INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS *****

Travail d'Initiation à la Recherche

Promotion 2011-2014

****

En quoi une réflexion personnelle de chaque infirmier/infirmière sur le sens qu'il/elle donne à ses compétences peut-elle lui permettre de « *prendre soin* » des patients au sens le plus humain de l'expression ?

1. SITUATION D'APPEL :....1

1.1. DESCRIPTION DE LA SITUATION D'APPEL : 1
1.2. QUESTIONNEMENT : 3
1.3. PROBLEMATISATION : 5
1.4. QUESTION DE DEPART PROVISOIRE : 6

2. PHASE EXPLORATOIRE : 6

2.1. LA REVUE DE LITTERATURE : 6
2.1.1. Le contexte des soins : 6
2.1.2. Qu'est-ce que prendre soin ? 8
2.1.3. L'expérience et les savoirs d'expérience. 9
2.1.4. La compétence comme processus de mobilisation des ressources face à une situation problématique. 10
2.1.5. La personne soignante : entre compétences et personnalité. 12
2.2. LES ENTRETIENS : 14
2.2.1. Objectifs et organisation : 14
2.2.2. Analyse des entretiens : 15
2.3. SYNTHESE DE LA PHASE EXPLORATOIRE: 18

3. QUESTION DE DEPART DEFINITIVE ET PROBLEMATISATION : 20

4. ANALYSE CONCEPTUELLE: 22

4.1. PRENDRE SOIN : 22
4.1.1. Définition du concept : 22
4.1.2. Le concept de « Prendre soin » en soins infirmiers. 23
4.1.2.1. Un changement de logique soignante : du corps objet au corps sujet. 23
4.1.2.2. Le prendre soin : entre valeur et représentations de la pratique infirmière. 24
4.1.3. Prendre soin : approches philosophiques et définitions. 27
4.1.3.1. Le soin est un lien social et touche à l'universalité du vivant. 27
4.1.3.2. *Prendre soin* où l'analyse et la réponse à la vulnérabilité des personnes. 28
4.1.3.3. L'opposition entre technicité et humanité au cœur du *prendre soin*. 30
4.1.4. Conclusion sur le concept du prendre soin : 31
4.2. LA COMPETENCE : 32
4.2.1. Définition du concept 32
4.2.2. La compétence selon Guy Le Boterf : 33
4.2.2.1. La compétence est un savoir mobiliser des ressources pour savoir-agir et réagir face à des situations complexes. 33
4.2.2.2. Le curseur de la compétence 33
4.2.2.3. La compétence relève d'une responsabilité partagée tout autant que d'un engagement personnel. 34
4.2.2.4. La réflexivité, dernier maillon de la compétence 36
4.2.3. La compétence dans le champ de la sociologie. 37
4.2.3.1. Définir le concept de compétence impose d'en comprendre les enjeux politiques et sociaux. 38
4.2.3.2. Les trois dimensions de la compétence dans le champ social. 40
4.2.4. Conclusion sur le concept de compétence 42
4.3. SYNTHESE DE L'ANALYSE CONCEPTUELLE : 42

5. CONCLUSION ET HYPOTHESE : 43

BIBLIOGRAPHIE ....

ANNEXES ....

RESUME ....

Afin de respecter l'anonymat des lieux et des personnes, les noms des structures et des personnes citées dans ce travail ont été modifié.

SITUATION D'APPEL :

1.1. DESCRIPTION DE LA SITUATION D'APPEL :

Le Mardi 20 Novembre 2012, à 13h, dans la salle à manger collective d'un service de rééducation-réadaptation gérontologique d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Cette situation se déroule lors de ma 3ème semaine de stage du troisième semestre de ma formation, et concerne une patiente dont je m'étais très peu occupé auparavant, étant affecté au sein de l'autre secteur du service, mais venant régulièrement aider de ce côté-ci.

Alors que tous les patients sont raccompagnés en chambre après leur repas pris en collectivité, Madame G, une patiente de 75 ans hospitalisée en rééducation se met à s'agiter sur son fauteuil roulant où elle est contentionnée avec une ceinture ventrale pour éviter qu'elle ne chute en avant. Madame G vit très mal sa perte d'autonomie suite à un accident vasculaire cérébral ischémique ayant entraîné une hémiplégie droite, elle qui est une « grand-mère hyper-dynamique » selon sa fille. Au cours des relèves, l'équipe s'occupant de Madame G parlait d'elle comme étant assez désagréable lors des soins, très exigeante avec les soignants, n'écoutant pas leurs recommandations. J'avais donc des représentations relativement négatives de cette dame. Cependant, je ne souhaitais pas me laisser guider uniquement par ces représentations mais bel et bien sur mes observations et expériences auprès de cette dame.

Je m'approche alors d'elle et lui demande ce qu'il se passe. Ayant de grandes difficultés à s'exprimer, et étant visiblement dans un état de stress avancé, elle me parle mais je rencontre de grosses difficultés à la comprendre du fait de son aphasie. Je me positionne alors à sa hauteur en cherchant son regard et lui demande doucement de m'expliquer plus calmement ce qu'il se passe. Je comprends alors les mots « kiné », « pas envie », « fatiguée ». Elle exprime le fait qu'elle ne souhaite pas descendre à sa séance de kinésithérapie aujourd'hui car elle est fatiguée et qu'elle n'en a pas envie. Devant sa demande, j'essaye d'abord de lui expliquer que ce travail est indispensable à sa rééducation. En vain. Elle s'effondre alors dans une crise de pleurs incontrôlable, « j'en ai marre… j'en peux plus… ». Je suis alors traversé par plusieurs sentiments. De l'impuissance dans un premier temps, car je ne vois vraiment pas comment trouver une solution à son malaise. Face à mon impuissance, j'ai même cru pouvoir me mettre en colère à un certains moment. Mais je me suis rapidement mis en recherche de solutions et à analyser la situation avec plus de recul : quelle est la priorité à ce moment précis ? Envoyer Madame G à sa séance de kinésithérapie sans tenir compte de la situation ? Ignorer par conséquent son mal-être et donner la priorité à la rééducation physique et motrice ? Ou alors prendre le temps nécessaire pour apaiser cette dame, et me rendre disponible ?

Je prends alors la décision de m'isoler avec elle dans sa chambre afin que nous discutions dans un espace plus confiné et intime de la situation, sa séance de kinésithérapie attendra. Je préviens alors une aide soignante afin qu'ils ne l'attendent pas en kiné tout de suite. Mme G se calme alors et je l'accompagne dans sa chambre.

Une fois dans la chambre, et après avoir donné des mouchoirs à Mme G, je m'accroupis devant elle et lui prends la main. Je la regarde, elle me regarde. Les larmes cessent doucement de couler sur ses joues. Elle semble se calmer et reprendre le

contrôle. Nous avons alors longuement échangé des regards, de légers sourires, avant que Mme G ne commence la discussion, ce que j'ai attendu volontairement. Elle me dit alors qu'elle en a « marre », qu'elle ne veut plus faire de la kiné. J'ai alors répondu : « Mme G, je ne vais pas vous dire que je vous comprends car c'est impossible et ce serait vous mentir, je ne suis pas dans votre situation… Je ne peux donc qu'imaginer votre tristesse, et même votre colère dans cette situation. Oui de la colère, c'est ce que j'ai cru percevoir en vous voyant tout à l'heure vous agiter… ». Un nouveau silence. Mme G m'affirme alors qu'en effet elle est en colère, une colère nourrie par le fait qu'elle ne peut rien faire seule selon elle et qu'il en sera ainsi durant tout le reste de sa vie. Sa détresse est vraiment clairement identifiable, son état de dépendance depuis son AVC l'a mise dans une situation de stress et de colère que rien ni personne ne peut améliorer ou changer selon elle, et qui explique certainement l'agressivité décrite par les soignants lors des relèves.

A ce moment de notre échange, je me demande vraiment ce que je vais pouvoir lui dire, et même si je dois dire quelque chose. Sur quoi dois-je m'appuyer pour décider des mots à utiliser ? Je sens bien qu'elle a besoin de quelque chose, mais de quoi ? Est-ce de l'attention ? De l'écoute ? D'exprimer ses émotions et ses ressentis ? Je suis un peu perdu… Alors essayant de prendre en considération chacune de mes interrogations et me souvenant des cours de communication reçus au cours de mon parcours professionnel et universitaire, je me lance enfin.

« Vous savez Mme G, votre rééducation va être longue c'est vrai. Il y aura sans doute des moments difficiles comme aujourd'hui, où vous en aurez assez, où vous ne saurez plus pourquoi vous battre, et pourquoi faire tous ces efforts. Mais depuis votre arrivée dans le service vous avez déjà fait d'énormes progrès… ». Je marque volontairement une pause lui laissant le temps d'identifier les progrès en question. Puis je reprends : « Par exemple pour les transferts, vous vous débrouillez quasiment toute seule, à la toilette c'est pareil,… vous progressez de jour en jour. Cela prend du temps, trop de temps à vos yeux j'imagine mais il ne peut pas en être autrement… ». Deux grosses larmes s'écoulent alors le long de ses joues accompagnées d'un hochement de tête approbateur. « Je sais » me dit-elle doucement en baissant la tête. « Mme G, tous ces progrès obtenus grâce à vos efforts de tous les jours, vous ne pensez pas qu'ils valent la peine d'être poursuivis ? Et qu'ils vous aideront à retrouver votre autonomie ? … Vous avez la possibilité aujourd'hui et les autres jours de pouvoir vous battre pour votre autonomie, et j'ai vraiment l'espoir de vous voir poursuivre tout ce travail car vous êtes une femme dynamique et que vous avez encore plein de choses à faire pour vous et votre famille qui vous soutient. »

Un long silence de plusieurs minutes a alors suivi mes paroles, alternant légers sanglots et toujours des regards profonds et sincères entre nous. Mme G m'a alors dit qu'elle irait plus tard dans l'après-midi à la kiné (ce qui a été le cas) après s'être reposée, ce que j'ai approuvé comme une normalité. Puis, je lui ai simplement dit que je restais disponible si elle souhaitait de nouveau discuter de tout cela ou d'autre chose.

Depuis cette situation, Mme G n'a plus jamais connu pareil désarroi au sein du service. Je me suis rendu régulièrement dans sa chambre dans les semaines qui ont suivi, jusqu'au jour de son départ. Elle a fait de tels progrès que celui-ci a d'ailleurs été avancé de plusieurs jours dés lors que son logement et la prise en charge au quotidien avaient été adaptés. Lors de son départ, Mme G m'a simplement dit « merci » et qu'elle

avait été très heureuse de me rencontrer, ce à quoi j'ai répondu : « merci à vous, vous méritez de progresser comme vous le faites, tous vos efforts en valent la peine… Prenez bien soin de vous.»

Suite à cette situation, j'ai vraiment pu ressentir de la satisfaction quant à l'accompagnement de Madame G, elle que j'ai rencontrée alors qu'elle semblait découragée et anéantie, et que j'ai vue rentrer chez elle avec une telle énergie et une telle envie de vivre malgré les difficultés qui l'attendaient encore. De mon côté, j'ai le sentiment du travail accompli, et même si j'ai conscience des actes et des mots que j'ai pu avoir avec Madame G, il demeure de nombreuses questions quant à la prise en charge de cette dame, son rétablissement rapide, et la relation que j'ai pu entretenir avec elle.

1.2. QUESTIONNEMENT :

Au regard de ma relative expérience et bien que nous soyons tous différents, la perte d'autonomie demeure un moment complexe et difficile à vivre pour les patients et leur entourage. Au décours de plusieurs situations vécues, j'ai pu m'apercevoir de la difficulté pour les soignants d'accompagner ce processus au quotidien, tant la perte et l'écart avec la vie précédente du patient sont importants. La perte d'autonomie semble engager chez ce dernier un processus qu'il nous incombe d'accompagner. Mais quel accompagnement spécifique et surtout quel engagement professionnel et humain de la part du personnel soignant, l'accompagnement de ce dernier requiert-il? Cette question me paraît centrale car elle concerne chaque patient pris en charge et toute relation de soins. Chaque patient hospitalisé a en effet perdu, au moins temporairement, une partie de son autonomie par le simple fait de nécessiter des soins, et c'est au soignant de prendre en charge cet ensemble. Notre rôle de soignant semble, au regard de nos compétences fixées par décret, demeurer on ne peut plus fondamental dans l'accompagnement de ce processus de perte d'autonomie. Dés lors, dans quelle mesure notre positionnement, notre empathie, notre écoute et nos mots peuvent-ils réellement influencer ce travail ?

Mon éthique et mes sensations sont construites autour de ma personnalité et des expériences vécues et elles sont impliquées directement dans mon positionnement face au patient. J'utilise donc mon vécu personnel, mes connaissances professionnelles, mes sensations, mes émotions et même mes sentiments pour construire ma réflexion et mes comportements face aux situations et personnes rencontrées. Comment identifier et comprendre les besoins du patient hospitalisé alors que l'ensemble de mes représentations filtre en continu mes perceptions du patient ?

Toutes ces questions m'invitent aujourd'hui à repenser mon approche de l'accompagnement du patient qui a perdu de son autonomie, et celles-ci peuvent être centralisées en une seule et même question : aujourd'hui, dans son état, dans ce contexte de soins, de quoi mon patient a-t-il besoin ? Dans ce contexte, en tant que futur professionnel de santé obéissant à une règlementation professionnelle (décret infirmier) ainsi qu'à une règlementation citoyenne (code pénale, droits et devoirs de tous citoyens), et en tant qu'être humain, comment construire ma réflexion éthique pour accompagner le patient au mieux de ses besoins et non au mieux de mes représentations ? Autrement dit, quelles places doivent occuper mes représentations

personnelles au sein d'une démarche professionnelle et de la prise en charge optimale des besoins des patients ?

Toujours dans le même domaine de réflexion, quelle place le soignant que je deviens au fur et à mesure de mon apprentissage laisse-t-il à la personne que j'étais avant de commencer la formation ? En effet, cette dernière m'a placé dans un processus d'apprentissage où mes acquis de vingt-quatre ans de vie se sont trouvés mélangés, confrontés, affaiblis parfois, renforcés aussi, face à la posture scientifique, règlementaire et éthique du professionnel de soins que je deviens. De mon point de vue ici questionné, les compétences professionnelles développées et acquises ont chahuté la personne que j'étais avant d'entrer en formation, sans pour autant avoir changé ma personnalité « mère », mon tempérament, sans atténuer mes qualités humaines, ni certaines de mes limites d'ailleurs. Je m'interroge donc sur la place de cette personnalité « mère » dans l'infirmier que je deviens, et notamment en terme relationnel, au regard de l'intelligence émotionnelle et de l'empathie, sujet de nombreuses fois abordé lors de ma formation. Quel rôle jouera cet ensemble dans mes relations avec les patients ? Dans l'empathie, que fait-on vraiment pour être efficace envers le patient ? Qu'est-ce qu'être efficace dans la relation avec le patient ? Cette efficacité ne passe t'elle pas par une compréhension et une analyse des besoins du patient ?

Egalement, cette situation me parait être un exemple de relation de confiance entre le soignant que je suis et Madame G. Cette relation de confiance, maintes fois abordée durant la formation, me semble nécessiter également quelques interrogations. J'ai souvent entendu que la confiance se gagnait après un processus long et complexe entre les protagonistes concernés. Bien que relativement d'accord avec cette idée, plusieurs expériences vécues en stage, dont celle avec Madame G et dans ma vie personnelle, m'invitent à remettre en question cette idée, car je pense en fait qu'elle se construit à défaut de se gagner. La relation de confiance revient souvent dans mes analyses de pratique. En effet, c'est un thème qui est à mes yeux très complexe et au cœur de la relation de soins, et du soin en général. La confiance est souvent décrite comme un processus d'échange entre deux ou plusieurs personnes. Mais est-elle vraiment un échange dans la relation de soins ? Le patient accepte ou non de nous faire confiance pour la réalisation de ses soins. Mais a-t-il seulement le choix ? De mon point de vue, une personne choisit d'accorder sa confiance à une autre. Si elle se sent contrainte de le faire, c'est que la relation est construite sur des rapports d'influence et de domination/soumission aussi inconscients soient-ils.

Je repars donc du contexte pour mieux comprendre. Le patient est là pour être soigné et il a perdu de son autonomie. Il ne l'a pas choisi. Le fait d'être en demande de soin « contraint » le patient à nous faire confiance, à nous, soignants, comme une confiance aveugle en l'immaculée blouse blanche (ou bleue selon les services). Il n'y a donc pas réellement de liberté de choix au départ de la relation. Cela explique t-il certains refus de soins ?

De plus, lorsque l'on parle de relation de confiance, on parle du vécu du patient. A savoir, au-delà du soignant qu'il ne peut pas choisir et auquel il doit faire confiance pour les soins, le patient se sent-il en confiance dans le contexte de soin ? Cette question interroge directement ce que le soignant peut mettre en place pour favoriser cette mise en confiance du patient face aux soins. Le patient est-il assez informé ? Le patient a-t-il eu la possibilité de poser toutes les diverses questions auxquelles il pensait ? Quelles

sont les compétences du soignant pour répondre à ces demandes du patient ? L'empathie est elle un outil favorisant la relation de confiance ? Mais quelle place occupe concrètement la relation de confiance ? Peut-on dispenser des soins sans relation de confiance ? La relation de confiance est elle une condition de réussite du soin comme elle nous est décrite, enseignée, évaluée durant la formation d'infirmier ? Ou bien peut-elle être facultative ?

La confiance peut-elle s'instaurer rapidement entre le soignant et le patient ? Quels sont les éléments nécessaires à cette instauration rapide ? Quelle importance revêt la compétence du professionnel de soin dans ce processus ? Quelle est la part d'investissement personnel nécessaire à la création d'une relation de confiance ? Ce que je suis personnellement (mes valeurs, mes représentations, mes connaissances) influence-t-il ce processus ?

De même, dans quelle mesure cette dernière permet-elle une meilleure acceptation des soins par le patient ? Le soin est-il indissociable de la relation de confiance ? Ou plutôt, le « bon » soin est-il indissociable de la relation de confiance ? Mais qu'est-ce qu'un « bon » soin ? Existe-t-il des mauvais soins ? De quels paramètres la compétence du professionnel pour un soin dépend-t-elle ? Qu'est-ce qui compose la compétence ? Savoir-faire, faire-savoir, savoir-être… Comment s'articulent-ils et s'équilibrent-ils chez le soignant dans la relation de soin ?

1.3. PROBLEMATISATION :

Dans la situation de Mme G, je suis intervenu pour prendre en charge la détresse de cette patiente dans ma position de stagiaire infirmier en deuxième année. Bien que de nombreuses connaissances aient déjà été intégrées à ce moment là, je m'interroge sur les autres éléments ayant permis mon intervention auprès de cette patiente, et surtout sur ceux qui m'ont permis d'adapter mon comportement à elle afin de mieux la prendre en soin. En repensant à la situation, je repense aux gestes que j'ai pu faire, aux mots que j'ai utilisés, aux silences longuement entretenus, à l'environnement que j'ai adapté et choisi en le rendant plus propice à la relation avec cette dame. La première année avait été riche en enseignements mais sont-ils seuls responsables de mon attitude à ce moment précis ?

La formation d'infirmier est un second cursus de formation pour moi, ayant obtenu en 2009 une licence en activités physiques adaptées et santé. Ce premier cursus représente donc un bagage de connaissances et d'expériences en lien avec l'accompagnement de personnes en situation de handicap. De même, les nombreux séjours de vacances adaptées pour adultes en situation de handicap que j'ai pu animer ou diriger depuis près de six ans maintenant, ont sans aucun doute influencé, aidé ma réaction et mes comportements face à Madame G. Je peux dire au regard de ces éléments acquis au fil des expériences et des formations, que je dispose de compétences dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap. Mais dans quelle mesure ces dernières peuvent-elles se réinvestirent dans la relation de soin entre un soignant et un patient ?

1.4. QUESTION DE DEPART PROVISOIRE :

En quoi les expériences et compétences personnelles du soignant lui permettent-elles d'adopter une posture professionnelle adéquate à la situation de soin vécue avec le patient ?

PHASE EXPLORATOIRE :

Cette question de départ provisoire est motivée par une réflexion personnelle née en stage et par diverses situations vécues. Pourquoi cette infirmière a réussi à établir une relation avec ce patient avec lequel nous n'avions pas réussi depuis plusieurs jours ? Pourquoi dans ma situation de départ, cette dame m'a-t-elle choisi pour laisser s'exprimer sa tristesse ? Ou peut-être est-ce moi qui l'aie choisie ? N'étant pas encore diplômé, cela me questionne d'autant plus. De quoi les capacités de chaque professionnel à entrer en relation avec le patient dépendent-elles ? Que la personne soignante soit diplômée ou non, et qu'elle exerce son métier depuis plus ou moins longtemps, nous restons des personnes singulières. C'est l'investissement de cette singularité de chacun dans un contexte de relation de soin que je questionne ici. Quelle est la part de moi, de ma personnalité construite depuis mon enfance en passant par mes expériences vécues, qui se réinvestit chaque jour dans les soins auprès des patients ? Cette part de moi favorise-t-elle la relation soignant-soigné ou peut-elle au contraire en être un frein?

