85] *Ibid.*

[86] FRERING, Dominique. Le champ de l'éthique pour l'infirmière. *Soins*. Juin 1996, n° 607, p. 39.

faites en catimini, loin du regard d'autrui – du moins de l'autre soignant »[87]. Dans un article de la revue *Soins gérontologie*, le témoignage de plusieurs soignantes vient renforcer ce constat. En effet, elles témoignent du fait que la routine quotidienne, la lourdeur des charges en soins mais aussi les contraintes temporelles participe à leur faire vivre des « *moments de lassitude* » et qu'elles ont conscience d'effectuer les toilettes avec « *des gestes répétitifs et sans toujours se préoccuper des habitudes de vie des résidents* »[88]. Enfin, Michel Depuis met en relief ce lien existant entre ces notions de temps et d'expérience pouvant nous mener insidieusement à « *la routine, à l'habitude, au déjà-vu, au déjà-dit et au déjà-senti* »[89]. Il nous invite à garder les yeux grands ouverts sur « *tout ce qui endort l'esprit critique, ce qui anesthésie les perceptions toujours changeantes, ce qui fait voir les choses globalement ou superficiellement […]* »[90].

Si l'expérience professionnelle peut nous confronter d'une part au quotidien ou encore à la routine, elle peut aussi nous montrer les difficultés des conditions de travail rencontrées par les professionnels de santé. Dans le livre intitulé *La banalisation de l'humain dans le système de soins*, plusieurs de ces difficultés sont mises en lumière parmi lesquelles nous trouvons « *le sentiment répandu de manque de temps ; le trop peu de considération au sein de l'équipe ; la non-coopération des patients ; le matériel insuffisant ou inadapté ; les difficultés inhérentes à la continuité des soins* »[91]. Aussi, lorsque le soignant est confronté à vivre ces situations au quotidien, il peut avoir la sensation d'être lui-même oublié, négligé voir banalisé tant dans sa personne que dans son travail. Ces conditions de travail peuvent amener progressivement les soignants « *à perdre leur sensibilité, à s'éloigner de la valeur attribuée, lors de leur engagement dans la profession, à leur travail, et finalement à ne plus prendre en compte la singularité des humains dont ils prennent soin au quotidien* »[92]. Face à ces conditions de travail, se pose alors la question suivante : « *si le soignant se sent en porte à faux dans ses relations avec le patient, auprès de qui il a le sentiment de ne pas pouvoir passer assez de temps, dans ses relations avec sa hiérarchie, avec ses collègues et avec lui-même, comment pourrait-il se sentir suffisamment bien pour surmonter les multiples obstacles qu'il rencontre dans sa pratique au quotidien, pour faire rejaillir son désir de bien traiter l'humain qui est au cœur de son travail ?* »[93].

3.1.2) Les conséquences possibles

L'une des conséquences vers laquelle peut conduire insidieusement les habitudes ou la routine vécues au quotidien par le professionnel de santé est celle de la banalisation de l'humain. Pour Michel Dupuis, elle se réfère à « *la perte ou l'affadissement du spécifique, la disparition ou le gommage du singulier, la normalisation* »[94]. En d'autres termes, banaliser la personne soignée revient à oublier sa singularité, son caractère unique voir son humanité. Le fait d'être plongé dans la frénésie de la pratique quotidienne ne nous permet plus de porter ce regard profondément humain, cette attention si subtile et unique pour chaque personne soignée nous amenant sur le chemin de la réification, de l'objectification et de la banalisation. La personne soignée cesse alors d'être considérée comme un être exceptionnel et même comme un sujet de soins pour n'être finalement plus traitée que comme un objet. Walter Hesbeen nous rappelle cependant que « *cette négligence ne procède pas d'une intention malfaisante mais s'inscrit dans une forme d'oubli, un manque de réflexion quant à la finalité*

---

[87] HUMBLOT, Christine citée par DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, *op. cit.*, p. 134.

[88] HARZAU-UGO, Huguette ; BOUISSON, Emmanuelle. Promouvoir la dignité et le respect de la personne âgée en institution. *Soins gérontologie*. Novembre-Décembre 2010, n° 86, p. 33.

[89] DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, *op. cit.*, p. 29.

[90] *Ibid.*

[91] *Ibid.*, pp. 153-154.

[92] *Ibid.*, p. 154.

[93] *Ibid.*

[94] *Ibid.*, p. 30.

même de tous les actes de soins »[95]. Un poème[96] émouvant écrit par une personne âgée et retrouvé après son décès par les infirmières d'un service témoigne de cette banalisation de l'humain. L'homme nous dépeint le regard que les soignants ont sur lui au quotidien et qui ne le voient que comme « *un vieil homme grincheux, pas très sage* ». En décrivant sa vie et notamment au travers de cette phrase « *Alors ouvrez vos yeux, infirmières. Vous ne me voyez pas.* », il cherche à montrer au soignant qu'il n'est pas juste une simple « personne âgée » ni même ce « vieil homme grincheux » mais une personne humaine dans toute son unicité et sa complexité. Dans ce poème, il nous fait non seulement part de son ressenti au quotidien mais il veut nous dire que derrière chaque personne se cache en réalité une véritable histoire de vie et un vécu et que les ignorer revient à les banaliser.

L'autre conséquence possible que nous pouvons relever est celui de la maltraitance ordinaire. Le Conseil de l'Europe défini cette notion de maltraitance comme « *la violence qui se caractérise par tout acte ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à sa vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière* »[97]. Notons qu'il existe une multitude d'actes de maltraitance comme les violences physiques, les violences psychiques, les violences matérielles et financières, les violences médicales ou médicamenteuses et enfin les négligences actives et les négligences passives. C'est à cette dernière catégorie que correspond la maltraitance ordinaire. Elle regroupe l'ensemble des négligences relevant de l'inattention ou de l'ignorance. Elle est différente d'une maltraitance intentionnelle dans le sens où elle n'est pas voulue et où elle n'a pas comme intention de nuire. C'est la raison pour laquelle elle se nomme ainsi. Un regard froid, un manque d'écoute ou d'information, oublier de protéger la nudité d'une personne soignée, oublier de donner à manger à un patient alors qu'il ne peut pas manger seul… sont autant d'éléments du quotidien qui peuvent nous paraître banals et insignifiants mais qui témoignent en réalité de cette maltraitance ordinaire. Derrière cette maltraitance ordinaire, « *[…] ni délits ni crimes. Ici, bien souvent, pas d'intention de nuire. Ici, bien souvent, pas de conscience des conséquences du comportement ou de l'absence de comportement. Ici, bien souvent, dominent justement l'absence de conscience, l'absence de pensée, d'intention, d'empathie. Au bout de toutes ces absences, l'absence de l'Autre* »[98].

3.2) Pour humaniser notre quotidien, vers une posture éthique pour donner du sens au prendre soin

Comme nous venons de le constater, le quotidien, la routine, l'habitude peuvent nous amener, à long terme, à négliger toutes ces « petites choses » qui font pourtant toute la noblesse de ce prendre soin. « *L'absence de ces petites attentions presque invisibles et non évaluables est la cause de l'oubli de l'Autre, alors qu'elles sont peut-être l'essence même du soin, en ce qu'elles l'interrogent dans ses fondements mêmes* »[99]. Aussi, mettre en avant l'éthique au cœur de nos soins permet d'interpeller nos pratiques professionnelles quotidiennes. Nous avions pu voir, lors de notre deuxième partie, que la morale qui regroupe l'ensemble des règles, des lois et des valeurs, nous guide dans l'appréciation du bien à faire en répondant à la question du « *Que dois-je faire* ? » L'éthique, quant à elle, met en action l'implication personnelle du « Je » et nous invite à réfléchir sur nos pratiques en tendant toujours vers ce qu'il y a de mieux pour la personne soignée. Elle répond à la question du « *Comment faire ?* » et, de ce fait, elle invite le soignant à se questionner en permanence sur la portée de ses décisions et de ses actions envers la personne soignée. Dans son article intitulé *L'éthique du soin*, Daniel Maroudy, en cherchant à définir l'éthique, nous indique que

[95] *Ibid.*, p. 20.

[96] Poème disponible en ANNEXE II, p. 46 et sur http://www.feroce.co/mort_seul/ (consulté le 25 mars 2016).

[97] POTIER, Marguerite. Maltraitance In *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, op. cit.*, p. 246.

[98] PELLISSIER, Jérôme. De la maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé [en ligne]. Disponible sur : http://jerpel.fr/spip.php?article289 (consulté le 27 mars 2016).

[99] GRUAT, Florence. Le soin, un acte éthique. *Soins*. Décembre 2015, n° 801, p. 33.

c'est « *une science de la conscience du bien, une démarche réflexive, la voie du bonheur, le soin en toute chose… [elle est] tout cela à la fois et bien plus* »[100]. Il ajoute aussi que « *par-delà les normes, elle est la voie de la raison et de la sagesse : une sagesse pratique* »[101]. Pour le philosophe Emmanuel Kant, l'éthique se caractérise comme ce qui s'impose comme obligatoire. Pour lui, « *L'éthique désigne une philosophie globale des conduites humaines. Elle est relative à la personne humaine vivant en société ; elle recherche ce qui est bien pour les individus et le groupe social. Elle met en action le ''je'' avec ses désirs, dans la relation des autres* »[102]. Stéphanie Combes, dans son article *Penser l'enseignement de l'éthique* nous indique que « *L'éthique comprend ainsi deux processus : la réflexion dans l'action, savoir comment faire le bien et un questionnement sur l'action et ses effets. Elle est par nature réflexive* »[103]. Nous constatons alors que cette démarche éthique dans le soin amène le professionnel de santé à adopter une véritable posture réflexive face à ses pratiques de soins. L'éthique « *s'appuie ainsi sur les valeurs humanistes, sources d'une réflexion sur le sens de l'action, en tentant de déterminer la visée du bien, la visée de la vie bonne* »[104]. Pour Walter Hesbeen, effectuer une relecture éthique du quotidien des soins permet au soignant de pouvoir « *lire à nouveau et à distance telle ou telle situation en vue d'interroger nos manières d'être et de faire dans la relation au patient singulier et à son entourage ainsi que dans la relation aux collègues ou à l'autorité* »[105]. Il ajoute que cette relecture semble être la méthode la plus féconde pour « *nourrir la réflexion de chacun sur ses propres manières d'être et de faire et pour élever ses propres capacités afin de mieux identifier, détecter ce qui pourrait accroître le risque de banaliser l'humain* »[106].

Nous constatons alors que l'éthique se révèle être une nécessité pour le soignant. Au travers des réflexions qu'elle lui offre et dans cette quête de faire du « mieux possible », elle permet de donner du sens et de la cohérence à nos actions de soignant. Elle nous invite à être dans un questionnement perpétuel face aux personnes que nous avons en face de nous. Paul Ricœur nous le démontre en affirmant que cette démarche éthique c'est « *accepter et vivre le conflit du bien à faire et du devoir à accomplir dans un monde meilleur, non à attendre mais à construire ; c'est souffrir de ce conflit sans repos, jamais réglé, toujours remis sur l'ouvrage* »[107]. Elle permet ainsi de placer la personne soignée toujours plus au cœur de notre pratique soignante. Elle « *n'est pas une mode, ni un mode ou un processus opératoire de plus, mais bien une façon d'être dans le soin, d'être en soin dans une attitude humaniste vis-à-vis d'autrui* »[108]. Aussi, peut-être pourrions-nous avancer, comme le stipule Daniel Maroudy, que « *Le supplément d'âme que l'on attend des soignants est de nature éthique, un mélange de raison, de devoir, de conviction et une bonté de service dont les effets bienfaisants peuvent surplomber ceux de la pharmacopée* »[109] ? L'éthique, in fine, pour donner du sens à notre prendre en soin, pour ne jamais oublier l'Autre, personne si singulière à qui s'adresse nos soins mais éthique, surtout, pour ne jamais oublier le sens humaniste de notre métier et pour toujours garder à l'esprit le sens profond du « pourquoi » nous exerçons ce métier de soignant…

---

[100] MAROUDY, Daniel. L'éthique du soin. *Soins*. Décembre 2015, n° 801, p. 27.

[101] *Ibid.*

[102] KANT, Emmanuel, cité par TOCHEPORT, Pascale. Principes éthiques dans la relation de soins, *op. cit.*, p. 32.

[103] COMBES, Stéphanie. Penser l'enseignement de l'éthique. *Soins*. Décembre 2015, n° 801, p. 45.

[104] *Ibid.*, p. 44.

[105] DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*, *op. cit.*, p. 27.

[106] *Ibid.*, p. 28.

[107] RICOEUR, Paul, cité par DE BROCA, Alain ; KOHLER, Carole. Comment vivre le respect d'autrui en institution ?, *op. cit.*, p . 41.

[108] *Ibid.*

[109] MAROUDY, Daniel. L'éthique du soin, *op. cit.*, p. 27.

