

**COTTE Alexia**

*Promotion 2019-2022*

**La pratique réflexive, un attribut essentiel de la compétence professionnelle.**



Date de rendu : 23 mai 2022

Directeur de Mémoire : Mme Clerc Alexandra

**Unité d'enseignement 5.6** : Analyse de la qualité de données scientifiques et professionnelles

### Note aux lecteurs :

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

## Remerciements

**À ma directrice de mémoire,** Madame Clerc. Je vous remercie pour votre accompagnement tout au long de cette année mais également pour votre patience lorsque j'ai douté de moi. Merci pour votre disponibilité, votre soutien, votre écoute, votre professionnalisme et vos conseils judicieux qui m'ont poussé dans ma réflexion.

**Aux professionnels de santé,** que j'ai sollicités pour réaliser mes entretiens, merci pour leurs disponibilités et le temps qu'ils m'ont accordé.

**À mes chers parents,** c'est grâce à eux que je suis cette personne forte. Merci à eux pour leur amour, leurs conseils et surtout merci de me suivre dans chaque étape de ma vie mais par-dessus tout merci de votre soutien inconditionnel.

**À mes grands-parents** que j'aime tant, qui m'ont toujours appris à donner le meilleur de moi-même, de ne jamais baisser les bras et de me battre jusqu'au bout. Ils m'ont soutenu durant ces 3 années de formation, et ont toujours été là pour moi dans chaque étape de ma vie. Merci de faire de moi votre future infirmière préférée !

**À mon Enzo,** la personne qui partage ma vie. Tu m'as accompagné tout au long de cette formation. Tu as su trouver les mots réconfortants et justes lorsque j'en avais besoin. Merci d'être cette personne si douce, compréhensive et aimante, merci de ton soutien sans faille. Place à nos projets !

**À mes beaux-parents,** Sandrine et Robert. Merci de croire en moi, merci de m'aider à me surpasser. Un immense merci à ma belle-mère, parce que sans elle je n'y serai pas arrivée. Du fond du cœur, c'est à elle que je dis le plus grand des MERCI.

**À Clémence,** ma meilleure amie, celle qui me soutient dans chaque projet, celle qui m'accompagne dans tous et partout ! Une merveilleuse amie, ma merveilleuse que je remercie d'être là et d'avoir pris de son temps précieux pour une dernière lecture de mon travail de fin d'étude.

**À mes amis, ma deuxième famille.** Merci pour votre soutien, merci pour ces moments de partage, de rire et de doutes.

À **Léa**, mon amie. Je vous souhaite à tous de rencontrer une amie comme celle que j'ai rencontrée durant cette formation. Aujourd'hui, je peux vous dire combien je suis chanceuse que nos chemins se soient croisés le jour de la rentrée, elle a été d'un soutien inébranlable chaque jour de cette formation. Je suis fière qu'on finisse cette formation plus liée que jamais. Merci à toi « ma témoin ».

À **ma bande de copains**, on y est presque ! Merci à vous tous, vous êtes les meilleurs ! Un grand merci à **Yoann** mon binôme de formation, tu es celui avec qui j'ai le plus rit, crié, douté, stressé et bu beaucoup de café ! **Ma Chacha**, une formidable personne que j'ai appris à connaître durant cette formation, un soutien sans faille. On en aura passé des heures au téléphone passant des larmes aux rires, puis à se questionner et à se rassurer !

À **Mme Elexhauser**, que j'ai rencontrée lors d'une précédente formation, qui m'a dit un jour de toujours croire en mes rêves. Elle savait que depuis toujours je voulais être infirmière. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir poussée à suivre cette formation. Merci pour votre disponibilité et votre écoute.

À **Antonine**, une personne que j'ai rencontrée sur les réseaux sociaux, qui a réalisé le dessin de ma première page de couverture.

Et pour terminer, je tiens à remercier le **Co-Jury**, qui prendra le temps de lire mon travail de fin d'études.

Bonne lecture à tous !

# Table des matières

<b>1</b>	<b>Introduction</b> .....	1
<b>2</b>	<b>Situation d'appel</b> .....	2
<b>3</b>	<b>Questionnement</b> .....	5
<b>4</b>	<b>Cadre de référence</b> .....	10
4.1	Une approche du soin .....	10
4.1.1	Historique du soin infirmier .....	10
4.1.2	Le soin .....	13
4.1.3	La répétition du soin.....	15
4.1.4	La perte du sens du soin .....	16
4.2	La réflexivité du soignant .....	18
4.2.1	Qu'est-ce que la réflexivité ?.....	18
4.2.2	La pratique réflexive.....	19
4.2.3	La posture réflexive .....	20
4.3	La déshumanisation .....	21
<b>5</b>	<b>La méthode exploratoire</b> .....	23
5.1	Méthodologie de recherche.....	23
5.2	Réalisation de l'enquête.....	24
5.2.1	Présentation des professionnels de santé .....	24
5.2.2	Organisation du déroulement de mes entretiens.....	24
<b>6</b>	<b>Analyse</b> .....	25
6.1	Analyse thématique.....	25
6.1.1	Le soin .....	25
6.1.2	La routine des soins .....	26
6.1.3	La perte du sens du soin .....	27
6.1.4	La réflexivité.....	28
6.1.5	La déshumanisation .....	30

6.1.6	Eléments inattendus .....	31
6.2	Difficultés et limites des entretiens .....	32
7	<b>Problématique</b> .....	33
8	<b>Conclusion</b> .....	36
9	<b>Bibliographie</b> .....	37
10	<b>Annexes</b> .....	40

# 1 Introduction

Au départ de ce travail, une situation vécue au cours de l'un de mes stages m'a amené à me questionner. Le questionnement commence dès notre entrée en école d'infirmière et s'effectue tout au long de notre parcours de formation dans le cadre de nos analyses de situations. En relation avec mon vécu en stage, j'ai souhaité aborder les thématiques suivantes : la démence, le refus de soins, le sentiment d'impuissance, les émotions du soignant, et la maltraitance. Je les ai choisies comme point de départ pour ce travail de fin d'études. Mes premières recherches, lectures et ensuite entretiens ont suscité en moi de nouvelles interrogations. Elles m'ont surtout fait prendre conscience que c'était véritablement sur les thèmes de la « pratique réflexive » de la notion de « posture réflexive du soignant » dans un contexte de soin ainsi que les répercussions que cela pouvait engendrer sur le patient que je souhaitais investiguer.

Mon étude a alors portée sur la réflexivité du soignant en lien avec la répétition et la perte du sens du soin, et la « singularité du patient » dans une situation de soin. C'est ainsi que je suis passée d'une question de départ provisoire à un véritable sujet de recherche. Je pense que ce travail sera bénéfique pour ma future posture professionnelle, sur le fait qu'il faille toujours interroger sa pratique professionnelle afin d'effectuer la meilleure prise en charge possible. Plus qu'un « simple » travail de fin d'études, c'est une véritable réflexion professionnelle, autour de l'influence que peut avoir la réflexivité du soignant sur la prise en soin du patient. En effet, le rôle d'observateur que nous avons en tant qu'étudiant, m'a permis au cours de ces trois années d'études d'être le témoin d'une pratique pas toujours « conscientisée » et je me suis également rendue compte de l'impact de la routine des soins sur la qualité des soins. C'est donc la raison pour laquelle j'ai choisi d'en faire mon sujet de recherche.

Afin de vous présenter au mieux cette recherche, j'articulerai mon travail en plusieurs parties. Dans un premier temps, je vais commencer par décrire ma situation d'appel qui a fait naître ce sujet, mon questionnement et ma question de départ. Dans un second temps, je présenterai mon cadre de référence, les concepts clés de cette recherche. Ensuite la méthodologie de recherche que j'envisage auprès des professionnels de santé, et enfin la dernière partie intitulée « phase exploratoire » me permettra de confronter à la question de départ et au cadre de référence les résultats de mon enquête et ainsi de confirmer ou non mon hypothèse.

Je poursuivrai par une conclusion qui rendra compte de mes questionnements.

## 2 Situation d'appel

Durant ma deuxième année de formation en soins infirmiers, j'ai effectué un stage en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Lors de ce stage, j'ai été interpellée par une situation qui a soulevé un questionnement.

Il était 10 h 30 du matin, j'étais en train d'effectuer un pansement en présence d'une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) lorsque Michèle une aide-soignante du secteur me demande si je peux venir l'aider à réaliser une douche. Elle me dit qu'il faut être à deux pour effectuer ce soin.

Je prends des renseignements sur la résidente auprès de l'IDE présente.

La résidente est madame P., 92ans, veuve, 2enfants. Elle est démente. L'infirmière me dit qu'elle refuse les soins infirmiers mais également les soins de nursing réalisés par les aides-soignantes.

Lorsque je m'avance vers la chambre avec le matériel nécessaire afin de réaliser mon soin, Michèle me signale : « *La patiente refuse les soins mais c'est son jour de douche donc elle n'aura pas le choix. Il faut être 2, une pour la tenir, l'autre pour la doucher* ». A cet instant précis, je suis étonnée par la teneur de ses propos, et je me suis demandée « comment aller se dérouler cette toilette ». J'ai des frissons dans tout le corps. Je prends une grande inspiration, et réfléchis aux mots dit par la soignante. Les mots « *une pour la tenir* » résonne dans ma tête, je cherche une solution afin que cela n'arrive pas...

Je frappe à la porte, je rentre dans la chambre et je me présente car je n'avais jamais croisé cette résidente auparavant. Madame P. était assise sur le fauteuil, je m'avance vers elle et je m'accroupie pour être à sa hauteur. Je lui explique que je vais l'accompagner à la douche avec Michèle.

Subitement, elle me repousse avec sa main et me dit « *Non, non, non, non...* ». J'étais en train de reformuler mes propos d'une voix douce pour essayer de la sortir de cet état de négation quand l'aide-soignante rentre dans la chambre et dit d'une voix forte « *elle n'est pas encore dans la salle de bain...* ». Ensuite elle me dit : « *Tu ne dois pas laisser le choix à certains résidents car sinon ils ne se laveraient pas* ».

Michèle s'avance vers la résidente, la lève brusquement du fauteuil et la tire vers la salle de bain.

Madame P. est réfractaire, elle s'accroche à son fauteuil et essaie d'attraper tout ce qui se trouve sur son chemin afin de ne pas se rendre dans la salle de bain. Ensuite l'aide-soignante la déshabille. Je décide de préparer ses affaires, lorsque j'ai terminé je les rejoins dans la salle de bain et j'entends Michèle dire : « *Maintenant ça suffit, il faut faire la douche. Vous sentez très mauvais !! Il faut que vous vous laissiez faire, sinon je vais vous faire mal en vous tenant les mains* ». L'aide-soignante se tourne vers moi et me dit « *Je tiens madame P. et toi tu la douches, fais-vite car bien sur ici il y a un risque qu'elle chute* ».

Je propose à ce moment-là à Michèle d'aller chercher une chaise de douche, elle refuse, souffle, et me demande de faire ce qu'elle me dit et rajoute « *je ne te demande pas ton avis* ». Etonnée, j'exécute donc la toilette sans dire un mot à l'aide-soignante mais tout en essayant de rassurer et de calmer la résidente en lui disant des petits mots.

Pendant le soin, Michèle bloque en l'air les bras de madame P. contre le mur. Elle est de plus en plus agitée. Elle crache sur l'aide-soignante.

Etant démunie devant une telle situation, je me mets à fredonner une petite mélodie et à ce moment-là je remarque que je capte l'attention de madame P. mais l'aide-soignante me demande aussitôt d'arrêter et d'accélérer mon soin.

Au fur et à mesure de la toilette, la résidente devient de plus en plus agressive et essaie même de taper l'aide-soignante. Michèle répond avec une grande fermeté et je l'entends lui dire : « *maintenant cela suffit madame P.* » en appuyant ses paroles avec une main levée.

Nous avons laborieusement fini cette toilette, Michèle sèche madame P., je sors de la salle de bain chercher une chaise pour le confort de madame P. Je propose à madame P. de s'asseoir afin de l'habiller. J'ai pu lire dans le regard de madame P. un soulagement.

Cette toilette m'a semblé durer des heures alors qu'elle n'a en fait durée que quelques minutes. J'ai eu l'impression qu'il y a eu non-respect de la dignité d'autrui.

L'aide-soignante me dit « *tu peux rejoindre l'infirmière* ». Lorsque j'arrive auprès de celle-ci afin de faire ma transmission, elle me voit bouleversée et me demande qu'est-ce qu'il y a et si je veux aller prendre l'air afin de pouvoir reprendre mes esprits, ceux à quoi je réponds « *oui* ». Je lui explique rapidement mon ressenti lors de cette toilette et elle me répond que : « *Parfois, il faut fermer les yeux sur ce qu'on voit.....qu'il faut d'une façon ou d'une autre faire les soins*

à madame P. » et complète en me disant « *va prendre l'air puis nous ferons ensemble le tour de midi* ».

Je sors dans le jardin de l'EHPAD et je me mets à pleurer. Je viens de vivre un moment intensif qui m'a particulièrement questionnée. Mon ressenti à ce moment précis est un sentiment d'impuissance, voir même d'échec. J'ai eu l'impression d'avoir subi le soin à l'identique de la résidente. Je me suis sentie en colère de ne pouvoir rien faire, en colère que l'aide-soignante refuse mes propositions mais aussi affecté face à autant d'agitation de la part de la résidente et de la soignante. Je décide donc de prendre en peu de recul je retranscris sur mon carnet ces sentiments.

Ensuite, je regarde autour de moi, il n'y a personne, je prends un grand bol d'air.

### 3 Questionnement

Ma situation soulève de nombreuses questions sur différents thèmes la démence, le refus de soins de la personne démente, le sentiment d'impuissance, les émotions du soignant, et la maltraitance.

Dans un premier temps en lien avec ma situation, je me suis demandée qu'est-ce que la démence. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la démence comme « *un syndrome généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive (capacité d'effectuer les opérations de la pensée), plus importante que celle que l'on pourrait attendre du vieillissement normal. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée. Une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation accompagne souvent, et parfois précède, les troubles de la fonction cognitive* » (Organisation mondiale de la santé, 2021). Lors du soin de nursing que nous avons effectué à madame P. j'ai été heurtée face à l'attitude de l'aide-soignante, je me suis sentie démunie, je n'avais pas cette représentation du soin en établissement d'hébergement de personnes dépendantes, or nous avions face à nous une personne dite « démente ».

Je me suis donc demandée si la prise en soin est plus difficile face à une personne démente ? Toujours selon l'OMS, la démence a « *des conséquences psychologiques, physiques, sociales et économiques pour les personnes atteintes de la maladie mais aussi pour les personnels en charge des soins* » (Organisation mondiale de la santé, 2021). Un article sur « *Maladie d'Alzheimer et formation des professionnels en EHPAD* » édité par Cairn Info, nous informe que depuis vingt ans, la démence chez les résidents a fortement augmenté. Les professionnels se sentent souvent comme incompetents, dépassés par les comportements, en difficulté pour communiquer, en décalage quant à l'idée qu'ils avaient de l'exercice de leur métier dans le domaine de la gérontologie. Ces mêmes professionnels n'ont pas choisi de travailler en psychiatrie, et se retrouve aujourd'hui confronté face à des personnes démentes sans la formation appropriée, sans les compétences requises.

Par ailleurs, lors du soin de nursing apporté à madame P. nous avons été confrontées à une situation complexe, madame P refusait le soin, devions-nous respecter la volonté du patient, ou devions nous réaliser notre rôle propre en réalisant le soin qui lui était nécessaire sachant que les difficultés rencontrées par les professionnels dans ce type de population sont principalement

de l'ordre du refus du soin. Ma situation soulève un questionnement sur le refus de soins du patient notamment dans le cadre d'un résident atteint de démence. Le refus de soin est défini comme « *une négation, une protestation, un déni, une rébellion* ». (Labaye Isabelle , 2010, p. 8) . Selon nos cours de législation, d'éthique et déontologie de première année d'école d'infirmière, on nous a enseigné le principe de liberté de refus de soin, liberté du patient d'accepter ou de refuser des soins, sachant que notre devoir infirmier est de convaincre, d'expliquer, de s'assurer de la délivrance d'une information éclairée et loyale. L'information que nous transmettons s'adresse au patient puisque c'est à lui ensuite de consentir ou non aux soins. Cependant, l'information s'adresse aux patients dès lors qu'il est en mesure d'exprimer sa volonté. Le problème se pose alors pour les personnes dites « démentes ».