L'enjeu de cette première phase exploratoire est dans un premier temps d'aller confronter cette question à des réflexions théoriques et scientifiques à travers différentes lectures et recherches. Puis dans un second temps, j'irai à la rencontre de deux professionnels de terrain infirmiers afin de m'entretenir avec eux sur ces questionnements et d'en retirer un point de vue professionnel reflet de la réalité du terrain. Enfin et après avoir explicité ma méthode d'exploration sur le terrain, je confronterai les résultats des entretiens avec ceux de la revue de littérature. La synthèse de cette confrontation ou comparaison me permettra d'affiner mon questionnement jusqu'à aboutir à une question de départ définitive.

2.1. LA REVUE DE LITTERATURE :

2.1.1. LE CONTEXTE DES SOINS :

« *C'est à partir d'une logique de « l'usager » ou logique soignante que l'on pourra insuffler une nouvelle atmosphère d'humanité dans les lieux de soin et améliorer la qualité réelle du service offert* »[1]. Cette citation tirée d'un ouvrage de Walter HESBEEN, résume à elle seule le contexte actuel des soins tous secteurs confondus, où le patient est devenu client et où le soin se rapproche progressivement de l'idée de rentabilité inhérente à l'état actuel de l'économie. De même, l'importance grandissante des démarches de qualité dans les établissements de santé reflète également cette idée où il s'agit de vérifier que malgré les restrictions budgétaires et l'évolution du système de santé, le service de soins demeure de qualité pour le patient avec en fond cette idée de productivité et d'efficacité demandé à chaque professionnel du secteur. Humaniser

[1] Walter HESBEEN, Prendre soin à l'Hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Ed. Masson Août 2010, 195 pages. p.2

les soins est donc une idée grandissante chez les professionnels de santé conscients de l'évolution de leur profession et du contexte de soin de manière général. D'ailleurs, en réponse à ce processus, le législateur tente d'insuffler de nouvelles dynamiques au décours par exemple de la loi n°2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui vise à replacer l'usager au centre du dispositif. Cette idée, malgré la complexité de son application sur le terrain et les résistances au changement, fait ré-émerger l'idée que le patient ou le client des services de soins doit être partie prenante de ces derniers. Ainsi, le patient, la personne en besoin de soins, est replacée au cœur de la prise en charge. L'enjeu pour le soignant n'est alors plus uniquement de faire des soins au patient. Mais bien de *prendre soin* de ce dernier en acceptant de l'aider à donner du sens au contexte et à chaque soin prodigué grâce aux soins éducatifs et préventifs et aux soins relationnels dont il n'a jamais été autant question.

L'évolution de la médecine et de la technicité des soins est indiscutable au cours des dernières décennies, c'est en revanche en humanité que la médecine hospitalière n'a pas gagnée[2]. Ce manque d'humanisation des soins est souvent relaté par les patients et relayé par les associations de patients à l'hôpital. Ceux-ci expliquent les liens entre les plaintes formulées par les patients et le manque d'attention, d'explication ou simplement l'absence de compréhension de ces patients qui veulent être acteur de leur prise en soins et lui donner du sens à défaut de n'être que des *corps objets*[3]. La communication et la relation de soin humanisée sont donc au cœur de ce qui fait actuellement défaut dans les prises en charge à l'hôpital. Il n'est pas question ici d'un jugement de valeur quelconque mais bien d'un constat que de nombreux soignants font de leur propre pratique.

Lors de mes stages et des échanges en Institut de Formations en Soins Infirmiers, il a souvent été question de ces constats où il ressort : « *je voudrais passer plus de temps, prendre le temps pour échanger avec les patients, construire la relation, mais je n'en ai pas assez* ». Ce qui est surprenant et notamment en tant qu'étudiant infirmier arrivant en stage avec la soif de tout questionner, c'est la présence d'une forme de résignation dans le discours de certains soignants face à ce constat ; l'envie et le besoin de changement étant eux unanimement perçu et reconnu comme nécessaire. Mais quels sont les leviers sur lesquels agir en tant que professionnels ?

Bon nombre de professionnels et de chercheurs s'accordent à dire qu'une des solutions disponibles et accessibles à chacun d'entre nous est de retourner à l'*essence*[4] même de notre métier d'infirmier. Il s'agit d'une part de savoir construire « *la démarche interpersonnelle entre une personne soignée, qui nécessite de l'aide, et une personne soignante qui a pour mission d'être aidante, et ce dans une situation de vie où le soignant est appelé à intervenir […] en vue de produire un résultat thérapeutique*[5] ». Et d'autre part, de rendre *accessoire*[6] les différents moyens servant de support à l'action soignante qu'ils soient techniques, scientifiques, éducatifs ou organisationnels. Il est donc question ici du sens que l'infirmière ou l'infirmier donne à la tâche qu'il a à

[2] Meyer Ph., *L'irresponsabilité médicale*. Grasset, Paris, 1993.

[3] W. Hesbeen, *Prendre soin à l'Hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Ed. Masson Août 2010, 195 pages. p.2

[4] J. Watson, *Nursing : the philosophy and science of caring*. Ed. Litle Brow, Boston, 1979.

[5] W. Hesbeen Op.cite

[6] J. Watson Op.cité

exécuter, plus que de la tâche en elle-même. C'est d'ailleurs ce que montrent plusieurs études sur la pénibilité du travail des infirmières où elles attribuent moins leurs insatisfactions à l'augmentation de la charge de travail et du nombre de tâches à réaliser, qu'au « *contenu significatif de la tâche*[7] ». Ainsi, l'infirmière est satisfaite dés lors qu'elle s'inscrit dans une logique soignante et donc aidante, et pas uniquement dans une logique de réalisation de tâches successives n'ayant pour unique sens que d'agir pour agir, en refusant toute la composante humaine des soins.

2.1.2. QU'EST-CE QUE PRENDRE SOIN ?

Il est souvent question dans la démarche soignante et dans le raisonnement infirmier de prise en charge globale du patient. A savoir, comprendre le patient de manière holistique grâce à des outils d'énumération des besoins et de standardisation des prises en charges par l'identification des éléments constitutifs du patient tant au niveau physique et psychologique, que social. Que faisons-nous à l'entrée d'un patient dans un service ? Nous recueillons un maximum d'informations standardisées indispensables à la prise en charge à travers le recueil de données. C'est le caractère indispensable et standardisé de ces informations qui est une des premières formes de déshumanisation des soins alors même que la démarche du recueil de données est conçue pour mieux connaitre le patient pour adapter les soins. Mais adapter ne veut pas dire individualiser et la distinction des deux est charnière du *prendre soin*. En effet, il est question ici de percevoir le patient non pas uniquement comme un ensemble global avec des spécificités distinctes qui l'individualise, mais bel et bien d'identifier les éléments qui composent la personne en sachant les voir dans un ensemble global qu'est la personne et surtout de mettre en exergue les interactions constantes de ces éléments dans l'histoire de vie de la personne. Ce qui fait donc la différence entre chaque être humain, ce ne sont pas les éléments (qui sont communs à chacun), mais leur mode d'organisation et leurs interactions. C'est ce qui explique en partie qu'à maladie identique, deux patients peuvent avoir les mêmes symptômes et traitements mais pas la même manière de vivre leur maladie. W.HESBEEN précise que « *les interactions qui se produisent dans une situation complexe de vie d'une personne ou d'un groupe (ex : famille), où tous les éléments sont tissés ensemble, sont des interactions uniques. Ceci veut bien dire que chaque situation de vie rencontrée par le professionnel est une situation définitivement singulière, elle ne se répétera pas* »[8].

Tout l'intérêt du travail infirmier est alors, tout en utilisant les outils à sa disposition, de ne pas fuir la singularité de la relation avec le patient qui est face à lui, ce jour précis, dans ce contexte précis, et de s'adapter à la situation pour que les soins apportés à ce patient soient singuliers tout en étant en accord avec les protocoles médicaux et d'hygiènes. Ainsi, les outils, la technique et les protocoles ne sont plus déshumanisant mais support du prendre soin et de la relation soignant-soigné. REYNAUD disait d'ailleurs en 1997 que « *sans régularité dans les comportements, sans codes et actions répétitives qui encadrent l'action, sans horaires fixes, les actions humaines imprévisibles et chaotiques ne pourraient pas se coordonner entre elles.* »[9] Tout le

[7] Carpentier-Roy M.-Cl., *Corps et âme – Psychopathologie du travail infirmier*. Ed. Liber, Montréal, 1991.

[8] W.HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital,* Op.cit. p.33

[9] Reynaud J-D, Les règles du Jeu ; l'action collective ou a régulation sociale, Ed Armand Colin, Paris 1997, P.110.

travail infirmier prend alors du sens, autour de l'idée que le prendre soin est un travail artisanal composé à la fois de méthodes et de règles indispensables à son bon fonctionnement, et à la fois d'une part créative qui ensemble donnent du sens à la prise en soin de la personne accompagnée. Cet artisanat ou cet art infirmier se décline en *compétences particulières*[10] qui participeront au projet de soin spécifique au patient et qui conditionneront la relation soignant-soigné.

2.1.3. L'EXPERIENCE ET LES SAVOIRS D'EXPERIENCE.

Lorsqu'est abordé le sujet du *prendre soin*[11] et des soins de manière plus générale, il est souvent question d'expérience. Ce concept d'expérience peut être défini de très nombreuses manières et dans ce travail de recherche, il me semble important de m'y attarder afin de pouvoir en comprendre l'implication dans les soins.

KANT est un des premiers philosophes modernes à avoir défini ce qu'est l'expérience. Selon lui, elle est, « *sans aucun doute, le premier produit que notre entendement obtient en élaborant la matière brute des sensations que nous obtenons de l'environnement* »[12]. Ainsi, l'expérience est vue comme le processus qui se met en place de manière intellectuelle et cognitive lorsque tout être humain se retrouve face à une situation qui va créer chez lui un ensemble de sensations provoquées par l'environnement. Il s'agit donc de l'analyse intellectuelle de l'environnement par l'individu au regard de ces perceptions et des sensations issues de celui-ci. Bien que cette définition pause le cadre du concept d'expérience, des précisions manquent pour pouvoir discuter de la place de ce dernier dans les soins.

En 2010, Laurent COURNARIE a lui aussi travaillé sur le concept, et il a précisé de nombreux éléments constituant l'expérience. En effet, il aborde le concept comme « *le mouvement de la conscience* »[13] et notamment comme le « *processus d'apprentissage de la conscience* »[14], ce qui n'est pas sans rappeler les travaux de Jean PIAGET sur les stades de développement de l'enfant à travers l'expérimentation de l'environnement, la construction des schèmes moteurs et l'apprentissage. Laurent COURNARIE poursuit en expliquant la relation entre la conscience et l'expérience où l'expérience représente tout ce que la conscience ne sait pas et rencontre comme obstacle ou épreuve dans sa réalisation, alors même que la conscience se développe au travers de l'expérience. Le processus qui se met en place pour permettre le développement de la conscience est un processus d'amortissement et d'intériorisation des informations apportées par l'expérience, par leur mémorisation et leur organisation intellectuelle. Ainsi, l'expérience tend à être supprimer par la conscience, le savoir et la certitude prenant progressivement sa place. Pour résumer, L.COURNARIE dit que « *l'épreuve et l'endurance du réel, la passivité de l'expérience est irremplaçable : l'expérience désigne ici l'enrichissement, le savoir même de la passivité, les leçons que*

[10] W.HESBEEN *Prendre soin à l'hôpital* Op.cit p. 95

[11] Walter Hesbeen, *Prendre soin à l'Hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Ed. Masson Août 2010, 195 pages

[12] Kant, *Critique de la raison pure*, Œuvres Philosophiques I, Gallimard, Bibliothèque la Pléiade, 1980

[13] L. Cournarie, L'Expérience. Notes de cours, Philopsis éditions numériques, 2010. P.31

[14] Ibid. p.31

l'on tire d'avoir eu à éprouver d'abord les choses avant des les comprendre et de les maîtriser »[15].

Les informations transmises par l'expérience à la conscience sont comme l'exprimait KANT, les perceptions et les sensations produites par l'environnement. Laurence MANESSE précise que l'expérience est le « *résultat de plusieurs synthèses* »[16] : celle des sensations, de notre imagination et de nos représentations du monde qui nous entoure, alors que l'entendement ou la conscience sont une deuxième synthèse après l'expérimentation du monde. Bien qu'elle-même reconnaisse que cette vision soit très schématique, elle pense qu'elle permet une meilleure compréhension de la véritable construction du monde connaissable par le sujet à partir des sensations.

Enfin, l'expérience est employée dans bon nombre d'expressions telles que « faire des expériences », « avoir de l'expérience », «un homme ou une femme d'expérience », etc. … Il est bien question de l'expérience du monde environnant, par la perception et l'usage de la vie que ce soit dans une sphère privée ou professionnelle. L'expérience est donc irremplaçable puisqu'elle est une conséquence directe de l'existence et des interactions ou relations d'un individu avec son environnement. L'expérience est donc individualisée par nos existences individuelles et c'est à partir d'elle que nous jugeons le monde et que nos représentations se construisent et se modifient. L'expérience est de part sa définition impliquée dans chacune des activités humaines, et c'est parce que les soins infirmiers sont une activité humaine entremêlant connaissances, morale, relations, actions et bien d'autre éléments encore, que l'expérience est un élément clé de ces derniers et de la compétence des soignants.

2.1.4. LA COMPETENCE COMME PROCESSUS DE MOBILISATION DES RESSOURCES FACE A UNE SITUATION PROBLEMATIQUE.

La compétence est un concept omniprésent dans les soins infirmiers. Selon le Grand Larousse Universel, la compétence est « *une capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* ». Cette définition de la compétence est très rattachée à l'idée de connaissance ce qui semble réducteur au regard de l'utilisation de ce concept en soins infirmiers notamment. La compétence a été énormément travaillée par des professionnels, enseignants et philosophes. L'un d'eux, Guy LE BOTERF, expert en management et développement de compétences, conçoit que la compétence du professionnel « *ne se limite pas aux ressources (connaissances, capacités cognitives, ressources émotionnelles, aptitudes physiques, savoir-faire,…) qu'il possède, mais de sa capacité à les combiner et à les mobiliser de façon pertinente dans un contexte particulier* »[17]. Autrement dit, la compétence n'est pas une capacité ou un amas de connaissances, mais bel et bien un *savoir agir*, qui consiste à réinvestir des connaissances et des ressources personnelles et/ou professionnelles, chaque fois qu'une situation problématique se présente à nous.

En tant qu'infirmier, notre quotidien est constitué de situations problématiques où l'observation de l'environnement et son analyse clinique et contextuelle sont

[15] Ibid. p.31

[16] L.Manesse, *Autour du concept d'expérience chez Benjamin*, Revue Appareil [en ligne], Varia, Articles, MAJ du 11/01/2011.

[17] Guy Le Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives, Paris, Ed. d'Organisation, 2008. P.79

obligatoires. Cette analyse nécessite un nombre important de connaissances que tous les infirmiers ont acquis en formation. Cependant, il est question dans la compétence de la mobilisation et du transfert de ces connaissances pour construire une conduite adaptée à la situation singulière rencontrée. La compétence n'est donc pas un état du professionnel mais une réalité dynamique, un processus construit autour du « *savoir-agir reconnu*[18] » professionnellement et socialement, qui lui permet de faire face aux évènements (ex : situations d'urgences, …), de prendre des initiatives, de coopérer, etc.

Egalement, et comme dit précédemment, le *savoir-agir* est caractérisé par la mobilisation par l'individu de « ses *propres ressources*»[19]. Parmi lesquelles on retrouve celles qui correspondent au potentiel de l'individu et qui dépendent largement de son histoire personnelle et professionnelle, de son éducation et de sa formation à savoir : « *les connaissances, le savoir-faire, qualités, culture et expérience… »*[20]. Enfin, l'environnement offre lui aussi une multitude de ressources tant théoriques et organisationnelles que matérielles, et celles-ci représentent l'équipement dont l'individu dispose pour réaliser sa tâche avec par exemple : « *les réseaux professionnels, documentaires, les banques de données, les manuels de procédures »*[21]

Ces sous-ensembles de ressources accessibles au professionnel ne se suffisent pas à eux-mêmes car ils demeurent insuffisants pour gérer des problèmes, des évènements ou des situations professionnelles. En effet, selon LE BOTERF, c'est davantage la capacité « *à combiner et à mobiliser les ressources de façon pertinente* »[22] qui rend le professionnel compétent, et non une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être.[23] Les « *combinatoires* »[24] seront pertinentes dés lors que les ressources mobilisées s'appuieront sur la prise en compte des données contextuelles, des circonstances ou des conditions associées à une activité à réaliser. Par exemple, dans un contexte de soins d'urgence, les ressources à mobiliser tant en termes de connaissances, de matériel que de savoirs-faires vont être différentes selon si le patient se trouve en choc hémorragique ou en choc septique, si je me trouve dans un service de médecine ou dans un service de réanimation, si la situation intervient la nuit ou en journée,…etc. Sans la prise en compte de cet ensemble contextuel singulier et spécifique, la mobilisation de ressources spécifiques et adaptées sera impossible ou défaillante. C'est pourquoi le modèle de G. LE BOTERF met en avant une association du *savoir-agir* (combinaison de ressources) avec le *pouvoir-agir* (contexte facilitateur, moyens, ressources de l'organisation mise à disposition), et le *vouloir-agir* (contexte incitatif pour l'engagement de l'individu dans l'acte de travail.)[25]. La compétence ne doit jamais voir se dissocier la mobilisation des ressources du contexte organisationnel et singulier des situations rencontrées, sous peine de réduire l'activité des professionnels à des savoir-faire dans des tâches d'exécution, de répétition et de simplicité, et d'occulter tout leur savoir-agir engendrant non prise d'initiative, réduction des capacités d'innovation

[18] G. Le Boterf. *Construire les compétences individuelles et collectives*, Ed. d'Organisation, 2000
[19] Ibid. p.62
[20] Ibid. p.62
[21] Ibid. p.62
[22] Ibid. p.79
[23] G. Le Boterf, *La mise en place d'une démarche compétence*, Article extrait de la revue Personnel N°412 – de Août-Septembre 2000.
[24] Guy Le Boterf. *Construire les compétences individuelles et collectives,* Op.cité p.70
[25] Ibid. p.88-89

et de réponse à des situations complexes exigeant une vision pluridimensionnelle des situations[26] (cf. Annexe I – Le curseur de la Compétence).

Afin de résumer autour du concept de compétence, ce dernier est complexe car seule une approche systémique de toutes ses composantes permet de le définir. En effet, « *elle n'est pas un élément isolé, car elle est la combinaison savamment réalisée de savoirs [(contenus, connaissances,…)] de capacités [(identifier, trier, classer, associer,…)] et d'attitudes [(être curieux, rigoureux, concentré,…)] à réunir dans un contexte donné pour résoudre un problème identifié »*[27]. Au regard des travaux de Grégoire EVEQUOZ, psychologue du travail et chargé d'enseignement à l'Université de Genève, la compétence revêt un concept nouveau issu des recherches de G. LE BOTERF (1997) et de BELLIER (2000) : « la *compétence clé »*[28]. En s'appuyant sur une manière de concevoir le travail d'aujourd'hui qu'il définit par *« gérer des évènements, produire des services et communiquer* », il insiste sur le fait que les compétences sont de l'ordre du savoir-agir et du savoir-mobiliser mais qu'elles n'existent pas en tant que telles. Elles prennent la forme de comportements humains qui peuvent être désignés sous le nom de compétences clés. C'est d'ailleurs leur transférabilité qui va les définir comme des compétences clés dans la mesure où une fois acquises dans une situation donnée, elles doivent pouvoir être mobilisées dans un nouveau contexte autre que celui dans lequel elles ont pu être apprises.

Chacune de ces définitions du concept de compétence précise combien il est omniprésent dans la sphère professionnelle et notamment dans le domaine de la santé et des soins où s'entrecroisent continuellement des paramètres humains, techniques, organisationnels et sociaux qui font toute la complexité du travail infirmier spécifiquement. De même, je m'aperçois au regard des composantes de la compétence, de la présence et de l'impact non négligeable de ce que G. LE BOTERF appelle les ressources incorporées et spécifiques à chaque soignant et infirmier. Aussi, je vais maintenant m'intéresser à identifier ce qui peut définir la personne soignante et à sa « personnalité » au regard de l'artisanat infirmier et des concepts d'expérience et de compétence.