4) Vers l'émergence d'une hypothèse de recherche…

En lien avec notre question de départ « *En quoi l'expérience professionnelle peut-elle influencer la posture infirmière et de ce fait la qualité du prendre soin du patient ?* », nous avons pu étayer, au fil de cette phase exploratoire, les différents concepts qui la composaient. Nous avons pu voir, dans une première partie, que le concept de prendre soin était une notion particulièrement complexe émanant d'une véritable démarche d'implication venant du soignant. Notre deuxième partie nous a permis d'exploiter cette notion d'implication au travers de la posture de l'infirmière. Nous avons pu constater que la posture regroupait en son sein l'ensemble des valeurs, des attitudes et des savoirs-être de l'infirmière, que ces notions étaient intimement liées et qu'elles tenaient une place plus que fondamentale dans cette qualité de prise en soin. Enfin, au cours de notre dernière partie, nous avons cherché à savoir si le concept d'expérience professionnelle pouvait interagir sur les deux autres concepts. Force est de constater, par les propos et par les écrits de différents auteurs, que l'expérience professionnelle peut amener le soignant à une forme d'habitude, de routine impactant de ce fait sur sa posture et sur sa manière de prendre soin. Notre recherche nous a amené à mettre en valeur les conséquences possibles que peut avoir cette expérience sur notre posture de soignant et sur la qualité de la prise en soin de la personne soignée. Elle a aussi mis en évidence cette possible perte de sens avec le temps et ce possible oubli de l'Autre et de sa singularité. Par ce constat concernant l'expérience professionnelle, et dans l'objectif de toujours humaniser nos soins et de toujours garder ce regard si singulier envers la personne soignée, il est possible d'émettre l'hypothèse de recherche suivante :

En dépit de l'expérience professionnelle, une réflexion éthique quotidienne sur nos valeurs fondamentales de soignant et notre savoir-être nous permet de donner un sens humaniste à notre pratique et de promouvoir une prise en soin de qualité

PARTIE III

La phase exploratoire

1) Présentation de la méthodologie de l'enquête

Grâce à l'exploration théorique que j'ai menée dans un premier temps, j'ai pu émettre une hypothèse de recherche. Aussi, afin de mener à bien ce travail, il m'a semblé important de le poursuivre par une démarche de recherche empirique. Ce qui est intéressant avec cette démarche c'est qu'elle s'appuie uniquement sur l'expérience et que, de ce fait, elle peut apporter des éléments semblables ou différents à ceux exploités dans la phase théorique. Par le biais de celle-ci, « *il s'agit d'aborder le réel sans a priori et le chercheur devra tenter de comprendre les phénomènes qu'il étudie, tels qu'ils sont portés et rapportés par les acteurs de terrain* »[110]. Le fait de confronter mon hypothèse de recherche au terrain et à l'expérience des professionnels de santé me permettra ainsi de la confirmer ou de l'infirmer.

1.1) Choix de l'outil de l'enquête

Pour mener une enquête sur le terrain, il existe plusieurs outils à ma disposition dont l'entretien directif, l'entretien semi-directif ou l'entretien non-directif. Afin d'effectuer une exploration objective des phénomènes sur le terrain, j'ai pensé que l'utilisation d'un guide d'entretien semi-directif serait la méthode de recherche la plus adaptée pour notre travail. Par le biais d'un questionnaire préparé au préalable, il permet au professionnel de s'exprimer sur les thèmes évoqués et permet également à l'enquêteur de reformuler certaines questions et de pouvoir intervenir au besoin. Ce qui m'a particulièrement plu au travers de cet outil c'est son aspect très interactif car il offre la possibilité de rencontrer le soignant et de dialoguer avec lui en « face à face ».

1.2) Explication de l'outil de l'enquête et de ses objectifs

En vue de l'enquête exploratoire, j'ai créé un guide d'entretien[111] semi-directif avec différentes questions. Afin de pouvoir comparer mon cadre théorique développé précédemment aux dires des professionnels de santé, j'ai établi ce questionnaire en quatre grandes parties sous-groupant elles-mêmes plusieurs questions. Pour ne pas influencer les dires des professionnels et pour qu'ils puissent s'exprimer le plus librement possible en fonction de leur vécu, j'ai fait en sorte que les questions proposées soient les plus générales et ouvertes possibles.

- Notre première grande partie concerne la présentation du soignant. La première question qui la compose nous permet d'apprécier l'expérience du soignant interrogé par le renseignement de son âge, de l'année de son diplôme ainsi que le nombre d'années travaillées en service, sans oublier les différentes structures de soins fréquentées. En questionnant ainsi l'expérience professionnelle, l'objectif est de recueillir des informations sur le soignant pour pouvoir observer par la suite s'il existe un lien entre l'ancienneté dans le métier et les répercussions possibles sur le soignant et la personne soignée.
- La deuxième grande partie de ce guide d'entretien porte sur la qualité du prendre soin et la posture professionnelle du soignant. Pour cela, le professionnel doit répondre à quatre questions : sur ce qui, pour lui, correspond une prise en soin de qualité, quelles sont les valeurs fondamentales qu'il attribue au métier d'infirmière, quelles sont les attitudes importantes qu'il pense que l'infirmière doit avoir auprès du patient et enfin s'il pense que la posture infirmière tient une place importante dans cette qualité de prise en soin. Dans ce deuxième grand item, j'ai volontairement regroupé les questions portant sur la qualité de la prise en soin avec celles portant sur la posture infirmière. En effet, je souhaitais savoir si les professionnels de santé faisaient le lien entre une

[110] Unité d'enseignement 3.4 (semestre 4) : *Comparaison des approches quantitatives et qualitatives* [document polycopié], IFSI de VIRE.

[111] Guide d'entretien semi-directif pour l'enquête exploratoire disponible en Annexe III, p. 47.

prise en soin de qualité et l'importance de leur posture, comme développé dans la phase conceptuelle.

- La troisième partie de mon guide porte sur l'évolution de la posture et de la conception du prendre soin au fil de l'expérience. Une première question interroge le soignant sur l'évolution de sa posture avec l'expérience professionnelle. Une deuxième question cherche à savoir si l'expérience professionnelle l'amène à une forme de routine, d'habitude voire de démotivation au quotidien. La troisième questionne le soignant sur les éléments vécus dans sa pratique quotidienne qui peuvent impacter sa posture. Enfin, la dernière question invite le professionnel à s'exprimer sur la manière dont il pense qu'évoluent ses convictions et ses valeurs au fil de l'expérience. L'objectif principal de ce troisième item est d'observer comment l'expérience influe sur le soignant et si celle-ci engendre des conséquences particulières, notamment sur la posture ou sur le prendre soin.
- Enfin, la quatrième et dernière partie de mon guide aborde le thème de l'humanisation de la pratique infirmière au quotidien. Une première question cherche à savoir si cela arrive au soignant d'avoir un temps de réflexion sur sa manière d'être et de prendre en soin, s'il pense que cela est nécessaire au quotidien et si sans cette prise de recul il se peut que de la non-bientraitance intervienne dans ses pratiques. Une deuxième question évoque les connaissances du professionnel par rapport à la philosophie de soin de l'Humanitude et cherche à savoir s'il pense que des formations sur ce genre de philosophie ou sur la posture éthique sont importantes pour donner du sens à sa prise en soin quotidienne. Enfin, la dernière question de ce guide cherche à connaitre la position et la réflexion du professionnel de santé face à l'hypothèse de recherche émise. L'objectif de ce dernier item est de questionner le soignant sur l'importance de l'éthique et de sa réflexion au quotidien dans les soins mais aussi indirectement de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de recherche émise par l'intermédiaire de ses témoignages.

1.3) Choix de l'échantillon ciblé, du terrain de l'enquête et déroulement des entretiens

En lien avec mon sujet de recherche, il m'a semblé pertinent d'interroger des infirmières avec une expérience professionnelle de « longue date » mais aussi des infirmières avec une expérience professionnelle plus « récente » afin de pouvoir comparer leurs ressentis. J'ai aussi trouvé intéressant de ne pas me centrer sur un seul secteur d'activité mais bien d'interroger des infirmières exerçant dans des secteurs de soins variés afin d'observer si leurs opinions et leurs points de vue divergeaient en fonction de leur lieu d'exercice. Aussi, pour mener cette enquête exploratoire, je suis allée à la rencontre de six professionnels de santé. Après avoir convenu des rendez-vous, j'ai fait passer les entretiens sur une semaine. Deux d'entre eux se sont déroulés au domicile des infirmières et les quatre autres dans un bureau du service, à l'écart, sur le temps de travail de l'infirmière. Après avoir rappelé à chaque soignant les conditions de l'entretien et leur avoir garanti l'anonymat et la liberté de leurs réponses, tous ont accepté que l'échange soit enregistré sur un dictaphone. Cinq de mes entretiens ont duré entre 27 et 35 minutes et je me suis appuyée sur mon guide d'entretien semi-directif pour les mener. L'un de mes entretiens a duré 59 minutes et s'est déroulé sous la forme d'un entretien non directif ; en effet, après avoir exposé la question de recherche à l'infirmière, l'entretien a pris la tournure d'une discussion avec un échange. Après avoir énoncé la question de recherche à chaque soignant, ils ont pu répondre librement aux différentes questions. Ce n'est uniquement lorsque le professionnel ne comprenait pas le sens d'une question ou que la réponse n'était pas assez ciblée que j'intervenais. Pour ne pas orienter les réponses des soignants, j'ai volontairement fait le choix de ne pas énoncer l'hypothèse de recherche dès le début de l'entretien mais plutôt lors de la dernière question. Enfin, pour analyser de la meilleure manière possible les dires des professionnels de santé, il m'a semblé utile de retranscrire chacun des six entretiens menés.

2) L'analyse des résultats

Au fil de cette analyse, j'exposerai une à une les questions en faisant, pour chacune d'entre-elles, une analyse descriptive en exposant les dires des soignants puis une analyse interprétative en comparant leurs réponses avec celles de notre cadre théorique. Pour citer et mettre en avant les dires des professionnels, j'emploierai les termes de infirmière 1, infirmière 2… jusqu'à infirmière 6.

2.1) La présentation des soignants

J'ai choisi, pour présenter les différents soignants interrogés, de réaliser un tableau récapitulatif afin que cela soit le plus visuel et synthétique possible.

	Age	**Année du diplôme et nombre d'années travaillées en service**	**Les différentes structures de soins ou services fréquentés**	**Le lieu d'exercice actuel**
IDE 1 (femme)	38 ans	- 2002 - 14 ans	Uniquement en structure de chirurgie depuis le diplôme (service d'ambulatoire, d'orthopédie et d'urologie)	En service de chirurgie ambulatoire
IDE 2 (femme)	29 ans	- 2008 - 8 ans	- Service de dialyse - Service de réanimation - Service de médecine diabétologie - Service de chirurgie - SSR	En service de chirurgie et de soins de suite et de réadaptation
IDE 3 (femme)	57 ans	- 1982 - 34 ans	- Centre anticancéreux - Remplacements à l'hôpital - Service de chirurgie pendant 20 ans - SSR	En service de soins de suite et de réadaptation depuis 15 ans
IDE 4 (femme)	61 ans	- 1977 - 39 ans	- Service de médecine générale - Service de la cardiologie pendant plus de 20 ans - Infirmière en libérale	En tant qu'infirmière en libérale depuis 12 ans
IDE 5 (femme)	56 ans	- 1996 - 20 ans	- Service de médecine - Urgences - EHPAD - Service pour patient en état végétatif - SSR - HAD	En service de médecine de court séjour gériatrique
IDE 6 (femme)	28 ans	- 2010 - 6 ans	Uniquement en service de bloc opératoire depuis le diplôme	En service de bloc opératoire

2.2) La qualité du prendre soin et la posture professionnelle

- **Analyse descriptive**

  - Pour vous, à quoi correspond une prise en soin de qualité ?

Lors de cette première question, quatre des six infirmières interrogées rattachent la notion de prise en soin de qualité au fait de prendre en charge le patient dans « *sa globalité* ». L'infirmière 6 appuie sur le fait que ce n'est pas « *juste une personne dans un lit* » mais bien une « *Personne à part entière* ». De même, dans cette prise en soin de qualité, quatre des six infirmières y rattachent l'aspect technique en évoquant la « *dextérité* » et la « *technique* » mais aussi l'aspect relationnel avec « *l'écoute* » et « *le relationnel* ». Les quatre infirmières insistent toutes sur l'importance de ce relationnel auprès de la personne soignée. L'infirmière 1 ajoute qu'il faut « *faire les soins de la même façon qu'on aimerait les recevoir* ».

Pour l'infirmière 3, une prise en soin de qualité rime avec « *aimer le service où tu es* ». Elle évoque le fait que si nous n'aimons pas ce que nous faisons, nous ne pourrons pas faire des soins de qualité.

Enfin, lors de la discussion avec l'infirmière 5, celle-ci nous indique que l'expérience professionnelle n'a rien à voir avec une prise en soin de qualité. Elle nous dit que « *c'est pas parce que tu as une expérience professionnelle de cinq ans que tu as une posture infirmière qui te permet d'avoir une qualité des soins* ».

  - A vos yeux, quelles sont les valeurs fondamentales infirmière ?

Concernant cette question sur les valeurs, les six infirmières ont chacune évoqué plusieurs valeurs qui leur semblaient importantes pour exercer cette profession humaniste. Parmi celles énoncées, « *l'écoute* », la « *patience* », le fait d'avoir un « *bon relationnel* » et une « *disponibilité d'esprit* » sont les quatre valeurs qui ont été citées à plusieurs reprises. De nombreuses autres valeurs ont été citées parmi lesquelles nous trouvons la valeur du travail, l'empathie, le respect, la gentillesse, le sourire, la compétence, le professionnalisme ou encore le fait d'avoir le sens du travail d'équipe.

  - Quelles sont, selon vous, les attitudes importantes que l'infirmière doit avoir auprès du patient ?

Les attitudes importantes que les infirmières ont énoncées, sont toutes différentes. Seule « *l'écoute* » a été citée à deux reprises par les infirmières 4 et 6.

Pour l'infirmière 1, il est important que le patient soit à l'aise lors de sa prise en soins, lui permettant ainsi de se livrer plus facilement. Ainsi, pour elle, une attitude de « *confiance* » est nécessaire.