Madame P. est-elle à même de recevoir cette information, de la comprendre et de donner un consentement libre et éclairé comme l'exige la loi ? Par définition, le consentement est « *l'action de donner son accord à une action, à un projet ; acquiescement, approbation, assentiment* ». (Larousse , s.d.) De plus la loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 (appelée également loi Kouchner), relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé stipule que « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qui lui sont fournies, les décisions concernant sa santé [...] et qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (article L1111-4 du CSP). (Code de la santé publique, s.d.). Suivant cet article de loi, nous pouvons en déduire qu'un soin ne peut être réalisé que si le résident a donné son accord au préalable. La loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 précise également un pouvoir de décision aux malades, en leur permettant de refuser un soin. Malgré ces données législatives, les soignants sont confrontés à des situations complexes, soit respecter la volonté du patient, soit réaliser son rôle propre en réalisant les soins infirmiers nécessaires au patient. C'est souvent le cas, lorsque le refus vient d'une personne ayant une démence.

Je me demande alors si on peut parler de refus de soins concernant une personne démente ? Dans ma situation le jugement de madame P. est altéré du fait de sa maladie. Elle dit « Non, non, non, non... » à toute proposition de soins. Le refus de soins est dû à l'évolution de ses troubles dans la mesure où elle ne réalise pas les conséquences de son refus. Nous pouvons donc en déduire que son jugement en est altéré. Cette situation fait écho aux lectures que j'ai pu effectuer jusque-là, concernant le refus de soins émanant de personnes atteintes de démence. La problématique essentielle est de savoir comment bien choisir pour le patient, surtout lorsque

celui-ci présente une altération de ses capacités cognitives qui mettent en échec toute tentative d'exercer son libre arbitre. Madame P. a perdu ses capacités de jugement, de raisonnement, et surtout de mémoire, et se retrouve dans l'incapacité de verbaliser son refus et finalement même un accord. Enfin, il est primordial de rappeler que derrière cette patiente dite « démente » demeure une personne humaine que l'on doit soigner et comme le dit Catherine Perrotin :

« Si les soins répondent à des besoins, soigner c'est prendre soin d'un autre quand il ne peut plus le faire lui-même. Être dans le besoin c'est être dans un statut précaire, faire l'expérience de ne plus pouvoir se « débrouiller tout seul » et se trouver dans la nécessité d'être étayé, soutenu dans ses fondements, réorientés dans le rapport espace-temps... celui qui fait l'expérience de cette précarité éprouve qu'il ne peut pas par lui-même retrouver la sécurité intérieure dont il aurait besoin. Cette expérience le met dans l'obligation, consentie ou non, d'en appeler à un autre pour vivre ». (Catherine Perrotin, 2002)

Les lectures et recherches que j'ai pu mener me conduisent à dire que le refus de soin est de plus en plus difficile et douloureux pour les soignants, en termes de sentiment d'échec à soigner un patient dit « dément » et à entrer en relation de confiance avec lui, et cela peut engendrer des réactions plus ou moins agressives de part et d'autre.

Dans ma situation, les réactions de l'aide-soignante et mes propres réactions ont été différentes. Que faut-il faire pour bien faire dans pareille situation ? Ai-je renvoyé de par mon attitude l'aide-soignante à sa pratique professionnelle ? Walter Hesbeen a écrit « *Chaque situation de soins étant singulière [...] elle ne se duplique pas, ne se transfère pas, mais se pense, se cherche, se créer pour chaque situation* » (Hesbeen Walter , 2017, p. 9) Le questionnement est donc indispensable à la prise en soin de qualité. L'aide-soignante a haussé le ton, lui criait dessus. Elles étaient toutes les deux dans un hurlement respectif. Je me rappelle m'être dit, parle doucement à madame P., chante-lui, tu la calmeras et tu désamorceras la situation. La réaction de l'aide-soignante m'a vraiment heurtée dans mes propres sentiments. Cette situation met en avant que nous devons interroger notre capacité de réflexion concernant chaque situation de soins et remettre en question notre pratique professionnelle de soins de manière à inclure l'éthique si besoin. Les soins ne sont pas forcément à privilégier, mais plutôt le bien être du résident dans le respect de sa volonté et de sa singularité. C'est ainsi que seront réalisés des soins de qualité. Pour cela, il est primordial de remettre en question sa pratique professionnelle et de faire entendre sa conception du soin, cette capacité à donner un point de vue, notamment en cas de conflit de valeurs dans une situation qui nécessite bien plus que des compétences

techniques pour faire évoluer une remise en question en équipe. Malheureusement je n'ai pas osé donner mon point de vue à l'aide-soignante du fait de ma position d'étudiante.

De ce fait, j'ai ressenti de la frustration et un sentiment d'impuissance. J'ai mené des recherches sur ces sentiments, car je me suis demandée quel soignant ne s'est jamais senti frustré lors d'une prise en charge, et s'il n'a jamais ressenti ce sentiment difficile de ne pas avancer avec un patient. « *La frustration et l'impuissance qui accompagnent ces situations peuvent être déroutantes et venir parasiter notre soin à la personne. Elles viennent heurter notre volonté de bien faire notre travail* » (Delieutraz Severine, 2012). J'ai été confrontée à cette situation lors de mon stage notamment avec madame P, présentant des symptômes de démence, et dont la prise en charge dans un EPHAD est plus longue. Ce type de prise en charge peut alors engendrer chez les soignants un sentiment d'épuisement, d'incapacité à soigner. Or, notre volonté de bien faire notre métier ne peut-elle pas parfois, être notre pire ennemie. Faire le soin coûte que coûte. Mais n'est-ce pas de la maltraitance de ce fait !

Je me suis donc demandée mais qu'est-ce que la maltraitance et où commence-t-elle ? Selon la définition proposée par le Conseil de l'Europe en 1990, la maltraitance des personnes âgées se caractérise par « *tout acte de négligence ou omission commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à la sécurité financière* » (Ministère des solidarités et de la santé , 2021). Pour l'OMS « *La maltraitance des personnes âgées consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée reposer sur la confiance, ce qui entraîne des effets délétères ou une détresse morale pour la personne âgée qui en est victime* » (Organisation Mondiale de la Santé , 2021). Après de nombreuses lectures, je me suis rendue compte qu'il était difficile d'avoir une définition générale de la maltraitance qui fasse l'unanimité parce que le sens varie selon la personne, ou l'organisation qui la définit et selon la raison pour laquelle elle le fait. La maltraitance atteint aux droits fondamentaux et à la dignité de la personne. J'ai pu lire que les personnes âgées et les personnes démentes sont souvent les premières victimes de maltraitance, de violence et de manque de respect. Dans notre profession, la majorité des soignants pense bien souvent agir pour le bien-être du résident, en revanche dans certains cas, la maltraitance peut arriver lorsque le professionnel de santé ne pense plus « son soin » mais le prodigue « de façon machinale ».

Dans cette hypothèse, j'ai voulu savoir si cela était dû à ses conditions de travail, je me suis donc demandée si la maltraitance est-elle dite « institutionnelle » ? J'ai pu lire, dans un article qui s'intitule « Du concept de la maltraitance à celui de la bientraitance, un parcours semé d'embûches » que le terme négligence est mis en avant. Cette négligence pourrait provenir d'ignorance, de routine, de répétition de gestes à l'identique chaque jour, de la perte du sens de la critique mais également de la non prise en compte de la personne en tant que telle mais comme seul « objet de soin ». Au regard de ma situation, pourrait-on penser que le résident soit devenu un objet de soin pour l'aide-soignante ? Walter Hesbeen explique 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 » (Hesbeen Walter , 1997, p. 2). Nous pourrions donc affirmer que notre rôle en tant que soignant est de « prendre soin » or à ce jour nous constatons qu'il dérive sur « faire des soins » ce qui se résume à un seul mot « technique ».

Après toutes ces différentes lectures et recherches, ne pouvons-nous pas avancer que le travail du soignant devient de plus en plus répétitif « enchainant toilette sur toilette, repas sur repas, coucher sur coucher » (Claudine Badey-Rodriguez , 2012, p. 2). Le travail du soignant se résumerait en une somme contraignante de gestes et en un enchainement d'actes techniques à accomplir. Néanmoins, ces lectures et les observations que j'ai pu faire durant mes stages, nous amène à avancer que le soignant en gériatrie n'en oublie pas que le résident est avant tout un être humain à part entière, il me paraît donc important de ne pas le réduire à sa pathologie. Je pourrai conclure en citant Walter Hesbeen « prendre soin n'est pas seulement : médicaments, pansements, injections. Prendre soin n'est pas guérir mais être prêt à rencontrer l'autre, à l'accompagner au quotidien et à s'accompagner l'un l'autre ... » (Hesbeen Walter , 1997, p. 180)

Au regard de ces éléments, mon thème de recherche s'inscrit dans le domaine de la personne et de l'environnement, dans la mesure où je cherche à comprendre l'impact que peut avoir le contexte du quotidien des soins infirmiers sur la prise en charge individuelle des résidents en EHPAD.

Je choisie donc de m'interroger sur la problématique suivante : **En quoi l'aspect répétitif des soins peut-il impacter la réflexivité du soignant dans la prise en soin ?**

## 4 Cadre de référence

Dans l'optique d'éclairer ma situation et d'en comprendre les enjeux, j'ai entrepris la lecture de plusieurs auteurs. Ces lectures sont tirées de diverses sources : articles internet, livres, cours. C'est à partir de ces dernières que j'ai ensuite pu expliciter mon cadre de référence. Ainsi, j'aborderai les concepts du soin, de la réflexivité du soignant et de la déshumanisation.

### 4.1 Une approche du soin

« La philosophie des soins infirmiers est fondée essentiellement sur des valeurs humanistes, une approche globale de l'Homme et de la santé. Une philosophie prend son sens quand elle se manifeste par des comportements appropriés. Elaborer des normes de qualité ne peut s'envisager sans préalablement cerner les valeurs qui sous-tendent la philosophie des soins et définir la conception de l'Homme, de la santé, de l'environnement, de la maladie et des soins infirmiers afin de répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes. La philosophie des soins infirmiers est le cadre de référence et le socle de la conception des soins infirmiers ».

« Accueillir et soigner sont, en réalité, inséparables, leur essence étant philosophiquement et psychologiquement identique. Tant dans les récits homériques et bibliques que dans les traditions rabbiniques et patristiques, les égards réservés à l'étranger ne prennent leur vrai sens qu'à travers le soulagement moral qu'il peut rencontrer au-delà d'une simple hospitalité nourricière. Ainsi furent initiés l'esprit et la pratique dans les établissements hospitaliers. Cependant, si les temps modernes traduisent cette sollicitude envers le souffrant en termes de respect de la dignité, de liberté individuelle de détermination et de solidarité, les soins deviennent significatifs des exigences démocratiques dans une société soucieuse des droits de l'Homme. Information, accompagnement et écoute sincère en constituent le fondement ». (Gedah, 2012, p. 16)

Abondant dans ce sens, je présenterai quelques aspects essentiels de l'évolution des regards et des pratiques de soins dans le domaine infirmier.

#### 4.1.1 Historique du soin infirmier

Le soin et la médecine sont apparus en Grèce et ont longtemps été liés. Ils se séparent après le moyen âge pour des raisons religieuses, sociales et institutionnelles. Le soin est alors considéré comme une vertu chrétienne de charité dans les œuvres d'assistance et d'hospitalité aux pauvres.

Je commencerai l'éclairage de la notion de « soin infirmier » par une recherche étymologique. L'étymologie du mot « soin » indique deux racines : *songne* du latin médiéval *sunnia* qui signifie « nécessité, besoin » et *soign* du latin tardif *sonium* qui signifie « souci, chagrin ».

Quant à l'origine des infirmières en tant que groupe social, elles sont apparentées à celle des ordres religieux. Après les grandes épidémies, la fonction soignante est repérée et organisée dans la société avec l'apparition du mot « infirmier » en 1398, issu du terme infirme, qui vient du latin « infirmus ».

Au Moyen Âge, le soignant est dit absent, il représente « *un assistant à la misère sous la coupe des ordres religieux* ». (Duboys Fresney, 2009)

Lors de la Renaissance, en Europe s'ouvrent des établissements accueillant des fous, ainsi que des vénériens puis des malades, des miséreux et des exclus. « *L'acte de soigner est bénévole, la femme qui aide ne peut être rémunérée en argent ; les soins sont inscrits dans un système d'échanges : le remerciement se fait en nature, l'infirmière est prise en charge par la structure qui l'emploie car le soin n'a pas de valeur économique, il a une valeur culturelle* » (Calbéra Jean-Bernard, 2003, p. 79)

En 1789, c'est la naissance de l'hôpital laïc, les pratiques soignantes évoluent. Cependant, l'hygiène et l'état des hommes de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle sont très médiocres. La laïcité, elle, a du mal à progresser. Les médecins réclament des réformes hospitalières et en particulier des infirmières instruites et « dévouées ».

La suprématie religieuse est remise en question vers le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle avec notamment les découvertes de Pasteur qui impliquent de nouveaux gestes d'hygiène et de stérilisation, refusés par les religieuses. Cela conduit alors les médecins à rechercher des auxiliaires « plus dociles ». L'infirmière idéale est présentée par le corps médical comme « *filles du peuple qui, à force d'intelligence et d'énergie, sont parvenues à s'instruire* » (Calbéra Jean-Bernard, 2003). « *Si la laïcisation des soins scelle l'acte de naissance de la profession infirmière, les religieuses resteront encore longtemps dans les lieux de soins à y exercer une très forte influence, en particulier en prenant en charge un certain nombre d'écoles de formation* ». (Calbéra Jean-Bernard, 2003)

Puis, la Première Guerre mondiale permet à la fonction infirmière de s'affirmer. « *Le rôle de l'infirmière est de servir le malade en veillant constamment sur lui et tout ce qui l'entoure, et principalement en secondant assidûment et docilement le médecin.* »<sup>1</sup>.

La Seconde Guerre mondiale a un autre impact : elle marque le début de l'affranchissement de l'infirmière vis-à-vis des médecins.

Florence Nightingale, infirmière britannique pionnière des soins infirmiers est convaincue que pour savoir soigner, il faut avoir appris. Cette dernière a étudié durant huit ans les besoins des malades et les qualités nécessaires pour savoir les soigner. Elle a écrit deux livres à partir de ses observations. Pour elle, améliorer les soins passe par la formation, l'état de l'hôpital et l'hygiène. A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, elle organise la formation des infirmières à Londres, et ouvre l'école au sein de l'hôpital. La formation dure un an, les élèves complètent leur apprentissage sur le terrain.

C'est sur ce modèle anglo-saxon, et à l'initiative du Docteur Bourneville, médecin militaire, que les écoles d'infirmières publiques et laïques sont créées en 1882. Les études dureront deux ans sous forme d'alternance de cours et des stages.

Une circulaire de 1899 obligera la création d'une école d'infirmières au moins dans chacune des villes où siège une faculté de médecine. La même année est créée à Lyon, l'école professionnelle infirmière.

Cela se poursuit au XX<sup>e</sup> siècle avec l'influence de Léonie Chaptal. En 1905 elle fonde son école. Elle croit fortement à une identité professionnelle, et à l'autonomie envers le corps médical. Sa philosophie s'appuie sur le fait que l'action infirmière ne porte pas sur les pathologies, mais sur la personne souffrante. La maladie est la science du médecin, et la connaissance du patient, celle de l'infirmière.