2.1.5. LA PERSONNE SOIGNANTE : ENTRE COMPETENCES ET PERSONNALITE.

Avant toute chose, il me semble indispensable d'évoquer la réelle distinction et la dangerosité de l'amalgame qui peut être rapidement fait entre la compétence et la personnalité. En effet, LE BOTERF, évoque cet amalgame et le flou qui existe dans le monde du travail lorsqu'il s'agit de décrire des métiers et des postes de travail en terme de capacités, d'attitudes, de qualités personnelles ou de valeurs éthiques où la subjectivité est dominante dans la démarche[29]. Il s'agit d'évoquer des savoir-êtres qui doivent être clairement différenciés des compétences clés évoquées précédemment. En

[26] Analyse du schéma : *Le curseur de la Compétence*. G Le Boterf, *Construire des compétences individuelles et collectives,* Ed. d'Organisation, *2000*

[27] E. Le Clainche – *Approche du concept de compétence*. Institut de Formation Professionnelle de Bretagne, Février 2008.

[28] G. Evéquoz, *Les compétences Clés,* Editions Liaisons, 2013.

[29] G. Le Boterf, *De la compétence à la navigation Professionnelle*, Les Editions de L'Organisation, 1997

effet, selon BELLIER, les données concernant la personnalité voir le caractère (ex : charisme, assurance, honnêteté, loyauté,…) et celles concernant le comportement social d'un individu (ex : capacité à communiquer, à travailler en équipe, à motiver, à convaincre,…) ne doivent pas être élevées au rang de compétences mais bel et bien demeurer comme des soutiens aux compétences, à leur construction et à leur expression en situation[30].

Dans le travail de recherche de G. EVEQUOZ sur les *compétences-clés*, il définit la personnalité comme :

> *« ce qui est stable dans l'espace et dans le temps, à cette partie pérenne de nous-mêmes »* qui *« ne peut donc en aucun cas dépendre du contexte ou d'une situation particulière. […]Il est très important de ne pas assimiler compétences et personnalité. La tendance est alors de juger la personne en même temps que l'on croit être en train de décrire « objectivement » ses comportements.»*[31].

Ainsi, la personnalité est indépendante du contexte au contraire de la compétence, et bien que les savoir-être qui en sont le reflet jouent un rôle dans la compétence, ils ne permettent pas à eux seuls de l'évaluer. Se limiter aux savoir-être pour évaluer la compétence est donc dangereux et réducteur, tout comme de se limiter aux savoirs et aux savoir-faire. L'objectif est donc d'aborder l'ensemble lorsqu'il s'agit d'analyser ou de travailler sur les compétences d'un professionnel, sans les additionner comme le préconise LE BOTERF.

Alors que j'abordais précédemment le *prendre soin*, j'ai évoqué l'artisanat infirmier constitué à la fois de connaissances générales et d'une dimension créative qui s'exprime dans le but d'appliquer et d'adapter ces connaissances générales à un contexte singulier pour que les actions aient du sens pour l'infirmier comme pour le patient. Chaque infirmier dispose donc en lui, d'habilités qui lui sont propres et qu'il s'est construit au cours de sa pratique professionnelle et de son histoire de vie qui vont l'aider à alimenter cette dimension créative et donc à s'adapter et à adapter sa pratique.

Il s'agit alors pour l'infirmier ou l'infirmière de s'inscrire dans une démarche spécifique où il va cheminer avec la personne soignée depuis leur rencontre et durant tout le processus de soin et d'accompagnement. L'objectif de cette démarche est d'inviter la personne soignée et sa famille à sentir que les personnes soignantes les considèrent et partagent avec eux cette expérience de vie tout en les aidant à fixer puis atteindre des objectifs thérapeutiques qui leurs correspondent. W. HESBEEN a ainsi identifié huit éléments qui vont permettre la construction de cette relation et la démarche elle-même à travers le lien de confiance entre le soigné et les soignants : « l*a chaleur* », « *l'écoute* », « *la disponibilité* », « *la simplicité* », « *l'humilité* », « *l'authenticité* », « *l'humour* », et « *la compassion* ».[32] Ces éléments ne correspondent pas à des compétences mais à des attitudes, des comportements, des capacités, que les soignants peuvent utiliser quotidiennement auprès des patients et dont le rôle est de construire et préserver la relation humaine dans les soins. La « *capacité d'inférence »*[33] des professionnels est également un élément de la personnalité soignante abordé par W. HESBEEN. Cette capacité permet à l'infirmier de faire des liens entre les

[30] Bellier S., *Compétences en Action*, Editions Liaisons, 2000
[31] G. Evéquoz, *Les compétences Clés*, Editions Liaisons, 2013
[32] W.Hesbeen, Prendre soin à l'Hôpital, Editions Masson, 1997, p.99-100
[33] Ibid p.102

différents éléments présents autour de la relation avec le patient, en allant puiser dans leur champ de connaissances autant d'éléments que nécessaires issus des observations et des connaissances scientifiques et cliniques, mais aussi issus de leurs expériences passées *« tant professionnelles que personnelles »*[34]. Cette capacité à mobiliser ses ressources professionnelles et personnelles dans un objectif de prendre soin d'une personne, singulièrement d'une autre, correspond à l'art infirmier de prendre soin.

Au regard de ces nouveaux éléments, la place donnée à la personnalité soignante dans le prendre soin prend de l'ampleur car l'infirmier ne mobilise pas uniquement des connaissances techniques et scientifiques acquises en formation et sur le terrain pour aider les patients. Il s'aide aussi de ce qu'il est, de ce qu'il a vécu et appris de ces expériences antérieures, de son éducation familiale, de sa culture, et de tous les éléments qui le constituent.

Il semble dés lors que le plus important pour un professionnel du prendre soin est de savoir s'inscrire dans une démarche de recherche constante visant à affiner sa pratique et à développer son art. L'ouverture vers les autres qu'ils soient professionnels ou patients semble être une nécessité, comme l'avaient démontré certains socioconstructivistes tel Lev Vigotsky par exemple, car c'est grâce à l'interaction sociale et à l'adaptation aux autres et à l'environnement que nous enrichissons notre pratique. Et c'est en nous confrontant à de nouvelles situations que nous prenons conscience de nouvelles réalités par l'expérience.

Expérience, compétence et personnalité comme support du *prendre soin* des patients ?

2.2. LES ENTRETIENS :

2.2.1. OBJECTIFS ET ORGANISATION :

L'objectif des deux entretiens que je vais réaliser est d'aller confronter ma revue de littérature à la réalité des professionnels sur le terrain. Ainsi, je pourrai comparer les points de vue en identifiant les écarts et les similitudes en fonction des thèmes abordés.

J'ai choisi de réaliser ces entretiens auprès de deux infirmier(e)s hospitalier(e)s exerçant dans un service de réanimation, sans tenir compte de leurs années d'exercice et sans connaître leur parcours personnel et professionnel en amont.

En effet, ma question de départ provisoire ne cible pas l'exercice de la profession dans un service en particulier, et la prédétermination d'un profil d'infirmière à interroger n'a que peu d'intérêt a priori des entretiens puisqu'il s'agira durant celui-ci de discuter de leurs parcours et de ses conséquences sur leurs pratiques d'aujourd'hui. Egalement, le choix de réaliser ces entretiens auprès d'infirmières de réanimation est déterminé par le fait qu'il s'agit d'un service vers lequel mon projet professionnel s'oriente. Ainsi, j'ai la possibilité d'enrichir ce dernier par les entretiens et l'analyse de ceux-ci.

Les entretiens seront semi-directifs, le thème de discussion sera donné au début de l'entretien et précisé au fur et à mesure de l'échange et des questions. L'objectif est de balayer l'ensemble des éléments composant ma question de départ provisoire afin

[34] Ibid p.102

d'avoir des points de comparaison avec la revue de littérature, sans toutefois fermer la discussion pour lui permettre d'ouvrir la réflexion sur de nouveaux aspects qui seront utiles à la formulation de ma question de recherche définitive.

Le temps prévu pour ces entretiens est d'environ 30 minutes chacun.

La grille d'entretien est consultable en annexe N°II.

2.2.2. ANALYSE DES ENTRETIENS :

(Voir les annexes n° III et III bis pour consulter la retranscription des entretiens.)

Dans le cadre de la phase exploratoire de ce travail d'initiation à la recherche, j'ai réalisé deux entretiens auprès de deux professionnels infirmiers exerçant en réanimation. Ces derniers ont pu se dérouler dans des conditions favorables de calme, et chacune des questions posées a permis aux professionnels d'apporter les réponses qu'ils souhaitaient, m'efforçant d'instaurer un climat d'écoute et d'ouverture permettant à chacun d'eux d'évoquer des ressentis personnels et de présenter leur positionnement professionnel sur le sujet abordé. Ces derniers viendront nourrir ma réflexion et mon analyse, et orienteront certainement les suites de mes recherches.

Tout d'abord, chaque infirmier a présenté son parcours professionnel évoquant les raisons de leur orientation ou choix. Ressort notamment la volonté d'avoir un travail technique où l'aspect médical et analytique est prépondérant. En deuxième lieu, le besoin d'avoir une journée rythmée où il n'y a pas de place pour l'ennui a été évoqué. Enfin, c'est l'aspect pluri-pathologique et donc très enrichissant des prises en charge des patients en réanimation qui est unanimement reconnu.

Ensuite, je leur ai demandé s'ils avaient le sentiment, au cours de leur parcours professionnel, d'avoir fait évoluer leur manière de prendre soin des patients, notamment du point de vue relationnel. A cette question, l'infirmière a abordé pleinement l'aspect relationnel de son travail, expliquant que ses expériences professionnelles l'ont poussée à s'adapter continuellement, et malgré une charge de travail importante au quotidien, elle tend à organiser son temps pour ne pas occulter l'aspect humain et relationnel des soins. C'est vraiment sur cet aspect qu'elle explique avoir évolué, ainsi que sur l'adaptation des soins à la situation clinique des patients. Elle attribue ces évolutions à son expérience grandissante ainsi qu'à sa volonté de bien faire, reflet selon elle de son besoin de faire toujours mieux et également de la recherche d'une satisfaction personnelle dans le travail « bien » fait. Différemment d'elle, l'infirmier que j'ai interrogé a été plus concis dans sa réponse. Il évoque qu'en effet, sa manière de prendre soin des patients a évolué, faisant un lien direct entre une maîtrise technique des soins, obligatoire et prioritaire, et l'aspect relationnel des soins, secondaire. Il explique que pour lui, il y a une réelle priorisation entre technicité et relationnel notamment en début de carrière, et que c'est l'aisance technique qui lui a permis, une fois acquise, de développer l'aspect relationnel. L'expérience et le développement des compétences techniques est perçu comme une condition nécessaire à l'instauration, à postériori, des soins relationnels, qui prennent une place grandissante dans les soins au fur et à mesure que l'expérience se fait. Il a conclu en expliquant qu'à ce jour, il pouvait être autant concentré sur le soin technique que sur le relationnel avec le patient.

Lorsqu'ont été abordé les aptitudes relationnelles qu'un(e) infirmier(e) doit posséder de nos jours, l'objectif était de voir si un lien était fait automatiquement dans le discours soignant entre aptitudes relationnelles, personnalité et compétence. L'écoute est la principale aptitude qui ressort de leurs réponses. A chaque fois, sa fonction évoquée est la recherche et l'identification des besoins du patient, tant par l'attention portée au discours des patients et à la compréhension des mots employés, que par l'observation minutieuse et l'analyse des réactions non verbales et physiologiques. Notamment chez les patients sédatés et/ou intubés qui ne peuvent pas communiquer verbalement. L'infirmier a également abordé la différence qu'il pouvait y avoir entre deux soignants, au niveau de la compréhension de ce que le patient essaye de communiquer, l'un et l'autre pouvant attribuer un sens différent aux informations données par le patient. L'infirmière appelle également à la vigilance sur l'expression « être à l'écoute » du patient, qui est souvent assimilée à une évidence qui n'en est pas une selon elle. Il ne s'agit pas d'entendre ou de voir des éléments d'information, mais de saisir leurs significations pour ce patient précisément. Enfin, l'infirmière poursuit en abordant les aptitudes des professionnels à se remettre en question comme une condition « nécessaire » à leur efficacité et à la préservation de l'aspect humain du travail infirmier. Elle aborde également le piège des services comme la réanimation où la technique peut rapidement éclipser l'aspect relationnel, alors même que l'intensité émotionnelle et relationnelle est souvent très présente, et parfois difficile à vivre. En abordant cette idée, veut-elle dire que certains soignants enfermés dans la technicité, le seraient pour éviter cette charge relationnelle et émotionnelle ? Elle ne l'a pas précisé, mais en revanche, elle considère que chaque infirmier doit bien se connaître pour être à l'aise au niveau relationnel, et que c'est un travail personnel dont l'initiative appartient à chacun. Quelle est alors la place accordée par les infirmier(e)s à leur développement personnel ?

J'ai ensuite proposé aux deux infirmiers de discuter du réinvestissement de leurs expériences personnelles au sein de leur pratique professionnelle. Alors que l'infirmière est troublée par ma question, l'infirmier me répond de manière spontanée que selon lui les expériences personnelles peuvent être réinvesties mais de manière positive pour le patient. Derrière ce « positive », il parle d'identification et de la distance relationnelle, abordant les notions d'amitié, de parenté, de voisinage, en spécifiant qu'une distance inadaptée peut être délétère pour le patient. Il a poursuivi en précisant que pour sa part, il réinvestissait très peu ses expériences personnelles liées à la maladie. Il interprétait alors ma question en la limitant aux expériences liées à la maladie. Il a ensuite développé plusieurs idées sur la communication et la relation avec le patient en éludant en partie la question de départ, mais en soulignant malgré tout qu'il lui arrivait ponctuellement d'utiliser ses expériences de vie quotidienne dans son travail, en fonction des patients et de leurs demandes. L'infirmière a pour sa part développé l'idée que la personne soignante demeure le même individu dans la sphère privé et dans la sphère professionnelle et que par conséquent, ses expériences se réinvestissaient mutuellement d'un côté et de l'autre. De manière globale, et bien qu'ils reconnaissent tous les deux la possibilité d'un transfert d'expériences entre la vie privée et leur profession d'infirmier, ils éprouvent des difficultés à argumenter cette idée et à l'illustrer, aucun d'entre eux n'étant parvenu à me citer un exemple d'expérience personnelle réinvestie dans leur activité professionnelle au niveau relationnel.

Enfin, j'ai essayé de leur faire évoquer l'existence ou non d'un lien entre la compétence infirmière en soins relationnels et la personnalité des infirmiers. Tous les deux ont alors dit qu'il y avait clairement un lien, en poursuivant par des comparaisons de soignants tirées de leurs expériences. L'infirmier a abordé l'aspect extraverti ou au contraire réservé de certains pour expliquer que leurs prises en charge seraient différentes sans que cela n'enlève rien à leurs capacités soignantes et relationnelles. L'infirmière a pris l'exemple d'une ancienne collègue, pour laquelle les rapports de domination et soumission était prévalent dans sa manière d'être en relation avec les patients, accordant à son diplôme la légitimité de son comportement. Cette illustration est intervenue après qu'elle ait exprimé l'idée d'importantes différences entre les professionnels au niveau des soins relationnels et des capacités relationnelles de chacun. Elle a ensuite confié avoir beaucoup travaillé sur elle pendant la formation, car elle était en difficulté en début, au niveau du relationnel avec les patients. Alors qu'elle avait peu confiance en elle et que son positionnement était parfois maladroit, elle a su trouver des ressources personnelles pour dépasser ses limites et développer ses compétences relationnelles. Elle s'est alors contredite dans la même phrase en expliquant tout d'abord que l'aspect relationnel du travail infirmier ne s'apprenait pas car nous avons plus ou moins les capacités d'y parvenir. Pour ensuite évoquer l'idée que le développement des compétences relationnelles était un travail personnel de tous les jours dépendant du vécu et des expériences de chacun. Les professionnels parlent donc de capacités et de traits de caractère pour aborder le lien entre personnalité des soignants et compétence infirmière en soins relationnels, reconnaissant unanimement l'existence du lien. Le discours de l'infirmière invite à la prudence car ressortent des interprétations et des jugements de valeur. Celui de l'infirmier est resté plus modéré et axé sur les aspects objectivables de la compétence infirmière en soins relationnels. Les capacités d'adaptation du professionnel ont également été évoquées.

La compétence est très souvent reliée aux capacités de chacun dans le discours des professionnels et l'idée d'un apprentissage de cette compétence relationnelle demeure ambigüe pour eux, entre inné et acquis, plaçant le professionnel comme seul responsable et acteur du développement de cette compétence.

2.3. SYNTHESE DE LA PHASE EXPLORATOIRE:

Rappel de la question de départ provisoire :

« En quoi les expériences et compétences personnelles du soignant lui permettent-elles d'adopter une posture professionnelle adéquate à la situation de soin vécue avec le patient ? »

Lorsque j'ai commencé cette phase de mon travail de recherche, je me suis rapidement aperçu de la complexité des concepts abordés et de la richesse professionnelle que peut apporter des réflexions sur ces derniers. La littérature établit à travers le concept de compétence, des liens directs et évaluables entre les expériences du professionnel, ses connaissances, et l'évolution de sa pratique professionnelle.

L'idée principale qui se dégage, au regard de l'analyse de l'ensemble des éléments étudiés, est que les savoirs et les savoir-faire sont énormément mis en avant, autant par la littérature que par les professionnels, même lorsqu'il s'agit de compétences relationnelles.

Par exemple, le concept de « communication » est ressorti à plusieurs reprises pour évoquer la relation soignant-soigné, réduisant celle-ci à l'échange d'informations entre un soignant et un patient. Or selon W. HESBEEN, la relation soignant-soigné dans le « *prendre soin* » demande au soignant la mobilisation de nombreux éléments tels que : « l*a chaleur* », « *l'écoute* », « *la disponibilité* », « *la simplicité* », « *l'humilité* », « *l'authenticité* », « *l'humour* », et « *la compassion* »[35]. La communication est bien évidemment sous jacente à chacun de ces éléments car elle en est un des principaux supports, en revanche, elle n'est pas une fin en soi. Le savoir communiquer dans un contexte de soin est une des compétences infirmières primordiales, mais par quoi peut-il être influencé, conditionné ? S'agit-il, au même titre que les connaissances scientifiques sur la physiologie et la pharmacologie, de savoirs ? Est-ce un savoir-faire qu'il est possible d'apprendre ou bien possédons-nous naturellement cette capacité à travers notre histoire personnelle et nos expériences ?

La littérature et les entretiens menés donnent quelques éléments de réponse. Dans la compétence du professionnel, il existe une part singulière, une part personnelle et intime qui le façonne de telle sorte qu'aucun professionnel ne ressemble à un autre malgré des savoirs et des savoir-faire communs. Lors des entretiens, cette part ressort par des termes tels que « aptitudes », « capacités », « valeurs personnelles », « qualités », « confiance en moi », « personnalité », qui tout en étant généraux, ne font pas clairement référence à des savoirs ou des savoir-faire précis et surtout acquis en formation. Guy LE BOTERF parle lui de ces éléments comme faisant partie des ressources propres, incorporées du professionnel dans son « *savoir-agir* », qui se définit lui comme la capacité du professionnel à savoir mobiliser ses ressources en fonction d'un environnement singulier pour pouvoir agir. Ces ressources, savoir-être, capacités, qualités humaines, sont propres à chaque individu et elles influencent en effet la compétence du professionnel car elles peuvent à la fois être aidantes pour lui, comme limitantes aussi, si leur mobilisation n'est pas adaptée à la situation et au contexte. Comme l'a d'ailleurs souligné l'infirmier interrogé lorsqu'il parle de savoir trouver une juste distance dans la relation avec le patient. Le soignant doit entretenir et enrichir la

[35] W.Hesbeen. *prendre soin à l'hôpital,* Op Cit. p.99-100-101

relation pour établir la confiance et prendre soin de manière holistique de son patient, tout en considérant que la relation n'est ni amicale, ni familiale. Les savoirs-êtres ou ressources personnelles propres à l'infirmier sont alors ce qui va l'aider à rechercher ce juste équilibre relationnel pour le patient comme pour lui.

La deuxième grande idée qui ressort dans la synthèse de cette phase exploratoire, c'est la distinction et même la priorisation qui est faite par les professionnels entre les soins techniques, expression des savoirs et savoir-faire, et les soins relationnels qui sont décrits comme secondaires et dépendant de la maîtrise technique des soins pour être développés. Dans la littérature, cette priorité donnée à la technique et aux soins pratico-pratiques est également relevée, pour aborder le contexte actuel des soins où les priorités sont fixées sur la rentabilité et sur le ratio efficacité du soin/durée d'hospitalisation, qui contraint les soignants à travailler à flux tendus et qui est, aux yeux de Walter HESBEEN par exemple, une des explications de la déshumanisation des soins.