L'infirmière 2 évoque le fait d'être « *calme* », « *sereine* » et « *sure de soi, tout en ne l'étant pas trop* ». Elle ajoute aussi que pour elle, il est important d'être beaucoup dans le « *relationnel* ».

L'infirmière 3, quant à elle, évoque le fait d'avoir une attitude de « *respect* ». Respecter le patient en tant que personne et respecter ce qu'il est lui semble primordial. Enfin, elle nous indique qu'il faut toujours « *croire* » le patient lorsqu'il dit qu'il a mal.

Pour l'infirmière 4, avoir une attitude « *d'écoute* » et de « *bienveillance* » lui semble important. Enfin, toujours en parlant des attitudes, elle nous indique qu'il faut « *essayer de mettre un petit peu de douceur dans nos soins* ».

Au cours de la discussion avec l'infirmière 5, celle-ci n'évoque pas d'attitudes en particulier mais pour elle, la manière dont on aborde le soin et la manière dont on aborde les personnes avec nos attitudes est très importante. Elle évoque aussi le fait que l'attitude est vraiment personnelle à chaque soignant.

Enfin, l'infirmière 6 nous dit qu'il est important de « *se mettre à la hauteur* » du malade et de ne pas regarder le patient de haut. Elle ajoute aussi qu'il faut se montrer « *disponible* » et à « *l'écoute* » et avoir une attitude « *souriante* » et « *décontractée* » envers la personne soignée.

- Pensez-vous que la posture infirmière va tenir une place importante dans cette qualité de prise en soin ?

Pour cette dernière question, les six infirmières sont toutes unanimes pour dire que la posture infirmière est très importante dans cette qualité de prise en soin.

L'infirmière 3 nous indique que lorsque ça ne se passe pas bien avec une personne, ça peut très vite dégrader un séjour. Aussi, elle insiste sur le fait que l'on ne peut pas s'entendre avec tout le monde mais qu'il faut savoir « *passer la main* » à une collègue.

Pour l'infirmière 6, cette posture lui paraît vraiment importante car elle explique que si on prend notre métier un peu « *par-dessus la jambe* » et « *à la va-vite* », la prise en soin ne pourra pas être optimale.

Enfin, les infirmières 4 et 5 insistent toutes deux non seulement sur l'importance de la manière dont nous sommes mais surtout sur ce petit « *quelque chose en plus* » émanant de notre posture infirmière qui intervient dans cette qualité de prise en soin. L'infirmière 4 pense que l'on « *apporte quelque chose* » et qu'on ne « *peut pas se limiter aux soins* » car il y a « *des choses autour* ». L'infirmière 5, quant à elle, évoque le fait qu'il faut une « *posture infirmière pour avoir une qualité de prise en soin* » et que celle-ci est très personnelle, d'où le terme « *infirmière-dépendant* » qu'elle emploie. Elle évoque que, pour beaucoup de professionnels, le fait d'avoir un geste bien fait va correspondre à une prise en soin de qualité. Ainsi, au cours de l'entretien, elle met en évidence ce petit quelque chose en plus que l'on ajoute au soin et nous dit de « *se servir de ce que tu as toi comme ressources en plus ou de ce que tu veux mettre en plus et le maintenir coûte que coûte* ».

- **Analyse interprétative**

Si je fais une analyse interprétative de cet item sur « *la qualité du prendre soin et la posture professionnelle* », il est possible de mettre en lumière plusieurs éléments.

Tout d'abord, concernant la prise en soin de qualité, la majorité des infirmières interrogées distinguent, à la manière de Walter Hesbeen, cette différence entre les notions de « *soins* » et de « *soin* » que j'avais explicitée lors de ma phase théorique. Même si les notions de « *Cure* » ou de « *Care* » n'apparaissent pas directement dans leurs discours, les infirmières font la différence entre le « *faire des soins* » avec ce côté technique de leur métier centré davantage sur la dextérité et le geste et le « *prendre soin* » véritablement centré sur la personne soignée avec la mise en évidence de l'écoute et de l'aspect relationnel. Cependant, il est important de relever qu'une seule infirmière sur les six interrogées met en lien directement cette prise en soin de qualité avec la posture infirmière. L'infirmière 5 est la seule à évoquer l'importance de l'implication personnelle du soignant.

Les questions concernant les valeurs et les attitudes ont suscité un temps de réflexion assez important pour la majorité des soignantes et plusieurs d'entre elles ont indiqué que ces questions étaient « *difficiles* ». Mes entretiens m'ont permis d'appuyer sur cette notion de subjectivité relative aux valeurs que j'avais expliquée lors de mes recherches théoriques. En effet, les soignantes ont toutes évoqué des valeurs différentes. On peut donc constater, au travers de la plupart des réponses apportées, que la notion de valeur a été confondue avec celle d'attitude. En effet, la gentillesse, le sourire, l'écoute ou encore la patience ont été cités comme étant des valeurs importantes, cependant, ces notions se réfèrent en réalité à nos attitudes et à notre comportement. Rappelons qu'une valeur nous guide dans la recherche du bien à faire mais ne peut s'évaluer que dans sa réalisation pratique. Cette confusion peut alors s'expliquer par le lien très fort qui existe entre les notions de valeur, d'attitude et de comportement. Pour la question sur les attitudes, on retrouve, dans les dires des infirmières, plusieurs attitudes similaires à celles citées par les auteurs de mon cadre conceptuel. Parmi celles-ci, la compréhension et la confiance ont été citées. En revanche, aucune des infirmières n'a évoqué la sensorialité dans leurs attitudes avec l'importance du regard, du toucher ou de la parole comme je l'avais évoqué au travers de la philosophie de l'Humanitude. Indirectement, seules deux des infirmières en ont parlé dans leur réponse avec l'écoute, le fait de ne pas regarder le patient de haut et le fait d'avoir une attitude souriante.

Enfin, lors de la dernière question, quatre des six infirmières m'ont demandé à quoi faisait référence la notion de « posture infirmière ». J'avais volontairement choisi de ne pas spécifier ce terme afin de ne pas influencer les réponses mais aussi pour voir si les soignantes allaient rattacher les questions sur les valeurs et les attitudes à celle sur la posture. Après explication du terme, les six infirmières ont toutes été d'accord sur le fait que leur posture tenait une place très importante dans la qualité de prise en soin de la personne soignée. Lors de notre cadre théorique, on a vu que Walter Hesbeen plaçait le soignant comme véritable acteur de cette qualité de prise en soin. Nous constatons, après analyse des réponses, que la majorité des soignantes n'évoquent pas directement cette notion « *d'investissement personnel* » au début de l'entretien mais que toutes sont d'accord pour dire que leur posture tient une place importante lorsqu'on leur pose directement la question.

2.3) L'évolution de la posture et de la conception du prendre soin avec l'expérience

- **Analyse descriptive**
    - D'après vous, la posture infirmière évolue-t-elle avec l'expérience professionnelle ? Est-ce que l'expérience professionnelle vous a fait changer ? Si oui, en quoi et par rapport à quoi ?

Lors de cette question, les six infirmières m'ont toutes répondu que leur posture avait évolué avec la notion d'expérience professionnelle. Les arguments cités étant tous différents selon les soignantes, il paraît intéressant de mettre en lumière les réponses clés apportées par chacune d'entre-elles.

L'infirmière 1 m'indique que l'expérience lui a fait rencontrer diverses situations qui lui ont permis de « *mûrir* » et de « *grandir* » dans sa pratique professionnelle. A ce jour, elle évoque qu'elle est plus efficace et qu'elle peut davantage anticiper la douleur ou les peurs des personnes soignées. En revanche, cette expérience ne l'a pas faite changer dans sa manière d'être ni dans sa manière de prendre soin. Elle nous dit qu'elle « *essaie de toujours faire au mieux pour le patient* ».

Pour l'infirmière 2, ce sont les différents services dans lesquels elle a exercé ainsi que les rencontres avec les patients qui ont fait évoluer sa posture. Elle ajoute qu'avec l'expérience professionnelle elle garde toujours cette même conception du soin très axée sur le relationnel, même si son approche à la personne soignée a changé. Aujourd'hui, elle a appris à mettre plus de « *distance* » et à « *laisser son travail au vestiaire le soir* ».

L'infirmière 3 m'indique qu'avec cette notion d'expérience, elle est plus sûre dans ses gestes techniques. Elle ajoute aussi que celle-ci l'a fait évoluer dans ses idées, notamment par rapport aux soins palliatifs et qu'à ce jour, elle a ses idées bien arrêtées.

L'infirmière 4, quant à elle, nous dit qu'au début de notre expérience, nous sommes davantage pris par l'aspect technique mais qu'avec les années, nous devenons plus « *libérés* » et que ce n'est plus ça l'essentiel. Elle ajoute que cette expérience lui a donné encore plus envie de s'investir auprès de chaque patient et que sa conception du prendre soin s'est accentuée.

Selon l'infirmière 5, l'expérience professionnelle nous permet de nous apporter des acquis et des gestes professionnels. Elle ajoute aussi que cette notion d'expérience nous permet d'aborder plus facilement des situations difficiles, de prendre du recul mais aussi d'être moins dans la spontanéité et davantage dans la réflexion.

Enfin, l'infirmière 6 évoque le fait que notre posture évolue au fil des années et avec les expériences auxquelles on est confronté. Pour elle, l'expérience professionnelle nous change dans notre manière d'être car elle nous permet d'être moins stressé, moins centré sur l'aspect technique et davantage présent pour la personne soignée. De même, elle m'indique que cette expérience professionnelle améliore notre rapport au patient et notre qualité de prise en soins en évoquant le fait que « *plus tu as d'expérience et plus tu progresses* ».

- L'expérience professionnelle vous amène-t-elle à une forme de routine, d'habitude voir de démotivation ?

Lors de cette question, les avis des infirmières divergent.

Quatre des six soignantes me révèlent qu'avec l'expérience, elles entrent dans une forme d'habitude. L'infirmière 3 évoque le fait que dans tout travail on arrive toujours à une habitude et qu'à « *force c'est normal* ». L'infirmière 1 me dit que cette habitude l'amène aussi à une certaine « *confiance en soi* ».

Concernant l'expérience professionnelle et le lien entre la routine et la démotivation, les infirmières 1 et 2 me confient que l'expérience peut les amener jusqu'à la routine voire à une forme de démotivation au quotidien. Les deux soignantes rattachent cette routine au service de soin dans lequel elles exercent mais aussi à la longévité. L'infirmière 2 évoque le fait que lorsqu'elle est dans le même service pendant 3 semaines, c'est « *toujours la même chose* » et que « *c'est fatigant* ». En revanche, les infirmières 3, 4 et 6 m'indique qu'elles ne sont ni dans la routine ni dans la démotivation. L'infirmière 4 me dit que même si elle voit certain patient depuis une dizaine d'années, « *il y a quelque chose d'un petit peu toujours nouveau* ».

Enfin, l'infirmière 5 ne me donne pas son avis directement mais évoque le fait que c'est « *infirmière-dépendant* » mais aussi « *service-dépendant* ». En effet, pour elle, certains services comme les établissements d'hébergements pour les personnes âgées dépendantes ou les services de psychiatries vont être très routiniers. De même, elle explique que certaines infirmières vont prendre le soin comme une routine alors que d'autres vont dire que c'est un nouveau soin à chaque fois.

- Quels sont les éléments qui, au cœur de votre pratique quotidienne impactent votre posture professionnelle ?

Spontanément, quatre des six infirmières m'ont répondu que le principal facteur pouvant impacter leur posture était leur propre état personnel avec la fatigue ou le fait d'avoir des problèmes personnels. Les autres réponses qu'ont données quatre infirmières concernent la structure de soins avec la charge de travail, les conditions de travail, la pression ou encore les mésententes dans l'équipe.

J'ai ensuite demandé à toutes les infirmières si le patient lui-même pouvait impacter leur posture. Ici encore, les réponses divergent. Quatre des soignantes me répondent que non. L'infirmière 6 évoque que si un patient « *l'agace* », cela ne modifie pas sa manière d'être car elle prend sur elle. Pour les deux autres professionnelles, les relations avec les patients mais aussi avec les familles peuvent modifier leur posture. L'infirmière 5 ajoute que « *si tu as un problème avec un patient, tu peux toujours passer la main* ».

- Comment pensez-vous qu'évoluent vos convictions et vos valeurs avec l'expérience ?

Enfin, concernant cette dernière question, cinq des six infirmières m'indiquent que l'expérience professionnelle n'a pas véritablement changé leurs convictions et leurs valeurs ou alors qu'elle les a renforcées. En revanche, l'infirmière 2 insiste sur le fait que les convictions et les valeurs évoluent « *différemment pour chacun* » et quatre des soignantes évoquent le fait qu'outre l'expérience professionnelle, l'âge ou la vie personnelle peuvent les faire évoluer. L'infirmière 6 m'explique que « *certaines convictions et certaines valeurs peuvent évoluer positivement comme négativement, après, tout dépend aussi de la vie personnelle que tu as à côté* ».

Pour l'infirmière 3, l'expérience professionnelle a modifié ses convictions concernant les soins palliatifs. Elle nous dit que « *quand on a vu des gens souffrir, moi, c'est quelque chose que je ne supporte plus* ».