J'ai souhaité lister quelques dates ayant marqué l'évolution de la profession :

En 1922, un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et crée le premier diplôme français brevet de capacité professionnelle puis diplôme d'État d'infirmier en 1942.

---

<sup>1</sup> Rôle donné par l'Union des femmes françaises en 1920

En 1937, la profession est reconnue par l'état et est promulguée une loi d'exclusivité obligeant d'avoir le diplôme d'état pour l'exercice de la profession : Art L.474-1 du Code de la santé publique : « *Nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre* ». (LegiFrance, s.d.)

En 1951, création de la fonction de cadre infirmier et en 1975 création du grade d'infirmière générale.

En 1978, une évolution supplémentaire se ressent dans les textes de l'exercice professionnel avec la reconnaissance officielle d'une autonomie dans les soins correspondant au rôle propre infirmier. Les soins infirmiers apparaissent comme une discipline à part entière et peuvent alors s'enrichir d'une pratique et d'un savoir spécifique.

Cette loi du 31 mai 1978 est toujours en vigueur de nos jours. S'ajoute à celle-ci, le décret du 29 juillet 2004 du code de la Santé publique, concernant l'exercice de la profession et les actes professionnels.

En 1993, Publication du décret sur les règles professionnelles.

Et en 2007, Création de l'Ordre infirmier.

La dernière réforme des études infirmières date de juillet 2009, elle est basée sur la notion de compétences à acquérir, fait entrer les études infirmières dans le système européen Licence Master Doctorat (LMD).

Nous venons de voir ci-dessus que les différentes révolutions ainsi que les progrès techniques ont permis de faire évoluer la profession. L'infirmière a de nos jours beaucoup plus d'autonomie que durant les siècles derniers et tend à affirmer son rôle de jour en jour. Nous pourrions conclure en disant que le dévouement d'autrefois est remplacé de nos jours par le professionnalisme.

#### **4.1.2 Le soin**

Afin de mieux apprécier le concept de soin, j'ai prévu de donner plusieurs définitions du soin. Cela nous permettra d'avoir différents champs de vision de ce concept et d'enrichir l'analyse. Il me paraît important de distinguer le soin des soins.

Le Larousse définit le soin comme une : « *Attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose* ». (Larousse, Définition soin, s.d.)

Selon le dictionnaire médical : « *La médecine consiste à prodiguer des soins à des patients, et donc à les soigner. Ces soins médicaux doivent être attentifs et conformes aux données actuelles de la connaissance médicale, selon le code de déontologie.* » (Dictionnaire médicale , s.d.)

Pour Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain (UCL) et Lauréat de la Fondation Van Goethem-Brichant pour la réadaptation, le soin est à définir au singulier dans un souci de ne pas confondre avec ce qu'il appelle le « *rituel quotidien* » qui est de faire des actes de soins centrés uniquement sur la tâche. Pour l'auteur, on ne peut pas soigner sans prendre soin et il évoque qu'il est nécessaire de prendre le malade dans sa globalité. Selon l'auteur, chaque soin doit être unique et être centré sur le patient, dans sa singularité, pour contribuer au bien-être de celui-ci.

Dans son livre « De la réflexion éthique à une pratique de qualité » Walter Hesbeen écrit « *Des soins d'une très grande qualité technique ou scientifique peut être prodigués dans l'oubli de la singularité et de la sensibilité de la personne à laquelle ils se destinent. En telle circonstance, si la qualité des actes posés ou des soins donnés est présente, celle de l'attention à la personne, en revanche, manquera parfois douloureusement aux destinataires mêmes de ces actes de soins* » (Hesbeen Walter cité par Paillard Chistrine, 2015, p. 310 ). Il veut nous faire comprendre, qu'une pratique infirmière ne saurait être qualifiée de « qualité » si le sujet ne se sent pas exister, si la personne à qui l'on donne des soins et son entourage se sentent banalisés dans ce qu'ils sont en train de vivre, d'éprouver, d'appréhender, de redouter peut-être. Walter Hesbeen prône la nécessité pour une pratique infirmière de qualité de « *mettre plus de soin dans les soins* » (Walter Hesbeen , p. 51) c'est-à-dire donner une attention particulière à la personne à qui l'on prodigue ou à qui l'on fait des soins.

Dans la continuité de ce courant de pensées, nous pouvons écrire qu'en ce qui concerne le soin, il est important de distinguer le soin, des soins. « *Au pluriel, les soins se rapportent à des actes plus ou moins techniques [...] Ils désignent essentiellement des pratiques par lesquelles on conserve ou on rétablit la santé. Au singulier, [...] c'est agir avec application, minutie, sérieux. [...] Il s'agit de porter une attention particulière à l'autre, de faire preuve de prévenance, de sollicitude.* » (Svandra Philippe). Nous pouvons avancer que le soin se rapporte au concept

« du prendre soin » et que les soins eux se rapportent à ceux de « soigner, traiter ». Une situation de soin comprend donc des soins d'ordre technique et relationnel.

Enfin, il est essentiel pour le soignant d'avoir conscience de la singularité du patient qui se trouve en face de lui. En effet, il est important de ne pas oublier que nous prenons en soin en premier lieu « une personne » et non « une pathologie ». Malheureusement, la chronicité de la pathologie associée au quotidien des soins peut influencer le prendre soin infirmier et impacter la prise en charge de la personne soignée.

### **4.1.3 La répétition du soin**

Pour vous exposer l'impact de la routine des soins sur la qualité des soins, il est tout d'abord essentiel de développer le concept de qualité des soins. Qu'est-ce-que la qualité ? J'ai choisi une définition de Walter Hesbeen car cette dernière s'inscrit dans la perspective soignante. « *La qualité est parfois présentée comme l'excellence ou encore ce qu'il y a de mieux. On lui donne une connotation de perfection telle l'expression d'un service parfait.* » (Hesbeen Walter, 2002, p. 66) Nous pouvons avancer que la qualité, c'est le fait de faire « le mieux ».

Selon l'OMS la qualité est « *de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Il s'agit donc d'effectuer des soins personnalisés. La qualité de soins comprend donc le fait de pratiquer les soins optimaux en fonction des possibilités de l'organisation hospitalière, mais également de manière individualisée pour chaque patient. La qualité des soins englobe les pratiques des infirmiers.

Je me suis alors questionnée. Comment est-ce que la routine des soins peut influencer la qualité des soins et donc les pratiques des soignants ?

Au quotidien, l'infirmière est souvent soumise à des tensions entre son idéal professionnel, ses convictions, ce que devrait être le soin, et les exigences qui lui incombent en termes de charge de travail et de responsabilité.

Le contexte actuel des soins rend difficile la prise en charge holistique telle que prônée par les différents modèles infirmiers. Les soins prodigués en gériatrie peuvent être perçus comme routiniers. Si la routine procure des repères rassurants, les automatismes induits peuvent “programmer” les soignants de façon à agir au détriment d’une prise en charge de qualité des personnes âgées.

De nombreux professionnels sont absorbés dans leur pratique quotidienne et donc dans leurs habitudes, pouvant ainsi en oublier la personne. Une habitude par définition est une « *Aptitude à accomplir avec facilité et sans effort particulier d'attention tel ou tel genre d'actions, acquise par une pratique fréquente, l'exercice, l'expérience* ». (Larousse, Définition Habitude, s.d.)

Dans la répétition des soins nous pouvons considérer qu’il y a une certaine habitude du soin. Selon les différentes pensées philosophiques concernant l’habitude on distingue deux courants : un versant plutôt positif « *elle est cette puissance de facilitation qui rend nos gestes plus sûrs, mieux adaptés à la situation où ils s’insèrent, et c’est son caractère innovant qui devient sa marque de fabrique* » (Lauzon Sophie , 2016). En revanche, l’autre versant, plutôt négatif est selon Paul Ricoeur « *l'habitude-pouvoir porte en germe la menace d'une chute dans l'automatisme, ce qui fait courir au sujet le danger d'être réifié* » (Romano Claude , 2011) ou même « *résidu fossilisé d'une activité spirituelle* » (Romano Claude , 2011) selon Bergson. Des automatismes qui rendent plus facile la prise en soin et donc qui la rend plus rapide. Nous pouvons avancer que ces habitudes entraînent une perte de vigilance de la part du soignant.

Dans un article, les soignants témoignent du fait que la routine quotidienne, la lourdeur des tâches, mais également des contraintes temporaires participent à leur faire vivre des « *moments de lassitude* ». Les soignants ont conscience qu’ils effectuent « *des gestes répétitifs et sans toujours se préoccuper des habitudes de vie des résidents.* » (Harzau-ugo Huguette, Bouisson Emmanuelle , 2010, p. 33). Nous nous sommes donc demandés au regard des recherches énoncées ci-dessus, est-ce que l’habitude dans les soins peut entraîner la banalisation donc la perte du sens du soin ?

#### **4.1.4 La perte du sens du soin**

Pour donner du sens à ses soins, l’infirmière peut apporter des éléments que Walter Hesbeen à identifier qui sont « *la douceur, la chaleur, le confort et l’attention aux mille et un détails* ».

(Hesbeen Walter , 1997, p. 68). Le soignant exécutant des soins redondants, prend le risque de tomber dans un travail routinier et donc en perdre le sens du soin et ainsi entrainer une banalisation.

Le terme « banalisation » est récent, le substantif fait son apparition dans le début du XXe siècle. Au Moyen-âge, le terme « Banal » est passé d'un aspect positif qui signifiait le partage, a un négatif, qui signifie : peu conforme, sans personnalité.

A ce jour, la banalisation n'a qu'un sens négatif « *la perte ou l'affaiblissement du spécifique, la disparition ou le gommage du singulier* » (Dupuis, Guiebe, & Hesbeen, 2011, p. 30)

Selon moi, les habitudes de soins entraînent « un automatisme » chez l'infirmier. Cela le conduit à ne plus porter d'attention à la personne se trouvant devant à lui. Par conséquent, tout patient perd alors son caractère personnel et devient banal. Je pense que ce sont ces habitudes de soins qui peuvent induire la banalisation de l'humain au sein de la pratique infirmière.

D'après Walter Hesbeen, « *la banalisation de l'humain, c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité* ». (Dupuis, Guiebe, & Hesbeen, 2011, p. 19) Ce qui signifie que banaliser revient à oublier la personne soignée ainsi que sa singularité. Dans le cadre de mes divers stages, et notamment de ma situation d'appel, j'ai pu observer que le soignant d'aujourd'hui est particulièrement focalisé sur les tâches qu'il doit réaliser.

« Il ne suffit pas de bien faire tout ce qu'il y a à faire pour que l'humain soit bien traité, se sente bien traité [...]. Le souci de bien faire peut conduire, si l'on n'y prend garde – si l'on ne déploie pas une vigilance tant individuelle que collective –, à oublier, à négliger l'humanité de l'autre lorsque la préoccupation de bien faire supplante la préoccupation des personnes à qui l'on fait ce que l'on a à faire. » (Hesbeen Walter, 2017, p. 16)

L'auteur nous explique ici que le quotidien du professionnel, par la frénésie du faire qui caractérise souvent l'organisation des soins et des pratiques, le conduit parfois à manquer de vigilance, à sous-estimer l'impact de leurs manières d'être, de faire et de dire sur la personne soignée et sur la façon qu'elle a ainsi de se sentir considérée. Le fait d'être absorbé par cette pratique quotidienne ne lui permet plus de porter ce regard humain, et l'amène sur le chemin de la réification, objectification et de la banalisation.

Il attire notre attention sur le risque de banalisation de l'humain dans pareilles situations, sans aucune intention malfaisante du soignant, juste peut-être un manque de conscience, une

sensibilité atténuée ou bien un déficit de vigilance. Walter Hesbeen nous dit « *cette négligence ne procède pas d'une intention malveillante mais s'inscrit dans une forme d'oubli, un manque de réflexion quant à la finalité même de tous les actes de soins* » (Dupuis, Guiebe, & Hesbeen, 2011, p. 29). Une conscience ankylosée qu'il conviendrait parfois de réveiller, une sensibilité qui devrait être interrogée, une vigilance qui pourrait être interpellée, et ce, en particulier grâce à la pratique réflexive.

Comme nous l'avons abordé précédemment chaque soin doit être unique et être centré sur le patient, dans sa singularité, afin de contribuer à son bien-être. Il est donc important de ne pas oublier cette notion dans notre pratique au quotidien afin de donner du sens au soin et d'éviter tout écueil et risque de « maltraitance » envers le soigné.

Nous savons par expérience que le travail du soignant peut parfois être très « *répétitif, enchainant toilette sur toilette, repas sur repas, coucher sur coucher* » (Claudine Badey-Rodriguez, 2012) apparenté au travail à la chaîne. Afin de ne pas tomber dans les dérives d'une pratique de soins robotisée, souvent imposée par une organisation institutionnelle nous devons en tant que soignant mesurer l'importance d'une pratique qui se veut éthique et adopter une posture réflexive.

La réflexivité du soignant au quotidien est primordiale, elle lui permettra de donner du sens à sa pratique professionnelle.

## **4.2 La réflexivité du soignant**

« *Agir et penser demandent réflexivité et bienveillance en tout.* »<sup>2</sup>

### **4.2.1 Qu'est-ce que la réflexivité ?**

D'un point de vue philosophique, la réflexivité est la capacité à pouvoir réfléchir sur soi-même. Ce terme « réflexivité » est introduit par Donald Schön en 1983, il affirme que le praticien (celui qui pratique) possède un « savoir-caché ».

---

<sup>2</sup> Corinne Ghiridlian-hofmann

Un praticien dit réflexif selon Philippe Perrenoud est défini comme « *un praticien qui se regarde agir comme dans un miroir et cherche à comprendre comment il s'y prend, et parfois pourquoi il fait ce qu'il fait, éventuellement contre son gré* ». (Nicole Clerc, 2014)

Pour Donald Schön, le praticien réflexif est « *capable d'analyser sa pratique, de justifier ses choix d'affirmer, de donner du sens et de se positionner* ». (Schön Donald, 1994) On peut donc dire après ces deux définitions que pour un infirmier la réflexivité permet de faire des liens entre la théorie et la pratique afin de donner du sens à ses soins et donc d'améliorer sa pratique professionnelle. L'infirmier se doit lorsqu'il effectue ses soins d'être dans une attitude de questionnement, de réflexion.

« Être réflexif », c'est donc produire du sens sur l'action déjà faite, raisonner sur son expérience. L'analyse réflexive est la capacité à se remettre en question dans le but d'analyser et d'évaluer ses actes en lien avec sa pratique tout au long de sa carrière professionnelle.

Nous pouvons dire de la réflexivité qu'il s'agit d'une posture (attitude) intérieure au sujet qui lui permet de considérer dans l'action son rapport à soi, aux autres, au travail et au réel. Son intérêt est de faire évoluer sa propre pratique, questionner les habitudes routinières et les acquis d'une formation, produire des savoirs et développer des compétences.

L'entraînement réflexif est une exigence de la formation permettant aux Etudiants en Soins Infirmiers (ESI) de comprendre la liaison entre savoirs et actions, d'intégrer les savoirs dans une logique de construction de compétences. La réflexivité développée en formation a pour objectif de nous rendre plus autonome. En effet, « *le métier devient une profession lorsque se développe une attitude réflexive et autonome du professionnel* » (Altet Marguerite, 2000, p. 33)

#### **4.2.2 La pratique réflexive**

La pratique réflexive est un processus qui vise à apprendre à partir des expériences vécues dans des situations professionnelles ou pratiques. Le but de ce processus est de réinvestir dans la pratique à venir les enseignements tirés de cette expérience et de construire ainsi les compétences professionnelles. Pour cela il faut la décrire telle qu'elle a été pratiquée et non telle qu'on l'a apprise afin que nous puissions devenir conscient de notre pratique, qui devient ainsi objet de réflexion.

Walter Hesbeen a écrit « *Une pratique qui n'est pas évaluée est une pratique qui ne peut évoluer* ». (Hesbeen Walter, Compétence soignante, formation initiale et évaluation., 2011)

Selon P. Perrenoud, sociologue et professeur d'université, la pratique réflexive permet de résoudre un problème, comprendre une situation complexe, s'interroger sur sa pratique et imaginer de nouvelles façons d'améliorer sa performance.