De plus, cette opposition ou du moins cette priorisation faite par les professionnels entre le technique et le relationnel, comme si le premier était une condition du second, est révélateur à la fois d'une réalité de terrain vécue par les professionnels, et à la fois des représentations sociales qui entourent l'idée même de « prendre soin » des patients. « Prendre soin » est, aux yeux des professionnels interrogés, avant tout une affaire de technique et d'aspect curatif des soins, ce que la littérature réfute en tous points lorsqu'elle s'attache à donner une définition du concept. Pourquoi existe-t-il un tel écart ? Est-ce la compétence des soignants qui peut-être remise en cause par ce constat ? Au regard du début de ce travail, je ne pense pas. D'autant que répondre à cette question simplifierait de manière dangereuse les problématiques liées à l'idée de prendre soin, en responsabilisant uniquement les professionnels et en omettant de prendre en compte le contexte socio-économique et ses conséquences sur le milieu du soin. A quoi peut-on attribuer ce constat sur les compétences soignantes majoritairement orientées vers la technicité, les savoirs et les savoir-faire ? Est-ce le sens donné aux concepts de compétence et de soin par les professionnels qui est à l'origine des écarts constatés entre théorie et pratique ?

QUESTION DE DEPART DEFINITIVE ET PROBLEMATISATION :

Le travail de l'infirmier est souvent perçu comme segmentarisé avec d'un côté les compétences techniques et scientifiques, et de l'autre, celles plus relationnelles. Cela laisse à penser que la relation avec le patient peut être ou ne pas être, selon le contexte et selon que les soins soient plus ou moins techniques. Or, cette approche semble conduire selon de nombreux auteurs et chercheurs dans le domaine à une forme de standardisation des prises en soins et à une déshumanisation involontaire des soins de la part des soignants. Ces derniers sont coincés entre leur volonté de bien prendre en charge les patients et les contraintes socio-spatio-temporo-économiques actuelles et à venir.

En quoi une réflexion personnelle de chaque infirmier/infirmière sur le sens qu'il/elle donne à ses compétences peut-elle lui permettre de « prendre soin » des patients au sens le plus humain de l'expression ?

Le choix de cette question de départ définitive a été guidé par l'analyse de mon travail exploratoire où j'ai pu mettre en avant certains écarts entre la théorie et la réalité du terrain présentée par les professionnels infirmiers interrogés. Ces écarts se situent principalement entre la place accordée aux soins relationnels et celle réservée aux soins techniques. La question qui m'est venue face à ce constat a été : lorsque les professionnels parlent de soins relationnels et de soins techniques en les différenciant si clairement, de quelle définition des soins parlent-ils ? Sur quelles références ou représentations se basent-ils pour marquer si clairement la différence entre eux et pour les prioriser l'un envers l'autre ? En prenant du recul, je me suis aperçu que les soins évoqués rentraient tous les deux dans un concept travaillé au cours de ma phase exploratoire : le *prendre soin*. Ce concept élève très clairement la réflexion sur la posture soignante, bien avant d'en arriver à « faire des soins », qu'ils soient relationnels ou techniques d'ailleurs. J'ai donc souhaité, par la recherche sur ce concept, montrer si l'écart observé était la résultante d'une posture soignante trop orientée sur la technicité du soin, ou alors pas assez sur ses aspects philosophiques et sociologique.

Egalement, cette question de départ définitive comprend le concept de compétence pour plusieurs raisons. La première est que la compétence est LA composante inévitable de notre référentiel infirmier qui identifie nos obligations professionnelles et notre champ d'exercice. Il m'a semblé pertinent d'en approfondir la définition dans une démarche d'une part d'enrichissement personnel et d'autre part, dans une attitude de développement professionnel. Dans la mesure où l'évaluation des compétences des soignants est quotidienne que ce soit par les patients, par les familles, par les pairs, par la hiérarchie et bien sûr par une démarche d'auto-évaluation quotidienne.

Mener une réflexion sur la compétence et ses composantes très diverses et variées, est également liée à un constat fait dans ma phase exploratoire. En effet, ce concept revient très régulièrement dans le discours des professionnels, et notamment en lien avec l'aspect relationnel de la profession infirmière. C'est en demandant aux professionnels ce qui pouvait bien composer la compétence « relationnelle » que je me suis aperçu de leur difficulté à donner des exemples précis de cette forme de compétence, et d'autant plus lorsque la notion de personnalité a été abordée. C'est pourquoi je souhaite questionner, dans cette phase de recherche, la place donnée à l'individu et à ses spécificités personnelles dans la compétence puisque les

professionnels interrogés affirmaient clairement le lien tout en ne sachant pas trop le définir. Ainsi, c'est à la fois dans le champ de la psychologie sociale et dans celui de la professionnalisation que j'essaierai de définir la compétence.

En résumé, cette phase d'analyse conceptuelle doit me permettre de préciser les liens entre la compétence de l'infirmier, et son engagement identitaire, tant personnel que professionnel, dans la démarche de prendre soin des patients.

L'enjeu professionnel de ce travail est double. Tout d'abord, il peut permettre d'éclaircir et d'identifier un certains nombre d'éléments responsables de l'opposition souvent faite entre les infirmiers ou infirmières dits « techniques » et ceux dits « relationnels » qui considère que les infirmiers font un choix entre les deux, ce qui paraît être faux, notamment en lien avec la notion de choix. Le second enjeu est d'initier une démarche réflexive autour de l'idée que le soin est bien plus qu'un ensemble d'actions visant à restaurer un état de santé chez les patients, et que cette réflexion sur le sujet peut amener chez chaque soignant, à la construction d'une posture et d'une identité professionnelle adaptée avant tout aux besoins des patients, en cherchant la ou les réponse(s) à la question : Pourquoi ai-je voulu faire ce métier d'infirmier ?

La réponse à cette question va peut-être venir nourrir l'évolution des pratiques professionnelles infirmières face à un contexte de travail où le patient est devenu client et où le *prendre soin* de personnes humaines a dérivé vers une quête d'optimisation des prises en charge d'un point de vue économique et technique mais certainement pas d'un point de vue humain. Prendre conscience de notre rôle à jouer dans ce processus d'amélioration de la qualité des soins me semble fondamental et ce travail a pour objectif de montrer que, malgré le contexte, chaque soignant peut agir quotidiennement à son échelle d'être humain et que ses compétences personnelles et professionnelles peuvent être autant de ressources à mobiliser pour l'y aider.

ANALYSE CONCEPTUELLE:

4.1. PRENDRE SOIN :

4.1.1. DEFINITION DU CONCEPT :

Selon le dictionnaire LAROUSSE®, le *soin* est un nom masculin qui désigne l'attention que l'on porte à faire quelque chose de manière propre, minutieuse, nette, ou encore d'entretenir quelque chose. Il désigne également le souci, l'effort ou la peine que l'on se donne à « bien » faire les choses. Il est également une charge, un devoir de veiller à quelque chose, de s'en occuper. Le nom *soin* fait partie de l'expression *prendre soin* qui nous intéresse ici. *Prendre soin* de quelqu'un ou de quelque chose revient à s'en occuper, à veiller sur lui ou sur elle, à y penser ou encore à faire en sorte que… Cette expression prend donc une partie de son sens sur la définition du mot *soin*.

Le verbe transitif *prendre* n'est pas moins intéressant pour saisir le sens de l'expression *prendre soin*, car s'il vient du latin *prehendere* qui signifie *saisir*, son sens peut être très différent selon le contexte dans lequel on l'utilise. *Prendre* peut par exemple vouloir dire attraper, voler ou subtiliser, ainsi que toucher, atteindre et saisir quelque chose. De même, *prendre* peut avoir le sens d'adapter son comportement face à quelqu'un ou à quelque chose, avoir telle ou telle attitude, le ou la traiter de telle ou telle manière. Enfin, consommer un médicament ou de la nourriture peut-être un des sens de *prendre*, tout comme recevoir quelque chose de quelqu'un, se le faire donner ou encore l'accepter, l'entendre ou l'interpréter de telle ou telle manière. Ainsi, le verbe *prendre* peut avoir de nombreux contextes d'utilisation et de donc de sens. Mais lequel ou lesquels peuvent être choisis pour définir l'expression de *prendre soin* ?

Avant d'être un concept lié aux sciences humaines, *prendre soin* est donc avant tout une expression complexe dans laquelle l'interaction entre celui qui fait l'action de *prendre soin* et celui ou celle qui est le destinataire de cette action, est prévalente. Cette interaction est extrêmement variable selon les contextes rencontrés, et elle fait appel à la fois à une forme de bienveillance, de bien-faire, liés au *soin*, et à l'idée de l'adaptation des comportements et des attitudes des protagonistes liés au *prendre*.

Egalement, le *prendre soin* en langue française est issu des concepts de « care » et de « cure » issus eux de la langue anglo-saxonne. Dans le discours français, c'est Marie-Françoise COLLIERE qui a introduit le *prendre soin* en 1982, en France. Elle définissait alors le *care* comme « les soins habituels et coutumiers liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, et le *cure* comme les soins de réparation liés aux besoins de réparation de ce qui fait obstacle à la vie »[36].

Le *prendre soin* est alors un ensemble complexe de soins visant tout autant à entretenir la vie qu'à réparer le corps et l'esprit porteurs de vie. Cependant, quelle est la distinction qu'il nous faut alors faire entre « prendre soin » et « faire des soins », dans la mesure où en tant qu'infirmier et infirmière, l'acte de soin et l'agir par le « faire » n'est pas la finalité de notre profession mais son support.

[36] M-F. Collière, *Promouvoir la vie, De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. InterEditions 1982, p.243

4.1.2. LE CONCEPT DE « PRENDRE SOIN » EN SOINS INFIRMIERS.

Afin d'approfondir la question du *prendre soin,* j'ai choisi de me baser sur le travail de Walter HESBEEN, infirmier et docteur en santé publique, qui apporte de nombreux éclairages et réflexions sur le domaine. Le champ d'étude des soins infirmiers me semble être le premier à devoir être exploré pour affiner la définition du *prendre soin* tout en restant dans un pragmatisme lié à la réalité du terrain.

4.1.2.1. UN CHANGEMENT DE LOGIQUE SOIGNANTE : DU CORPS OBJET AU CORPS SUJET.

Précédemment dans ce travail, j'ai pu questionner le positionnement des infirmiers ou infirmières face au patient, à ses demandes, à ses besoins et ses attentes, et qu'il ne semblait pas du tout évident pour eux, comme pour moi durant mes stages, d'identifier et de répondre de manière adaptée à ces derniers. J'ai ainsi pu constater et j'en fais état dans ma situation de départ avec Madame G, que même si les soins et les actes sont faits avec soin, précision et sécurité, cela n'est pas suffisant pour le patient, ses attentes et ses besoins. Il est question ici d'interroger ce que le patient représente pour le soignant et plus précisément pour l'infirmier, car cela semble avoir des conséquences sur le patient lui-même comme sur la qualité des soins. Le patient est-il un objet de soin, un corps que la maladie ou les accidents de la vie ont placé là ? Ou bien, est-il un sujet de soin, une personne singulière qui dans un contexte singulier s'est retrouvé en besoin de soin ?

La réflexion menée sur le *corps-objet* et sur le *corps-sujet* est au centre de la question posée plus haut entre « *faire des soins* » et « *prendre soin* ». Le corps-objet est celui à qui nous faisons des soins pour le réparer ou entretenir la continuité de la vie, alors que le corps-sujet renvoie à la personne elle-même dont nous avons la mission de *prendre soin* dans toute sa globalité. Walter HESBEEN dit à ce propos que :

> « L*'être-humain ne se limite pas à un corps-objet – une forme de machine — sur lequel on peut appliquer ses savoir et ses techniques aussi brillants […] soient-ils. C'est l'être en tant que tel, en tant que corps-sujet, celui qui a besoin de sens, qui demande de l'attention* »[37].

Cette idée de l'attention portée par le soignant rejoint la distinction entre soins techniques et aspect relationnel des soins ressortie des entretiens réalisés précédemment. Sur quoi le soignant doit-il porté son attention ? Evidemment sur le patient pourrait-on dire par automatisme. Sauf que la distinction évoquée montre bien une attention prévalente et prioritaire portée sur l'acte technique au détriment de l'aspect relationnel et humain du soin. Ainsi, l'idée de « *prendre soin* » et non de « *faire des soins* » a aussi pour objectif de rappeler qu'il ne doit pas être question de priorisation entre les différents aspects des soins, mais bel et bien d'avoir une vision holistique du patient car *« on peut effectuer une tâche ou poser un acte avec soin mais sans nullement prendre soin de la personne «sur laquelle » on intervient car l'attention est centrée sur l'acte posé. »*[38]

L'attention portée sur l'acte en lui-même est le reflet de la pratique soignante moderne, où l'évolution technique et technologique, et les avancées de la médecine, ont

[37] W.Hesbeen, Prendre Soin à l'Hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, Ed. Masson Paris 1997. p.2

[38] Ibid. W.Hesbeen p.9

conduit à une technicisation des pratiques soignantes. Les actes rythment la journée de travail, et le temps disponible pour partager une relation humaine entre sujet-soignant et sujet-patient en dehors des actes techniques, est presque réduit au néant. L'enjeu d'établir la relation humaine en parallèle de la réalisation des actes techniques est donc majeur pour l'évolution des pratiques soignantes et au cœur de ce qu'est le *prendre soin* dans le contexte actuel. Il n'est pas question dans ce travail de faire un historique de l'évolution de la médecine, mais cette dernière a également une place importante dans le développement depuis plusieurs décennies d'une logique soignante du *corps-objet*. La médecine a en effet eu tendance à être la *« médecine de la maladie »* et non la *« médecine du malade »*[39], avec toutes ses conséquences sur les professions paramédicales et la pratique infirmière notamment. Georges CANGUILHEM précise lui que « *la prise en charge d'un malade ne relève pas de la même responsabilité que la lutte rationnelle contre la maladie* »[40] bien que les deux soient nécessaires, ce qui a tendance à confirmer le point de vue de Walter HESBEEN.

Enfin, l'importance de la considération du *corps-sujet* dans la logique soignante repose sur une approche de la maladie non pas comme un fait biologique centré sur le *corps-objet*, mais comme un évènement de vie avec ses conséquences multiples sur la personne et son entourage. Selon W. HESBEEN :

> *« La maladie, quelle qu'elle soit, ne sera pas vécue de la même façon par chacun car elle s'inscrit dans une situation unique animée par un désir de vivre, lui aussi unique. C'est que la maladie a beau être objectivée dans le corps que l'on a, elle ne touche, en fin de compte, que le corps que l'on est. »*[41]

La logique soignante du *prendre soin* doit donc permettre à l'infirmière ou l'infirmier de considérer la personne malade à travers ce qu'elle est, pour proposer et fournir une aide adaptée aux besoins singuliers de cette personne dans ce contexte particulier. Une logique soignante se contentant du *corps-objet* serait alors une logique soignante dépourvue de sens pour la personne souffrante, or le besoin de sens est au cœur de la démarche de compréhension de la maladie de manière générale et surtout à la base du processus de guérison des personnes.

Les patients d'un côté et les soignants de l'autre, auraient, semble-t-il, tout à gagner à voir ces derniers s'inscrire dans une telle logique soignante. Celle-ci devant se construire à la fois sur l'attention portée à la personne en souffrance et à la fois sur l'objectif d'aider cette personne à donner du sens à cette étape de sa vie pour ouvrir sur de nouvelles perspectives.

4.1.2.2. LE PRENDRE SOIN : ENTRE VALEUR ET REPRESENTATIONS DE LA PRATIQUE INFIRMIERE.

Au cours de ce travail, je me rends compte combien il est complexe d'aborder le concept de *prendre soin* sans porter de jugement de valeur sur les pratiques des uns et des autres. Cette difficulté est selon moi construite sur la définition même du concept.

[39] Ibid. W.Hesbeen p.10

[40] G.Canguilhem, « Puissance et limite de la rationalité en médecine », in *Etudes d'Histoire et de Philosophie des sciences*. Ed. Vrin, Paris, 1983

[41] W. Hesbeen, *prendre soin à l'hôpital,* op.cit p.24-25

En effet, le *prendre soin* semble être une orientation donnée à la logique soignante, qui s'oppose à certaines pratiques et modes d'organisation présents actuellement dans les services de soins. De cette opposition peut résulter la croyance que le concept de *prendre soin* est une vérité en soi. Or, il ne l'est pas car il n'existe à ce jour aucune démonstration scientifique véritable de son efficacité. C'est ce que W. HESBEEN explique lorsqu'il dit que le *prendre soin* est plus « *une valeur* [42]» à ses yeux, à laquelle chaque professionnel est libre d'adhérer ou non. D'autant plus que ce concept a l'avantage d'offrir « *un espace de liberté pour la réflexion et l'action, […]. Le concept est ouvert sur la connaissance, sur toutes les connaissances qui permettent d'améliorer, d'enrichir, de rendre plus pertinente l'aide apportée à une personne*.[43] » Ainsi, le *prendre soin* en tant que valeur soignante n'est pas une vérité en soi mais une tendance, une orientation choisie par les professionnels et les équipes de soins pour faire en sorte de tendre à améliorer continuellement la prise en soin en l'adaptant toujours au plus près des besoins de chaque patient.

La question à se poser en tant que futur professionnel est alors de réfléchir à comment intégrer cette valeur à mon futur exercice professionnel où la contrainte temporelle et la charge de travail technique et administrative sera forte, surtout pour un jeune diplômé. Il me semble que nous touchons ici la limite du développement du *prendre soin* dans les services. Bien que la volonté d'une majorité de professionnels soit d'adhérer à une telle logique soignante, humaniste, le contexte des soins complique et ralentit de manière considérable le processus. L'enjeu réel du *prendre soin* n'est donc pas uniquement une question de choix et de volonté des professionnels, il est aussi une question d'organisation et de gestion du système de santé pour que celui-ci puisse favoriser la logique soignante tout en maintenant un état de vigilance économique.

Pour revenir à l'échelle du professionnel de terrain, au sein de son secteur d'une dizaine à une vingtaine de patients, je considère que malgré les limites évoquées plus haut, il demeure la possibilité à chacun de tendre vers une plus grande humanité des prises en soin et ce, par un travail sur les représentations de la pratique infirmière.

Précédemment, j'évoquais l'importance du sens donné par le patient à sa maladie et à cette étape de sa vie où il se retrouve en besoin de soin. Je pense que cette quête et ce besoin de sens est également quelque chose de fondamental pour construire une pratique professionnelle, et notamment lorsqu'il s'agit de la pratique infirmière. Walter HESBEEN propose dans son œuvre, un « *essai de représentation de la pratique infirmière* ». Pour cela, il distingue trois entités que sont : le *soin infirmier en tant que tel, les supports de la pratique infirmière, puis les opportunités particulières offertes par les supports*. (Cf. Annexe 4) Nous pouvons voir qu'au-delà des deux premières entités décrites qui se rapprochent des compétences du référentiel infirmier, la troisième entité relève d'une approche plus essentielle (dans le sens de plus proche de « l'essence même ») du soin infirmier. Cette approche considère qu'il existe quotidiennement dans la pratique infirmière, des « *opportunités particulières* »[44] pouvant permettre aux infirmiers et infirmières de « *donner à leur pratique un sens véritablement aidant et*

[42] Ibid. p.37
[43] Ibid. p.38
[44] Ibid. p.67

pour agir comme vecteurs de sérénité auprès des personnes auxquelles ils s'adressent.»[45]

L'idée *d'opportunité particulière* est une idée structurelle de la logique soignante qui repose sur le *prendre soin*, dans la mesure où elle permet à chaque professionnel de rendre utile et aidant, le moindre instant passé auprès du patient, à condition de se représenter ces instants comme utiles et aidants pour lui. Certains professionnels avec lesquels j'ai pu être en contact, notamment durant mes stages, m'ont montré à quel point un passage de quelques secondes dans une chambre - pour vider un bassin, servir un verre d'eau ou encore approcher le téléphone - pouvaient être autant de moments de partage, d'attention et de complicité avec les patients. Selon eux, ils permettaient de renforcer la relation soignant/soigné, et j'ai pu constater que ces petits moments d'échange pouvaient apaiser certains patients et leurs donnaient surtout l'occasion de poser des questions ou d'effectuer des demandes qu'ils n'auraient peut-être pas exprimées si nous ne nous étions pas rendus disponibles. Toujours durant mes stages, j'ai également pu voir des situations inverses où ces petits passages dans les chambres étaient perçus par certains comme des contraintes et sans intérêts, avec pour conséquence, des patients parfois revendicateurs et même en colère de voir passer les professionnels en coup de vent sans qu'aucune attention ne soit réellement portée sur leur personne. Que leurs conséquences soient positives ou négatives au niveau relationnel avec le patient, ces *opportunités particulières* semblent être d'une importance considérable. La difficulté demeurant dans l'évaluation des conséquences et dans l'analyse de celles-ci.