- **Analyse interprétative**

L'expérience professionnelle étant au cœur même de ce travail de fin d'études, je souhaitais observer qu'elle pouvait être son influence auprès des infirmières. J'avais vu, lors de ma phase conceptuelle, que l'expérience professionnelle pouvait nous confronter, au quotidien, à une forme d'habitude voir de routine. Effectivement, la majorité des infirmières évoquent cette notion d'habitude dans leurs soins. Cependant, seule une minorité d'entre elles nous disent être dans la routine voire dans une forme de démotivation. Il ressort des réponses un élément non exploré dans le cadre théorique qu'est la notion de « services spécifiques ». En effet, certains services seraient plus « propices » à l'installation de cette routine. Or, il est important de mettre en valeur cette subjectivité car l'infirmière 3 nous dit avoir elle-même choisi de travailler en service de soins de suite et de réadaptation auprès de personnes soignées majoritairement âgées et que, même si elle est dans l'habitude, elle n'est, en aucun cas, dans la routine ni dans la démotivation.

Lors de mon questionnement initial, je me demandais si la personne soignée elle-même pouvait, au fil du temps, impacter notre posture professionnelle. Au regard des réponses apportées, je constate d'une part que le patient n'est pas cité comme l'un des facteurs principaux pouvant impacter notre posture au quotidien et d'autre part, que la majorité des infirmières ne considèrent pas que le patient puisse influer sur leur manière d'être. En revanche, il me semble important de noter un autre élément évoqué pas plusieurs infirmières qui est celui des relations avec la famille du patient qui peuvent parfois être difficiles voire pesantes. Les résultats des entretiens mettent aussi en évidence un autre élément non exploré au cours de la phase théorique qui est celui de notre propre état personnel. En effet, pour les soignantes, le principal facteur pouvant impacter leur posture concerne les problèmes qu'elles peuvent rencontrer dans leur vie personnelle. Les autres éléments du quotidien cités par les infirmières rejoignent ceux évoqués au cours de ma phase théorique.

Enfin, concernant l'évolution de leur conception du prendre soin et de leur posture au fil de l'expérience, les réponses apportées par les infirmières sont intéressantes et surtout très différentes de celles développées dans mes concepts. Au travers des dires des professionnelles, nulle part il n'est question de banalisation de la personne soignée. Au contraire, ces entretiens mettent l'accent sur une expérience riche et formatrice faisant évoluer la posture infirmière par le biais des diverses situations auxquelles elle est confrontée. Ainsi, les réponses apportées par les infirmières rejoignent la réflexion menée par le sociologue Robert Ezra Park lorsqu'il nous dit que nos attitudes ont leur origine dans l'expérience. Il est important de noter que même avec cette notion d'expérience professionnelle, la plupart des infirmières n'évoquent pas de changements particuliers dans leurs valeurs ou dans leurs conceptions initiales du prendre soin, sinon une amélioration grandissante. S'il ressort de cette analyse, pour la majorité des soignantes interrogées, un aspect « positif » apporté par la notion d'expérience professionnelle, appuyons sur le fait que d'autres infirmières évoquent tout de même un changement dans leurs convictions ou dans leurs approches à la personne soignée. Il convient alors de mettre en avant l'importance du ressenti personnel vécu par chaque soignante.

2.4) L'humanisation de notre pratique au quotidien

- **Analyse descriptive**

    - Cela vous arrive-t-il de prendre du recul et d'avoir un temps de réflexion sur votre savoir-être et votre manière de prendre en soin la personne soignée ? Pensez-vous que cela soit nécessaire au quotidien ? Sans cette prise de recul, pensez-vous que nous pouvons devenir non-bientraitant ?

Lorsque j'ai posé cette question aux infirmières, les six soignantes m'ont toutes répondu qu'elles prenaient du recul et qu'elles avaient un temps de réflexion sur leur manière de prendre en soin la personne soignée. Pour cinq d'entre elles, cela leur paraît nécessaire au

quotidien. L'infirmière 3 évoque le fait qu'il faut « *toujours se questionner sur ce que tu fais car tu n'es pas parfaite* ». L'infirmière 4 me dit que, sans cette réflexion au quotidien, ce serait un risque de devenir trop sûr de soi et elle ajoute que « *c'est nécessaire de savoir prendre un petit peu de recul et de s'interroger sur comment on est* ». Enfin, l'infirmière 6 évoque le fait que c'est « *nécessaire de prendre du recul pour savoir si on a bien fait les choses* » et qu'il faut savoir se remettre en question par rapport à la pratique et à l'attitude qu'on a avec le patient. En revanche, l'infirmière 5 nous dit que « *tu ne vas pas te poser des questions existentielles à longueur de journée alors que tu as déjà ton boulot à gérer* ». Elle ajoute que c'est difficile car il y a déjà la notion de temps et de charge de travail.

J'ai ensuite demandé aux infirmières si elles pensaient que sans cette prise de recul, elles pouvaient devenir non-bientraitantes. Cinq d'entre elles sont d'accord pour me dire qu'il est assez rapide d'arriver à une forme de non-bientraitance dans leurs soins. L'infirmière 3 évoque que « *ça peut aller très vite* » avec le fait d'avoir des « *problèmes chez soi* », « *trop de travail* » ou de ne « *pas supporter quelqu'un* » et qu'il est vraiment important de savoir passer la main. L'infirmière 4 ajoute que le fait de se poser des questions régulièrement permet d'arrêter cette situation de non-bientraitance. Or, elle évoque aussi qu'on ne s'en aperçoit peut-être pas toujours. L'infirmière 5 nous dit qu'au niveau ministériel, des formations sur l'Humanitude vont être mises en place dans les établissements d'hébergements pour les personnes âgées dépendantes pour que les soignants puissent avoir une réflexion sur le soin qui est devenu routinier et donc maltraitant. L'infirmière 1, quant à elle, nous dit que si elle est un peu « *braque* » ou « *froide* » dans ses soins, elle s'en rend compte et qu'elle sait réajuster. De ce fait, elle ne pense pas qu'elle puisse entrer dans la non-bientraitance.

- Connaissez-vous la philosophie de l'Humanitude ou d'autres philosophies de soin ? Pensez-vous que des formations sur la philosophie de l'Humanitude ou sur la posture éthique sont importantes pour continuer à donner du sens à notre prise en soin quotidienne ?

Lors de cette question, quatre infirmières me déclarent ne pas connaître du tout la philosophie de soin de l'Humanitude et ne jamais en avoir entendu parler. L'infirmière 4 me dit que l'Humanitude est un mot qu'elle a déjà entendu mais qu'elle n'est pas « *allée plus loin que ça* ». Seule l'infirmière 5 connaît bien cette philosophie de soin et elle y fait référence à plusieurs reprises au cours de notre discussion. Après explication de la philosophie de l'Humanitude dont je parle au cours de mon travail de fin d'études, toutes les infirmières sont d'accord pour dire que cette philosophie serait intéressante dans leur pratique quotidienne. L'infirmière 3 évoque que « *le fait d'avoir fait une petite caresse ou d'avoir un sourire c'est très bénéfique pour les gens* » mais que c'est en nous et que nous ne l'apprenons pas à l'école. L'infirmière 2 me dit que « *l'éthique ça peut t'apporter quelque chose dans ton savoir être et l'Humanitude je pense que ça peut t'apporter quelque chose dans ton savoir-faire* ». Elle ajoute que ce serait intéressant de faire ce type de formations lorsqu'on est en activité mais pas à l'école car nous n'avons peut-être pas assez de recul. L'infirmière 4 souligne d'autant plus la nécessité de se poser des questions notamment « *avec la place de l'ordinateur dans les services et où on risque de s'éloigner un peu du patient parce qu'il y a cet écran qui vient s'interposer* ». Néanmoins, notons que même si les infirmières 1 et 6 me disent que cela serait intéressant, elles n'en ressentent pas forcément le besoin dans leur pratique. Au cours de son entretien, l'infirmière 1 me dit que « *les gens veulent être pris en charge du mieux possible par un bon docteur et être rassurés, donc si t'as ça, ça te suffit* » et qu'elle n'a pas forcément le temps de se demander s'il leur faudrait quelque chose en plus. Pour l'infirmière 6 qui travaille au bloc opératoire, elle m'indique que dans sa pratique actuelle elle n'en ressent pas forcément le besoin mais qu'en service, oui.

- Quelles réflexions suscitent pour vous mon hypothèse de recherche ?

Avec la dernière question de mon guide d'entretien, je souhaitais avoir les avis des professionnelles concernant mon hypothèse de recherche. La plupart des infirmières n'ont pas émis de réflexion en particulier, sinon le fait qu'elles étaient d'accord avec ma proposition.

L'infirmière 1 me dit que « *ça c'est sûr, ton savoir-être et ton savoir-faire c'est des valeurs les plus importantes pour une infirmière* ». L'infirmière 2 évoque que « *ça ne m'amène pas de réflexion en fait, ça me conforte dans l'idée que la prise en charge du patient elle n'est pas que technique* ». L'infirmière 4 me dit qu'elle est d'accord mais me confie qu'elle a quand même peur que quelqu'un qui n'aurait pas au départ cette réflexion éthique quotidienne risquait d'augmenter les risques de maltraitance par sa façon de faire les soins. Enfin, au cours de la discussion avec l'infirmière 5, celle-ci me dit que certaines infirmières sont peut-être dans la routine mais qu'elles ne se rendent pas compte de la manière dont elles se comportent avec le patient et qu'il serait intéressant « *peut-être justement de lui permettre de faire un peu d'éthique ou faire un peu d'Humanitude ou de réflexion personnelle sur est-ce que c'est vraiment un soin de qualité qu'elle fait ?* ». Lorsque j'ai poursuivi la discussion avec cette infirmière toujours au sujet de l'hypothèse, je lui ai ensuite demandé comment faire pour essayer de donner ce sens humaniste et ce petit « quelque chose en plus » dans notre prendre soin. Celle-ci m'a dit que mon hypothèse était bonne justement avec la réflexion éthique et l'Humanitude. Elle a aussi ajouté que le fait d'être avec quelqu'un qui nous l'inculque nous donnera peut-être envie d'essayer. L'infirmière termine par évoquer l'immobilisme présent chez certains collègues en ajoutant que celui-ci existe et qu'il y a des personnes qui ne veulent pas changer.

- **Analyse interprétative**

Lors de ce dernier item et en lien avec mon hypothèse de recherche, je souhaitais savoir auprès des infirmières quelle place tenait la réflexion mais aussi le sens éthique au cœur de leur pratique quotidienne. Je constate que toutes les soignantes accordent une place importante au fait d'avoir un temps de réflexion sur leur savoir-être et sur leur manière de prendre soin. La majorité d'entre-elles s'accordent aussi à dire que sans cette prise de recul, de la non-bientraitance pourrait intervenir dans nos pratiques quotidiennes. Au travers des dires des infirmières et en lien avec mon cadre théorique, je constate alors que ces situations de non-bientraitance existent, d'où l'intérêt et la nécessité de cette réflexion. La philosophie de soin de l'Humanitude dont je parle au cours de ma phase conceptuelle me paraît importante pour donner du sens à la prise en soin quotidienne. Je me rends compte, après avoir interrogé les infirmières, que la majorité d'entre-elles ne connaissent pas cette philosophie de soin.

Enfin, concernant mon hypothèse de recherche, même si toutes les infirmières sont d'accord avec ma proposition, très peu d'entre-elles reviennent sur les notions de « réflexion éthique » et de « sens humaniste » évoquées dans l'hypothèse. Lors de mes lectures, j'ai retenu que Stéphanie Combes indiquait que l'éthique s'appuyait sur « *les valeurs humanistes, sources d'une réflexion sur le sens de l'action, en tentant de déterminer la visée du bien, la visée de la vie bonne* ». Ainsi, au travers des dires des auteurs, j'avais pu voir que l'éthique se révélait être une nécessité pour les soignants, leur permettant de réfléchir sur le sens donné à leurs actes. Les entretiens que j'ai fait passer mettent en lumière le fait que les notions de « sens éthique », de « sens humaniste » et « philosophie de soins » peuvent paraître un peu « floues » aux yeux de la plupart des soignantes. De même, certaines infirmières font ressortir de leurs réponses cet aspect de subjectivité au cœur de la pratique en soulignant que même en ayant une réflexion sur leur manière d'être, il se peut qu'on ne se rende pas toujours compte de la manière dont on se comporte. En cette fin d'analyse et grâce aux réponses apportées par les infirmières, de nouvelles interrogations émergent alors : pouvons-nous rendre compte que nous sommes dans la « routine » ? Nous apercevons-nous toujours de notre manière d'être ? Quel sens donnons-nous à notre pratique quotidienne ?

3) La synthèse des résultats et la confrontation avec l'hypothèse

Rappelons qu'en lien avec mon questionnement et ma problématique de départ, j'avais émis la question de recherche suivante : « *En quoi l'expérience professionnelle peut-elle influencer la posture infirmière et de ce fait la qualité du prendre soin du patient* ? » Suite à mes recherches théoriques, j'avais ensuite formulé l'hypothèse de recherche suivante : « *En dépit de l'expérience professionnelle, une réflexion éthique quotidienne sur nos valeurs fondamentales de soignant et notre savoir-être nous permet de donner un sens humaniste à notre pratique et de promouvoir une prise en soin de qualité* ». Arrivée à cette phase du travail, il convient désormais de confronter mon hypothèse aux points essentiels auxquels m'ont amené mes différentes recherches. Aussi j'attirerai principalement l'attention du lecteur sur plusieurs éléments importants qui ressortent de cette analyse dont un qui me semble vraiment fondamental sur lequel m'a menée cette recherche.

Tout au long de ce travail de fin d'études, je me suis demandé si l'expérience professionnelle pouvait avoir un impact particulier sur la posture de l'infirmière et sa manière d'être. Cette recherche m'a fait prendre conscience des divers éléments du quotidien qui peuvent influencer cette posture et qu'il faut veiller à rester vigilant pour la conserver au fil du temps. Elle m'a montré surtout que l'expérience est pourvoyeuse de sens puisqu'elle fait sans cesse évoluer le soignant au gré des situations qu'il rencontre. Il est donc possible d'affirmer ici que l'expérience professionnelle et le temps ne change pas complètement le soignant au cours de son exercice professionnel mais le fait évoluer et, cela, de façon différente pour chacun d'entre eux.