Dans le cadre de notre formation d'infirmier, l'objectif de l'Analyse des Pratiques Professionnelles (APP) est de nous amener à réfléchir et à organiser nos idées en vue de la réalisation d'un travail. La pratique réflexive est mise en œuvre dans le cadre du suivi pédagogique individuel, les retours de stages, les séances d'analyse de pratique, le Travail de Fin d'Etude (TFE).

La pratique réflexive s'intéresse autant aux erreurs qu'aux réussites. Elle permet de revenir sur ses erreurs, sans jugement. Il devient ainsi possible de comprendre comment et pourquoi nous en sommes arrivés à ce résultat et imaginer ainsi de nouvelles stratégies de plus en plus efficaces.

Pour conclure nous pourrions dire que développer une pratique réflexive, c'est adopter une posture réflexive, de manière régulière et intentionnelle, dans le but de prendre conscience de sa manière d'agir, ou de réagir, dans les situations professionnelles ou formatives.

La posture réflexive serait donc nécessaire à la pratique réflexive.

### **4.2.3 La posture réflexive**

« La posture réflexive passe par un aller-retour permanent entre la théorie et une réelle pratique, donnant à cette pratique purement intuitive ou maîtrisée par des habilités ou acquise « sur le tas » la compréhension des gestes, la réflexion sur ses propres agir et ceux de l'autre. Cet aller-retour théorie/pratique s'installe dans le dosage d'un dialogue. » (Galle Gaudin Caroline, 2013, pp. 1-7)

Cette posture nécessite de « parler en je », car nous sommes seul à connaître notre propre expérience. C'est une posture qui requiert de la curiosité et de la bienveillance à l'égard de soi-même. Il s'agit d'accepter de se regarder tel qu'on est et tel qu'on a agi.

La posture réflexive est inscrite dans la formation infirmière depuis la réforme de 2009 et elle est incluse dans celle des enseignants. Différentes modalités pédagogiques permettent d'accompagner l'étudiant infirmier vers une finalité qui est la réflexion comme construction de la professionnalisation. Pour cela, en tant qu'étudiant nous nous appuyons sur l'expérience du

formateur, qui nous initie à la méthodologie de l'analyse de situations, et sur celle de nos maîtres d'apprentissage en stage, qui nous questionnent sur notre pratique.

L'acquisition d'une posture réflexive est une exigence de notre formation infirmière. Elle doit nous permettre de comprendre les liens entre les savoirs et leur mise en œuvre.

### **4.3 La déshumanisation**

Afin de comprendre le terme de déshumanisation, il convient dans un premier temps de définir l'Humanisme.

L'humanisme est une école de pensée philosophique pour qui l'homme est la mesure de tout et pour laquelle il constitue la valeur suprême qui vise à l'épanouissement de la personne humaine et au respect de sa dignité

L'humain est une fin en soi et non un moyen. Cette pensée est sous-tendue par des valeurs supérieures de recherche du beau et du bien qui, dans notre domaine des soins, sont mises au service du bien-être et de la santé du malade. Ces principes sont essentiels pour donner un sens à nos soins, souvent trop techniques et déshumanisés. Ils permettent de leur conférer ce que Bergson appelait « un supplément d'âme ». Dans la pratique, cela nous conduit au respect de l'être humain, de sa dignité, de son unicité et de son intégrité.

« *L'humanisme soignant* » est un courant de pensée introduit notamment par Walter Hesbeen. Il accorde plus d'importance à la singularité des personnes en vue de laisser émerger chez l'autre son humanité quel que soit l'état et la situation dans laquelle il se trouve. La préoccupation centrale de ce courant de pensée est la relation de soin dont la finalité est « *d'aider une personne et ses proches à vivre ce qu'ils ont à vivre dans la situation qu'ils partagent* » (Hesbeen Walter, 2017). Une telle finalité nécessite de se rappeler en permanence que le malade « n'est pas la maladie qu'il a ».

Le terme humanisme se trouve un peu partout comme concept philosophique et organisationnel de nos établissements de santé. Je me suis alors demandé ce qu'en pensaient les soignants. Lors de mes différents stages, certains soignants notamment des infirmiers m'ont fait part de leur ressenti sur le sens et le contenu de leur métier, avec ce sentiment de « déshumanisation du soin » face aux impératifs qualifiés d'une forte technicité, d'une succession d'actes techniques protocolés ainsi qu'aux contraintes économiques traduites en objectifs productivistes.

Par définition, la déshumanisation est selon Christoff, Haslam, « *le fait qu'une personne soit objectivée, ou considérée comme un objet* » (Cara Chantal , p. 10)

D'une façon générale, la déshumanisation renvoie au processus par lequel des caractéristiques humaines ne sont pas reconnues « *la considération de l'autre et de soi-même comme objet non violentable dans son intégrité ni destructible dans son être* » (A. Jacques N. Girard, 2012, pp. 31-41).

Pour conclure, dès lors que le malade se retrouve alité du fait de sa maladie, et dès que le soignant fait « les soins » requis pour prendre soin de lui, sans lui porter une attention particulière, pour chercher à accueillir et prendre en compte sa singularité, pour identifier ce qui est important pour lui, ce qui lui serait aidant, ce qui pourrait lui faire plaisir dans la situation qui est la sienne alors oui nous pouvons admettre la possibilité qu'il existe pour le soignant de déshumaniser ce dernier. Le professionnel de santé peut devenir ainsi malgré lui « maltraitant » pris par une sorte de routine au travail oubliant la singularité du patient.

C'est pour toutes ces raisons qu'il est indispensable que chaque soignant adopte une posture réflexive afin de toujours prendre du recul et réinterroger sa pratique professionnelle, cela lui permettra de corriger ses erreurs sur ses prochains actes.

## 5 La méthode exploratoire

Dans cette partie, je vais confronter mon apport théorique issu de mes recherches et de mes lectures avec la pratique professionnelle. Afin de mener au mieux cette phase exploratoire, je vais m'entretenir avec des professionnels.

### 5.1 Méthodologie de recherche

Pour réaliser mon enquête exploratoire, j'ai mené auprès des professionnels de santé une investigation, j'ai donc opté pour la méthode qualitative en réalisant un entretien semi-directif. L'entretien semi-directif selon Lincoln en 1995 est une « *technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* ». (Imbert Geneviève, 2010)

Cette forme d'entretien va me permettre de justifier et de mieux comprendre le problème objet de ma recherche à travers le ressenti des professionnels de santé et me permettra de préciser et de reformuler si besoin ma question de départ. A travers celui-ci, je laisse place à la parole du soignant, spécialiste et témoin privilégié du sujet afin de recenser leur vécu, leur laisser une liberté d'expression tout en instaurant un cadre avec des questions préalablement établies. J'utiliserais pour cela des questions ouvertes et de relances qui vont me permettre d'ouvrir et de diriger l'échange tout en récoltant l'opinion personnelle de chacun. Mes questions seront brèves et neutres afin de ne pas influencer la personne interviewée car l'objectif est l'authenticité des réponses recueillies. Je pourrai également lors des entretiens observer le comportement des soignants face à moi et donc rajouter cela à mon analyse. Ces questions se retrouvent dans le guide d'entretien (Annexe I).

Afin de retranscrire avec justesse, les entretiens ont été enregistrés après avoir obtenu l'accord de chacun des professionnels. Ces enregistrements me permettront de retranscrire avec précision les informations qui me seront données, nous retrouverons ces retranscriptions en annexes (Annexes IV-V-VI-VII).

Afin d'obtenir différentes perceptions des soignants dans leur pratique professionnelle et une richesse dans le recueil et l'exploitation des données pour la suite, il m'a paru intéressant d'aller interroger des infirmiers dans différents services de soins. J'ai interrogé quatre infirmières. J'ai

choisi un service d'hémodialyse, un service USLD, un service en EHPAD, puis un service en hôpital de jour en oncologie & hématologie.

## **5.2 Réalisation de l'enquête**

Après avoir élaborer mon guide d'entretien (Annexe I) qui a été validé par ma directrice de mémoire, j'ai effectué une demande d'autorisation auprès de la direction des soins (Annexe II) afin de pouvoir mener à bien mes entretiens. J'ai imprimé la demande et je l'ai envoyée au Centre Hospitalier d'Avignon. Après avoir reçu un avis positif à ma demande, j'ai pris contact avec les cadres de santé. Parallèlement, je me suis mise en relation avec une infirmière d'un EHPAD où j'avais réalisé un stage.

### **5.2.1 Présentation des professionnels de santé**

J'ai effectué mes entretiens auprès de 4 infirmières. Dans le service d'Hémodialyse, j'ai interrogé M., 37ans, infirmière depuis 15 ans qui exerce depuis quelques années en hémodialyse. Ensuite, j'ai rencontré G., en USLD, diplômée depuis 4 ans, travaillant depuis 1an et demi dans ce service. En HDJ oncologie/hématologie, j'ai interrogé F., diplômée depuis 34 ans (1988) qui a travaillé dans différents services. Elle pratique depuis 7 ans à l'HDJ oncologie/hématologie et enfin j'ai rencontré M., infirmière à l'EHPAD depuis 15ans.

### **5.2.2 Organisation du déroulement de mes entretiens**

Après la réalisation de ces entretiens, je les ai retranscrits de manière dactylographique, nous les retrouvons en annexes IV, V, VI, VII. J'ai ensuite réalisé une « grille d'analyse » organisée sous forme de tableau (Annexe VIII) afin de pouvoir dans un second temps croiser les réponses de chacune que je mettrai en confrontation avec mon cadre de référence.

J'ai choisi d'organiser ma « grille d'analyse » par thème et sous thème suivant mon cadre conceptuel : le soin, la routine des soins, la perte du sens du soin, la réflexivité, puis la déshumanisation et enfin un thème intitulé « autre » dans lequel je répertorie les idées émises non soumises à mon cadre de recherche pouvant être une ouverture pour une recherche ultérieure.

Je souligne que les infirmières interrogées se sont toutes impliquées dans l'interview, elles ont été très naturelles et authentiques dans leur réponse.

## 6 Analyse

Initialement ce travail de recherche a pour but de répondre à la problématique suivante : En quoi l'aspect répétitif des soins peut-il impacter la réflexivité du soignant dans la prise en soin ?

Les différentes lectures et le travail sur les concepts, nous ont permis d'étudier l'approche du soin, la réflexivité du soignant et la déshumanisation. Grâce aux entretiens réalisés auprès de quatre IDE, nous avons pu extraire des éléments essentiels. Désormais, nous allons les analyser ci-dessous dans le but de les comparer à la littérature.

### 6.1 Analyse thématique

#### 6.1.1 Le soin

Concernant la partie sur le concept de soin (*Cf. Tableau Grille d'analyse des entretiens, thème n°1, Annexe VIII*), la majorité des infirmières interrogées expriment au moins une fois qu'il faut mettre plus de soins dans les soins. Les soignantes ne voient pas l'intérêt de soigner sans prendre soin. On peut noter ici l'intérêt porté par ces dernières sur la prise en charge globale du patient. L'IDE 1, infirmière en hémodialyse nous dit qu'apporter un soin c'est apporter quelque chose, ce n'est pas guérir. Consciente que son soin au quotidien est un acte technique, elle n'en oublie pas qu'elle est face à des « humains » avec tout le sens qu'elle met dans ce mot. Elle dit qu'elle prend le temps de mettre à l'aise le patient de lui expliquer ce qu'elle fait afin d'installer une vraie relation de soin avec ses patients. Pour l'IDE 2 exerçant en USLD, le soin est centré sur le résident et ses habitudes, c'est leur faire plaisir avant tout. L'IDE 3 quant à elle exerce en EHPAD, elle affirme qu'elles doivent faire des soins « oui », mais des soins pour des soins « non ». Elle ne conçoit pas sa pratique infirmière sans la prise en charge du patient qui est au cœur de son soin, avec ses habitudes, ses craintes ... L'IDE 4 exerçant en HDJ oncologie et hématologie est confrontée au quotidien à des soins très techniques qu'elle doit maîtriser, elle nous dit qu'elle utilise cette maîtrise pour rassurer son patient, créer une vraie relation de confiance, et placer le patient en tant « qu'humain » avant le soin technique. Walter Hesbeen a écrit que le « rituel quotidien » du soignant est bien de faire des actes de soins, mais selon lui on ne peut pas soigner sans prendre soin et il évoque qu'il est nécessaire de prendre le malade dans sa globalité. Nous pouvons remarquer que c'est ce qu'il ressort des avis des soignantes interrogées. Toujours selon Walter Hesbeen, chaque soin doit être unique et être centré sur le

patient, dans sa singularité, pour contribuer au bien-être de celui-ci. Dans l'ensemble, les IDE sont également favorables avec ce courant de pensées, surtout pour celles travaillant en EHPAD. Walter Hesbeen dit qu'une pratique infirmière ne saurait être qualifiée de « qualité » si le sujet ne se sent pas exister. Encore une fois, la majorité des IDE mettent en avant la qualité et la maîtrise de leur soin tout en prenant en compte le patient. Cela est encore plus vrai pour les deux IDE des services d'hémodialyse et de l'HDJ oncologie et hématologie qui l'affirment haut et fort !

Pour conclure je dirai que ce soit Walter Hesbeen ou nos 4 infirmières interrogées, il en ressort un point commun, fil conducteur de notre pratique infirmière qui est de distinguer « le soin, des soins ».

### **6.1.2 La routine des soins**

Afin de répondre à la question « est-ce que la routine des soins peut influencer la qualité des soins et donc les pratiques des soignants », j'ai demandé aux IDE si elles pensaient faire des soins répétitifs dans leur quotidien (Cf. *Tableau Grille d'analyse des entretiens, thème n°2, Annexe VIII*). A l'unanimité (trois sur quatre), les IDE ont confirmé faire des soins répétitifs dans leur quotidien. Il en ressort que les soins faits « par habitude » entraînent chez elles des automatismes. Trois infirmières pensent que la routine a des bons côtés car elle permet de maîtriser le soin, c'est également rassurant pour le soignant disent-elles. Cependant, elles disent aussi qu'il ne faut pas tomber dans l'automatisme. Donc, nous constatons qu'elles font une nette différence entre « routine » et « automatisme ». Elles associent au mot automatisme, un côté « robot », c'est-à-dire perte de l'humain. En revanche, elles définissent la routine comme « un soin répétitif au sein du service » elles y trouvent même un certain avantage, une maîtrise. L'IDE 1 se situe vraiment dans une répétition de soins, elle se positionne tel qu'un petit robot « *brancher, débrancher, monter, démonter des machines* ». Elle dit qu'elle est sur des automatismes car c'est toujours les mêmes soins. Pour elle, au sein de son service d'hémodialyse on fait des soins répétitifs au quotidien. L'IDE 2, nous dit préparer les médicaments en USLD par automatisme, elle connaît les habitudes de ses patients (la prise de médicaments à telle heure ...). La distribution de médicaments est un acte répétitif de son service, qu'elle décrit ainsi « *robotiser ses actes* ». Elle a même pris conscience en me racontant les situations de soins qu'elle agissait « *machinalement* » je reprends son terme. Elle nous dit

également que lors de changement de protocoles au sein de sa structure, les IDE (elle comprise) ont du mal à s'adapter au changement car elles sont rentrées dans des habitudes, dans la routine de soin, mais n'en oublient pas leurs patients. L'IDE 3 pratique en EHPAD et nous dit que les soins sont toujours « vraiment » toujours les mêmes. C'est la routine dans leur quotidien. En revanche elle est consciente que la routine c'est bien, elle y voit du positif dans la maîtrise des gestes, mais elle garde à l'esprit la menace d'une chute dans l'automatisme. Elle dit même « *des petits robots qui font sans réfléchir* ». L'IDE 4 dit que dans son service en HDJ, les soins techniques sont toujours les mêmes. Elle fait des soins répétitifs dans chaque chambre où elle va réaliser les mêmes gestes, elle qualifie son soin de « *robotisé* ». Elle a conscience de faire un soin routinier cependant il ne l'est pas vraiment pour elle car à chaque fois dit-elle, elle s'adresse à un patient différent. Elle nous dit également que les soins effectués par automatisme par facilité sont bénéfiques pour le patient car ses gestes sont plus sûrs, et qu'elle sait agir quand il y a une urgence. Donc, les habitudes améliorent la qualité du soin pour elle. Nous avons vu lors du cadre conceptuel que selon les différentes pensées philosophiques concernant l'habitude ou la routine du soin, on distinguait deux courants. Un positif qui définit l'habitude comme puissance de facilitation qui rend les gestes plus sûrs, mieux adaptés à la situation où ils s'insèrent, et un courant plutôt négatif parlant de « l'habitude-pouvoir » qui peut porter la menace d'une chute dans l'automatisme, ce qui peut faire courir au patient le danger.