La représentation de la pratique infirmière par Walter HESBEEN explique quant à elle, combien ces moments de rencontre et de relation avec le patient, aussi brefs soient-ils, représentent un enjeu considérable pour les patients comme pour les soignants. Il s'agit de porter une attention particulière à la personne face à nous par le souci de son « ***confort »***, de la « ***douceur »***, de la « ***chaleur »*** humaine et par notre « ***attention aux mille et un détails »***[46]. Répondre à une sonnette pour aller réinstaller un patient dans son lit est au moins aussi important pour le corps sujet qu'est le patient, que de lui réfectionner son pansement ou encore que de lui donner un antalgique. L'intérêt de cette représentation est justement de fuir tout système de hiérarchisation des soins pour aboutir au *Soin Infirmier* et au *Prendre soin* dans toutes ses dimensions qu'elles soient humaines, techniques, biologiques, sociales, etc...

Pour terminer cette première approche du concept de *prendre soin* et pour initier la suivante, Paul Ricœur a dit : *« L'homme a besoin d'amour, certes ; il a besoin de justice plus encore ; mais il a surtout besoin de signification.* [47]*»*

Ce besoin de signification vaut tout autant pour le patient que pour nous autres soignants ou futurs-soignants, car le trait d'union entre tous les acteurs de la relation de soin est notre appartenance aux êtres-vivants et à l'humanité. Et donner du sens, c'est identifier, comprendre et transformer nos représentations pour les accorder au plus près des enjeux humains de notre profession infirmière.

[45] Ibid. W. Hesbeen p.67
[46] Ibid. p.68
[47] Paul Ricœur, « Signe et sens », *Encyclopédie Universalis*, Vol 14, Paris, 1968, p.1012.

4.1.3. PRENDRE SOIN : APPROCHES PHILOSOPHIQUES ET DEFINITIONS.

Comme je l'ai évoqué au moment de définir le concept de *prendre soin*, ce dernier est construit autour du soin et de ses enjeux multiples et complexes. Afin de mieux comprendre le *prendre soin*, je pense qu'une approche philosophique du soin peut apporter de nombreux éléments de réflexion qui viendront nourrir et enrichir le sens du concept lui-même et le sens donné à la pratique infirmière. Pour cela, je vais me baser sur l'œuvre de Philippe SVANDRA, cadre supérieur de santé et formateur au sein du centre hospitalier Sainte-Anne, dans laquelle il recoupe de nombreuses approches philosophiques en lien avec les concepts de *soin* et de *prendre soin* sans pour autant s'éloigner de la réalité du terrain. Cette partie de mon travail est aussi l'occasion de montrer l'intérêt d'une approche plus philosophique du soin et de la pratique infirmière au moment où, à l'image de la société en général, la « planète soin » est devenue une économie construite sur la rentabilité pour ne pas dire le « commerce des soins » et où nos actions systématisées ont perdu une partie de leur sens.

4.1.3.1. LE SOIN EST UN LIEN SOCIAL ET TOUCHE A L'UNIVERSALITE DU VIVANT.

Avant d'en arriver au système de santé actuel et de devenir quasiment la propriété des soignants quelque soit leur formation, le soin est et demeure « *une activité humaine essentielle* » caractérisée par une « *pratique qui vise à se soucier de l'autre* » en créant à la fois une « *relation interindividuelle* » et un lien « *social* »[48]. Ainsi, l'exemple de la « *mère qui s'occupe de son nouveau-né* », ou encore celui de « *l'enfant qui plus tard vient en aide à ses parents âgés* »[49], repris par P. SVANDRA, démontrent combien le soin est avant tout une pratique sociale, prenant différentes formes selon les cultures, mais dont les valeurs d'aide, de solidarité et d'attention portées à autrui sont universellement constitutives.

Lorsque j'abordais précédemment les notions de personnalité et de savoir-être chez les soignants, je me rends compte à présent que mes questions reposaient en fait sur la définition même du soin et sur l'engagement humain que suggère la décision de « devenir » ou « d'être » soignant. Qu'est-ce qui caractérise tant cette propension ou ce choix de certaines personnes à vouloir aider, accompagner autrui dans ses difficultés ? Est-ce seulement un choix ? Afin d'éclairer ces questionnements, P.SVANDRA pose la question de savoir s'il existe une « *forme de disposition en la matière* [50]». Il poursuit en expliquant qu'il n'est nullement question d'une « *simple affaire de choix personnel* » ou encore de « *caractéristiques psychologiques* », car la « *relation soignante touche à l'universelle* » et que le « *soin est une forme de relation fondamentale à autrui* »[51]. Philippe SVANDRA définit d'ailleurs le soin comme « *l'expression agissante de* [son] *humanité* »[52].

Cette idée de relation fondamentale à autrui est donc ce qui va caractériser le *soin* et *le prendre soin* car comme je l'expliquais dans la définition du concept de *prendre*

[48] P.Svandra, *Eloge du Soin, une éthique au cœur de la vie.* Ed. Seli Arslan, Paris 2009. p.20
[49] Ibid. p.20
[50] Ibid. p.21
[51] Ibid. p.21
[52] Ibid. p.11

soin : c'est l'interaction entre celui qui apporte son aide et celui qui la reçoit qui importe. En effet, l'acte en lui-même ne peut pas à lui seul définir le soin car il n'est que l'un de ses supports. Par conséquent, on pourrait définir le soin comme : « *toute pratique tendant à soulager un être-vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même.*[53] » Il est bien question ici d'un *être-vivant*, celui là-même qui est à la fois un corps caractérisé par le biologique et le physiologique, et un esprit ou une conscience caractérisée par le psychologique et le social. Ainsi, à travers les caractéristiques de l'être-vivant, et humain de manière spécifique, nous retrouvons tous les éléments intervenants de près ou de loin dans la relation de soin et influençant de ce fait, la logique soignante construite sur le *prendre soin*.

Nous retrouvons également grâce à cette approche permettant de distinguer le charnel et le spirituel de l'être-humain, les deux grandes fonctions du soin que sont : Lutter contre la mort et tendre vers « *l'hypothétique guérison* », et « *entretenir la vie* », la viabiliser par « *l'expression des capacités liées à la fois à la vie organique, relationnelle, spirituelle et sociale* [54]».

4.1.3.2. *PRENDRE SOIN* OU L'ANALYSE ET LA REPONSE A LA VULNERABILITE DES PERSONNES.

Afin d'introduire cette partie, il convient de reprendre le concept de *care* dont le *prendre soin* est issu, et qui est tiré de la langue britannique. En effet, en anglais, « soigner » peut se dire de deux manières différentes : *to cure* et *to care*. Le premier désigne l'aspect thérapeutique du soin d'où l'adjectif « curatif ». Le second (*to care*) désigne à la fois les termes de « *sollicitude, de soin, d'attention, de responsabilité, de compassion, de souci de l'autre* »[55]. Le *care* désigne donc plus l'aspect humain et relationnel du soin et c'est pour cette raison que M-F COLLIERE s'est basé sur lui pour parler en français du *prendre soin*. A travers l'aspect humain, P. SVANDRA identifie la nécessité pour *prendre soin*, d'une forme de « *mobilisation affective* »[56], qui conduit la personne soignante à « *préserver le lien précieux de nature affective qui [l'] attache aux autres* »[57]. Nous sommes alors bien loin des préoccupations biologiques et physiologiques.

Les différentes théories du *care* font état de nombreuses problématiques visant à la fois le sentiment moral des soignants, le fait que cet engagement puisse être dépendant du genre (homme ou femme), ou encore qu'une trop grande impartialité puisse devenir injuste et inhumaine à terme en refusant de voir la singularité de chacun. Le *care* est en ce sens très complexe car de nombreuses théories et philosophies s'y rattachent. En revanche, ce qui demeure dans l'éthique du *care*, c'est « *l'attention portée aux personnes fragiles et plus globalement à la vulnérabilité* »[58]. Cette notion revient à l'idée de l'universalité du soin qui accompagne la vie de sa création à son extinction considérant que l'être-humain traverse successivement des phases de plus ou moins

[53] F.Worms, « Les deux conceptions du soin. Vie, Médecine, relations morales », *Esprit*, n°321, Janvier 2006, p.143.
[54] P.Svandra, Eloge du soin, Op cit p.270 et 271
[55] Ibid p.17
[56] Ibid p.17
[57] Ibid p.138
[58] Ibid p.140

grande vulnérabilité de la gestation au vieillissement. La vulnérabilité n'est donc pas passagère, elle est continue tout au long de la vie et « *à tout âge, quels que soient notre statut social, nos capacités physiques ou intellectuelles, notre culture ou notre appartenance spirituelle, nous avons toujours besoin de la présence d'autrui* »[59] qu'elle qu'en soit la forme ou la manière. L'idée de dépendance et d'autonomie prend alors un nouveau sens.

Dans ma situation de départ, je me rends compte que l'état émotionnel de Madame G dans cette salle de réfectoire est directement lié à sa confrontation à sa grande vulnérabilité à ce moment là. Cette confrontation, ce choc, vécu et raconté par de nombreux patients lors de mes stages en rééducation, en chirurgie ou en réanimation, semble correspondre à la prise de conscience de leur vulnérabilité. Au même titre que lors des entretiens, l'infirmière me disait « relativiser » sa propre vie face aux difficultés des patients. Comme si les situations de vulnérabilité des autres, nous rappelaient à nos propres vulnérabilités enfouies et dissimulées derrière nos désirs d'autonomie et d'indépendance face aux contraintes de la vie, des plus petites aux plus grandes. Sauf qu'à y réfléchir, et malgré la difficulté que cela représente pour tout être-humain, nous sommes tous vulnérables au quotidien, d'une manière ou d'une autre.

Philippe SVANDRA explique combien cette forme de déni de nos dépendances et vulnérabilités « *nuit grandement à la reconnaissance du travail du care* » dans la mesure où attaquer ce déni de front en confrontant les personnes à leur vulnérabilité et dépendance risque plus d'entretenir la dépendance en détruisant la motivation par l'estime ou la confiance en soi fragilisée. Ainsi, pour rejoindre « *l'attention aux mille et un détails* »[60] de Walter HESBEEN et sa définition du *prendre soin*, il ne s'agit pas de répondre à la dépendance en satisfaisant les besoins des patients de manière standardisée, mais bel et bien de « *faire preuve d'attention bienveillante »*[61] dans l'analyse des besoins en tentant de se « mettre à la place » de la personne, pour mieux anticiper ses moindres besoins. Avoir approché le téléphone ou rempli le verre d'eau avant que le patient n'ait à le demander sont autant de petites attentions qui lui éviteront de nous appeler en sonnant. Ce simple geste de sonner, lui rappelant par la même occasion que boire un verre d'eau ou décrocher un téléphone sont hors de ses capacités.

Prendre soin semble donc être à la fois constitué d'un *agir, d'un savoir-faire* par lequel le soignant répond à son analyse des besoins du patient, et à la fois par une « *sensibilité à l'autre et une perception fine* »[62] de ses besoins relevant tout autant d'un savoir-faire que d'un savoir-être, et sans lesquelles le soignant ne pourrait être réellement « soignant » au sens du *care*. Le sens de l'analyse et la réponse sous forme d'anticipation à la vulnérabilité des patients, sont en tous points le *prendre soin*.

[59] Ibid p.140
[60] W. Hesbeen, *Prendre soin à l'Hôpital,* Op.cit. p.68
[61] P.Svandra, Eloge du soin, Op cit p.141
[62] Ibid p.141

4.1.3.3. L'OPPOSITION ENTRE TECHNICITE ET HUMANITE AU CŒUR DU *PRENDRE SOIN.*

Dans les soins infirmiers, je me rends compte que dans la pratique quotidienne, il s'agirait moins pour nous de lutter contre la mort que de tout mettre en œuvre pour « *entretenir la vie* » dans le sens de s'occuper « *des besoins de ceux qui sont vulnérables*[63] ». En effet, nous avons plutôt tendance actuellement à avoir une approche fondée quasi exclusivement « *sur le pathologique* »[64] et le « *physiologique* »[65] car le soin, infirmier notamment, a été influencé par la médecine scientifique moderne. « *Avec le prodigieux développement de la médecine moderne soigner est devenu traiter* »[66], et *le care* est devenu *le cure*.

La pratique infirmière a beaucoup évolué avec le « système BOURNEVILLE » à la fin du 19ème siècle, qui vise à mettre le dévouement et le sacrifice de soi présent dans le soin, au service de la médecine et non plus au service de l'Eglise. Le métier d'infirmier s'est dont intégré peu à peu au monde scientifique médical tout en souhaitant garder sa spécificité comme Léonie CHAPTAL l'a soulignée dans les années 1920 : « *L'infirmière doit savoir tout du malade – non pas tout de la maladie : la maladie, c'est la science du médecin, le malade, c'est l'art de l'infirmière* ».[67]

Aujourd'hui, toujours au service de la médecine, mais surtout de plus en plus au service des gestionnaires (économiques, politiques,…), le soin demeure au plus près du corps des patients comme une « *activité de survie* »[68], les infirmières et infirmiers faisant de leur mieux pour lutter contre ces dualités quotidiennes entre corps et âme, corps-objet et corps-sujet, technique et humanité. Au risque de perdre leur art ? C'est justement là que le *prendre soin* prend tout son sens, dans le lien et l'interdépendance entre le corps que le patient a et le corps qu'il est. Afin que le soin infirmier soit au service des patients, complémentaire à la médecine et, structurée et responsable en vue des objectifs de gestion.

En effectuant mes recherches, je me suis arrêté sur cette technicité que j'aborde à de nombreuses reprises dans ce travail. Au-delà de la définition même de la technicité, je me suis intéressé à son rôle et à ses influences sur la pratique soignante. En effet, j'ai eu l'opportunité lors de cette dernière année de formation, de participer à un exercice de simulation en gestion de situation d'urgence. Durant celle-ci, le patient mannequin a simulé un choc hypo-volémique et alors que nous pouvions surveiller ses paramètres vitaux sur le scope, celui-ci est tombé en panne et n'affichait plus rien. La perte de ce support technique, de ses informations en temps réel, et surtout la perte de contrôle sur la situation du patient a fait naître chez moi ce questionnement sur la technicisation des soins et des surveillances alors même que nous sommes en présence d'êtres-humains.

De même, combien de fois suis-je retourné prendre manuellement la tension de patients pour lesquels le tensiomètre automatique donnait des valeurs incohérentes, pour finalement m'apercevoir qu'il y avait soit un problème physiologique sous-jacent, soit

[63] Ibid p.271
[64] Ibid p.271
[65] Ibid p.271
[66] Ibid p.18
[67] L. Chaptal, cité in P. Svandra « Eloge du soin », Op cit p.184
[68] Hannah Arendt, *Condition de l'homme moderne,* Calman-Lévy, coll. « Pocket-Agora », Paris 1983

au contraire qu'il s'agissait d'une fausse alerte. Un dernier exemple dans la continuité, est cette habitude remarquée parfois chez moi comme chez certains professionnels, d'accorder plus d'importance à un monitoring ou à un tensiomètre qu'à un examen clinique ou à un ressenti des patients.

Ces trois exemples sont l'expression même de la problématique créée par l'afflux de moyens techniques dans les soins, et surtout sur l'importance qui leur est accordée par les professionnels. Ne devenons-nous pas asservis à cette technicité ? L'intérêt n'est pas de nier l'apport de la technique dans les soins, mais de discuter de ses excès, tant elle a tendance à envahir les pratiques soignantes et infirmières notamment. Philippe SVANDRA évoque lui l'idée que malgré le devoir de *« l'hôpital de s'adapter et de se préparer à accueillir des personnes âgées pour des pathologies lourdes, chroniques ou en fin de vie* »[69], ce qui correspond à sa vocation présente et à venir face au vieillissement de la population, « *les services de gériatrie ou de fin de vie n'attirent pas les soignants* »[70], alors que ceux hautement techniques sont plus valorisés. Selon P. SVANDRA :

> « *De nombreux paramédicaux recherchent donc essentiellement une reconnaissance de leur discipline au travers de la technique* ».[71] Cela a pour conséquence possible en termes de relation soignante, *« la perte de sens du soin et de la réalité du soigné du fait de la fuite en avant dans la technique et du refuge dans la médecine scientifique, le risque étant en définitive, la déshumanisation de la relation* »[72].

Nous voyons donc ici que la technique, même si elle est utile et précieuse dans de nombreux cas, ne peut en aucun cas remplacer l'être-humain qui soigne et qui prend soin de l'autre être-humain qu'est le patient. La priorité a été donnée durant de nombreuses années à la technicisation des soins, à l'évolution de la médecine, aux progrès scientifiques, mais l'humanité du soin est quant à elle en grande difficulté. Comment mettre la technique au service de l'humanité dans le soin et non pas l'humanité au service de la technique ? Tel est l'enjeu du *prendre soin*. Et Bruno CADORE de conclure : « *Il ne s'agit pas pour l'homme d'être humain malgré la technique, mais avec elle.*[73] »

4.1.4. CONCLUSION SUR LE CONCEPT DU PRENDRE SOIN :

Au décours de cette première partie, nous avons balayé un certain nombre de notions toutes aussi éclairantes les unes que les autres pour aider à définir le *prendre soin* et à en cerner les enjeux à la fois théoriques mais aussi et surtout pratiques.

Ainsi, notre réflexion sur le sens à donner à notre pratique professionnelle dans le contexte actuel, nous a amené à discuter de nos représentations du patient à travers les notions de *corps-objet* et de *corps-sujet*, le *prendre soin* étant clairement orienté vers une logique soignante du corps-sujet. Nous avons ensuite pu constater que la part de la technicité dans le soin a évolué de manière exponentielle au XXème siècle et que cette évolution a entrainé avec elle, des changements dans la pratique infirmière. En se technicisant, celle-ci s'est rapprochée de la médecine moderne et a gagné en

[69] P.Svandra, « Eloge du soin… » Op. cit p.170
[70] Ibid p.170
[71] Ibid p.170
[72] Ibid p.171
[73] Bruno Cadoré, *L'hospitalisé comme fondement du soin,* Soins Hors-Série Janvier 2001, p.31

reconnaissance scientifique par la connaissance des maladies et des thérapeutiques ; mais elle a perdu en humanité en s'éloignant de son but premier : la connaissance du malade comme *art infirmier*. Egalement, nous nous sommes arrêtés sur le concept de vulnérabilité qui en rappelant lui aussi l'universalité du *prendre soin*, invite à repenser notre pratique soignante dans l'approche de la dépendance et de l'autonomie.

Enfin et c'est en quelque sorte le fil conducteur de cette partie, le *prendre soin* relève avant tout et malgré le contexte socio-économique, d'une posture et d'une identité professionnelle construite sur des valeurs humanistes et un positionnement personnel et professionnel emprunt de sensibilité[74] et d'attention bienveillante. Ce dernier reposant moins sur un choix que sur le développement d'une éthique à la fois personnelle et professionnelle.

> « *Tenir la main d'un patient n'a jamais permis de le guérir* ». Ces propos m'ont été tenus par un médecin durant un soin qu'il effectuait et où le patient était très anxieux. Je lui réponds aujourd'hui et grâce à ce travail « *qu'à défaut de guérir – qui n'est pas ma vocation – j'ai pris soin de lui en le considérant en tant qu'Homme* ».

4.2. LA COMPETENCE :

4.2.1. DEFINITION DU CONCEPT

La compétence est un concept omniprésent dans les soins infirmiers, notamment de part le référentiel qui porte son nom et auquel nous nous référons tout au long de la formation mais également durant l'exercice de la profession. Selon le Grand Larousse Universel, la compétence est « *une capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger* ». S'il existe des définitions de ce qu'est la compétence, nous pouvons également la définir par ce qu'elle n'est pas. Selon Guy LE BOTERF, Docteur d'Etat en Lettres et Sciences Humaines, Docteur en Sociologie, et expert en management et développement de compétences, la compétence n'est en aucun cas une « *somme, comme une simple addition d'éléments* »[75]. Elle ne peut pas être :

> « *décomposée en listes de savoirs, savoir-faire et savoir-être » car « réduite en miettes […], la compétence perd son sens, devient difficilement gérable et perd de sa valeur sur le marché du travail*[76] ». Enfin, la compétence ne peut pas être appréhendée uniquement *« en termes « d'état » alors qu'il s'agit d'un processus, d'un lien reliant une combinaison de ressources* [77]».

Nous approfondirons donc le concept de compétence par le travail de G. LE BOTERF au sein d'une première partie dans le champ de la professionnalisation. Dans un second temps, nous étudierons le concept de compétence dans le champ de la sociologie à travers le travail de Roger BERTAUX, qui comme nous le verrons plus tard, donne un sens très intéressant à celle-ci, en vue de l'ouverture sur la compétence infirmière dont il est question dans ce travail d'initiation à la recherche.