Il ressort aussi de cette analyse qu'il faut une posture infirmière pour avoir une qualité de prise en soin. Ainsi, ce second élément et les réponses apportées par les infirmières valident en partie mon hypothèse de recherche. En effet, l'analyse nous révèle qu'il est important d'avoir une réflexion et de se questionner sur notre manière d'être et sur notre manière de prendre soin. Toujours en lien avec la posture infirmière, je souhaitais souligner l'importance de la notion de subjectivité révélée par cette recherche. Si l'expérience professionnelle peut, certes, avoir une certaine influence sur la manière dont on est, c'est surtout, bien plus que l'expérience professionnelle à proprement dit, l'importance de la place subjective qui ressort de cette analyse. Les soignants mettent en avant des valeurs différentes, des attitudes et une conception du prendre soin qui leur est propre. Aussi, même si la posture est importante auprès de la personne soignée, elle est différente selon chaque soignant et elle peut varier en fonction de ce qu'ils vivent dans leur vie personnelle et suivant l'état d'esprit dans lequel ils se trouvent. Il apparaît intéressant alors de montrer qu'il existe une grande variabilité de posture et que la prise en soin va être différente selon le soignant qui la fait.

Ainsi, l'élément fondamental que révèle cette recherche et sur lequel il est nécessaire d'insister concerne l'importance de la conscience personnelle. Quand on est soignant, on peut entrer dans une chambre, faire la prise de sang, donner les médicaments et aller rapidement faire les autres soins dans la chambre d'à côté. Mais on peut aussi frapper à la porte de la chambre, entrer avec le sourire, poser un regard bienveillant et témoigner de l'attention à la personne soignée en se montrant à son écoute et en lui parlant avec douceur. Le prendre soin dépend alors d'une conscience personnelle qui est propre à chacun en lien avec ses valeurs, ses attitudes et du sens qu'on souhaite donner à la prise en soin. Cette notion de subjectivité mise en exergue par ce travail nous montre alors que seul le soignant est capable d'apporter ce petit « plus » aux soins, petit « plus » qui donne à la prise en soin une dimension bien plus humaine. Chaque soignant est censé porter en lui cette part d'humanisation, à condition qu'il en ait la volonté et l'envie ; l'envie de ne plus simplement qu'effectuer un soin banal, l'envie véritable d'aller à la rencontre de l'Autre et de le voir dans sa singularité, l'envie d'apporter cette touche d'humanité à chaque prise en soin au travers de ce sourire, de cette parole douce, de cette bienveillance. Car c'est bien ce petit « quelque chose en plus » présent en chacun de nous qui nous permet de véritablement définir la notion du Prendre Soin. Cette humanisation, il n'en va que de la prise de conscience personnelle de chacun d'entre nous...

Ainsi, il apparaît opportun de conclure la synthèse de cette analyse en validant partiellement l'hypothèse de recherche formulée pour ce travail de fin d'études. Nous pouvons en effet valider le fait qu'il est nécessaire d'avoir un temps de réflexion éthique sur nos valeurs de soignant et notre savoir-être afin de promouvoir une prise en soin de qualité. Or, de par la notion de subjectivité révélée par cette recherche, le prendre soin peut être conçu différemment pour chaque soignant et même avec cette réflexion sur nous-mêmes, nous pouvons ne pas nous rendre compte de la manière dont nous sommes. De même, cette analyse révèle que peu d'infirmières connaissent la philosophie de soin de l'Humanitude, que l'éthique est une notion assez vague et que la notion de sens humaniste dont je parle dans mon hypothèse de recherche n'est évoquée à aucun moment. Aussi, il serait judicieux de compléter cette hypothèse en s'interrogeant sur l'intérêt de mettre en place des formations sur l'éthique et sur des philosophies de soins afin de sensibiliser les soignants sur l'importance de cette notion de conscience personnelle dans le prendre soin. En effet ces formations pourraient se révéler intéressantes pour donner une perspective plus humaniste aux soins et peut-être participer à faire émerger ce petit quelque chose en plus qui sommeille en chacun des soignants.

4) Les limites de l'enquête

Lors de cette partie et en lien avec mon enquête exploratoire, j'ai pu rencontrer plusieurs difficultés.

Tout d'abord, les réponses subjectives et les points de vue divergents apportés lors des entretiens ont rendu l'analyse de ce travail complexe. De même, les infirmières ont toutes apporté des réponses riches et variées sur le sujet proposé et il m'a donc fallu sélectionner les éléments de réponse les plus probants pour mon analyse.

Aussi, certains des termes employés ont posé problème aux professionnelles comme celui sur la « posture infirmière ». La majorité des infirmières m'ont demandé de leur expliquer ce que j'entendais par cette notion si bien que mes explications ont peut-être influencé leurs réponses.

Concernant mon hypothèse de recherche, je l'ai faite lire à toutes les infirmières afin que cela soit le plus compréhensible possible. La majorité des soignantes ont dû la relire à plusieurs reprises avant de la comprendre. Aussi, il est tout à fait possible que mon hypothèse ait été pour elles un peu longue et les notions abordées complexes et sans doute un peu trop abstraites pour des personnes ne les ayant pas étudiées au préalable.

Enfin, ma recherche se révèle être qualitative compte tenu du nombre de personnes interrogées. Elle n'est en aucun cas quantitative et met en avant de manière synthétique les réponses majeures apportées par les infirmières. Si j'avais poursuivi mon enquête, j'aurais peut-être trouvé des réponses similaires aux témoignages que j'ai recueillis ou d'autres réponses différentes qui auraient alors montré des éléments divergents.

CONCLUSION

Après pratiquement un an de lectures, de réflexions, de recherches, d'interrogations et d'écriture, me voici arrivée à la fin de mon travail de fin d'études. Ce travail est donc le fruit de près d'un an d'investissement personnel intense sur lequel j'ai pris plaisir à réfléchir. En lien avec mes trois années de formation, mes différentes observations et mon devenir soignant, un véritable questionnement professionnel s'est alors posé, celui de savoir si l'expérience professionnelle pouvait influencer la posture infirmière et la qualité du prendre soin du patient. Mes rencontres avec les propos des différents auteurs et plus directement avec les professionnels de santé ont été riches de sens et de connaissances, me faisant voyager autour des notions d'expérience, de soin, d'humanisme, de valeur, de posture… Aussi, au fil de mes nombreuses lectures et de mes discussions riches auprès du personnel soignant, ma recherche s'est construite et a beaucoup évolué. D'un questionnement sur l'expérience professionnelle, mon étude m'a menée jusqu'aux notions de subjectivité et de conscience personnelle. Ainsi, cette recherche a mis en exergue l'importance de l'implication personnelle et de la conscience personnelle au cœur du métier d'infirmière.

Aujourd'hui et à l'aube de devenir à mon tour infirmière, ce travail de fin d'études n'a fait que me conforter et me renforcer dans l'idée de la future professionnelle de santé que je souhaite devenir. En effet, cette réflexion sur ce sujet précis m'a confortée dans l'idée qu'il est plus que nécessaire d'adopter une posture profondément humaniste auprès de la personne soignée. Elle m'a aussi conforté dans l'idée qu'il faut prendre en compte chaque personne dans la singularité de sa situation, en adoptant toujours une posture bienveillante. Enfin, elle m'a montrée qu'on doit se rappeler, en dépit des années qui passent, du sens profond de la raison pour laquelle on a choisi d'exercer le métier d'infirmière.

Aller au-delà, apporter ce petit quelque chose en plus dans le soin, ce sourire, ce regard, cette bienveillance dépend, in fine, du sens que chacun veut donner à son soin. De ce fait, le prendre soin est extrêmement personnel. Il dépend véritablement de notre propre conscience personnelle mais surtout de notre personnalité. Par conséquent, pour un nouvel objet de recherche, il serait intéressant de travailler sur la question suivante :

En quoi la personnalité infirmière, de par l'importance donnée à sa conscience personnelle, peut-elle apparaître comme une richesse dans l'humanisation qu'elle apporte dans ses soins ?

Le philosophe Erasme disait « *l'homme ne naît point homme, il le devient* ». C'est cette phrase qui me vient à l'esprit pour terminer mon travail de fin d'études. Un cheminement de trois ans au début duquel on n'est pas infirmier mais vers lequel on tend, jour après jour, année après année, toujours en quête de perfectionnement et de nouvelles expériences professionnalisantes, et ce, au-delà même du diplôme. Un chemin de trois ans pour apprendre et comprendre un peu plus chaque jour ce qu'est le métier d'infirmière. Trois années intenses rythmées par des joies, des remises en question, des doutes mais surtout trois années riches d'expériences et dont je ressors aujourd'hui grandie et épanouie. Un long chemin de trois ans mais qui paraît, au final, tellement court face à cette grande route qui m'attend et que je souhaite à mon tour emprunter pour effectuer ce métier avec envie et humanité.

Fin

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- BARRIER, Guy. *La communication non verbale : Comprendre les gestes : perception et signification*. 5e édition. ESF éditeur, 2010. 192 pages. (Formation permanente). ISBN 978-2-7101-2109-1

- BIOY, Antoine, BOIRGEOIS, Françoise, NEGRE Isabelle. *Communication soignant-soigné repères et pratiques*. Bréal, 2003. 143 pages. (IFSI Formations Paramédicales). ISBN 2 7495 0118 0

- BONNETON-TABARIES, France, LAMBERT-LIBERT, Anne. *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Med-Line, 2006. 151 pages. (IFSI). ISBN 2-84678-061-7

- DUPUIS, Michel ; GUEIBE, Raymond ; HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. Seli Arslan. Paris : 2011. 156 pages. ISBN 978-2-84276-173-8.

- EDMOND, Marc, PICARD, Dominique. *Relations et communications interpersonnelles*. 2e édition. Paris : Dunod, 2008. Pages 9-61. (Les Topos). ISBN 978-2-10-052177-7

- MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBEUF, Anne. *La relation soignant-soigné*. 2e édition. France : Lamarre, 2001. 173 pages. (Pratiquer). ISBN 2 85030 588-X

- HESBEEN, Walter. *La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante*. 2e édition. Paris : Masson, 1998, 2002. 208 pages. ISBN : 2-294-00921-5

- PHANEUF, Margot. *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*. France : Chenelière Education, 2011. Pages 11-13. ISBN 978-2-7650-2502-3

Articles de périodiques

Articles de périodiques imprimés

- CHANIAL, Philippe. Don et relation de soins. *Soins*. Décembre 2014, n° 791, pp 29-31. ISSN 0038-0814

- COMBES, Stéphanie. Penser l'enseignement de l'éthique. *Soins*. Décembre 2015, n° 801, pp. 44-46. ISSN 0038-0814

- DE BROCA, Alain ; KOHLER, Carole. Comment vivre le respect d'autrui en institution ? *Soins*. Avril 2011, n° 754, pp. 40-41. ISSN 0038-0814

- FRERING, Dominique. Le champ de l'éthique pour l'infirmière. *Soins*. Juin 1996, n° 607, pp. 38-41. ISSN 0038-0814

- GRASSIN, Marc. Le don et l'éthique du soignant. *Soins*. Décembre 2014, n° 791, pp. 37-39. ISSN 0038-0814

- GRUAT, Florence. Le soin, un acte éthique. *Soins*. Décembre 2015, n° 801, pp. 33-35. ISSN 0038-0814

- HARZAU-UGO, Huguette ; BOUISSON, Emmanuelle. Promouvoir la dignité et le respect de la personne âgée en institution. *Soins gérontologie*. Novembre-Décembre 2010, n° 86, pp. 33-34. ISSN 1268-6034

- HUREAUX, Claude. L'évidence du lien social à l'hôpital ou de l'individu perdu à l'individu retrouvé. *Soins*. Juin 1996, n° 607, pp. 42-45. ISSN 0038-0814

- MAROUDY, Daniel. L'éthique du soin. *Soins*. Décembre 2015, n° 801, p. 27. ISSN 0038-0814

- MORVILLERS, Jean-Manuel. Le care, le caring, le cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*. Mars 2015, n° 122, pp. 77-81. ISSN 0297-2964

- RIOPELLE, Lise ; TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière (1/2). *Soins Cadres*. Novembre 2002, n° 44, pp. 61-64. ISSN 0183-2980

- RIOPELLE, Lise ; TEIXIDOR, Montserrat. Approche humaniste de la pratique infirmière (2/2). *Soins Cadres*. Février 2003, n° 45, pp. 56-61. ISSN 0183-2980

- THOMINET, Patrick. Les valeurs en devenir. *Soins*. Avril 2011, n° 754, pp. 35-37. ISSN 0038-0814

- TERRAT, Evelyne. La communication fonctionnelle. *L'aide-soignante*. Octobre 2013, n° 150, pp. 12-14. ISSN 1166-3413

- TOCHEPORT, Pascale Principes éthiques dans la relation de soins. *Soins*. Avril 2011, n° 754, pp. 32-34. ISSN 0038-0814

- VARLET BECU, Anaïs, VILTART, Valérie. Soin intrusif et posture infirmière. *Soins*. Avril 2015, n° 794, pp. 27-28. ISSN 0038-0814

Articles de périodiques en ligne

- FAVETTA, Véronique ; FEUILLEBOIS-MARTINEZ Brigitte. Prendre soin et formation infirmière. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Décembre 2011, n° 107, pp. 60-75. Disponible sur : http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm#anchor_citation (consulté le 5 février 2016).