Encore une fois, les IDE interrogées répondent dans le même sens que le courant de pensées de nos philosophes, à savoir, qu'elles ont bien identifié la limite du soin routinier. Les conditions de travail actuelles dans leur service, les amènent à être dans des habitudes de soins « répétitifs » qui leur apportent du coup une facilité dans leurs actes, mais elles sont à la majorité consciente qu'il ne faut pas oublier au sein de leur pratique du quotidien l'humain dans sa singularité.

### **6.1.3 La perte du sens du soin**

J'ai souhaité investiguer sur la perte du sens du soin (Cf. *Tableau Grille d'analyse des entretiens, thème n°3, Annexe VIII*). Je me suis alors demandée, est-ce que la routine des soins peut entraîner chez le soignant la perte du sens du soin, ou bien est-ce la préoccupation de bien faire qui fait que le soignant en oublie le patient. Mais que faudrait-il faire alors pour donner du sens à ses soins ? Nous avons vu dans l'étude de ce concept, que d'après Walter Hesbeen, « *la*

*banalisation de l'humain, c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité* ». (Dupuis, Guiebe, & Hesbeen, 2011, p. 19)

Pour répondre à ces interrogations, l'infirmière 1 qui exerce au sein du service d'hémodialyse pense que certains soignants s'inscrivent dans l'automatisme des soins. Elle dit qu'elles réalisent bien leurs soins mais ne laisse pas assez de place à l'humain, à la singularité du patient. Ayant été elle-même hospitalisée, elle a pu mesurer que certains soignants négligent le patient au détriment des actes de soins, mais ne le font pas sciemment. En revanche, cela l'interpelle beaucoup car pour elle, c'est « ne pas réfléchir » et cela a pour conséquence un oubli de l'être humain. Pour l'IDE 2 exerçant en USLD, la perte du sens du soin est essentiellement due au fait que le soignant ne se pose pas de questions. Nous comprenons au regard de sa pensée que le soignant fait des actes pour des actes. L'IDE 3 exerçant en EHPAD, dit que la routine entraîne chez le soignant une banalisation du soin et de ce fait une banalisation de l'humain. Elle précise que dans pareil cas, le soignant oublie au sein même de ses pratiques la personne qui est au cœur de leur soin. L'IDE 4 tout comme l'IDE 1 pensent que la perte du sens du soin peut provenir de l'automatisme du soin, et que dans l'automatisme il n'y a plus de réflexion. Donc à nouveau, il n'y a pas une intention de « mal faire » mais ce manque de réflexion entraîne à nouveau une négligence dans la prise en charge globale du patient.

De même que Walter Hesbeen, toutes les infirmières disent que l'automatisme des soins entraînent la banalisation de l'humain. Que banaliser l'humain au sein de ses pratiques du quotidien c'est oublier l'humain dans sa singularité. Walter Hesbeen nous dit que « *cette négligence ne procède pas d'une intention malfaisante mais s'inscrit dans une forme d'oubli, un manque de réflexion quant à la finalité même de tous les actes de soins* ». (Dupuis, Guiebe, & Hesbeen, 2011, p. 29). Sur ce point, elles sont pour la plupart en accord avec cette pensée. En revanche, elles sont dans le constat, mais ne m'ont pas proposé de solutions ou d'idées pour ne pas tomber dans la perte du sens du soin. Walter Hesbeen quant à lui préconisait que l'infirmière peut apporter des éléments qui sont « *la douceur, la chaleur, le confort et l'attention aux mille et un détails* » (Hesbeen Walter, 1997, p. 68) pour donner du sens à ses soins.

#### **6.1.4 La réflexivité**

Concernant la réflexivité, j'ai voulu savoir si au sein d'une ou plusieurs de leurs situations professionnelles, les soignantes se sont interrogées voire questionnées sur leur pratique, sur leur

soin. S'il y a eu une « remise en question ». J'ai souhaité mesurer dans ce questionnaire leur posture réflexive et leur capacité à analyser leur pratique. (Cf. *Tableau Grille d'analyse des entretiens, thème n°4, Annexe VIII*). Je dirais qu'à l'unanimité, les IDE sont capables d'analyser leurs pratiques, mais surtout de raisonner sur leurs expériences. Elles ont su dans leur réponse se remettre en question lors de situations professionnelles. Elles décrivent exactement leur vécu avec « leurs mots », et d'une sincérité parfois à « couper le souffle ». L'IDE 1 qui pratique en hémodialyse est tout d'abord une infirmière que je qualifierai de « réflexive ». Elle analyse sa pratique quand elle nous dit qu'elle a des patients à traiter dans l'urgence, elle dit que cela « *les sort de leurs habitudes de soins* » et ne « *les ankylosent pas* ». De plus, elle dit également que dans certaines situations professionnelles, elle ne s'est pas trouvée soignante. Elle analyse « pourquoi ? » ainsi que ce qu'elle aurait dû faire ou plutôt ne pas faire. Dans ce cas précis, elle est capable d'analyser sa pratique, de justifier le pourquoi, et surtout de se positionner. Elle affirme que le jour où elle ne réfléchira plus à ses soins, elle changera de métier. Nous la sentons très engagée sur la réflexivité du soignant. L'IDE 2 l'a rejointe dans ses interrogations, je dirais plutôt dans le « questionnaire ». Travaillant en USLD, elle se questionne sur « *comment faire face à un refus de soins face à des patients atteints de troubles cognitifs* ». Pour elle, le questionnaire fait partie de la compétence infirmière. Elle nous confie que le soir en rentrant, elle retrace sa journée et s'interroge sur ses pratiques, et se demande ce qu'elle aurait pu faire à la place « de », et surtout comment elle aurait dû le faire. L'IDE 3 se questionne sur la pratique de ses soins, car elle pense qu'elle n'est pas formée au sein de sa structure sur les nouvelles techniques de soins. Donc « *comment bien soigner si on n'est pas bien formée* », nous dit-elle. Pour elle, l'échange des pratiques entre collègues est important, car elles peuvent rebondir sur des situations et faire un échange d'expériences entre elles, « on apprend de l'autre ! ». Et enfin, l'IDE 4 se questionne au quotidien sur le choix des chimiothérapies. Elle nous dit que son questionnaire va parfois très loin..., mais elle est « *exécutante* » même si elle a une grande compétence dans sa pratique et une grande connaissance de ses patients. Elle pense qu'il faudrait plus de temps dans leur planning quotidien pour « pratiquer » (si je puis dire ainsi) l'analyse de « nos pratiques professionnelles » en groupe de travail au sein du service.

Nous pouvons avancer au regard des échanges, que nos quatre infirmières interrogées sont dites « réflexives » et sont capables d'analyser leur pratique professionnelle, et de justifier leur choix et surtout de l'affirmer et de les argumenter. Elles s'inscrivent dans le courant de pensée de Donald Schön, praticien réflexif que nous avons étudié dans notre travail de fin d'étude. Je

souhaite rappeler que pour Walter Hesbeen la pratique réflexive est un processus qui vise à apprendre à partir des expériences vécues dans des situations professionnelles ou pratiques et qu'il faut les décrire telles qu'elles ont été pratiquées. Je conclurai ce thème sur la réflexivité avec une de ses citations « *Une pratique qui n'est pas évaluée est une pratique qui ne peut évoluer* ». (Hesbeen Walter, 2018, p. 29)

### **6.1.5 La déshumanisation**

A travers ce dernier thème j'ai souhaité éclairer ma vision sur la déshumanisation des soins. Essayer de comprendre si les soins dits techniques et très intensifs dans les services en étaient à l'origine ? (Cf. *Tableau Grille d'analyse des entretiens, thème n°5, Annexe VIII*). Mais que nous racontent nos 4 infirmières à ce sujet ?

L'IDE 1 nous dit que le soignant banalise le patient quand il fait des soins pour des soins. Dans son service d'hémodialyse, on accorde plus souvent de l'importance au traitement impératif et très technique qu'au vœux du patient ! Elle garde toutefois à l'esprit qu'elles sont face à des patients, qu'elle qualifie même « d'humain ». Elle a conscience de la limite et qu'il est tout à fait possible de déshumaniser le patient. L'IDE 2 exerçant en USLD affirme faire des soins aux patients alors que ces derniers les refusent. Elle ne commente pas dans quelles circonstances et pourquoi. Il y a eu beaucoup de blancs dans ses réponses, comme si elle conscientisait qu'elle pouvait être à des moments « banalisante ». Elle dit qu'elle va souvent à l'encontre de la volonté du patient. Elle fait le soin, il faut le faire, il est impératif, elle n'accorde donc pas d'importance à la singularité du patient comme nous le préconise Walter Hesbeen dans le courant de pensée qu'il a introduit avec « l'humanisme soignant ». L'IDE 3 exerce en EHPAD, nous retrouvons dans ses réponses une similitude avec l'IDE 2 de l'USLD. Elle me répond « On ne réfléchit plus pourquoi on le fait, on ne réfléchit pas à la personne en face de nous et donc on en oublie l'humain, on fait pour faire ». Elle se retrouve donc dans la situation où le soignant fait les soins requis pour prendre soin, sans apporter aucune attention particulière au malade ni à chercher à prendre en compte sa singularité. Nous pourrions avancer que nous sommes dans ce cas précis dans une situation où le soignant peut déshumaniser le patient. L'IDE 4 s'inscrit vraiment dans le courant de pensée de Walter Hesbeen, qui accorde plus d'importance à la singularité des personnes en vue de laisser émerger chez l'autre son humanité quel que soit l'état et la situation dans laquelle il se trouve. La préoccupation centrale de ce courant de pensée est la relation de

soin dont la finalité est d'aider une personne et ses proches à vivre ce qu'ils ont à vivre dans la situation qu'ils partagent. L'IDE 4 nous dit : « *je ne banalise pas mon patient, et même si je fais le soin qui me demande une grande maîtrise, je donne toute la place à la relation soignant-soignée au sein de celui-ci* ».

Nous venons de voir que nous sommes sur des avis partagés des soignantes quant à la prise de conscience du risque de déshumanisation du patient. Pour conclure, nous pourrions émettre l'idée que dès que le soignant procure des soins au patient sans lui apporter une attention particulière, nous sommes dans une situation où le soignant déshumanise ce dernier. Que c'est dans pareille situation, que le soignant peut devenir ainsi malgré lui « maltraitant » pris par une sorte de routine au travail oubliant la singularité du patient.

#### **6.1.6 Eléments inattendus**

Dans le cadre de mes entretiens avec les soignantes, d'autres thèmes ont été abordés en dehors de mon questionnaire, j'ai laissé les IDE s'exprimer et développer certaines pensées. J'ai recensé dans un thème intitulé « autres », leur courant de pensée. (Cf. *Tableau Grille d'analyse des entretiens, thème n°6, Annexe VIII*). Pour la grande majorité d'entre-elles, l'habitude va de pair avec l'expérience. L'IDE 3 y trouve un aspect positif. L'expérience lui permet de se détacher du soin et de se focaliser « plus » sur le patient, d'apporter ainsi un aspect relationnel au soin, et d'effectuer une prise en charge singulière du patient. Pour l'IDE 4, l'expérience crée des mécanismes qui permettent d'être plus attentive aux patients et à ses besoins et de ce fait lui procure plus de disponibilité pour lui. Quant à l'IDE 2, pour elle la routine est positive car elle lui permet la maîtrise du soin technique et donc du temps à accorder au patient, pour une prise en charge singulière. Et enfin, l'IDE 1 nous dit qu'avec le temps et l'expérience, elle maîtrise ses soins et elle réalise bien son protocole qui inclut la prise en charge singulière du patient et répond ainsi à ses attentes.

D'autres points ont été traité à la marge, le manque de temps qui peut user le professionnel à terme dû à des facteurs que le soignant ne maîtrise pas tel que l'organisation d'un service ou le personnel en sous-effectif. Tous ces facteurs peuvent influencer sur la prise en charge d'un patient malgré la bonne volonté des soignants.

Avoir conscience de l'impact que peut avoir la réflexivité du soignant sur la prise en soin du patient est essentiel pour avoir une posture « adaptée ». A l'avenir, pour obtenir une relation qualitative avec le patient il sera important que j'adapte ma posture réflexive.

## **6.2 Difficultés et limites des entretiens**

Dans l'ensemble, mes questions ont été comprises et bien acceptées par les IDE interrogées, cependant après avoir réalisé mes deux premiers entretiens, j'ai dû faire appel à ma directrice de mémoire car j'avais un sentiment « d'échec », un sentiment de ne pas obtenir les réponses « attendues ». Après quelques minutes d'échange avec ma directrice de mémoire, elle m'a fait prendre conscience que lors de mes deux premiers entretiens, je n'avais pas mis en place l'entretien semi-directif mais plutôt un entretien fermé/directif et je laissais donc peu de place à la parole et au développement de la pensée du professionnel. J'ai pris en considération les conseils et recommandations de ma directrice de mémoire, et les ai mis en place lors de mes deux derniers entretiens. J'ai pu constater que les IDE ont développé plus naturellement leurs réponses.

## 7 Problématique

Réaliser ce travail de fin d'études m'a permis d'approfondir la notion de réflexivité du soignant, l'approche du soin, et la déshumanisation en lien avec notre question de départ « En quoi l'aspect répétitif des soins peut-il impacter la réflexivité du soignant dans la prise en soin ? ».

Concernant la réflexivité du soignant, j'ai découvert différents éléments la composant, notamment le processus de pratique réflexive (à partir des expériences vécues) et la notion de posture réflexive (nécessaire à la pratique réflexive). J'ai pu constater que la posture regroupait l'ensemble des valeurs, des attitudes et des savoirs-être de l'infirmière, que ces notions étaient liées et qu'elles tenaient une place plus que fondamentale dans cette qualité de prise en soin. J'ai obtenu dans les réponses des IDE interrogées qu'elles se remettaient en question lors de situations professionnelles. Elles décrivent exactement leur vécu. Elles adoptent donc une posture réflexive et sont en capacité d'analyser leur pratique professionnelle, et de justifier leur choix. Les résultats de mon enquête exploratoire sont donc identiques à mon cadre de référence. Nous avons étudié que la pratique réflexive est un processus qui vise à apprendre à partir des expériences vécues dans des situations professionnelles ou pratiques et qu'il faut les décrire telles qu'elles ont été pratiquées.

Travailler sur le concept du soin, m'a permis de prendre conscience des différentes pratiques de soins dans le domaine infirmier pouvant influencer le prendre soin infirmier et impacter la prise en charge de la personne soignée. Le concept de prendre soin est une notion complexe émanant d'une véritable démarche d'implication venant du soignant. Les infirmières interrogées expriment qu'il faut mettre plus de soins dans les soins et que notre pratique infirmière est de « distinguer le soin, des soins ». Nous avons étudié que la routine des soins peut influencer la qualité des soins et donc les pratiques des soignants. Les infirmières pensent à l'inverse que la routine a des bons côtés car elle permet de maîtriser le soin, et que c'est également rassurant pour le soignant. Elles définissent la routine comme « un soin répétitif au sein du service », elles y trouvent même un certain avantage, une maîtrise. Nous avons étudié que selon les différentes pensées philosophiques concernant l'habitude ou la routine du soin, on distinguait deux courants. Un positif qui définit l'habitude comme puissance de facilitation qui rend les gestes plus sûrs, mieux adaptés à la situation où ils s'insèrent, et un courant plutôt négatif parlant de « l'habitude-pouvoir » qui peut porter la menace d'une chute dans l'automatisme, ce qui peut faire courir au patient le danger. Ce dernier point n'a pas été retenu

par les professionnelles, donc les résultats de mon enquête exploratoire ne répondent pas à la question de recherche.