---

[74] *Sensibilité* non pas dans le sens de *fragilité (souvent amalgamé)* mais dans le sens de finesse dans la recherche de signification des informations données par les patients et recueillies par nos sens.

[75] G. Le Boterf. *Construire des compétences individuelles et collectives*, Ed. d'Organisation, 2000 p.52

[76] Ibid p.52

[77] Ibid p.52

4.2.2. LA COMPETENCE SELON GUY LE BOTERF :

4.2.2.1. LA COMPETENCE EST UN SAVOIR MOBILISER DES RESSOURCES POUR SAVOIR-AGIR ET REAGIR FACE A DES SITUATIONS COMPLEXES.

Comme je l'évoquais précédemment, définir la compétence comme un état conduit à la limiter aux ressources accessibles au professionnel comme par exemple, ses connaissances ou son savoir-faire. Or, selon Guy LE BOTERF, ce qui définit la compétence est plus le « *processus d'activation de ces ressources*[78] » que les ressources elles-mêmes. Ainsi, le fait de posséder des ressources ne suffit pas à faire du professionnel une personne compétente même si c'est indispensable. C'est en revanche « *sa capacité dans chaque situation à construire ou à adapter la combinaison pertinente de ressources pour agir* [79]» qui établira son niveau de compétence.

Dans la phase exploratoire de ce travail, j'ai développé les combinatoires pertinentes de ressources dans la compétence selon G. LE BOTERF. C'est pourquoi je vous y renvoie p. 13-14 et 15, afin d'une part de ne pas faire de répétition, et d'autre part de traiter d'autres éléments du modèle de la compétence de l'auteur. Je rappelle simplement que les ressources disponibles pour le professionnel peuvent être soit : internes et personnelles (connaissances techniques et scientifiques, savoirs-faires méthodologiques, relationnels, techniques,…), soit externes (réseaux d'expertises, guide infirmier, …).

4.2.2.2. LE CURSEUR DE LA COMPETENCE

Le curseur de la compétence que vous pouvez consulter en Annexe I, permet de faire un parallèle intéressant entre la compétence vue par LE BOTERF et les compétences infirmières. En effet, le curseur de la compétence divise la compétence en deux pôles distincts que sont : « *Savoir exécuter une opération prescrite* », et « *savoir Agir et interagir dans des situations complexes et évènementielles* ». Rien que dans les termes utilisés par G. LE BOTERF, nous remarquons combien ce curseur est représentatif de la compétence infirmière.

Tout d'abord, il y a l'idée de l'exécution d'une « *prescription stricte* » qui correspond pour nous à une prescription médicale ou à un protocole et qui comprend comme caractéristiques : *« l'exécution, l'exigence unidimensionnelle (technique), la répétition et la simplicité*[80] ». Cette première forme de compétence repose sur la capacité du professionnel à savoir appliquer et suivre des instructions, exécuter une ou plusieurs opérations, et les soins infirmiers prescrits tels que les pansements, l'administration de médicaments en perfusions ou en per-os, ou encore la pose de bandes de contention par exemple, entrent tout à fait dans cette forme de compétence à condition que le contexte soit identique à celui de la prescription.

Ensuite, il y a l'idée de savoir agir et interagir dans le cas d'une prescription « ouvertes » qui comprend à la fois les « *exigences pluridimensionnelles du métier concerné (techniques, économiques, qualité, relationnelles,…)* » et dont les

[78] Ibid p.65
[79] Ibid p.66
[80] Guy LE BOTERF, Op.cit p.60

caractéristiques sont *« l'initiative, l'innovation et la complexité »*[81]. Pour la profession infirmière, cette forme de compétence correspond à notre cœur de métier, centré sur le patient et les diverses problématiques humaines. Celles-ci sont liées à la fois à son état de santé physique et physiologique (surveillances diverses, soins de confort et d'hygiène), à son bien-être psychologique et social (soins relationnels, éducatifs et préventifs, prise en charge des familles, travail en équipe pluridisciplinaire…), en lien avec nos tâches administratives, et enfin, à la part d'imprévus de notre pratique professionnel (situations d'urgences).

Ce curseur de la compétence n'a pas pour objectif d'établir deux niveaux de compétences selon les professions et les organisations. Il a pour but de montrer qu'un même professionnel peut à la fois faire preuve de compétence dans un « savoir exécuter » dans certaines tâches de sa pratique, tout comme il est amené à « savoir agir et interagir » en fonction des situations et des évènements qu'il va rencontrer au quotidien. Il existe donc une sorte de mobilité de la compétence entre le pôle à prescription stricte et celui à prescription ouverte. La pratique infirmière est un parfait exemple de mobilité entre un « *être capable d'exécuter* » et un « *être capable d'agir et réagir en situation de travail*[82] ».

La compétence comme mobilisation de ressources pour agir, réagir ou exécuter dans des situations professionnelles est donc à la fois une responsabilité individuelle de part le travail d'acquisition et de développement des ressources (savoirs, savoirs-faires,…), mais aussi une responsabilité partagée collectivement dans la mesure où la compétence se développe et s'exprime avant tout dans une organisation du travail comprenant le travail en équipe et les liens sociaux qui le caractérisent.

4.2.2.3. LA COMPETENCE RELEVE D'UNE RESPONSABILITE PARTAGEE TOUT AUTANT QUE D'UN ENGAGEMENT PERSONNEL.

Tout professionnel est responsable de ses compétences dans la mesure où en se professionnalisant, il s'est engagé à développer ses ressources propres et il a appris, grâce à l'expérience, à les mobiliser dans différents contextes de travail, jusqu'à mettre « *en œuvre sa propre façon de s'y prendre* »[83]. Ainsi, chaque pratique professionnelle est singulière et spécifique à la personne qui l'a construite. Cependant, bien que la compétence soit de manière évidente une affaire individuelle, G. LE BOTERF a identifié au moins quatre raisons lui permettant d'affirmer que la compétence comporte également une dimension collective :

- « *Agir avec compétence suppose […] de savoir interagir avec autrui* [84]» puisqu'il est de plus en plus demandé aux professionnels de savoir également mobiliser des *« ressources de leurs environnements* » autrement appelées « ressources externes » par l'auteur. Dés lors, si les ressources sont issues de l'environnement, et que cet environnement est partagé collectivement, la compétence sera indissociable du partage des ressources collectives.

[81] Ibid. p.60
[82] Ibid. p.61
[83] Ibid. p.62
[84] Ibid. p.62

- « *La compétence ne peut être séparée de ses conditions sociales de production* »[85]dans la mesure où les savoirs et les savoirs-faires professionnels sont majoritairement voire exclusivement « *élaborés socialement* »[86] au sein de groupes en structures d'apprentissage (école, université, …) ou auprès des professionnels de terrain sur les lieux de stage par exemple ou pendant l'alternance en entreprise. La compétence et l'apprentissage sont donc deux processus extrêmement liés de par leur interdépendance et leurs similitudes de mise en œuvre à la fois individuelle et collective.

- *« La motivation et le contexte sont aussi important que la disposition à savoir agir* »[87]. C'est en effet ce qui a été souligné durant la phase exploratoire alors que j'évoquais la compétence comme la conjugaison d'un *savoir agir*, d'un *vouloir agir* et d'un *pouvoir agir* (cf. p.14). Ces derniers représentent le contexte de travail, facilitateur ou non, et ce que j'appelle la « disponibilité motivationnel » du professionnel. Or, il a été prouvé dans de nombreuses recherches que des conditions de travail « négatives » (stress, manque de reconnaissance, charge de travail mal répartie,…) ont tendance à diminuer la motivation des professionnels et donc leur capacité à agir et réagir avec compétence; et à l'inverse, des conditions « propices » (valorisation du travail, reconnaissance de la pénibilité, organisation du travail considérant la gestion de la fatigue et respectant les temps de repos, sérénité dans l'équipe,…) ont plutôt tendance à augmenter la motivation, et donc à permettre aux professionnels d'exprimer leurs compétences.

- *« Il faut que le professionnel puisse se référer à une norme collective pour pouvoir s'en inspirer et s'en différencier par son propre style personnel* »[88]. Cette dernière idée fait d'abord référence à l'identité et à la culture professionnelle qui se construisent par l'assimilation par le professionnel de normes et de règles professionnelles collectivement partagées. Egalement, elle se réfère à la part « artistique » et individuelle de la compétence. Celle-là même qui est l'aboutissement du processus d'assimilation de la « bonne » pratique collectivement reconnue, puisque l'artisanat dans une pratique se construit autour des savoirs et savoir-faire de la discipline acquis en formation. Si je prends l'exemple de la réalisation d'un pansement, la compétence de l'infirmier se verra avant tout dans le respect des grands principes (respect de la prescription, hygiène, sécurité, ergonomie), que dans la manière « stylée » ou « personnalisée » de plier les compresses pour former un tampon, ou encore d'installer de telle ou telle manière le matériel. Nous voyons bien ici que l'assimilation des normes collectives et la construction de l'identité professionnelle sont à la base de la compétence individuelle.

La compétence est donc un processus complexe par lequel le professionnel fait appel à des ressources tant personnelles qu'environnementales. Il va les mobiliser de la manière la plus pertinente possible au regard des situations rencontrées, de son environnement de travail et de son identité professionnelle. Ce processus de

[85] Ibid. p.63
[86] Ibid. p.63
[87] Ibid. p.63
[88] Ibid. p.64

mobilisation des ressources s'acquiert grâce à la formation initiale qui est un temps d'acquisition et de développement des savoirs, des savoir-faire et d'assimilation des normes professionnelles. Il se poursuit ensuite grâce au travail en collectivité où chacun partage avec l'équipe ses expériences. Ces retours d'expériences et ces échanges entre professionnels compétents sont autant de ressources pour enrichir les compétences individuelles de chacun, et c'est pour cette raison que G. LE BOTERF nous dit que *« les entreprises et les organisations ont besoin d'un concept de compétence qui prenne en compte l'articulation nécessaire entre les compétences, les savoir-collectifs capitalisés et les réseaux de coopération* [89]».

Enfin, il faut noter que l'évolution de la société, notamment d'un point de vue économique, invite à responsabiliser de plus en plus les personnes que ce soit dans le domaine privé ou dans le domaine professionnel. Ainsi, et comme nous le disions précédemment, la compétence relève de la responsabilité individuelle du professionnel dans la mesure où elle exige « *un engagement personnel* [90]» laissant s'exprimer « *la personnalité pour affronter les situations de travail*[91] ». Mais cet engagement ne saurait être suffisant car il est dépendant de ce que LE BOTERF appelle le *pouvoir agir*, qui renvoie à « *l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu »* indispensables au *savoir-agir* et au *vouloir-agir*. Ces trois conditions de la compétence nécessitant de la cohérence pour fonctionner entre elles. Cf. ANNEXE V.

4.2.2.4. LA REFLEXIVITE, DERNIER MAILLON DE LA COMPETENCE

La compétence telle que nous venons de la voir semble est être un processus bidimensionnel qui intègre d'un côté « *l'axe des ressources* »[92] (personnelles et externes), et de l'autre, *« l'axe de l'activité* »[93]. Cependant, cette vision bidimensionnelle omet clairement une des composantes essentielle et nécessaire de toutes activités humaines, « *la réflexivité* »[94].

Selon Guy LE BOTERF, *la réflexivité* correspond « *au retour réflexif du sujet à la fois sur ses pratiques et sur les ressources qu'il possède et utilise. »*[95] Dans les faits, elle se mesure par la capacité du professionnel à prendre du recul et à se mettre à distance de son activité en questionnant sa manière d'agir tout autant que ce qui l'a poussé à agir ainsi. Cette capacité du professionnel à faire preuve de *réflexivité* n'est pas à comprendre comme la « dernière roue du carrosse » de la compétence, mais au contraire comme l'élévation de celle-ci.

En effet, la *réflexivité* fait passer la compétence d'un processus bidimensionnel à une structure « tridimensionnelle »[96]. C'est pourquoi je considère qu'il s'agit d'une

[89] Ibid. p.64
[90] Ibid. p.88
[91] Ibid. p.88
[92] G. Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives,* Op.cit p.133
[93] Ibid. p.132
[94] Ibid. p.133
[95] Ibid. p.133
[96] Ibid. p.130 « *[…] une personne agit avec compétence en mettant en œuvre trois dimension. »*

« élévation » dans la mesure où lorsque l'on parle de prise de recul ou de distanciation, nous pouvons aussi parler de « prendre de la hauteur » sur l'activité et les ressources mobilisées. Cette métaphore de la hauteur invite également à l'idée de la prise de conscience, de la conceptualisation de la pratique et de ses enjeux. Ainsi, Guy LE BOTERF nous apprend que *« c'est grâce à la conceptualisation que le sujet arrive à une meilleure intelligibilité des situations* »[97] que ce soit cognitivement ou affectivement. (Cf. annexe VI). De plus, au-delà de l'idée de conceptualisation et d'intelligibilité des situations, la réflexivité comme dimension de la compétence « *contribue fortement à développer le « sentiment d'auto-efficacité*[98] *» »*[99].

Dans la mesure où la pratique réflexive invite le sujet à porter un regard plus distancié sur son activité et sa pratique, elle lui permet également de « *porter un jugement sur sa capacité à réaliser une activité* [100]» et non pas seulement sur la réalisation en elle-même. La construction de ce sentiment chez le professionnel est déterminante pour *agir avec compétence.* En effet :

> « U*ne personne n'ayant pas confiance dans sa capacité à résoudre un problème ou d'affronter une situation ne se mettra pas dans une position favorable et augmentera sa probabilité d'échec ; […] ; un individu ayant un sentiment d'auto-efficacité positif aura une plus grande capacité à gérer son stress et à prendre le risque de changer ses comportements ou ses représentations* »[101].

Nous voyons ici, à travers l'analyse de Guy LE BOTERF, combien la réflexivité par le renforcement ou non de la confiance en ses capacités du professionnel, peut influencer le développement de la compétence. En tant qu'étudiant infirmier, je n'ai pu que constater durant mes stages combien ce travail de réflexivité et d'auto-évaluation de ma pratique a été aidant pour moi. De même, et comme je l'ai évoqué dans la partie problématisation de la situation de départ, je pense que c'est grâce à la pratique de la réflexivité ou de l'auto-évaluation durant mes cursus et expériences professionnelles antérieures que j'ai eu les capacités d'intervenir auprès de Madame G. Sans ces derniers, aurais-je été capable de prendre ces initiatives et d'agir ? Les travaux de Guy LE BOTERF me font répondre « non », sans aucune hésitation, et sans omettre non plus les autres éléments abordés durant tout ce travail d'initiation à la recherche.

En conclusion, la compétence est à considérer en *trois dimensions* comme le montre le tableau ci-dessous, issu du travail de Guy LE BOTERF. Le concept de compétence ainsi abordé est tout à fait applicable à la compétence infirmière, notamment dans sa dimension d'analyse réflexive. Celle-ci étant travaillée dés les premiers mois de formation, et entretenue continuellement en milieu de soin dans le cadre des évaluations de compétence, des commissions de retour d'expérience, et plus généralement dans le cadre de l'analyse et le développement de la qualité des soins.

4.2.3. LA COMPETENCE DANS LE CHAMP DE LA SOCIOLOGIE.

Dans cette dernière partie de mon travail d'analyse conceptuel, j'ai choisi le champ social pour définir la compétence. Les travaux de Roger BERTAUX, docteur en

[97] Ibid. p.134
[98] A. Bandura, *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle,* De Boeck université, 2002.
[99] G. Le Boterf, *Construire les compétences individuelles et collectives,* Op.cit p.135
[100] Ibid. p.135
[101] Ibid. p.135-136

sociologie et enseignant/formateur auprès de divers travailleurs sociaux, vont me permettre d'approfondir le concept de compétence. Ainsi, je m'attarderai tout d'abord sur ses enjeux politiques et sociaux, puis je la confronterai au concept de qualification, avant de donner sa définition pour l'auteur et de la mettre en lien avec la compétence infirmière.

4.2.3.1. DEFINIR LE CONCEPT DE COMPETENCE IMPOSE D'EN COMPRENDRE LES ENJEUX POLITIQUES ET SOCIAUX.

Pour la première fois dans mes recherches, un auteur, Roger BERTAUX, aborde les enjeux politiques et sociaux de l'utilisation du concept de compétence. Pour ce faire, il explique que la définition et la compréhension du concept nécessite de « *géré un double paradoxe* »[102].

Le premier paradoxe est issu de l'opposition entre deux approches des concepts de qualification et de compétence dans le monde du travail. D'un côté, la logique de la compétence est critiquée car elle s'inscrit pour certains dans « *une volonté politique patronale – libérale – d'instaurer de nouvelles formes de soumission des travailleurs* »[103] ; et d'un autre côté, certains jugent impensable de n'utiliser que la notion de qualification en occultant celle de compétence, tant « *la qualification n'est qu'une présomption de compétence.* »[104] Le problème posé ici est de savoir si l'évaluation et la valorisation du travail des professionnels doivent être faites par qualification ou par compétence en sachant que d'une part, la qualification n'est en aucun cas le reflet de la qualité ou de la pertinence d'une pratique professionnelle. Une approche par qualification pourrait alors rapidement être en décalage avec la réalité de la pratique professionnelle, au risque d'avoir des professionnels ayant des responsabilités au-dessus de leurs compétences réelles. Et que d'autre part, selon la plupart des sociologues, la logique de la compétence aurait pour objectif « *d'assujettir le travailleur individuel aux normes du patronat en le déliant du travailleur collectif, en lui faisant intérioriser les conditions de travail mises en œuvre aujourd'hui […] (flexibilité, flux tendus,…) et, sur la base d'une conception de « la compétence assimilée à un attribut personnel, [de] naturaliser ainsi les différences de traitement entre les actifs*[105] *» »*[106]. La profession infirmière connait depuis le changement de référentiel de formation en 2009, une approche du métier par une logique de compétences. La seule qualification par l'obtention de diplôme d'état ne suffit d'ailleurs pas à faire des néo-professionnels, des personnels soignants compétents tant il leur reste à acquérir en pratique. Sauf que dans la théorie de ce nouveau référentiel, l'infirmier doit avoir validé chaque compétence du référentiel au moins une fois au cours de sa formation pour obtenir le diplôme d'Etat. Le néo-professionnel est-il donc compétent en formation mais pas suffisamment en pratique ? Est-ce là aussi, l'expression du paradoxe entre les deux approches de l'évaluation des professionnels: par la qualification et par la compétence ?

Le second paradoxe soulevé par Roger BERTAUX concerne son double statut de sociologue et d'acteur social qui le contraint d'un côté à ne pas pouvoir « *exprimer des*

[102] Roger BERTAUX, *Qualification et Compétences dans le champ social.* Article paru dans Les cahiers de l'ACTIF, n° 338-339, juillet-octobre 2004. p.1

[103] Ibid. p.1

[104] Ibid. p.1

[105] Marcelle Strootbants, *La production flexible des aptitudes,* in Education Permanente, n°135, 1998

[106] Roger Bertaux, *Qualification et Compétences dans le champ social,* Op.cité p.3

jugements normatifs sur qui est compétent ou incompétent » et à se contenter de « *s'interroger sur les conditions sociales de production de ces jugements normatifs* » ; et d'un autre, son statut d'acteur social dans « *un système de formation […] ou de production* [107]» dans lequel il ne peut se passer d'émettre des jugements sur la compétence des personnes avec lesquelles il interagit. Par ce paradoxe, l'auteur nous explique que selon sa position et son statut, la définition et le sens donné à la compétence ne va pas déboucher sur les mêmes enjeux. Ainsi, les enjeux du sociologue résideront plus dans la recherche et l'analyse des causes des enjeux liés à une réalité conceptuelle (ici la compétence), alors que le statut d'acteur social aura tendance à le faire se positionner entre pour ou contre cette réalité. En effectuant ce travail d'initiation à la recherche, je remarque une forme d'analogie avec à ce paradoxe. Il s'opère en effet une sorte de va-et-vient entre la posture du chercheur qui questionne une réalité et ses enjeux, et la posture de l'étudiant infirmier et futur professionnel avec ses convictions et ses représentations de son métier qui essaye d'amener une part de créativité dans le travail et qui va l'individualiser.

A travers ces deux paradoxes, Roger BERTAUX explique ce qu'est la compétence et la distingue de la qualification. Ainsi, pour la sociologie, la compétence est un « *objet légitime d'investigation* [108]» car elle est une réalité conceptuelle avec de forts enjeux. « *La compétence a de multiples usages* [109]» (patronal et social) qu'il ne faut ni confondre ni occulter. De plus, les recherches menées autour de la compétence comme *manières de faire*, permettent de « *rendre compte de la multiplicité des pratiques mises en œuvre en situation professionnelle et des rapports de force symboliques qui se jouent derrière les présupposés de compétence et d'incompétence formulés en permanence par les acteurs sociaux* ».