- FISCHER, Gustave-Nicolas. Le concept de relation en psychologie sociale. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Mars 1999, n° 56. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/56/4.pdf (consulté le 21 décembre 2015).

- GINESTE, Yves ; MARESCOTTI, Rosette ; PELLISSIER, Jérôme. L'humanitude dans les soins. *Recherche en soins infirmiers* [en ligne]. Septembre 2008, n° 94, pp. 42-55. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/94/42.pdf (consulté le 13 mars 2016).

- ROY, Marielle. Le modèle humaniste des soins infirmiers. L'Avant-Garde [en ligne]. Eté 2013, n° 2, pp. 1-4. Disponible sur : http://www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files//images/9243444.pdf (consulté le 13 février 2016).

Dictionnaires

Dictionnaires imprimés

- AMIEC Recherche. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. 3e édition. Paris : Masson, 2005. 333 pages. ISBN 2-294-01760-9

- PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 2e édition. Setes éditions, Avril 2015. 522 pages. ISBN 979-10-91515-28-3

- POTIER, Marguerite. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. France : Lamarre, 2002. 363 pages. (Les Fondamentaux). ISBN 2-85030-703-3

Dictionnaires en ligne sur internet

- Dictionnaire Le Dico des Définitions. Disponible sur : http://lesdefinitions.fr/

- Dictionnaire Le Larousse. Disponible sur : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais

- Dictionnaire Le Trésor de la Langue Française Informatisé. Disponible sur : http://atilf.atilf.fr/

- Dictionnaire du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Disponible sur : http://www.cnrtl.fr/

Sites internet

- Wikipédia, l'encyclopédie libre. *Soin infirmier* [en ligne]. 24 octobre 2015. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier#cite_note-5 (consulté le 22 décembre 2015).

- Humanis. *Agir pour le care* [en ligne]. 5 mars 2013. Disponible sur : https://www.agirpourlecare.com/2013/03/05/care-et-prendre-soin/ (consulté le 8 février 2016).

- GRIEPS. *Le concept de « CARE » : Les soins liés aux fonctions de la vie* [en ligne]. 4 février 2011. Disponible sur : http://www.grieps.fr/actualites-le_concept_de_laquo_care_raquo_les_soins_lies_aux_fonctions_de_la_vie-49 (consulté le 8 février 2016).

- FLEURY, Cynthia. *Le care-cure. L'Humanité* [en ligne]. 20 mars 2015. Disponible sur : http://www.humanite.fr/le-care-cure-568910 (consulté le 9 février 2016).

- TESTARD, Pierre. *La diversité du care. De Carol Gilligan à aujourd'hui* [en ligne]. 25 mai 2010. Disponible sur : http://www.nonfiction.fr/article-3469-p1-la_diversite_du_care_de_carol_gilligan_a_aujourdhui.htm (consulté le 8 février 2016).

- DURAND, Charlaine. *Textes législatifs, chartes, conventions… Relatifs aux droits des usagers de la santé* [en ligne]. 28 février 2012. Disponible sur : http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Textes-legislatifs-Chartes (consulté le 10 février 2016).

- BLEMONT, Patrice ; GENETY Claire. *Les droits des usagers du système de santé* [en ligne]. 15 juillet 2007. Disponible sur : http://www.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/wiki/econnaissances/view/Notions-Cles/Lesdroitsdesusagersdusystemedesante (consulté le 10 février 2016).

- Santé Publique. *Qualité des soins : définition* [en ligne]. 22 avril 2013. Disponible sur : http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/ (consulté le 9 février 2016).

- Intellego. *Maslow - La Pyramide des Besoins* [en ligne]. 2 octobre 2010. Disponible sur : http://www.intellego.fr/soutien-scolaire-2nde/aide-scolaire-ses/maslow--la-pyramide-des-besoins/46768 (consulté le 11 février 2016).

- PHANEUF, Margot. *L'approche humaniste : une influence en soins infirmiers psychiatriques* [en ligne]. Septembre 2012. Disponible sur : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2012/11/L_approche-humaniste-.pdf (consulté le 12 février 2016).

- PHANEUF, Margot. *Le concept d'humanitude : une application aux soins infirmiers généraux* [en ligne]. Disponible sur : http://cec-formation.net.pagesperso-orange.fr/phaneuf.pdf (consulté le 13 mars 2016).

- Wikipédia, l'encyclopédie libre. *Carl Rogers* [en ligne]. 2 mars 2016. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers (consulté le 10 février 2016).

VENAUT, Frédéric. *Donner du sens aux valeurs soignantes* [en ligne]. 13 juillet 2003. Disponible sur : http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-95.pdf (consulté le 20 février 2016).

- DESBROSSES, Stephane. *Attitudes : Définitions et caractéristiques* [en ligne]. 20 décembre 2007. Disponible sur : http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/121-attitudes-definitions-et-caracterist.html (consulté le 9 mars 2016).

- WIKIPEDIA. *Attitude (psychologie)* [en ligne]. 23 avril 2015. Disponible sur : https://fr.wikipedia.org/wiki/Attitude_(psychologie) (consulté le 8 mars 2016).

- TOUBOUL, Karine. *L'Humanitude, une philosophie au service des personnes âgées* [en ligne]. 14 avril 2009. Disponible sur : http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/psycho_pour_tous/seniors/13418-humanitude-philosophie-service-personnes-agees.htm (consulté le 13 mars 2016).

- PELLISSIER, Jérôme. *De la maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé* [en ligne]. Disponible sur : http://jerpel.fr/spip.php?article289 (consulté le 27 mars 2016).

Images

- http://www.info-france.fr/123LAPAROLECIRCULE/a-propos/4058879-tache-d-39-encre-noire-et-plume-sur-fond-blanc-isol/

- http://fr.dreamstime.com/illustration-stock-stylo-de-cannette-dans-l-encrier-croquis-de-vecteur-image49885159

- http://fr.dreamstime.com/illustration/plume.html#details52551040

• Textes législatifs

- *Profession infirmier : Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*. Berger-Levrault, à jour le 01/08/2013. 205 pages. (Formations des professions de santé). REF 531 200

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

- Article L. 4311-1 (*Modifié par Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 art. 52 Journal officiel du 18 décembre 2012*) du Code de la santé publique. Partie législative – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers – Titre I^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière

- Articles R. 4311-1 à R. 4311-7 du Code de la santé publique. Partie réglementaire – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers – Titre I^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière

- Article L. 4312-1 du Code de la santé publique. Partie législative – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers – Titre I^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière

- Articles R. 4312-1 à R. 4312-49 du Code de la santé publique. Partie réglementaire – Professions de santé – Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers – Titre I^{er} : Profession d'infirmier ou d'infirmière

- Préambule de la Constitution du 27 Octobre 1946. Disponible sur : http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/les-constitutions-de-la-france/constitution-de-1946-ive-republique.5109.html

- Déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 Décembre 1948. Disponible sur : http://www.un.org/fr/documents/udhr/

- Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé (Circulaire modifiée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée). Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040012.htm

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id

- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Disponible sur : http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&categorieLien=id

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

TABLE DES ANNEXES

Annexe I. **Questionnaire de pré-enquête** **44**

Annexe II. **Poème** **46**

Annexe III. **Guide d'entretien semi-directif** **47**

Annexe IV. **Retranscription d'un entretien mené auprès d'une infirmière** **49**

ANNEXE I :
Questionnaire de pré-enquête

QUESTIONNAIRE DE PRE-ENQUETE EN VUE DE L'ELABORATION DE LA QUESTION DE DEPART DEFINITIVE

En tant qu'étudiante infirmière au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de VIRE, je souhaiterais vous poser quelques questions concernant mon travail de fin d'études. Actuellement dans la phase pré-exploratoire de mon travail, j'aimerais soumettre ma question de départ provisoire à votre expérience de professionnel de santé afin de pouvoir la faire mûrir et évoluer vers ma question de départ définitive. Etant tenue au secret professionnel, je vous rappelle que cet entretien restera anonyme et sera utilisé uniquement dans l'intérêt de ce Mémoire. Mon travail s'articule autour de la question suivante :

« *En quoi la posture de l'infirmière va-t-elle permettre de développer la communication non-verbale dans la relation soignant-soigné ?* »

1) La présentation du soignant

- Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmier(e) ?
  ……..……
  ……..

2) La pertinence du sujet de Mémoire

- Que pensez-vous de mon sujet de recherche et de ma question de départ provisoire ?.....……
  ……..

- Selon vous, est-ce un sujet pertinent ? Trouvez-vous ce sujet intéressant ? S'inscrit-il dans le domaine de la profession infirmier(e) ?

  □ Si oui, pourquoi ?.....

  □ Si non, pourquoi ?.....

3) La posture de l'infirmière

- Au cœur de mon Mémoire, je me questionne sur la posture de l'infirmière. Pour vous, à quoi ce terme fait-il référence ?.....
  ……...
  .....

- Quelle définition pourriez-vous me donner de cette posture ?.....
  ……..

4) La communication non-verbale et la relation soignant-soigné

- Lorsque j'évoque la communication non-verbale, à quoi cela vous fait-il penser ?.....
  .....

- Que pensez-vous du toucher relationnel ? Pensez-vous qu'il tient une place importante lors des soins ?.....
  .....

- Utilisez-vous le toucher relationnel au cours de vos soins ?

  □ Si oui, pourquoi ?.....

  □ Si non, pourquoi ?.....

5) Les suggestions du professionnel

- Suite à cet entretien, avez-vous des remarques, conseils, pistes de réflexion à me soumettre pour m'aider dans mon cheminement ?.....
  .....

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé pour répondre à ces questions.
Marion ROUXEL

ANNEXE II :
Poème

Après le décès de cet homme dans une maison de repos, les infirmières trouvent quelque chose qui a changé leur vie.

Parmi les effets personnels du patient et les souvenirs d'une vie entière, elles ont trouvé ce poème :

Que voyez-vous Mesdames les infirmières ? Que voyez-vous ?
A quoi pensez-vous, quand vous me voyez ?
Un vieil homme grincheux, pas très sage,
Des habitudes étranges, un regard perdu ?
Qui fait tomber sa nourriture et ne répond pas.
Quand vous dîtes d'une voix forte, « J'aimerais vraiment que vous essayiez ! »
Qui ne semble pas remarquer, les choses que vous faites.
Et qui perd toujours quelque chose… une chaussette ou une chaussure ?
Qui résiste ou ne vous laisse pas faire comme vous le souhaitez,
Avec le bain et le repas, la journée est remplie ?
C'est ce que vous pensez ? C'est ce que vous voyez ?
Alors ouvrez vos yeux, infirmière. Vous ne me voyez pas.
Je vais vous dire qui je suis tant que je suis assis ici, en bonne santé,
J'exécute vos ordres, je mange selon votre volonté.
Je suis un petit enfant de 10 ans, avec un père et une mère,
Des frères et soeurs, qui ont pour chacun le même amour.
Un jeune garçon de 16 ans, avec des ailes aux pieds
Rêvant que bientôt, il rencontrera l'amour.
Un jeune marié à bientôt 20 ans, mon coeur fait un bon,
Me souvenant des voeux, que j'ai promis de garder.
A 25 ans, maintenant j'ai mon propre enfant,
Qui a besoin que je le guide, et d'une maison heureuse et sécurisée.
Un homme de 30 ans, mon garçon grandit vite,
Attaché l'un à l'autre, avec des liens qui devraient durer.
A 40 ans, mes jeunes garçons ont grandi et sont partis,
Mais ma femme est à mes côtés, pour s'assurer que je ne pleure pas.
A 50 ans encore une fois, les bébés jouent autour de moi,
Nous revoilà entourés d'enfants, mon amour et moi.
Des jours noirs sont sur moi, ma femme est maintenant morte.
Je regarde le futur, je frissonne de peur.
Mes plus jeunes élèvent leurs propres enfants.
Et je pense à ces années, et à l'amour que j'ai connu.
Je suis aujourd'hui un vieil homme, et la nature est cruelle,
C'est une plaisanterie qui fait ressembler la vieillesse à un imbécile.
Le corps s'émiette, la grâce et la vigueur partent,
Il y a maintenant une pierre, où j'avais avant un coeur.
Mais à l'intérieur de cette vieille carcasse, un jeune homme sommeille encore,
Et aujourd'hui, toujours, mon coeur battu se gonfle.
Je me rappelle les joies, je me rappelle les peines,
Et j'accepte le sombre fait que rien ne dure.
Donc ouvrez vos yeux, tous, ouvrez et regardez :
Pas un vieil homme grincheux,
Regardez plus près, voyez MOI !

Source internet du poème : http://www.feroce.co/mort_seul/

ANNEXE III :
Guide d'entretien semi-directif

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF EN VUE DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Madame, Monsieur, je suis une étudiante infirmière de troisième année au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de VIRE. Actuellement dans la phase exploratoire de mon travail de fin d'études, je souhaiterais mener plusieurs entretiens afin de confronter mon cadre théorique et mon hypothèse de recherche à votre expérience de professionnel de santé. Cet entretien durera environ trente minutes et me permettra de recueillir des données qualitatives qui me seront utiles pour la poursuite de mon travail. Aussi, pour pouvoir exploiter et analyser de la meilleure manière possible les résultats de cet entretien, je souhaiterais avoir votre accord pour vous enregistrer à l'aide d'un dictaphone. Etant tenue au secret professionnel, je vous rappelle que celui-ci restera anonyme, que vous pourrez y répondre en toute liberté et qu'il sera utilisé uniquement dans l'intérêt de ce travail de fin d'études.