Et enfin, j'ai étudié la notion de déshumanisation au cours de ma dernière partie. J'ai cherché à savoir si le concept de déshumanisation pouvait être une fin en soi des deux autres concepts si ces derniers ne sont pas bien appliqués. Cette étude m'a permis de prendre conscience qu'il faut accorder plus d'importance à la singularité des patients, que la finalité du soin est d'aider le patient et son entourage à vivre ce qu'ils ont à vivre ou à partager, et ne jamais oublier que le malade n'est pas la maladie qu'il a. Les résultats de mon enquête exploratoire confrontés à mon étude sont conformes.

Force est de constater, par les propos recueillis auprès des IDE et par les différentes lectures que l'expérience professionnelle peut amener le soignant à une forme d'habitude, de routine. Que la pratique réflexive du soignant et/ou sa posture réflexive peut lui éviter d'impacter de manière négative sur son prendre soin. Notre recherche nous a amené à mettre en valeur les conséquences possibles que peut avoir cette expérience sur notre posture de soignant et sur la qualité du prendre soin du patient. Elle a mis aussi en exergue cette possible perte de « sens » avec l'habitude et ce possible oubli de « l'Autre » et de sa singularité.

Alors que mon travail de fin d'études était destiné à comprendre l'influence de la répétition des soins sur la réflexivité du soignant dans un contexte de soin et également démontrer les effets néfastes d'une routine dans l'individualisation de celui-ci, j'ai pu constater au fil de mes recherches l'importance de la routine dans le soin comme complémentarité à la prise en soin singulière voire même indispensable à la réflexivité du soignant. Les résultats analysés ne permettent donc pas de démontrer significativement l'impact de l'aspect répétitif des soins sur la réflexivité du soignant dans la prise en soin. Il est vrai également, qu'à travers mes derniers stages, et plus particulièrement celui en HDJ Onco, j'ai pu constater une routine du soin technique certes, mais grâce à ce soin fait par automatisme que j'ai acquis durant plusieurs semaines, j'ai laissé de la place à la personne prise en charge, et j'ai apporté de ce fait plus d'attention et d'individualité à celle-ci. J'ai remarqué lors de ce stage que pour ne pas tomber dans cette routine du soin, il est important d'avoir une pratique réflexive.

L'analyse des entretiens a mis en avant que la routine va de pair avec « l'expérience professionnelle ». L'émergence de cette idée qui n'a pas été traitée précédemment dans notre

cadre de référence m'apparaît comme inévitablement une piste de recherche à la suite de mon travail de terrain.

Selon le petit Larousse l'expérience est définie comme « *une connaissance acquise par la pratique jointe à une réflexion* ». Dans cette définition deux mots me font « échos ». Le premier est le mot pratique. Lors de notre formation, la pratique est réalisée lors des multiples stages que nous réalisons, et grâce à cela, nous nous améliorons sur nos soins, sur notre dextérité.... Le deuxième est celui de réflexion, nous sommes amenés en tant qu'étudiant à se questionner sur des situations de soins lors des analyses des pratiques professionnelles. On peut donc dire que l'expérience s'acquiert grâce à la pratique professionnelle qui doit être associée à une réflexion du soignant permettant ainsi l'amélioration des compétences. Hubert Dreyfus a émis l'hypothèse que grâce à l'expérience ainsi qu'à la maîtrise, les compétences évoluent et entraînent donc une amélioration des performances. De ce fait, au fur et à mesure des années, l'infirmière a acquis de l'expérience professionnelle. « *L'expérience est la référence principale pour ajuster le positionnement professionnel : c'est à partir de ce que nous voyons, ressentons et analysons dans chaque situation singulière, que nous ajusterons notre positionnement professionnel* ». On perçoit le côté positif de cette expérience qui selon l'auteur permet d'avoir une meilleure analyse et un réajustement de notre posture.

Mais est-ce que cette expérience n'entraîne pas le soignant à une forme d'habitude impactant la posture infirmière et sa prise en soin ? Comme vu précédemment dans le cadre de référence, la routine, les habitudes peuvent entraîner une « banalisation » des soins. Les professionnelles rencontrées rappellent qu'il faut en permanence se questionner sur nos pratiques professionnelles quotidiennes. Alors cette expérience professionnelle nous permet-elle d'avoir un regard singulier sur chaque personne soignée ? Nous permet-elle de garder une vigilance ? Par conséquent, concernant l'expérience professionnelle, et dans l'objectif de toujours « humaniser nos soins » et de toujours « garder ce regard si singulier » envers la personne soignée, il est possible d'émettre une question de recherche répondant à ma problématique de départ :

**En quoi l'expérience professionnelle influence-t-elle la posture du soignant ?**

## 8 Conclusion

Ce travail fin d'études a permis de mettre en lumière des éléments de réponses concernant l'impact de l'aspect répétitif des soins sur la réflexivité du soignant dans la prise en soin. Il m'a également permis de mettre en évidence des compétences essentielles à mon futur métier d'infirmière tel que la pratique réflexive, et par-delà, il a contribué à enrichir mes connaissances et mon identité professionnelle à venir. Cela m'a conduit à me demander quel soignant je veux être. Savoir se remettre en question n'est pas chose aisée ! Or, dans notre profession, il est primordial voire indispensable de savoir se positionner, de réajuster un soin, un comportement. Nous devons garder à l'esprit que chaque patient est différent, que chaque situation de soin est différente, et c'est la raison pour laquelle nous devons en tant que professionnel de santé nous interroger de manière objective au quotidien afin d'effectuer des soins de qualité et une prise en charge singulière du patient.

Afin de parfaire mes connaissances à ce sujet, je me suis appuyée sur la pratique réflexive des soignantes interrogées et sur la littérature. Ces lectures ont pu étayer mon questionnement de départ et faire évoluer ma capacité de réflexion. Cela m'a permis d'apprécier l'importance de la singularité du soin et de la pratique réflexive du soignant au risque de banaliser le soin, voir même l'être humain. Mes recherches étaient fondées sur l'idée que la routine des soins et/ou l'automatisme étaient négatifs pour la pratique du soin afin de mettre en avant l'importance de la posture réflexive du soignant. Mon travail sur le terrain m'a confirmé l'importance de la pratique réflexive concernant le bien être du patient mais aussi celui du soignant. En revanche, il a mis en lumière l'expérience professionnelle, il m'a également ouvert l'esprit en ce qui concerne l'automatisme dans le soin. En effet, à l'issue de mon enquête j'ai compris qu'il fallait une part d'automatisme dans le soin, cette part d'automatisme qui permet de libérer sa pensée, d'adapter le soin et donc de le rendre singulier tout comme la personne que l'on soigne.

Ce travail de recherche m'a permis de confirmer la future soignante que j'ai envie d'être désormais. Pour obtenir une relation qualitative avec le patient, j'adapterai systématiquement ma posture réflexive. Je souhaite conclure ce travail en vous précisant que je suis fière de vous faire partager ma réflexion concernant un sujet qui me tient à cœur et vous remercie encore du temps que vous avez accordé à sa lecture.

## 9 Bibliographie

- A. Jacques N. Girard. (2012). Corps et souffrance génocidaires - Plongée dans l'univers de la déshumanisation. *Dialogue*(197), pp. 31-41. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-dialogue-2012-3-page-31.htm?contenu=article>
- Altet Marguerite. (2000). *L'analyse de pratique, une démarche professionnalisante ?*
- Calbéra Jean-Bernard. (2003). La profession infirmière. L'historique et le mythe. *Vie sociale et traitements*, 79, pp. 55-57. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2003-3-page-55.htm>
- Cara Chantal . (s.d.). Les soins infirmiers humanistes-caring pour faire dans la différence dans la souffrance et la déshumanisation.
- Catherine Perrotin. (2002, Juin). Ethique et Démence. *Gérontologie et société*, pp. 143-151. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-2-page-143.htm>
- Claudine Badey-Rodriguez . (2012, Septembre). Lutter contre les rigidités organisationnelles. *Être soignant en gériatrie, un défi ?*(8), p. 2.
- Code de la santé publique*. (s.d.). Récupéré sur [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04)
- Delieutraz Severine. (2012). Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Cliniques*, pp. 146-162. Récupéré sur Cairn: <https://doi.org/10.3917/clini.004.0146>
- Dictionnaire médicale . (s.d.). *Définition soin*. Récupéré sur Dictionnaire médicale: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/558-soin/>
- Dubois Fresney, C. &. (2009). *Le métier d'infirmière en France: Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*. .
- Dupuis, M., Guiebe, R., & Hesbeen, W. (2011). *La banalisation de l'humain dans le système de soins : De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*.
- Galle Gaudin Caroline. (2013, Aout). Tournant réflexif dans la pratique soignante. *Savoirs et soins infirmiers*.

- Geadah, R. (2012). Regards sur l'évolution des soins: Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. *Recherche en soins infirmiers*, p. 16. Consulté le 12 2021
- Harzau-ugo Huguette, Bouisson Emmanuelle . (2010, Novembre-Décembre). Promouvoir la dignité et le respect de la personne âgée en institution. *Soins gériatriques*.
- Hesbeen Walter . (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*.
- Hesbeen Walter . (2017). *Humanisme et soins infirmiers "un art au singulier"*. Paris: Edition Elsevier masson.
- Hesbeen Walter. (2002). *La qualité du soin infirmier – Penser et agir dans une perspective soignante*. Elsevier Masson.
- Hesbeen Walter. (2011, 09 01). Compétence soignante, formation initiale et évaluation. *Perspective soignante*, pp. 36-51.
- Hesbeen Walter. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers : un art du singulier*. septembre: Elsevier Masson.
- Hesbeen Walter. (2017). *La qualité du soin infirmier. De la réflexion éthique à une pratique de qualité*. Elsevier Masson.
- Hesbeen Walter. (2018). *Viellissement, éthique et société* (éd. Éditions Seli Arslan).
- Hesbeen Walter cité par Paillard Chistrine. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*. 2e ed. Setes éditions. Consulté le 2021
- Imbert Geneviève. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, pp. 23-34. Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), pp. 23-34.
- Labaye Isabelle . (2010). Le refus de soin de la personne âgée. *Soins Aides-Soignantes*.

- Larousse . (s.d.). Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>
- Larousse. (s.d.). *Définition soin*. Consulté le 12 2021, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin/73236>
- Larousse. (s.d.). *Définition Habitude*. Consulté le 2022, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/habitude/38783>
- Lauzon Sophie . (2016). *L'habitude*. Consulté le Janvier 2022, sur Libre Savoir: <https://libresavoir.org/index.php?title=L%27Habitude>
- LegiFrance. (s.d.). *Code de la santé publique*. Consulté le 2021, sur [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721056](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056)
- Ministère des solidarités et de la santé . (2021). *La maltraitance, qu'est-ce que c'est ?* Consulté le 2021, sur Ministère des solidarités et de la santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-vulnerables/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/orientations-prioritaires-de-la-politique-nationale>
- Nicole Clerc, M. A. (2014). Analyse réflexive de pratiques et développement de nouvelles compétences. *Recherche en soins infirmiers*, 118(24). Récupéré sur <https://doi.org/10.3917/rsi.118.0007>
- Organisation Mondiale de la Santé . (2021). *Maltraitance des personnes âgées*. Consulté le 2021 , sur Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la santé. (2021, Septembre 2). *Démence*. Récupéré sur Organisation mondiale de la Santé: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Romano Claude . (2011). L'equivoque de l'habitude. *Revue germanique internationale*(13), pp. 187-204. Récupéré sur OpenEdition Journals.
- Schön Donald. (1994). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal: Editions Logiques.
- Svandra Philippe. (s.d.). *L'éthique soignante*.

## **10 Annexes**

<b>Annexe I :</b>	Guide d'entretien	1
<b>Annexe II :</b>	Lettre de demande des entretiens	2
<b>Annexe III :</b>	Autorisation d'entretiens infirmiers	3
<b>Annexe IV :</b>	Retranscription de l'entretien 1 – Service Hémodialyse.	4
<b>Annexe V :</b>	Retranscription de l'entretien 2 – Service Unité de soins longue durée	8
<b>Annexe VI :</b>	Retranscription de l'entretien 3 – EHPAD	11
<b>Annexe VII :</b>	Retranscription de l'entretien 4 – Service HDJ Oncologie/ Hématologie	16
<b>Annexe VIII :</b>	Grille d'analyse des entretiens	20

## **Annexe I : Guide d'entretien**

Je suis Alexia COTTE, étudiante infirmière en 3<sup>e</sup> année au GIPES d'Avignon.

Je vous rencontre ce jour afin d'échanger sur mon sujet pour mon travail de fin d'études.

Mon thème est : L'impact de la routine des soins sur la réflexivité du soignant. On va s'entretenir environ 15' à 20', et si cela ne vous dérange pas, l'entretien sera enregistré afin que je puisse faire une retranscription à mon domicile.

- **Question 1** : Pouvez-vous vous présenter ? Age ? Années d'expériences ? Parcours professionnel ?
- **Question 2** : Pouvez-vous me raconter une situation qui vous a amenée à vous questionner sur votre soin ?
- **Question 3** : Ces situations vous ont-elles amenées à une réflexion personnelle ou en équipe ?
- **Question 4** : Est-ce que pour vous la spécialité du service améliore la prise en soin ? Si non, pourquoi ?
- **Question 5** : Est-ce que vous pensez faire des soins répétitifs ?
- **Question 6** : Selon vous, les habitudes professionnelles peuvent-elle influencer la qualité du soin / la pratique professionnelle ?
- **Question 7** : Vous arrive-t-il de prendre du recul et de prendre un temps de réflexion sur votre savoir et votre prise en soin ? Pensez-vous que cela soit nécessaire au quotidien ? Sans cette prise de recul, pensez-vous que nous pouvons banaliser la personne soignée ?

## Annexe II : Lettre de demande d'autorisation d'entretien



**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS  
INFIRMIERS**



**Mme COTTE Alexia**  
Étudiant(e) en soins infirmiers  
Adresse : 9 rue Marcel Pagnol  
30150 Roquemaure  
Téléphone : 0548276070  
Mail : cotte.alexia@outlook.fr

à Madame la Directrice des Soins

Avignon, le 28.01.2022

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s) service(s) : USLD, HDJ oncologie / Hématologie, Hémodialyse

Étudiant en soins infirmier, ces entretiens s'imposent dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est : « La routine des soins, l'impact sur la réflexivité du soignant et la prise en soin ».

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- Pouvez-vous vous présenter ? Age ? Années d'expériences ? Parcours professionnel ?
- Pouvez-vous me raconter une situation qui vous a amenée à vous questionner sur votre soin ?
- Ces situations vous ont-elles amenées à une réflexion personnelle ou en équipe ?
- Est-ce que pour vous la spécialité du service améliore la prise en soin ? Si non, pourquoi ?
- Est-ce que vous pensez faire des soins répétitifs ?
- Selon vous les habitudes professionnelles peuvent-elle influencer la qualité du soin/ la pratique professionnelle ?
- Vous arrive-t-il de prendre du recul et de prendre un temps de réflexion sur votre savoir et votre prise en soin ? Pensez-vous que cela soit nécessaire au quotidien ? Sans cette prise de recul pensez-vous que nous pouvons banaliser la personne soignée ?