Enfin, d'un point de vue sociologique, la qualification peut être considérée comme une « *dimension essentielle de la compétence* [110]», dans la mesure où dans le système social actuel, c'est par elle que s'exprime la *reconnaissance sociale de la compétence* (même si elle n'en fait pas réellement état) via la certification (diplôme, brevet, attestation), et c'est par elle que « *le travailleur s'inscrit concrètement dans une organisation de travail à travers* [trois éléments que sont] *: le statut, le classement dans une grille, l'indice de rémunération »*[111]. La profession d'infirmière ou d'infirmier entre complètement dans ce cadre conceptuel de la compétence et de la qualification que ce soit dans son système d'organisation ou dans ses paradoxes.

Roger BERTAUX définit donc la compétence professionnelle comme :

> « *le capital de manières de faire mobilisé et combiné par un sujet dans une pratique professionnelle, produisant des injonctions à agir dans un sens déterminé, des schémas opératoires producteurs de pratiques, à la fois engendré par la socialisation (primaire et professionnelle), donc intériorisé dans la conscience, et retravaillé, reconstruit, approprié*

[107] Ibid. p.1
[108] Ibid. p.5
[109] Ibid. p.5
[110] Ibid. p.6
[111] Ibid. p.6

par le sujet à partir de ses connaissances, de son histoire personnelle et de son expérience[112] *».*

4.2.3.2. LES TROIS DIMENSIONS DE LA COMPETENCE DANS LE CHAMP SOCIAL.

Au même titre que Guy LE BOTERF, Roger BERTAUX a conçu une approche tridimensionnelle de la compétence. Il distingue en effet trois dimensions que sont : les *orientations de l'action*, *les alliances stratégiques*, et les *moyens mobilisés* (outils et méthodes)[113]. L'intérêt de cette représentation de la compétence est qu'il considère à la fois les ressources de la personne, comme dans le modèle de LE BOTERF, mais il accorde surtout une place beaucoup plus grande à la notion de choix et de positionnement du professionnel dans ses choix d'orientation de l'action et à sa capacité à construire et choisir des alliances stratégiques pertinentes. Aussi, le modèle conceptuel de la compétence tel qu'il est présenté ici, se rapproche grandement de la réalité du terrain et des enjeux du contexte de travail dans la mesure où il laisse apparaître des oppositions : de style dans les manières d'agir, dans les choix d'orientation de l'action et dans l'organisation des alliances stratégiques.

Tout d'abord, la compétence est composée d'une dimension concernant les *moyens mobilisés par les acteurs.* Ces moyens mobilisés sont les ressources, les outils ou les méthodes utilisés par le professionnel pour agir. L'opposition qui est présente dans cette dimension de la compétence réside dans la différence qui peut exister entre « *ceux qui exercent leur métier principalement à partir de savoirs, techniques et méthodes repérables, et souvent très reconnus* »[114], et ceux qui basent leur pratique sur « *leur intuition et la mise en scène de leur personnalité (« le charisme »)* »[115]. Au regard de ma situation de départ, ma manière d'accompagner Madame G ce jour là me semble avoir été influencée à la fois par ce que je savais en termes de connaissances et d'expériences, et aussi par la conviction que cette dame avait besoin d'une attention particulière à cet instant précis. Attention que je me sentais capable de lui apporter, sans en avoir la certitude. En sachant qu'en matière de relationnel, il existe de toute façon plus d'incertaines certitudes que de certaines incertitudes puisqu'il est impossible de prévoir sans aucune erreur la tournure que peut prendre la relation. Ce qui est plutôt rassurant de mon point de vue puisque cela nous confirme que nous sommes des êtres vivants et non des systèmes binaires de type informatique.

La seconde dimension de la compétence concerne les *orientations de l'action*, que l'on pourrait également rapprocher de l'idée de finalités ou d'objectifs de l'action. Les objectifs ou finalités de l'agir ont un rôle très important à jouer pour pouvoir parler de compétence dans une pratique. En effet, ils représentent un fil conducteur entre la première dimension des ressources mobilisées et l'action en elle-même. Par rapport à la pratique infirmière, il semble que l'on peut distinguer deux orientations principales de l'action à savoir : d'un côté ce qui relève des activités prescrites, et de l'autre ce qui relève des activités en autonomie. Celles-ci sont opposées en termes de finalité et de choix des moyens à mobiliser, mais elles sont au cœur de la pratique quotidienne où elles s'entremêlent continuellement. Cette dimension de la compétence selon Roger

[112] Ibid. p.6
[113] Ibid. p.8
[114] Ibid. p.8
[115] Ibid. p.8

BERTAUX permet donc de traiter de la complexité du métier d'infirmier de part la constante obligation de « jongler » entre la finalité « curative » et la finalité « humaine » de notre pratique. La compétence infirmière serait alors la capacité du professionnel à choisir la bonne orientation à son action au bon moment et avec les moyens adaptés.

Enfin, la compétence revêt une dernière dimension qui fait d'elle un outil d'évaluation des capacités de socialisation des professionnels par la construction *d'alliances stratégiques*. L'importance de cette dimension repose sur le fait qu'elle reflète à elle seule l'aspect relation humaine de la compétence, dans la mesure où « *tous les acteurs sont pris dans des enchevêtrements complexes de relations d'alliance ou de conflit, de domination ou de soumission, de coopération ou de retrait avec les différents autres acteurs* »[116]. En résumé, cette dimension traite de la capacité des professionnels à interagir avec les autres acteurs de son milieu professionnel. Ce qui revient pour nous, infirmiers ou futurs infirmiers, à montrer notre compétence par nos capacités à entrer en relation avec les patients d'une part, et avec les autres professionnels du soin d'autre part. Le travail en équipe de soin par la collaboration en est une illustration, au même titre que la gestion des situations de conflit dans l'équipe ou avec les patients. De plus, l'idée des rapports de soumission/domination dans les alliances stratégiques me ramène à ma phase de questionnement au début de ce travail où je questionnais la position du patient en besoin de soin face aux équipes soignantes. Or, il semble que les rapports de soumission/domination sont présents dans ce cas et il est de la responsabilité et de la compétence de l'infirmière ou de l'infirmier de savoir rétablir ce rapport pour qu'il ne nuise ni au patient ni à sa pratique.

Roger BERTAUX réussit par son approche tridimensionnelle de la compétence, à ré-humaniser celle-ci en ne la limitant pas à des ressources ou des actions dans un contexte, et en mettant en avant toutes ses composantes humaines et relationnelles. Comme je l'évoquais dans une autre partie de ce travail, la question du sens donné à une pratique professionnelle est considérable lorsque l'on parle de compétence. Aussi, cette théorie de la compétence redonne au professionnel sa responsabilité dans la recherche et la mise en œuvre de pratiques ayant du sens pour lui et pour son environnement. L'analyse du sens donné à des comportements observés est d'ailleurs ce qui fait tout l'intérêt et la richesse de l'approche sociologique de la compétence. Car au-delà d'identifier les comportements, elle en analyse les causes et sans jamais porter de *jugement normatif* en terme de compétence ou d'incompétence d'un professionnel, elle fait état de la réalité des pratiques et de ses enjeux politiques et sociaux.

[116] Ibid. p.7

4.2.4. CONCLUSION SUR LE CONCEPT DE COMPETENCE

Comme j'ai pu m'en apercevoir tout au long de cette partie, définir la compétence est extrêmement complexe tant le concept intègre à lui seul de nombreuses notions et tant sa définition est changeant d'un champ d'étude à un autre. Les champs choisis ici (la professionnalisation et la sociologie) permettent avant tout de préciser que la compétence n'est en aucun cas et d'aucune manière une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Pour être au plus près de la réalité du concept, la compétence doit bien plus être perçue comme un processus mettant en jeu de nombreuses dimensions à la fois contextuelles, sociales et interactionnelles, mais également liées aux apprentissages théoriques et pratiques des savoirs, outils et méthodes.

Ainsi, la compétence est la résultante des interactions continues chez le professionnel de toutes les dimensions de son environnement professionnel et de la gestion efficace et cohérente de chacun de ses enjeux. C'est en définitive autant par son aspect relationnel car il s'agit d'agir auprès d'êtres-humains, que par ses supports hautement techniques, que la compétence infirmière est à elle seule un enjeu considérable autant pour les professionnels et futurs professionnels de terrain, que pour les gestionnaires. Ces derniers partageant avec nous la responsabilité du développement des compétences et à terme, de la qualité des prises en soins.

4.3. SYNTHESE DE L'ANALYSE CONCEPTUELLE :

L'objectif premier de cette étape d'analyse conceptuelle était de préciser les définitions et les enjeux à la fois théoriques et pratiques des deux concepts choisis que sont : le *prendre soin* et la *compétence.* A priori de ce travail, je n'imaginais pas combien le fait de définir des concepts pouvait être aussi éclairant pour comprendre et analyser des problématiques de terrain. Aussi, le choix des champs : du soin infirmier, de la philosophie, de la professionnalisation et de la sociologie, m'a permis d'aborder ces concepts avec une ouverture telle, qu'elle me permet à posteriori de faire de nombreux liens entre eux. Chacun des champs, par ses différences de focus sur les concepts, a donc aidé à préciser et à enrichir mon positionnement personnel et professionnel sur la problématique choisie, née quant à elle de l'analyse de ma situation de départ avec Madame G.

Au regard des éléments ressortis de cette analyse conceptuelle, il semble que les dimensions humaines et sociales de la compétence rejoignent en tous points la logique soignante du *prendre soin.* En effet, cette dernière est construite sur l'idée que les besoins de soin sont universels que la maladie soit présente ou non. Accepter cette idée, c'est aussi savoir reconnaître la vulnérabilité de l'Homme que son statut soit celui de patient ou celui de soignant, et c'est donner à la compétence soignante et infirmière un caractère humain essentiel et indispensable.

CONCLUSION ET HYPOTHESE :

Les entretiens menés en phase exploratoire, l'analyse des concepts et les éclaircissements qui en ont résulté m'ont permis d'affiner l'analyse de ma situation de départ avec Madame G. En effet, des liens sont apparus progressivement entre le discours des professionnels, mes expériences de stage, les apports théoriques et la situation vécue avec elle. Ces liens permettent d'articuler les enjeux du concept de *prendre soin* tout en clarifiant ce que l'on peut entendre par le concept de *compétence*.

Le fil conducteur entre chacun des éléments de ce travail peut se résumer par l'implication permanente et universelle de la composante humaine dans une pratique professionnelle, et plus spécifiquement dans une pratique infirmière. Cette composante comme lien à tout ce travail d'initiation à la recherche, peut paraître comme évidente et même d'une étonnante simplicité à première vue. Or, je pense qu'elle n'a rien d'une évidence et qu'elle est encore moins de toute simplicité car elle laisse s'exprimer une diversité illimitée de comportements, de pensées, de conceptions ou encore de représentations qui tiennent tous plus d'un processus complexe que d'une évidence.

De plus, je considère que la composante humaine du *prendre soin* comme de la *compétence* est la dimension qui rend ces deux concepts aussi fondamentaux pour le métier d'infirmier et son évolution future.

C'est pourquoi, au regard de ma question de départ définitive, de l'ensemble de ce travail d'analyse conceptuelle et de distanciation personnelle et professionnelle, je considère qu'une réflexion personnelle et collective de chaque infirmière ou infirmier sur le sens qu'ils ou elles donnent à la compétence dans les milieux de soin, est essentielle pour permettre de mieux *prendre soin* des patients grâce à une plus grande place accordée à nos spécificités d'être-humains et à ses enjeux individuels et collectifs.

Afin d'ouvrir ce travail sur de nouvelles perspectives de recherche, je formule donc comme hypothèse que :

- pour mieux prendre soin des patients, l'infirmière ou l'infirmier doit développer ses capacités relationnelles et de travail en équipe car elles sont l'expression et le support de son humanité individuelle et universelle. Cet ensemble est la condition essentielle de l'instauration d'une relation humaine avec le patient et pour le patient, ayant du sens pour lui comme pour nous, soignants.

BIBLIOGRAPHIE

■ Ouvrages lus :

Walter HASBEEN, *Prendre soin à l'Hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Ed. Masson Août 2010, 195 pages.

Guy LE BOTERF, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Les Editions de l'Organisation - EYROLLES, 2008.

Guy LE BOTERF, *De la compétence à la navigation Professionnelle*, Les Editions de L'Organisation - EYROLLES, 1997

Philippe SVANDRA. *Eloge du soin, Une éthique au cœur de la vie. Sources philosophiques, pratique et condition de l'engagement soignant*. Editions Seli Arslan, 2009.

■ Articles de périodiques lus :

Roger BERTAUX, *Qualification et compétences dans le champ social.* Article paru dans Les cahiers de l'ACTIF, juillet-octobre 2004, n° 338-339.

Guy LE BOTERF, *La mise en place d'une démarche compétence*, Article extrait de la revue Personnel – Août - Septembre 2000, N°412

F.WORMS, « Les deux conceptions du soin. Vie, Médecine, relations morales », *Esprit*, Janvier 2006, n°321

Ouvrages consultés :

Hannah ARENDT, *Condition de l'homme moderne,* Paris, Calman-Lévy, coll. « Pocket-Agora », 1983

Albert BANDURA, *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle,* De Boeck université, 2002

S. BELLIER, *Compétences en Action*, Editions Liaisons, 2000

Georges CANGUILHEM, « Puissance et limite de la rationalité en médecine », in *Etudes d'Histoire et de Philosophie des sciences*. Ed. Vrin, Paris, 1983

Marie-Claude. CARPENTIER-ROY, *Corps et âme – Psychopathologie du travail infirmier*. Ed. Liber, Montréal, 1991.

Marie-Françoise COLLIERE, *Promouvoir la vie, De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. InterEditions, 1982.

Georges EVEQUOZ, *Les compétences Clés*, Editions Liaisons, 2013

Philippe. MEYER, *L'irresponsabilité médicale*. Grasset, Paris, 1993

E. LE CLAINCHE – *Approche du concept de compétence*. Notes de cours, Institut de Formation Professionnelle de Bretagne, Février 2008.

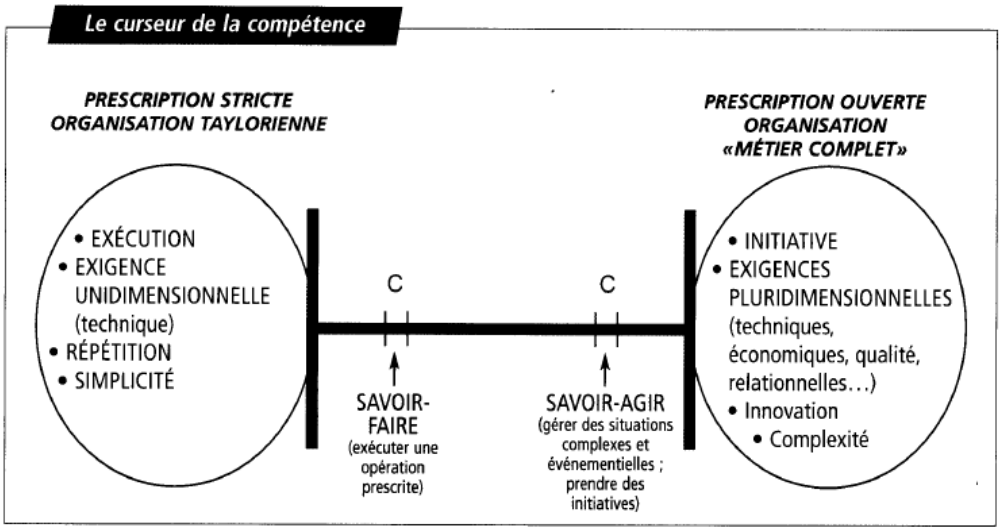
Paul RICŒUR, « Signe et sens », *Encyclopédie Universelle*, Vol 14, Paris, 1968, p.1012.

ANNEXES

Annexe I :

Le Curseur de la Compétence selon G. LE BOTERF, tiré de *Construire des compétences individuelles et collectives*, Edition d'Organisation, Groupe Eyrolles, tirage 2008 p.60

Tableau 1



« Source : Construire les compétences individuelles et collectives, éd. d'Organisation, 2000»

© LE BOTERF CONSEIL

Annexe II : Grille d'Entretien

Thème : Expérience, Compétence relationnelle et Prendre soin, Personnalité.

Pouvez-vous me présenter succinctement votre parcours professionnel ?

Dans votre activité soignante, avez-vous le sentiment au fil du temps et depuis l'obtention de votre DE, d'avoir changé votre manière de prendre soin des patients au niveau relationnel? A quoi attribuez-vous ces adaptations ?

Quelles sont, selon vous, les principales aptitudes relationnelles que doit posséder une infirmière de nos jours?

Considérez-vous que vos expériences personnelles puissent-être réinvesties dans votre métier d'infirmière au niveau relationnel ?

Quelle importance attribuez-vous à votre personnalité dans votre profession d'infirmière au niveau relationnel?

Annexe III : Entretien N°1

Entretien de Julien, 26 ans, infirmier en réanimation, réalisé dans le service le 20/02/2014

1- **Pouvez-vous me présenter succinctement votre parcours professionnel ?**

Pendant mes études j'ai travaillé en tant aide-soignant pour avoir plus d'expérience et pour subvenir un petit peu plus à mes besoins parce que en tant qu'étudiant c'était difficile et puis après mon DE, je suis arrivé directement en réanimation, parce qu'il y avait une place et donc ça s'est bien enchaîné.

Et pour quelle raison avoir choisi la réanimation?

Parce que j'avais fait un stage pré pro avant le diplôme et le service m'avait énormément plu. Je savais également que je voulais travailler en milieu hospitalier, et plus précisément dans un service de médecine. C'était donc l'occasion pour moi d'allier les deux.

Qu'est-ce qui vous le plus attiré dans la « réa »?

Il y a d'abord tous les aspects techniques, et c'est surtout le côté pluri pathologique des patients qui m'a attiré. On a de la cardiologie, de la pneumologie, de la néphrologie, et le fait que ce soit tout regroupé dans un seul service est très enrichissant. On est moins lassé de ne pas voir toujours les mêmes pathologies.

2- **Dans votre activité soignante, avez-vous le sentiment au fil du temps et depuis l'obtention de votre DE, d'avoir changé votre manière de prendre soin des patients au niveau relationnel?**

Forcément un petit peu parce qu'au début on va plutôt se concentrer sur les actes et sur le côté technique, à essayer de réussir le geste, parce qu'ici il y a quand même beaucoup de gestes qui sont nouveaux, et quand on démarre c'est vrai que le relationnel est plutôt laissé-pour-compte. Au fur et à mesure des semaines et des mois ces gestes la sont devenus plus maîtrisés, et alors le relationnel peux prendre une part plus importante dans le soin, et heureusement pour le patient, même pour moi et pour la relation soignant/soigné.

A quoi attribuez-vous ces adaptations ?

Selon moi, c'est vraiment l'aisance dans les soins qui m'a permis de développer le côté relationnel dans le soin. Et c'est vraiment ce côté maîtrisé des soins qui permet ensuite de se focaliser sur la relation, la discussion avec le patient... Je peux maintenant être tout autant concentré sur le patient que sur le soin en lui même.

3- **Quelles sont, selon vous, les principales aptitudes relationnelles que doit posséder une infirmière ou un infirmier de nos jours?**

Pour moi j'assimile le relationnel à la communication, et cela passe par une écoute attentive du patient, ce n'est pas juste le laisser parler c'est comprendre ses attentes et ses mots/maux? Parce que derrière chaque mot il va y avoir une signification qui va se communiquer plus facilement avec certains soignants qu'avec d'autres. Il faut également être très attentif aux changements d'humeur du patient. Pour moi une bonne relation soignant-soigné commence par là, une bonne écoute qui permet ensuite de répondre aux demandes du patient.

Avez-vous des outils que vous utilisez pour vous aider au niveau relationnel justement?

Non pas particulièrement. J'ai eu des cours sur les soins relationnels pendant la formation à l'IFSI, mais cela restait très théorique… Après comme je l'ai dit précédemment, l'écoute me paraît être un des outils que j'utilise le plus, après, c'est quelque chose qui n'est pas toujours pensé, c'est plus naturel et basé sur un ressenti et la sensation que le patient en a besoin.

4- **Considérez-vous que vos expériences personnelles puissent-être réinvesties dans votre métier d'infirmier au niveau relationnel ?**

Complètement oui, mais il faut qu'elles soient réinvesties de manière positive pour le patient. Que l'on s'identifie pas trop avec le patient, parce qu'on n'est pas un ami, un voisin ou de la famille, et il ne faut pas que se soit délétère pour lui comme pour nous. Donc oui, je pense que nos expériences personnelles peuvent être réutilisées pour le patient.

Et personnellement, quelles sont les expériences personnelles que vous pensez avoir réinvesties professionnellement ?