Mon travail s'articule autour de la question de départ suivante :

« ***En quoi l'expérience professionnelle peut-elle influencer la posture infirmière et, de ce fait, la qualité du prendre soin du patient ?*** »

La présentation du soignant

1) Pourriez-vous vous présenter à moi en m'indiquant :

- Quel est votre âge ?
- L'année de votre diplôme d'infirmier(e) ?
- Depuis combien d'années vous travaillez en service ?
- Les différentes structures de soin ou services dans lesquels vous avez travaillé ?

La qualité du prendre soin et la posture professionnelle

2) Pour vous, à quoi correspond une prise en soin de qualité ? ……...

……..

3) A vos yeux, quelles sont les valeurs fondamentales infirmière ?

.....

.....

4) Quelles sont, selon vous, les attitudes importantes que l'infirmière doit avoir auprès du patient ? ….....

……..

5) Pensez-vous que la posture infirmière va tenir une place importante dans cette qualité de prise en soin ? (*j'entends par la notion de posture les valeurs et les attitudes que l'infirmière va mettre en avant lorsqu'elle est auprès de la personne soignée*)

……...

……..

L'évolution de la posture et de la conception du prendre soin au fil de l'expérience

6) D'après vous, la posture infirmière évolue-t-elle avec l'expérience professionnelle ? Est-ce que l'expérience professionnelle vous a fait changer ? Si oui, en quoi et par rapport à quoi ? (*L'expérience professionnelle modifie-t-elle notre conception du soin ? Notre rapport à la personne soignée ? La qualité de la prise en soin ? Nos convictions initiales ? Nos valeurs, attitudes et savoir-être ?*)

……...

……..

7) L'expérience professionnelle vous amène-t-elle à une forme de routine, d'habitude, voire de démotivation ?.....

……...

8) Quels sont les éléments qui, au cœur de votre pratique quotidienne impactent votre posture professionnelle ?

- ☐ Organisation de la structure de soins ?
- ☐ Moyens ?
- ☐ Patient ?
- ☐ Autre ?

9) Comment pensez-vous qu'évoluent vos convictions et vos valeurs avec l'expérience ?

……...

……...

L'humanisation de notre pratique au quotidien

10) Cela vous arrive-t-il de prendre du recul et d'avoir un temps de réflexion sur votre savoir-être et votre manière de prendre en soin la personne soignée ? Pensez-vous que cela soit nécessaire au quotidien ? Sans cette prise de recul, pensez-vous que nous pouvons devenir non-bientraitant ?

.....

……..

11) Connaissez-vous la philosophie de l'Humanitude ou d'autres philosophies de soin ? Pensez-vous que des formations sur la philosophie de l'Humanitude ou sur la posture éthique sont importantes pour continuer à donner du sens à notre prise en soin quotidienne ?

.....

……...

12) Quelles réflexions suscitent pour vous mon hypothèse de recherche qui est la suivante :

« *En dépit de l'expérience professionnelle, une réflexion éthique quotidienne sur nos valeurs fondamentales de soignant et notre savoir-être nous permet de donner un sens humaniste à notre pratique et de promouvoir une prise en soin de qualité* »

Je vous remercie pour votre disponibilité et du temps que vous m'avez accordé pour répondre à ces questions.

Marion ROUXEL

ANNEXE IV :
Retranscription d'un entretien mené auprès d'une infirmière

Entretien mené auprès d'une infirmière en libérale

- Date de l'entretien : le mercredi 30 mars 2016
- Durée de l'entretien : 34 minutes et 22 secondes
- Lieu de l'entretien : au domicile de l'infirmière, où nous étions assises en « face à face » autour d'une table
- Conditions de l'entretien : nous n'avons pas été interrompues au cours de cet entretien. Pour ne pas influencer mon travail, j'ai choisi volontairement une professionnelle que je ne connaissais pas.
- Enregistrement : l'infirmière m'a autorisée à enregistrer notre entretien

- **Etudiante infirmière** : Bonjour. Tout d'abord, avant de commencer cet entretien, je vais commencer par vous expliquer ses conditions.
- **Infirmière** : Très bien !
- **Etudiante infirmière** : Donc je suis étudiante infirmière à l'Institut de Formations en Soins Infirmiers de Vire. J'effectue en ce moment plusieurs entretiens pour recueillir des données qualitatives pour continuer mon travail de fin d'études. Je rappelle bien entendu que cet entretien est tenu au secret professionnel, il restera totalement anonyme et que vous pourrez y répondre en toute liberté. Voilà, ce sera vraiment utilisé uniquement dans le cadre de mon travail de fin d'études et après, toutes les données seront effacées !
- **Infirmière** : D'accord !
- **Etudiante Infirmière** : Donc je vais commencer par vous énoncer la question de mon travail qui est la suivante : En quoi l'expérience professionnelle peut-elle influencer la posture infirmière et de ce fait la qualité du prendre soin du patient ? Si vous voulez, je vais vous laisser la relire car à l'oral, ce n'est pas forcément très facile.
- **Infirmière** : (*L'infirmière lis la question*). Qu'est-ce qu'on entend par posture ? C'est-à-dire l'attitude, les réactions ?
- **Etudiante infirmière** : Voilà, c'est ça, c'est tout à fait ça ! Moi j'ai défini la posture dans ces termes-là dans mon travail de fin d'études mais après, selon les soignants, ça ne veut pas forcément dire la même chose. Donc effectivement, c'est derrière ces notions-là que je me centre. Alors mon premier grand item concerne la présentation du soignant. Est-ce que vous pourriez vous présenter à moi tout d'abord en m'indiquant votre âge ?
- **Infirmière** : J'ai 61 ans.
- **Etudiant infirmière** : D'accord. Quelle est l'année de votre diplôme d'infirmière ?
- **Infirmière** : Heu… Attends que je réfléchisse (*rires*). En 1977 !
- **Etudiante infirmière** : En 1977, très bien. Depuis combien d'années vous travaillez en service et dans quelles structures de soins vous avez travaillé ?
- **Infirmière** : Alors je vais parler en années, comme ça ça va être plus facile. Donc de 1977 à 2003 j'étais en service hospitalier. J'ai fait de la médecine générale, de la cardiologie, je suis revenue en médecine générale et je suis à nouveau revenue en cardiologie car j'aimais bien et qu'il y avait une place. Donc je suis restée plus de 20 ans en cardiologie. Et après, ma foi, j'ai décidé de partir de l'hôpital dans un premier temps pour arrêter et en fait j'ai eu l'opportunité

de prendre un poste d'infirmière libérale donc j'ai tenté. Et du coup ça fait depuis 2004 donc depuis 12 ans que je suis infirmière en libérale. Voilà pour les différentes structures dans lesquelles j'ai travaillé !

- **Etudiante infirmière** : Très bien ! Donc maintenant, mon deuxième grand item concerne la qualité du prendre soin et la posture professionnelle. Pour vous, à quoi va correspondre une prise en soin de qualité ?
- **Infirmière** : Alors la prise en soin de qualité, moi je la définirai en plusieurs items. Enfin en deux au moins. Il y a le côté psychologique et le côté physique. Le côté psychologique c'est d'abord savoir ce que le patient sait, savoir ce qu'il attend et savoir ses conditions de compréhension par rapport à ce qu'on va lui faire. Et sur le côté physique, essayer que ce soit fait dans les meilleures conditions d'installation. C'est difficile de parler de bien-être alors que bien souvent les soins infirmiers peuvent être douloureux. Mais au moins essayer à arriver à un certain confort.
- **Etudiante infirmière** : D'accord. A vos yeux quelles vont être les valeurs fondamentales infirmière ?
- **Infirmière** : Les valeurs fondamentales... (*l'infirmière réfléchit*). Moi je crois que l'écoute est une des valeurs les plus importantes. Ce n'est peut-être pas la première mais elle est importante. Il va de soi que vu qu'on fait des soins techniques et tout ça, une certaine dextérité est importante. Une rigueur dans la prise en compte des soins à faire. On va dire aussi une certaine disponibilité d'esprit. Alors dans les autres valeurs fondamentales, il y en a certainement plein d'autres, mais ce sont les principales pour moi.
- **Etudiante infirmière** : D'accord. Et quelles vont être, selon vous, les attitudes importantes que l'infirmière doit avoir auprès du patient ?
- **Infirmière** : Bah toujours pareil un petit peu. L'attitude d'écoute et de bienveillance. Et puis essayer de faire comprendre ce qu'on fait où ce à quoi les patients doivent s'attendre. Donner les informations les plus correctes sans dramatiser les choses. On a quand même beaucoup de soins difficiles notamment par rapport au cancer et tout. Donc voilà, essayer de mettre un petit peu de douceur dans nos soins quoi.
- **Etudiante infirmière** : Très bien. Et est-ce que vous pensez que la posture infirmière va tenir une place importante dans cette qualité de prise en soin ?
- **Infirmière** : Ah oui, c'est sûr que oui. Là, c'est sûr que oui. D'ailleurs en fonction de comment on est, on sent que certains patients aiment nous revoir. Je pense qu'on apporte quelque chose. Enfin j'espère (*rires*). Et c'est important cette relation d'écoute et de confiance. Et aussi, bon, on ne fait pas du bénévolat, notre métier ce n'est pas ça, mais ceci dit, il y a un petit quelque chose qui s'en approcherait. On ne peut pas se limiter aux soins. Il y a des choses autour. Enfin pour moi.
- **Etudiante infirmière** : Et donc du coup pour vous, c'est important cette posture par rapport au patient et à la qualité du soin?
- **Infirmière** : Oui. Parce que ça ne se limite pas au soin lui-même. Parce qu'en fin de compte, le soin en lui-même, c'est très limité! C'est justement tout ce qu'il y a à côté. Et c'est peut-être comme ce que nous on définissait, quand j'étais à l'école d'infirmière, comme le rôle propre de l'infirmière. Enfin c'est le plus important, je crois, par rapport au côté technique. Le côté technique, pour moi, est presque le support.
- **Etudiante infirmière** : D'accord. Est-ce que vous avez d'autres choses à rajouter par rapport à ça ?
- **Infirmière** : (*l'infirmière réfléchit*). Non, je ne vois pas d'autres choses.
- **Etudiante infirmière** : Alors maintenant mon troisième grand item c'est par rapport à l'évolution de la posture et de la conception du prendre soin au fil de l'expérience. D'après vous, est-ce que la posture infirmière elle évolue avec l'expérience professionnelle ?
- **Infirmière** : Oui c'est sûr. Parce que quand on commence, je pense qu'on est très pris par le côté technique, par le geste, par la compréhension d'une prescription. Bien sûr elle reste toujours autant importante avec le temps. Mais on arrive, à partir d'un certain temps, à ne plus

être complètement centré sur ça et à voir plus la personne dans sa globalité. A un moment donné, on a davantage l'habitude. Ce qui fait que ça allège et que ça te laisse plus disponible justement, pour ce côté d'écoute. C'est pas le terme bienveillance, parce que je crois qu'on y est dès qu'on a envie de faire ce métier là, mais on est plus libéré je crois.

- **Etudiante infirmière** : D'accord. Et est-ce que l'expérience professionnelle elle vous a fait changer ?
- **Infirmière** : Changer, heu... Oui, peut-être. C'est peut-être avec cette expérience-là que j'ai eu envie de voir autre chose, de vivre le métier d'infirmière autrement.
- **Etudiante infirmière** : Vivre le métier d'infirmière autrement, c'est-à-dire ?
- **Infirmière** : Pour moi personnellement, quand on est plus jeune, on est centré plus sur la technicité. Donc à l'hôpital c'est vrai qu'on est quand même plus à même de tout ça. Et avec les années ce n'est plus ça l'essentiel. Peut-être aussi qu'on a besoin, quand on est jeune dans le métier, d'être en équipe. Enfin je trouve. Et puis avec le temps, on peut se sentir moins mal à l'aise d'être seul.
- **Etudiante infirmière** : D'accord. Et est-ce que l'expérience vous a fait modifier votre conception du prendre soin par rapport au patient ?
- **Infirmière** : Je ne crois pas. Elle s'est accentuée. Si j'essaye de me rappeler mes jeunes années dans le métier, j'avais cette relation la déjà, d'écoute, de forme de partage.
- **Etudiante infirmière** : Est-ce que l'expérience vous a fait modifier vos rapports par rapport à la personne soignée ?
- **Infirmière** : Je crois qu'elle m'a donné encore plus envie de m'investir auprès de chaque personne.
- **Etudiante infirmière** : D'accord. Et est-ce que vous pensez que cette expérience professionnelle vous a fait évoluer dans votre qualité de prise en soins par rapport à la personne soignée ?
- **Infirmière** : Je ne crois pas. Ce qui peut des fois chambouler un truc c'est que, malgré toutes tes bonnes idées, la bonne volonté et cette envie de bien faire, il y a quand même des fois des choses qui viennent interférer. Du coup, même si tu as de l'expérience, il y a quand même le stress provoqué par certaines situations qui fait que tu peux très bien devenir moins aimable, moins prévenante, moins tout ça. Voilà, avec certaines situations d'urgence et tout ça. Et des fois quand tu refais le tour dans ta tête, il y a des choses qui te déplaisent dans ton comportement. Donc oui cette forme de stress. Et puis oui, des fois aussi le temps, parce que le temps passe souvent trop vite et par rapport au nombre de personnes à prendre en charge... Mais peut-être que justement, par rapport à l'expérience, le nombre d'années peut jouer en une certaine défaveur. Parce que peut-être un peu plus fatigué. En fonction de la vie, un petit peu plus ronchon. Il y a des risques aussi de ce côté-là (*rires*).
- **Etudiante infirmière** : Est-ce que l'expérience professionnelle vous amène à une certaine forme de routine, d'habitude au quotidien ?
- **Infirmière** : Et bah je crois pas. Je crois pas parce que les personnes sont toujours tellement toutes différentes que... Pourtant il y a certains patients que j'ai depuis que j'ai commencé. Donc depuis une dizaine d'années. Il y a quelque chose d'un petit peu toujours nouveau.
- **Etudiante infirmière** : Donc vous trouvez que vous n'êtes pas dans la routine quotidienne. Du coup ça ne vous amène pas à une forme de démotivation à un moment donné ?
- **Infirmière** : Non. Je crois que c'est des fois plus un peu de la lassitude mais plutôt de la lassitude par un état de fatigue. Mais non.
- **Etudiante infirmière** : D'accord. Donc pas de routine pour vous et pas d'habitude.
- **Infirmière** : Non. Enfin moi je ne le ressens pas de cette manière.
- **Etudiante infirmière** : Et quels sont les éléments de votre pratique quotidienne qui peuvent éventuellement impacter sur votre posture professionnelle ?