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération

## Annexe III : Autorisation d'entretiens infirmiers



**CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON**  
305 rue Raoul FOLLEREAU  
84902 AVIGNON CEDEX 9  
**DIRECTION DES SOINS**  
☎ 04 32 75 35 81 (secrétariat)

Avignon, le 1<sup>er</sup> février 2022

Le Directeur Coordonnateur Général des Soins  
Karine RONAT

Madame Alexia COTTE  
9 rue Marcel Pagnol  
30150 ROQUEMAURE

Nos Réf. : KR/MP/21  
Vos Réf. : votre courrier du 28 janvier 2022  
Objet : TFE

Madame,

J'accuse réception de votre demande dans laquelle vous sollicitez l'autorisation de réaliser des entretiens dans le cadre de votre travail de fin d'étude.

J'ai le plaisir de vous faire connaître que j'émet un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec Madame Veyrunes, cadre de santé du service d'hémodialyse au 04 32 75 31 63, Madame Ouni, faisant fonction de cadre de santé dans les secteurs USLD au 04 32 75 38 43 et, Madame Besse, cadre de santé d'onco-hématologie 1 au 04 32 75 93 05, afin de définir les modalités de réalisation de l'enquête.

Je vous prie d'agréer Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

LE DIRECTEUR COORDONNATEUR GENERAL DES SOINS

K. RONAT

  
**CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON**  
Karine RONAT  
Directeur Coordonnateur Général des Soins

## Annexe IV : Retranscription de l'entretien 1 – Service Hémodialyse

1 **IDE 1** : Pour commencer, avant que tu me poses tes questions, je vais te présenter le service,  
2 ce qu'on peut voir, ainsi que les spécificités de celui-ci et ensuite tu me poseras tes questions  
3 auxquelles j'essaierai de te répondre au mieux. Alors... Déjà nous ce que je trouve, enfin ce qui  
4 a de bien ici.... C'est qu'on a deux côtés, c'est-à-dire un coté avec des patients chroniques, et  
5 un coté aigu. Sur le côté chronique on va être dans une répétition : brancher, débrancher, piquer,  
6 dépiquer, donc ça effectivement on le fait comme des petits robots, on monte des machines et  
7 démonte des machines « blablabla » au début ça te paraît barbare mais quand tu sais faire c'est  
8 très voilà.... Ce que je trouve très intéressant dans ce service, c'est donc qu'on a un côté repli  
9 et aigu où on va avoir soit des patients en Insuffisances Rénales Aigues et donc dialysés de  
10 manière urgente sur une intoxication médicamenteuse ou un arrêt de la fonction rénale ou bien  
11 des gens de l'extérieur qui sont suivis par des néphrologues qui sont en Insuffisances Rénales  
12 Chroniques et qui altèrent leur insuffisance rénale de plus en plus jusqu'au moment où il va  
13 falloir les passer en dialyse et donc là on a une salle assimilée bloc où on va avoir le moyen de  
14 leur poser un cathéter comme une voie centrale et donc là je trouve que c'est intéressant parce  
15 qu'on va retrouver effectivement le fait de brancher, débrancher « blablabla » donc ça ce sont  
16 des gestes qu'on connaît mais avec toute la spécificité de la prise en charge d'un patient en crise  
17 aiguë parce qu'on prend beaucoup de patients en charge de cardio par ce syndrome cardio, on  
18 a les gens qui viennent en onco et qui suite à une chimio se mettent en insuffisance rénale donc  
19 ça je trouve que c'est intéressant parce que nous, ça nous permet de ne pas rester ankyloser dans  
20 nos habitudes en fait et justement de voir le patient autrement dans une autre globalité c'est ce  
21 que je trouve intéressant mais c'est la spécificité de ce service. Voilà moi c'est le point que je  
22 trouve intéressant ici, et qui fait que quand on va de l'autre côté, c'est-à-dire quand on bascule  
23 sur le patient chronique on va avoir peut-être un peu plus l'esprit de se dire ah tient, même si  
24 on est sur des automatismes dans notre façon de travailler parce que c'est toujours les mêmes  
25 soins.... Et bah on aura quand même peut-être je pense l'esprit un peu plus aguerrit/ouvert dans  
26 le sens où on est toujours à basculer d'un côté et de l'autre donc du coup je pense que c'est un  
27 point positif sur la prise en charge du patient. Voilà pour l'introduction.

28 **Alexia** : Ok ! pleins de choses en ressortent dans tous ce que tu m'as dit, je te propose qu'on  
29 approfondisse en te posant des questions.

30 Est-ce tu peux te présenter ? ton âge ? depuis combien de temps tu exerces ainsi que ton  
31 parcours professionnel ?

32 **IDE 1** : Alors, je suis Marjorie, ça fait 15 ans que je suis Infirmière, j'ai 37 ans euh..., j'ai fait  
33 une année de dialyse dans un centre privé quand j'ai eu mon diplôme.

34 Entrée d'une ASH dans l'office, rire de l'infirmière.

35 Ensuite j'ai fait euh..., j'ai fait un peu de psychiatrie, j'ai travaillé dans un mas, ensuite j'ai  
36 travaillé 5 ans dans un centre de rééducation et de convalescence en orthopédie et puis il y a  
37 bientôt 8 ans j'ai postulé au Centre Hospitalier d'Avignon, et donc on m'a proposé la dialyse  
38 directement car j'avais déjà été formée à la sortie de mon diplôme.

39 **Alexia** : Est-ce que tu peux me raconter une situation qui t'a amenée à te questionner lors d'un  
40 soin ?

41 **IDE 1** : Alors euh... je peux t'en raconter (rires) pleins (rires à deux) (Silence, moment de  
42 réflexion de la part de la soignante). Moi ce qui parfois me pose problème en dialyse c'est (...)  
43 où s'arrête où je ne sais pas si on peut dire « s'arrête » ou alors où est-ce que commence le soin,  
44 dans le sens ou... euh, la dialyse c'est un traitement qui va permettre de maintenir en vie le  
45 patient qui a une altération de la fonction rénale sauf que quand le patient il rentre dans un âge  
46 très avancé, même s'il est en fin de vie tant qu'on le dialyse, il va survivre, enfin c'est ce que  
47 je pense. Il ne va pas vivre mais donc survivre. A de nombreuses reprises c'est quelque chose  
48 qui revient très souvent et qui nous pose problème à beaucoup de soignants de l'équipe. On va  
49 ou mettre en dialyse ou continuer à dialyser des gens qui ont 92, 93 ans qui sont dans des états...  
50 enfin qui ont des altérations de l'état général très avancé, parfois ils n'ont plus leurs états  
51 cognitifs et en temps normal si on ne les dialyse pas, on serait sur un confort et on les  
52 accompagnerait jusqu'à la fin or là le fait de maintenir la dialyse et bh ... on va les faire survivre  
53 en fait je trouve que c'est un traitement invasif, euh... que c'est lourd, c'est parfois  
54 inconfortable et pour moi ce qui euh... m'a souvent posé problème c'est qu'on met en dialyse  
55 des gens qui ont plus de 90 ans alors euh... elle est où la frontière de.... Moi, parfois je ne me  
56 suis pas trouvée soignante, je pense que je serai plus soignante à lui faire un massage, à l'aider  
57 à se détendre, à calmer ses douleurs, à l'aider à partir comme ça plutôt que ça m'est arrivé qu'on  
58 branche des gens à la machine et qui décide sur des premières heures de séances (silence de 10  
59 secondes... ). Pour moi là, on n'a pas apporté un bénéfice avec la dialyse, euh... voilà. Je me  
60 rappelle d'un monsieur qui m'a marqué qui avait 96, oui c'est ça 96 ans qui avait exprimé le  
61 souhait de ne plus être dialysé car c'était pour lui un traitement lourd et contraignant. Il s'était  
62 même coupé les fils du cathéter en fait parce qu'il ne voulait plus de dialyse, il l'avait exprimé  
63 mais malgré tout on avait continué à le dialyser... malheureusement il ne faut pas oublier  
64 l'entente avec la famille, parce que c'est parfois très difficile pour la famille de lâcher parce  
65 qu'ils ont l'impression souvent de les abandonner et ça je peux l'entendre mais c'est vrai que  
66 je me rappelle vraiment de ce monsieur qui m'a encore une fois marqué. On le connaissait  
67 depuis de nombreuses années, il avait vraiment toute sa tête donc pour lui c'était très difficile  
68 car il souffrait, il avait plus son autonomie physique donc pour lui de se voir comme ça et avec  
69 la dialyse on continue alors qu'il aurait eu 97 ans et il n'aurait pas été un patient dialysé  
70 chronique, il se serait éteint comme ça. Donc qu'on programme une dialyse quand on va mettre  
71 un confort au patient, dans le sens il a un SUB OAP ou en hyperkaliémie c'est douloureux car  
72 il s'étouffe ou bh l'hyperkaliémie ça fait des contractures musculaires et donc c'est douloureux  
73 donc qu'on fasse une dialyse de confort pour être dans quelque chose de l'ordre du confort ça  
74 sa me semble tout à fait normal. Maintenant quand on va continuer à dialyser des gens qui sont  
75 dans des états comateux, qui décède dans la nuit qui suit ou dans l'heure qui suit, là je me pose  
76 problème et question. Ces situations-là me posent des questions et donc m'amène à une  
77 réflexion personnelle mais également en équipe. On se réunit infirmières et aides-soignantes et  
78 on se dit que là on n'est pas des soignants parce qu'apporter un soin pour moi c'est apporter  
79 quelque chose... ce n'est pas guérir, c'est voilà, c'est bien faire la différence de... On a  
80 l'obligation de je pense, les médecins ont une obligation de moyens mais est ce qu'il ne faut  
81 pas parfois mettre des limites et se dire qu'est ce qui est le mieux pour le patient, écouter aussi  
82 ce que le patient veut, et ce qui me pose question c'est quand on ne respecte pas la volonté du  
83 patient, mais aussi la volonté de la famille mais on sait entre nous que c'est le patient qui est au  
84 centre du soin et donc voilà... quand le patient ne peut plus exprimer ses vœux mais qu'on voit  
85 que dans le lit il est en souffrance, qu'il se débat, qu'il dit non, je me demande qu'est-ce que ça  
86 va lui apporter une séance de dialyse ?! Finalement s'il n'y a pas de l'inconfort, pas grand-  
87 chose...donc tout ça me questionne beaucoup sur ma posture de soignante.

88 **Alexia** : Parfait on enchaîne avec une autre question, est-ce que pour toi la spécialité du service  
89 améliore la prise en soin ?

90 Silence de la soignante pendant 10 secondes.

91 **IDE 1** : Heureusement qu'il y a de la dialyse, heureusement que ça existe, parce que la dialyse  
92 permet de maintenir des gens en vie sinon un bon nombre de personnes en insuffisances rénales  
93 ne survivraient pas. Donc oui, on a pris en charge une jeune fille qui a 16 ans, qui a une maladie  
94 hépatique qui avait détruit ses reins, on l'a pris en charge et heureusement que la dialyse existe.  
95 C'est une technique qui est relativement récente, et qui continue/évolue énormément, moi  
96 quand j'ai commencé il y a 15 ans on ne faisait pas certaines choses qu'on fait maintenant, les  
97 machines c'est des mini-ordinateurs, c'est vraiment fascinant. Heureusement que cette  
98 spécialité existe.

99 **Alexia** : Ok, est-ce que tu penses faire des soins répétitifs ?

100 **IDE 1** : Forcément, on fait des soins répétitifs au quotidien. Comme je te disais on pique  
101 dépique, branche et débranche comme des petits robots car c'est un soin qu'on réalise plusieurs  
102 fois par jour et qu'on connaît, notre soin après me concernant je ne pense pas que ce soin  
103 répétitif soit négatif parce que du coup avec le temps et l'expérience je maîtrise mes soins  
104 techniques, du coup je suis en perpétuelle remise en question sur mon asepsie, et est-ce que je  
105 réalise bien mon protocole ? 2 paires de gants, 3 paires donc au final moi le fait que ce soit  
106 répétitif et que je maîtrise mon soin ça me permet d'avoir un œil critique sur ce que je peux  
107 améliorer dans ma pratique, je trouve ça hyper intéressant car du coup je ne tombe dans cette  
108 robotisation et donc de faire des soins pour des soins. Je pense pour rebondir sur la répétition  
109 des soins que chaque soignant est différent et que chacun fera peu importe le service, de ses  
110 soins des automatismes, je veux dire par là que le soignant qui n'a plus envie de se remettre en  
111 question et bien... Euh, ça doit arriver, et qu'il en perd le but du métier. Car voilà euh... ok on  
112 doit faire des soins, on doit maîtriser un acte technique mais on ne doit pas oublier pourquoi on  
113 fait le soin, mais aussi que nous sommes face à des patients, même je dirai des humains.  
114 Concernant le patient, il est dans un service de dialyse, donc le patient chronique, ils savent  
115 parfaitement ce qu'on va réaliser, ils connaissent leurs maladies, les machines, ils sont  
116 pleinement acteurs de leurs maladies.

117 **Alexia** : C'est parfait, je t'en remercie, une autre petite question. Est-ce que tu penses que les  
118 habitudes professionnelles peuvent influencer la qualité du soin/ la pratique professionnelle ?

119 **IDE 1** : Oui, sincèrement, je pense que Oui mais ça comme je te disais c'est soignant dépendant,  
120 enfin je sais pas si on peut dire ça mais... c'est ce que je ressens comme dans tous les services,  
121 dès qu'on va maîtriser quelques choses, il y a des soignants qui vont être dans l'automatisme,  
122 dans des soins robotisés comme j'appelle ça et la tâche sera parfaitement réalisée mais je me  
123 demande où est l'humain et puis il y a des soignants qui doivent être en réflexion perpétuelle  
124 comme je te disais pour moi l'asepsie, les protocoles et se demander d'habitude on fait ça mais  
125 peut-on pas faire différemment pour le confort du patient ? parce qu'au final la personne qu'on  
126 a en face de nous, c'est eux ! même si on va toujours lui, apporter le même soin, on doit et on  
127 va adapter en fonction de la personne qu'on a en face de nous. Par exemple, j'ai souvent un  
128 monsieur qui est malvoyant, et bien je m'approche de lui, lui explique le soin, que je vais le  
129 toucher, je vais changer ma pratique et m'adapter à la personne face à moi ou adapter mon  
130 discours si je suis face à une personne âgée, une personne jeune ou une personne qui a des  
131 troubles cognitifs, le comportement que j'adopterai sera vraiment en fonction de ce qui se  
132 présente face à moi et ça amène à une réflexion personnelle de comment amener le soin.

133 **Alexia** : T'arrive-t-il de prendre du recul et de prendre un temps de réflexion sur ton savoir et  
134 ta prise en soin ?

135 **IDE 1** : Alors euh... Oui dans le sens ou moi ce qui m'intéresse c'est de mettre en place des  
136 supports sur l'accueil des nouveaux personnels pour euh... comme la dialyse c'est peu  
137 enseigner, il faudrait pouvoir mettre en place ces supports pour donner des bons apports  
138 théoriques. Je suis toujours dans ce qu'on pourrait améliorer, en ce moment on a énormément  
139 de pansement qui évolue pas très bien donc ça m'intéresserait tu vois de faire le DU plaie et  
140 cicatrisation pour pouvoir me perfectionner dans la prise en charge des plaies et que ce soit  
141 bénéfiques pour le patient après on essaie toujours d'améliorer nos techniques, par exemple en  
142 ce moment on fait la aphérèse, en fait c'est pendant la séance de dialyse, on peut le faire en  
143 dehors mais nous on le fait pendant la séance de dialyse, on va brancher une deuxième machine  
144 qui va séparer le sang du plasma et donc ça va enlever les impuretés, la fibrine, les déchets, et  
145 c'est ça qui peut retarder parfois la cicatrisation des plaies et donc c'est très compliqué mais  
146 hyper intéressant. Pareil, chaque soignant est différent, tu auras les soignants dans leurs comforts  
147 qui n'auront pas envie, mais c'est comme dans la vie, tu as les gens qui savent et qui n'iront  
148 pas chercher plus, et y'a des gens qui seront toujours curieux, dans la réflexion, dans  
149 l'apprentissage mais ça c'est propre à l'être humain je pense.