Personnellement, très peu, parce que dans mon entourage, j'ai eu la chance d'être peu confronté à la maladie, et c'est vraiment à travers la formation et mon métier que j'ai connu mes premières expériences en lien. Après, dans les discussions avec les patients, j'utilise des expériences plus courantes, de la vie quotidienne, bien plus que des expériences liées à la maladie. Ce qui est très important surtout, c'est que le patient ait envie d'entendre ce que l'on a à lui dire, et envie d'échanger avec nous. Je ne me vois pas lancer des sujets de discussion au hasard afin de discuter avec les patients. En revanche, il arrive que les patients rebondissent sur ce que l'on a pu dire à côté d'eux, avec un collègue, et alors s'il engage une discussion, je pense qu'il faut savoir l'entretenir pour construire la relation. C'est vraiment à partir de mon ressenti que je me base, j'essaye de voir si le patient a envie ou non de parler. Après, lorsque je ne connais pas le patient, il est toujours possible de parler de leur métier ou ancien métier pour les personnes plus âgées, de leurs passions, et ainsi d'établir le contact avec eux, en parlant d'eux, mais toujours à la condition qu'ils en aient envie. Et c'est sûr que la relation est plus riche alors. La particularité de la relation en réanimation c'est aussi que la plupart des patients sont sédatés et la communication devient complètement non verbale. C'est très spécifique.

5- **Justement, selon vous, existe-t-il un lien entre la compétence infirmière en soins relationnels et la personnalité dans votre profession?**

Oui, je pense que oui parce que certains soignants sont plus extravertis que d'autres, plus réservés, et la relation avec les patients va alors être différente. Après cela n'enlève rien aux capacités soignantes et relationnelles des uns et des autres, c'est simplement que la relation va être différente. Même moi, je pense que je ne réagi pas pareil avec chaque patient. Par exemple, il y a des patients avec lesquels le contact va bien passer et d'autres pas du tout et où ça va être très froid.

-C'est plutôt une question d'adaptation alors ?

Oui, c'est clair. Ça demande un effort supplémentaire lorsque le contact est difficile au début. Après, il y a aussi le fait que le premier contact que l'on a avec le patient, c'est au travers des transmissions. Donc on a un jugement, un regard sur le patient qui nous est exposé par une autre personne. Quand on va aller auprès du patient, on va pouvoir

arriver avec une idée du patient en tête, mais peut-être que cette idée va rapidement évoluer en fonction des premiers contacts avec lui. Et là, la relation va vraiment pouvoir débuter avec plus ou moins de facilité selon les patients et puis selon les soignants aussi...

-Et en réanimation, où tout est très codifié, informatisé, et où l'aspect médical et technique est prépondérant, quelle place reste t-il à cet aspect relationnel justement ?

Et bien ici, le côté humain et relationnel va plus se retrouver dans la manière de présenter le patient et dans la manière d'aborder les soins. Que le patient soit sédaté ou non, il reste un être humain, et nous devons considérer cet aspect. On a aussi la possibilité d'utiliser de nombreuses échelles comme l'échelle de RAMSAY, les différents scores, qui au-delà de l'information médicale recherchée, nous informe aussi du bien être ou non du patient tout au long de l'hospitalisation et pendant les soins également. Selon moi, ça fait vraiment parti de la relation soignant soigné, car c'est le patient qui nous montre s'il a mal ou s'il est au contraire apaisé et confortable. On peut aussi voir avec les paramètres tensionnels et hémodynamiques si le patient est bien installé ou non, et s'il supporte les soins et les mobilisations durant les soins. Il communique par des réactions physiologiques et non verbales qui font pleinement parties de la relation soignant/soigné.

Et c'est une vision qui est partagée dans le service ou bien est-ce que c'est votre manière à vous de concevoir la relation dans le service ?

C'est avant tout ma manière de voir les choses, au regard de ma relative expérience. Sans doute que si tu interroges d'autres infirmières du service, elles verront les choses autrement. Maintenant, je pense qu'en tant que professionnel, diplômé depuis déjà quelques années, c'est aussi de ma responsabilité d'essayer de comprendre et d'analyser ce qu'il se passe autour de moi, et de tout mettre en œuvre pour comprendre et prendre en charge le mieux possible mon patient. Je ne me vois pas occulter cet aspect relationnel dans mon travail, car c'est aussi pour cela que je l'ai choisi. Bien sûr, le côté technique et médecine et connaissances scientifiques est prépondérant, mais à mon avis, s'il n'y avait que ça dans mon travail quotidien, je ne m'épanouirai pas autant. Et comme je te l'ai dit, cela reste ma vision des choses, et ce n'est peut-être pas une vérité en soi.

Merci beaucoup.

Annexe III bis : Entretien N°2

Entretien de Marie, 23 ans, infirmière en réanimation, réalisé dans le service le 26/02/2014

1- Pouvez-vous me présenter succinctement votre parcours professionnel ?

J'ai commencé la formation directement après l'obtention de mon BAC STL avec pour seule expérience professionnelle un travail d'animatrice lors de colonies de vacances. J'ai fait partie de la première promotion de la nouvelle réforme à *** et j'ai effectué mes stages dans divers services: chirurgie digestive, médecine générale, EHPAD, psychiatrie, Réanimation pour mon stage préprofessionnel à ***. C'était mon projet professionnel. Ce stage a confirmé mon idée de départ que je me plaisais dans un travail avec beaucoup de technique et de rythme car j'ai tendance à rapidement m'ennuyer sinon… J'ai donc travaillé en réanimation à *** puis pour des raisons personnelles je suis venu sur ***, en réanimation toujours dés qu'un poste a été disponible.

2- Dans votre activité soignante, avez-vous le sentiment au fil du temps et depuis l'obtention de votre DE, d'avoir changé votre manière de prendre soin des patients au niveau relationnel?

J'ai changé c'est certain. Maintenant, je ne sais pas si ma manière de prendre soin des patients a réellement changée elle aussi… Au niveau technique je pense que je me suis perfectionnée mais il est plus question du relationnel dans ta question…

- Oui, tout à fait..

J'avoue ne m'être jamais vraiment posée la question. Je pense que les mois passants, j'ai rencontré de nombreuses situations nouvelles qui m'ont permise de me retrouver en difficulté et ou j'ai dû m'adapter. Donc aujourd'hui, je sais que mes réactions face à ces situations, si elles se reproduisaient, seraient différentes, notamment auprès des familles.

-Pour quelles raisons les familles?

Et bien, en réanimation, tu as dû remarquer que le relationnel avec le patient sédaté est complètement différent du relationnel avec le patient éveillé. Cela à pour conséquence une place plus importante des familles et donc une relation d'échange plus présente avec elle qu'avec le patient qui ne dispose que de peu de moyens de communication.

- et concrètement quels types d'adaptation penses-tu avoir mis en place?

Concernant les patients qui ne peuvent pas communiquer verbalement, j'essaye de mieux observer le langage corporel et non verbal, par ex pour un patient intubé et non sédaté comme nous avons souvent ici. L'angoisse d'avoir un tuyau dans la bouche et d'avoir le respirateur qui "aide", plus tous les fils et les machines, font que le patient a particulièrement besoin d'être rassuré alors même qu'il ne peut pas formuler ses angoisses à cause des appareillages. Il faut donc essayer de tout mettre en place pour le comprendre, et cela nécessite de prendre du temps, que nous n'avons pas toujours, mais j'essaye de manière générale de la prendre au maximum. Pour le patient sédaté, j'essaye de faire le lien entre la clinique et les informations données par le scope, pour m'en servir comme d'un médiateur dans la communication avec le patient. Si je m'aperçois que pendant les soins, la Tension Artérielle monte et le pouls aussi, je vais analyser pour

faire un lien ou non avec un inconfort du patient ou avec une dégradation de l'état clinique. Il m'était très difficile au début de faire la distinction entre une réaction physiologique à un soin et une dégradation de l'état annexe. Aujourd'hui, lors d'une toilette, s'il faut aller plus vite lors de la mobilisation car le patient montre de l'inconfort (plissement du front, tachycardie, lutte avec le respirateur par exemple…), je ferais en sorte de le faire pour le bien du patient car même sédaté, il y a une communication avec lui et je me dois d'entendre ce qu'il me transmet comme message avec les moyens qu'il possède...

A quoi attribuez-vous ces adaptations ?

A l'expérience et à ma volonté de bien faire… de toujours mieux faire. C'est quelque chose que j'ai toujours eu en moi. Je n'arrive pas à me satisfaire de choses faites à moitié même si elles respectent les obligations professionnelles. J'ai besoin d'aller plus loin dans mes soins. Je suis un peu perfectionniste et j'aime le travail bien fait. J'ai le sentiment que si je ne mets pas tout en œuvre pour comprendre mon patient, je passe à côté des soins, car même si j'aime la technicité du travail, cela ne me suffit pas non plus.

3- Quelles sont, selon vous, les principales aptitudes relationnelles que doit posséder une infirmière de nos jours?

Alors là… je pense qu'elle doit savoir être à l'écoute de son patient. Ça parait peut-être évident ! Mais à mes yeux ça ne l'est pas du tout.

Qu'entendez-vous par "à l'écoute", parce qu'ici, en réa, l'écoute est particulière?

Et bien, le fait de ne pas mettre de côté l'aspect relationnel du travail de l'infirmier ou de l'AS en réa. Pour moi, il ne suffit pas de parler au patient sédaté pendant les soins pour être à son écoute. C'est être continuellement en recherche de ses besoins et c'est l'observation et l'analyse qui seront réellement les clés dans cette démarche. On impose tous les soins au patient en réanimation, donc l'idée c'est plus de lui faire vivre le mieux possible.

D'autres aptitudes selon vous?

Je pense que nous devons savoir nous remettre en question tous les jours, et que c'est une condition nécessaire à notre efficacité et pour conserver l'aspect humain des soins. Je pense que le piège en réanimation est de s'enfermer dans les soins techniques et de rejeter l'aspect relationnel, qui est parfois très intense puisque les patients sont en phase aigue et la charge émotionnelle est très présente. L'erreur, selon moi bien sûr, est d'occulter cette partie du travail, aussi complexe et difficile à vivre parfois soit-elle…

Je pense aussi que l'infirmier doit bien se connaître pour pouvoir être à l'aise au niveau relationnel que ce soit avec les patients et les familles, et cela appartient à chacun.

4- <u>Considérez-vous que vos expériences personnelles puissent-être réinvesties dans votre métier d'infirmière au niveau relationnel ?</u>

Cette question est complexe…

<u>- Oui. Plus simplement. Utilisez-vous vos expériences vécues en dehors du milieu professionnel pour vous aider au niveau de l'aspect relationnel du travail infirmier?</u>

Ah d'accord… Et bien je pense que oui… De toute façon, je suis le même être humain dans le privé et dans le professionnel donc j'imagine que j'utilise mon vécu. Et je crois même que je fais l'inverse également puisque mes expériences professionnelles me servent aussi dans ma vie privée. Je prend beaucoup de recul sur les petites choses du quotidien qui n'ont pas autant d'importance que cela finalement, surtout lorsque l'on voit des vies de patients s'effondrer… Cela me permet de relativiser les petits soucis quotidiens…

Après, je pense que les expériences de la vie privée et de la vie professionnelle sont forcément en relation puisque la personne qui les vit est la même, avec sa personnalité, ses limites et ses qualités...

5- <u>Justement, selon vous, existe-t-il un lien entre la compétence infirmière en soins relationnels et la personnalité dans votre profession?</u>

Et bien, quand je vois la différence entre chaque infirmière,... et infirmiers aussi, au niveau des "soins relationnelles" et de leurs capacités relationnelles, je pense que la relation entre les deux me paraît indiscutable!

<u>- A ce point!?</u>

Bah, j'ai vécu plusieurs situations dans ma courte expérience qui me font dire que c'est évident. J'ai vu une infirmière considérer que s'était toujours au patient de s'adapter à elle, que de toute façon c'était elle qui avait un diplôme et pas lui et donc qu'il n'avait pas son mot à dire sur les soins. C'est extrême bien sûr mais cela montre que la personnalité influence la compétence relationnelle de l'infirmière ou de l'infirmier... Ma propre situation m'avait posé problème lors de mes premiers stages où j'avais peu confiance en moi et où mon positionnement vis à vis des patients était maladroit. Mon envie de bien faire m'a poussé à m'améliorer et à travailler cet aspect, mais je n'étais pas très bien embarquée… Ce sont mes valeurs personnelles qui m'ont poussé à dépasser mes limites pour atteindre mes objectifs. je souhaitais faire mon travail complètement, et mettre le soin relationnel au second plan est selon moi une erreur car la technique tout le monde peut l'apprendre… Le relationnel, c'est différent selon moi. Je pense que c'est un travail personnel de tous les jours que de développer les compétences relationnelles et que selon son vécu et ses expériences, nous avons plus ou moins les capacités pour y parvenir…

<u>-Merci</u>

Annexe IV :

Extrait de l'œuvre de Walter HESBEEN : *Prendre soin à l'Hôpital,* Edition Masson, Paris, 1997. p.66

Tableau 3. — *Essai de représentation de la pratique infirmière.*

Le **SOIN INFIRMIER** est l'attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne ou à ses proches en vue de leur venir en aide dans la situation qui est la leur. Il comprend tout ce que ces profcssionnels font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes. Au regard de sa nature, il permet de toujours faire quelque chose pour quelqu'un afin de contribuer à son bien-être quel que soit son état.

qui leur offrent des

Les **SUPPORTS** de la pratique infirmière :
– les soins dits de base
– l'organisation d'une présence continue
– les actes effectués sur prescription
– toutes actions pouvant être menées par un professionnel de la santé dans les limites de ses compétences
– l'enseignement, l'encadrement et l'accompagnement de personnes moins ou pas qualifiées

OPPORTUNITÉS PARTICULIÈRES pour apporter plus de **sérénité** aux personnes par :
– le confort
– la douceur
– la chaleur
– l'attention aux « mille et un détails »

Annexe V :

Tableau extrait du livre de Guy LE BOTERF : *Construire les compétences individuelles et collectives*, Edition d'Organisation, Groupe EYROLLES, tirage 2008. P.90

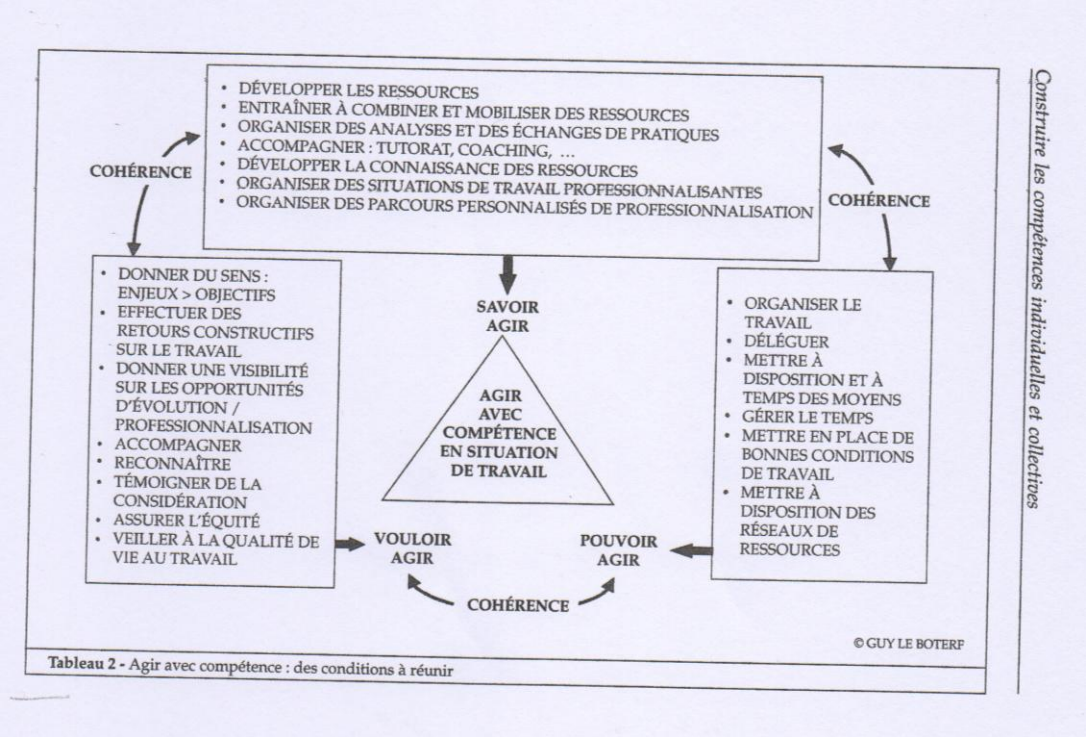


Tableau 2 - Agir avec compétence : des conditions à réunir

Annexe VI :

Tableau extrait du livre de Guy LE BOTERF : *Construire les compétences individuelles et collectives*, Edition d'Organisation, Groupe Eyrolles, tirage 2008. P.137

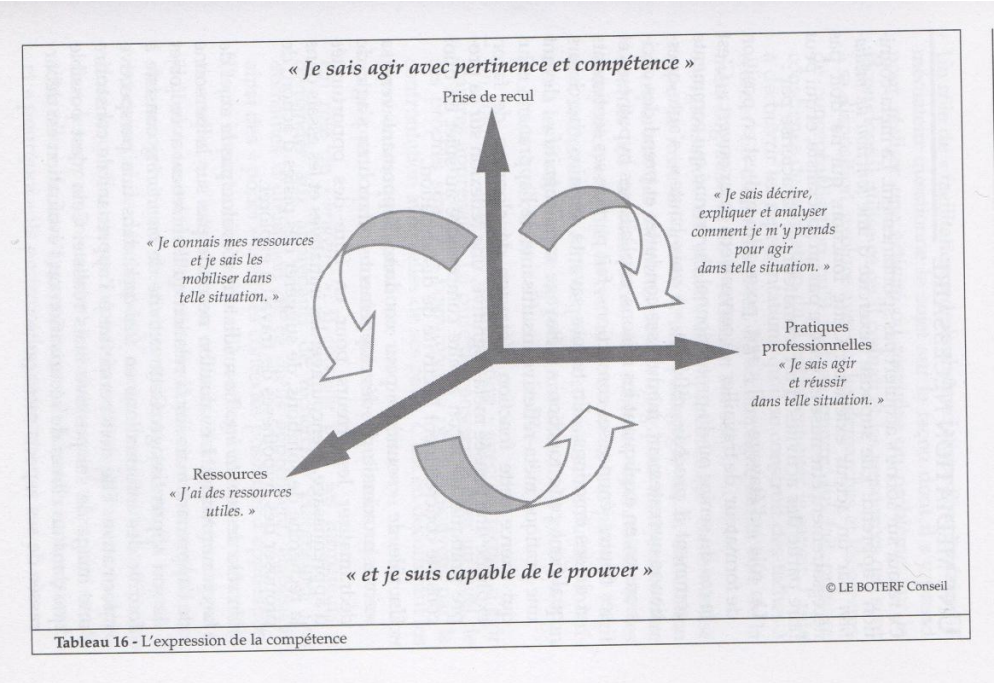


Tableau 16 - L'expression de la compétence

RESUME

IFSI ******

Promotion 2011/2014

En quoi une réflexion personnelle de chaque infirmier/infirmière sur le sens qu'il/elle donne à ses compétences peut-elle lui permettre de « prendre soin » des patients au sens le plus humain de l'expression ?

MOTS-CLES :

Prendre soin, Compétence, Réflexivité, Pratique, Sens, Posture professionnelle, Expérience, Responsabilité.

RESUME :

Ce travail s'est construit sur une réflexion personnelle et professionnelle née du constat fait en stage que la compétence infirmière était tout autant une affaire de qualification qu'une affaire de personnalité et d'expérience.

J'ai donc souhaité comprendre en quoi la singularité de chaque infirmier pouvait influer sur la manière de prendre soin des patients et sur ses compétences. Et en quoi cela pouvait avoir des conséquences sur la présence ou non d'humanité dans les soins.

Afin d'apporter des éléments de réponse, j'ai rencontré deux professionnels de terrain travaillant en réanimation pour réfléchir avec eux sur ce constat. Puis, j'ai approfondi les concepts de prendre soin et de compétence dans différents champs d'étude que sont la sociologie, la professionnalisation, les soins infirmiers et la philosophie.

Au terme de ce travail d'analyse, j'en suis arrivé à la conclusion qu'il s'était opérer une perte du sens donné à la compétence infirmière et au prendre soin suite à l'évolution de la profession et du contexte sociopolitique. Un des exemples de ces évolutions est la part majeure prise par la technicité dans les soins au détriment de l'aspect relationnel et humain, cœur de notre profession.

Pour inverser ce constat, il apparaît donc essentiel et de la responsabilité de chaque infirmier et de chaque soignant de manière plus globale, d'entretenir son humanité par le développement de ses capacités relationnelles et par une réflexion sur le sens qu'il donne à sa pratique soignante.