- **Infirmière** : Des fois l'état personnel. Enfin ce que tu vis autour de toi. Un exemple tout bête, je me rappelle, j'ai l'un de mes enfants qui passait le bac. Et je ne sais pas pourquoi mais j'avais peur ! Et je suis allée enlever des fils un matin de bonne heure à une personne. Mais je tremblais comme une malade quoi, parce que je ne pensais qu'à ça ! J'ai été obligée de le dire au patient. Et en fin de compte c'est lui qui a été à l'écoute et qui m'a permis de me déstresser pour que je fasse le soin correctement (*rires*). Donc c'est vrai que le côté vie personnelle peut être parasitant, ça c'est sûr.
- **Etudiante infirmière** : Est-ce qu'il y a d'autres éléments du quotidien qui peuvent impacter cette posture ?
- **Infirmière** : Oui, la forme physique. Il suffit que tu aies mal à la tête où que tu aies une envie pressante de faire pipi et que tu ne peux pas t'arrêter tu peux être un peu plus speed sur les soins. Des choses toutes bêtes, hein! D'autres choses aussi. Enfin, même si en tant qu'infirmière libérale on est assez seul, il suffit qu'il y ait des petites tensions au sein d'une équipe et ça se ressent. En structure hospitalière aussi, avec la hiérarchie parfois il peut ne pas y avoir une très bonne entente, un planning qui déplaît... Enfin il y a plein de choses qui peuvent jouer.
- **Etudiante infirmière** : Est-ce que vous voyez d'autres choses encore que ces éléments-là ?
- **Infirmière** : Non, pour moi c'est ce qui me paraît le plus important.
- **Etudiante infirmière** : Et est-ce que par exemple, le patient lui-même peut impacter sur la posture professionnelle ?
- **Infirmière** : Oui, oui. Un patient qui va être de mauvaise humeur ou qui va te faire le reproche de ne pas être à l'heure ou des choses comme ça. Des fois ça peut aussi te tendre un peu les relations mais bon il faut toujours avoir à l'idée que si le patient a une réaction comme ça c'est que derrière il y a autre chose. Après il y a les relations avec le patient mais il y a aussi les relations avec la famille. Ça peut des fois être très bien comme ça peut être pesant. La gestion des personnes autour n'est pas toujours des plus simples. Donc c'est sûr que tout ça peut jouer.
- **Etudiante infirmière** : Et ça peu, du coup, modifier notre manière d'être ?
- **Infirmière** : Je pense oui. Oui, oui !
- **Etudiante infirmière** : On arrive à ma dernière partie qui porte sur l'humanisation de notre pratique au quotidien. Comment pensez-vous qu'évoluent nos convictions et nos valeurs avec l'expérience ?
- **Infirmière** : Je crois qu'elles ne diminuent pas, toujours. Les valeurs elles ne diminuent pas. Mais voilà ça se modifie dans le sens où on allège d'un côté la pression et on la remet peut-être sur plus d'humanité. Je trouve que ce n'est jamais suffisant.
- **Etudiante infirmière** : Et quand vous dites qu'on va mettre plus de valeur, ça va être plutôt par rapport à quoi ?
- **Infirmière** : Et bien mettre un point plus important sur ce qui est mental. Plus que physique. Et ne pas découper la personne, en la voyant dans sa globalité. Avec l'expérience, la globalité de la personne c'est de plus en plus ça qui est important.
- **Etudiante infirmière** : Très bien, donc avec l'expérience ça vous apporte ça justement. Et au niveau de vos convictions est-ce qu'elles ont changé par rapport à la jeune diplômée que vous étiez au départ ?
- **Infirmière** : Non, non c'est pareil. Je crois vraiment que c'est resté dans la même lignée.
- **Etudiante infirmière** : Est-ce que ça vous arrive de prendre du recul et d'avoir un temps de réflexion sur votre savoir-être et votre manière de prendre soin de la personne soignée au quotidien ?
- **Infirmière** : Oui. C'est sûr que quand on refait le point de sa journée c'est vrai que des fois il peut y avoir une attitude ou quelque chose qu'on a dit où on se dit qu'on aurait peut-être pas dû dire ça de cette manière-là. Ou même des fois, des gestes comme par exemple une prise de sang qui peut paraître banale. Bien souvent on met le garrot, on pique rapidement et tout ça. Et je me suis aperçue en fait que si on prend le temps d'aller chercher un coussin et de bien

installer le patient et bah franchement c'est un confort pour tout le monde parce que le patient est plus détendu. Voilà des petites choses comme ça.

- **Etudiante infirmière** : Du coup est-ce que vous pensez que c'est nécessaire au quotidien d'avoir cette prise de recul et cette réflexion ?
- **Infirmière** : Bah ce serait un risque de devenir trop sûr de soi. Je pense qu'on peut aussi prendre des claques en étant trop sûr de soi. Je ne suis pas sûre que ce soit salutaire. Je crois que c'est nécessaire de savoir prendre un peu de recul et de s'interroger sur comment on est.
- **Etudiante infirmière** : Et est-ce que vous pensez que sans cette prise de recul-là on pourrait devenir non bientraitant dans notre pratique quotidienne ?
- **Infirmière** : Je ne sais pas si ce serait que à cause de ça. Mais je pense qu'on peut devenir maltraitant aussi par des raisons d'entourage et de stress. Je pense qu'on peut vite dévier pour différentes raisons, oui.
- **Etudiante infirmière** : Donc on peut devenir non bientraitant pas que à cause d'un manque de réflexion ?
- **Infirmière** : Disons que je me dis quand même que si on est maltraitant et que si on fait une analyse de temps en temps ça permet d'arrêter cette situation-là. Mais bon est-ce qu'on s'en aperçoit toujours? Peut-être que même en m'interrogeant, j'ai peut-être des attitudes qui ne sont pas bien. Peut-être que quand tu es en équipe tu peux être amené à en parler. Mais quand tu es seul c'est la porte ouverte aussi à n'importe quoi. D'où l'importance de se poser des questions régulièrement. C'est sûr c'est un métier à responsabilité qui n'est pas sans répercussion pour la personne soignée si on fait à la va-vite ou pas bien. Enfin pas bien, sans attention, sans écoute, sans tout ça.
- **Etudiante infirmière** : Est-ce que vous connaissez la philosophie de l'Humanitude ou d'autres philosophies de soins ?
- **Infirmière** : L'Humanitude c'est un mot que j'ai déjà entendu mais je ne suis pas allée plus loin que ça. Comment on pourrait la définir ?
- **Etudiante infirmière** : La philosophie de l'Humanitude c'est une philosophie de soin qui va être centrée sur la personne soignée. Elle nous interroge dans nos relations avec la personne soignée. C'est une philosophie de soin qui met en avant l'importance du regard dans notre relation au patient, l'importance du toucher, de la parole avec l'importance d'une parole douce et attentionnée par exemple.
- **Infirmière** : Ah oui d'accord !
- **Etudiante infirmière** : Du coup je me questionnais dans mon mémoire, à savoir si vous pensiez que des formations sur la philosophie de l'Humanitude ou sur la posture éthique c'était important pour donner du sens à notre prise en soin quotidienne ?
- **Infirmière** : Ah sûrement oui! Et encore d'autant plus maintenant avec la place de l'ordinateur dans les services et où on risque de s'éloigner un peu du patient parce qu'il y a cet écran qui vient s'interposer. Donc oui, se poser des questions c'est vraiment important.
- **Etudiante infirmière** : Pour vous, si on incluait ce genre de formation que ce soit sur notre posture éthique ou sur des philosophies de soins vous pensez vraiment que ça pourrait permettre de donner un sens à pourquoi on fait ce métier finalement ?
- **Infirmière** : Ah oui je pense que c'est vraiment primordial. Je pense que c'est nécessaire.
- **Etudiante infirmière** : Et est-ce que vous pensez que c'est important de donner du sens à notre prise en soin quotidienne ?
- **Infirmière** : Oui dans le sens où on disait tout à l'heure. Oui sinon ça deviendrait vite des gestes pour soigner qui serait ingrats et encore plus difficile à supporter pour le patient. Parce que c'est vrai qu'on fait des gestes qui ne sont pas drôles.
- **Etudiante infirmière** : Et ma dernière question concerne mon hypothèse de recherche. J'aurai souhaité que vous la lisiez pour me dire quelles réflexions elle suscite pour vous.

- **Infirmière** : (*l'infirmière lis l'hypothèse de recherche quelques secondes*). Bah voilà, j'aime bien le "en dépit de l'expérience professionnelle". C'est-à-dire que même après 1 an, 10 ans ou 20 ans, il faut vraiment cette réflexion là tout au long de la vie professionnelle. J'ai quand même peur que quelqu'un qui ne l'aurait pas au départ cette réflexion éthique quotidienne, je pense qu'il y a des risques après sur la façon de faire les soins. C'est vrai qu'on peut être doué sur le plan technique et tout ça mais s'il n'y a pas cette réflexion là… La réflexion éthique est primordiale. Je crois qu'en fin de compte il n'y a pas un soin qui ne se compose pas de la réflexion éthique et des valeurs. Ca va vraiment de pair. Mais bon on n'est pas au top tout le temps et il faut aussi savoir le reconnaître. Voilà.
- **Etudiante infirmière** : Très bien. Je vous remercie beaucoup pour cet entretien et pour toutes les réponses que vous m'avez apportées. Merci beaucoup à vous !
- **Infirmière** : Mais de rien, c'est normal. C'était très intéressant.

RESUME

De la posture subjective infirmière
Ce petit quelque chose humaniste qui peut tout changer…

Lorsque nous sommes étudiants infirmiers, nous partons avec une sorte d'idéal du soin et cette même volonté de centrer notre pratique sur le bien-être du patient. Plusieurs situations vécues au cours de ma formation m'ont amenée à me questionner sur l'influence que pouvait avoir l'expérience professionnelle sur la posture infirmière et sur la qualité du prendre soin du patient.

Après avoir fait des recherches littéraires, j'ai émis l'hypothèse que, malgré l'expérience professionnelle, une réflexion éthique sur nos valeurs fondamentales et notre savoir-être nous permet de donner un sens humaniste à notre pratique et de promouvoir une prise en soin de qualité.

Je suis ensuite allée à la rencontre de six infirmières. Les réponses qu'elles m'ont apportées lors des entretiens m'ont ainsi permis de mettre en lumière les éléments essentiels de cette recherche.

Il ressort que l'expérience professionnelle est pourvoyeuse de sens, bien que vécue différemment selon chaque soignant. Ainsi, mon sujet de recherche met l'accent sur la notion de subjectivité dans les soins. Plus que l'expérience professionnelle, c'est surtout notre propre posture, nos valeurs et nos attitudes qui influent sur cette qualité du prendre en soin. Mais qu'est-ce qui se cache derrière cette posture infirmière ? Qu'est-ce qui permet d'apporter ce petit quelque chose en plus unique pour chacune de nos prises en soin ? C'est à ce résultat fondamental que nous mène notre recherche.

Et si un soin de qualité dépendait finalement de notre propre conscience personnelle ?

Mots-Clés : idéal du soin ~ expérience professionnelle ~ posture infirmière ~ qualité du prendre soin du patient ~ valeurs fondamentales ~ sens humaniste ~ subjectivité ~ conscience personnelle

ABSTRACT

A nurse 's bedside manner
The little human touch that can change everything

As student nurses we start out with an ideal vision of health care and a will to centre our activity on patient well-being. During my training to be a nurse several situations have led me to wonder in what way professional experience could have an influence on our bedside manner and the quality of patient care.

Having done quite a lot of research covering this topic I would suggest that despite professional experience our basic core beliefs remain unchanged and that our relationship skills allow us to maintain a large degree of humanity and encourage high levels of care.

During the conversations that I had with six nurses their answers shed new light on the fundamentals of my research and investigation.

Apparently our work life gives nurses a feeling of purpose even though this may be interpreted differently by individuals. Therefore my research has focused on the subjective nature of patient care. Our interaction with patients is based more on our own bedside manner or core beliefs and this rather than our professional experience or past affect the quality of patient care.

But what is there really that shows up in our bedside manner? What is there that brings a unique something to every one of patient to nurse relationships and medical act? Our research should therefore tend towards an answer to this question.

Maybe the quality of our care depends on what we are as human beings and what is in our innermost selves…

Keywords : ideal vision of health care ~ professional experience ~ bedside manner ~ quality of patient care ~ basic core beliefs ~ large degree of humanity ~ subjective nature ~ innermost selves