150 **Alexia** : Bien sûr, et sans cette prise de recul pense-tu qu'on peut banaliser la personne  
151 soignée ?

152 Silence.... Réflexion de la part de Marjorie

153 **IDE 1** : Et bien moi j'ai envie de te dire que le jour où je réfléchis plus à mes soins, à ce que je  
154 dois faire, pourquoi je le fais et dans quel but et pour qui, et bien je change de métier ! Pour  
155 avoir été patiente, la personne qui est en face de toi et qui fait « tututututut » (elle mime, et  
156 elle dit : « Je fais une personne qui fait quelque chose sans réfléchir ») et donc elle ne va pas  
157 réfléchir ni à son soin, ni à la personne qu'elle a en face d'elle. Elle peut maîtriser son soin mais  
158 encore une fois ou est la personne malade ?? ça m'interroge vraiment ça ! Encore une fois, pour  
159 moi de maîtriser un soin, ça va me permettre de me détacher de cet aspect très technique qui au  
160 début nous prend beaucoup de temps pour plaisanter avec le patient, pour euh... le mettre à  
161 l'aise, lui explique ce que je fais, donc la maîtrise de mon geste me permet d'instaurer une vraie  
162 relation de soin avec mon patient, et donc de m'imprégner de cette relation soignant-soigné. Le  
163 jour où je prendrai plus de distance que je ne remettrai plus en cause ma pratique, je ne suis  
164 plus infirmière, pour moi être infirmière c'est de devoir être toujours dans la réflexion sur sa  
165 pratique professionnelle, soin répétitif ou non. Un jour, j'ai refusé de brancher un patient à une  
166 machine parce que je savais qu'il était en train de mourir sous mes yeux, le médecin m'a dit il  
167 faut le brancher, et effectivement je peux être une bonne technicienne et le brancher mais est ce  
168 que je serai une bonne soignante ? Pas pour moi ! Donc ce jour-là, je lui ai dit écoute, moi je  
169 pense qu'il ne faut pas le brancher et je n'ai surtout pas envie de le faire, donc on en parle mais  
170 moi je le piquerai pas parce que je sais piquer mais piquer pour piquer non je refuse, car pour  
171 moi ça serait pas lui apporter un bénéfice donc même si je connais le soin, parce que mettre 2  
172 aiguilles dans une fistules tout le monde sait le faire mais est-ce que c'est la bonne chose pour  
173 le patient ? je pense que non, et c'est ce que j'essaie toujours de me dire, de me questionner, et  
174 j'espère que je le ferai longtemps parce que qu'elle que soi le service ou on travail il faut se  
175 questionner sur ses soins, ce qu'on fait, comment on le fait, et surtout l'intérêt pour le patient !  
176 Sinon, on s'est trompé de métier, et il faut changer... car ne pas réfléchir et faire des soins pour  
177 faire des soins entraîne pour moi un oubli de l'humain et donc on le banalise OUI

## Annexe V : Retranscription de l'entretien 2 – Service USLD

- 1 **Alexia** : Alors pour commencer cet entretien, je te propose de te présenter ? ton âge ? depuis  
2 combien de temps tu exerces ainsi que ton parcours professionnel ?
- 3 **IDE 2** : Je suis G. j'ai 26 ans, je suis infirmière depuis bientôt 5ans, originaire de bourgogne.  
4 Mon premier poste était en SSR gériatrique pendant 1 an, ensuite j'ai voulu faire de l'intérim  
5 en divers service comme : EHPAD et de la psychiatrie majoritairement. Ensuite j'ai travaillé  
6 pendant 2 ans en EHPAD, puis je suis arrivée dans la région et j'ai pris un poste ici au CHA  
7 plus particulièrement en USLD car je souhaite vraiment travailler auprès de la population âgée.
- 8 **Alexia** : Très bien, je te remercie. Peux-tu me raconter une situation qui t'a amené à te  
9 questionner sur un soin ?
- 10 **IDE 2** : Alors il y'en a beaucoup, je prends 2sec pour réfléchir sur laquelle je pourrais te parler.  
11 Euh... (blanc) On va dire que surtout dans le service on a beaucoup de patient avec des troubles  
12 cognitifs. Souvent, parfois euh... on a par exemple en ce moment pas mal de Test PCR à faire  
13 pour la COVID 19 sauf qu'on a des patients qui refuse car ils ne comprennent pas le soin qu'ils  
14 doivent recevoir, sauf que malheureusement on le fait quand même (Silence, regard baisser de  
15 la soignante) alors que normalement les patients ont le droit de refuser mais on va dire qu'avec  
16 leurs troubles cognitifs, on estime que c'est difficile. C'est difficile de dire ça mais on leur fait  
17 quand même (blanc) donc ça s'est compliqué parce qu'on va à l'encontre de la volonté du  
18 patient, mais d'un côté on doit faire un soin afin de les soigner, de savoir ici en l'occurrence  
19 s'ils sont positifs ou non. C'est compliqué de forcer car au final on doit aller faire le soin à 2  
20 soignants, euh... et on n'est pas forcément dans la bientraitance (silence)
- 21 **Alexia** : Et ça te questionne cette notion de ne pas Etre dans la bientraitance ? et vous en discuté  
22 en équipe ?
- 23 **IDE 2** : Oui, parce qu'au final on a beaucoup de mal et ce style de situation nous arrive très très  
24 régulièrement même pour d'autres soins par exemple les prise de sang, c'est vrai que là-dessus  
25 on a beaucoup de mal mais bon on n'a pas trop d'alternative, on est obligé de réaliser le soin a  
26 part de donner des comprimés mais chez la personne âgée c'est compliqué de donner des  
27 traitements de ce type là mais c'est comme ça, travailler avec la personne âgée c'est compliqué.  
28 Ça demande qu'on se questionne sur nos soins mais parfois au vu de leur état on fait le soin  
29 sans réfléchir. Pourquoi ? juste parce qu'on doit le faire. Et donc pour rebondir sur l'équipe, on  
30 en discute lors des moments de transmissions ou le midi quand on mange, on se questionne sur  
31 le fait de comment faire face à des refus de troubles cognitifs mais on ne trouve pas  
32 d'alternative. Même étant stagiaire tu vois, je n'ai jamais vu comment faire face au refus de  
33 soin, quelle alternative on peut trouver face à ça. Est-ce que dans les situations de refus de soin  
34 on doit respecter la volonté du patient au vue de ces troubles cognitifs ? Voilà ou se base mon  
35 questionnement quotidien ici à l'USLD.
- 36 **Alexia** : Ok, je comprends la difficulté du refus de soin ici à l'USLD et où se pose ton  
37 questionnement... Est-ce tu penses faire des soins répétitifs ? Quel est l'impact le soignant et  
38 le patient ?
- 39 **IDE 2** : Bh les médicaments. Surtout qu'ils sont en long séjour/gériatrie c'est toujours toujours  
40 toujours les mêmes, ils changent très très rarement et souvent euh... on finit par les connaître  
41 par cœur. On sait que tel patient a tel médicament a tel heure, que le patient d'à côté c'est tel

42 traitement, ça devient un automatisme et je pense que ce n'est pas bon car on ne se pose pas de  
43 question de s'il y a un changement de traitement et parfois ça arrive. Je me suis déjà aperçu que  
44 je prépare les médicaments par automatisme et que les médicaments que j'ai préparés il y a une  
45 semaine et bien aujourd'hui ce n'est plus les mêmes. Après, je peux te dire que la distribution  
46 des médicaments est vraiment l'acte répétitif du service et qu'on rentre vite dans un soin  
47 robotisé, voilà c'est ce que mot là que je cherchais. On fait ça parce qu'on connaît le patient  
48 bien évidemment, mais comme je te disais parfois les traitements ont changés et donc ça peut  
49 entraîner une erreur. Heureusement pour moi ça ne m'est pas arrivée ! Du coup concernant  
50 l'impact pour le patient, et bh, l'erreur ! Tu as du l'étudié et tu sais qu'une erreur  
51 médicamenteuse est vite arrivée, surtout si le soignant fait trop machinalement le soin, et le  
52 risque est majeur. Je pense que sincèrement cette répétition de soin devient une routine, donc  
53 là je suis en train de dire que je des soins routiniers, on dit ça comme ça ? (Rire) et ce qui me  
54 fait peur dans ça, c'est que je réalise en te le disant qu'on peut faire des soins machinalement  
55 par connaissance du patient, du traitement et qu'il peut y avoir un risque.

56 **Alexia** : Ok, merci pour ta réponse. Je passe à la question suivante, Est-ce que tu penses que les  
57 habitudes professionnelles peuvent améliorer la qualité du soin/la pratique professionnelle ?

58 **IDE 2** : Oui ! c'est vrai que moi je considère ne pas avoir beaucoup d'expérience encore mais  
59 si je me base sur mon équipe et mes collègues qui ont beaucoup d'expérience que moi, elles ont  
60 du mal à faire différemment, lorsqu'il y a des protocoles qui changent et bh c'est vrai qu'elles  
61 ont du mal à faire autrement que les habitudes qu'elles ont prises. Je vais me baisser sur mon  
62 expérience en EHPAD, malheureusement, on connaît par cœur, les médicaments, les  
63 pansements, les personnes... (Soupire) c'était même plus un boulot, c'était euh... j'avais une  
64 relation différente avec mes résidents contrairement au patient ici, en USLD. Les jours se  
65 ressemblent en EHPAD, les résidents ont des habitudes, nous en tant que soignants on se plie  
66 si je peux dire ça souvent à leurs habitudes afin de leur faire ce plaisir, et quand il y a une  
67 urgence en EHPAD, on n'est tellement pas habitués que ça bouscule tout et ça nous sort de  
68 notre routine quotidienne. Il faut veiller à ne pas tomber dans cette routine, mais regarde en  
69 EHPAD, en te parlant je me rends compte que j'étais complètement dedans mais je me suis  
70 toujours questionné sur mes soins, et je trouve que le questionnement est une compétence  
71 importante de l'infirmière. La routine, n'est pas forcément négative, au contraire je pense  
72 qu'elle est positive car du coup on maîtrise notre soin technique ou autre et on a du temps pour  
73 le reste, enfin je veux dire pour le patient quoi.

74 **Alexia** : Ok je te remercie, j'ai encore 3 petites questions, T'arrive-t-il de prendre du recul et  
75 de prendre un temps de réflexion sur ton savoir et ta prise en soin ?

76 **IDE 2** : Oui, souvent quand je rentre chez moi.

77 Quand je rentre chez moi, je me refais toute ma journée, ce que j'aurai pu faire à la place de,  
78 comment j'aurai pu le faire, ce que j'ai pu oublier. En général, je me refais toute ma journée à  
79 partir du moment où je quitte mon poste, parfois même j'appelle même mes collègues le  
80 lendemain, car je mets en question toujours ce que je fais, ce que je dis, voilà.

81 **Alexia** : Ok, très bien. Penses-tu que c'est nécessaire pour ta pratique ?

82 **IDE 2** : Oui, oui franchement ça permet pour certains soins de les réaliser autrement après avoir  
83 eu une certaine approche. Je me dis que j'aurai pu faire comme ça et pas comme je l'ai fait, et  
84 le soin se serait peut-être mieux passé ! Même, concernant les connaissances, on sait bien entre  
85 nous que c'est un métier qui demande des connaissances tous les jours et donc parfois je me dis

86 que je n'ai pas assez de connaissance sur ce soin et que je dois le travailler. Je pense donc que  
87 ça peut être que bénéfique.

88 **Alexia** : Sans cette prise recul, penses-tu qu'on peut banaliser la personne soignée ?

BLANC 10 sec

89 **Alexia** : Tu veux que je reformule ma question ?

90 De nouveau un blanc de 10 sec

91 **IDE 2** : Non, je l'ai compris merci, je réfléchis et j'ai envie de te dire je n'espère pas ! Parce  
92 que je pense que l'humain dans nos soins est le cœur de notre métier donc je n'arrive même pas  
93 à imaginer comment on peut l'oublier, ou ne le pas prendre en considération. Je pense  
94 clairement que si tu me poses cette question c'est que tu as du vivre des choses en stage, et donc  
95 je pense que ça existe, ce qui voudrait dire qu'avec les habitudes que prend le soignant, même  
96 celle des patients et bh parfois on en oublie certaines informations, mais heureusement que tous  
97 les soignants ne sont pas comme ça (rire). Par exemple, un patient qui n'a jamais de douleur, et  
98 bh on oublie, on ne lui demande jamais s'il en a et du coup je pense qu'on oublie la personne.

99 BLANC de quelques secondes à nouveau, sourire de l'infirmière.

100 Eh bien, du coup merci car je vais d'autant plus être vigilante car c'est une vraie réflexion ton  
101 sujet de mémoire et je trouve très triste d'en arriver là si c'est le cas.

## Annexe VI : Retranscription de l'entretien 3 – EHPAD

1 **Alexia** : Pour commencer cet entretien même si je te connais un peu (rire) je te propose de te  
2 présenter ? ton âge ? depuis combien de temps tu exerces ainsi que ton parcours professionnel ?

3 **IDE 3** : Je suis M., j'ai travaillé 15 ans en centre hospitalier, j'ai fait plusieurs services afin  
4 d'acquérir le plus de connaissances possibles, de la rigueur, de la dextérité puis ensuite je me  
5 suis arrêté pour mes élever mes enfants et enfin maintenant ça fait plus de 15 ans que je travaille  
6 dans cet EHPAD. Donc t' imagine, ça fait longtemps que je travaille ici, olala (Rire). J'ai 66 ans  
7 et je vais m'arrêter dans 1an pour laisser la place à la nouvelle génération d'infirmier, toi par  
8 exemple. (rire)

9 **Alexia** : Aller c'est bientôt la fin (rire). On attaque, comme ça je ne te prends pas trop de temps  
10 sur ton travail. Est-ce que tu peux me raconter une ou des situations qui t'amène à te questionner  
11 sur ton soin ?

12 **IDE 3** : Olala, mais ça c'est tous les jours non ? (Rire) enfin je peux dire plutôt très souvent !  
13 Attends Alexia, arrête ton téléphone là, que je réfléchisse ça va prendre un petit moment de  
14 réflexion.

15 **Alexia** : Ne t'inquiète pas, ce n'est pas un problème... Je (IDE 4 me coupe la parole)

16 **IDE 3** : Ça y est, je sais quoi te dire. Je pourrai te parler des nouvelles techniques de soins qui  
17 me questionne, car tu vois dans l'établissement on a du retard sur les soins techniques de  
18 dernière génération. Il faudrait vraiment qu'on ait des formations régulières sur les nouvelles  
19 techniques de soin. Je vais te donner un exemple concret. Depuis peu de temps, on a une dame  
20 qui est rentrée ici après avoir subi une opération de la colonne vertébrale, elle est arrivée avec  
21 une pompe antalgique euh... Machine, pas une pompe, je ne sais pas comment t'expliquer, bref  
22 je ne connaissais pas, et mes collègues non plus. Je te promets, je ne savais même pas que ça  
23 existait, et je n'arrive même pas à te dire ce que sait mais ce n'est pas le sujet-là. Du coup, je  
24 suis face et mes collègues aussi à des soins dit techniques que je ne connais pas, que je ne  
25 maîtrise pas et là, c'est difficile. D'une part d'utiliser cette machine sans explication, on te  
26 donne ça et débrouille toi, et d'autres part la dame était ultra algique et je n'arrivais pas à la  
27 soulager, et là tu te questionnes, sur les protocoles, les nouveautés, et je me dis régulièrement  
28 qu'on devrait être former. Tu vois, j'ai des années d'expériences même si je sais que ça évolue  
29 constamment, et bien je trouve qu'ici on manque de formation ou même simplement  
30 d'information et je me demande comment on peut bien réaliser son soin si on ne peut pas le  
31 faire correctement. Comment prendre soin si je ne suis pas formée ? Comment peut-on soulager  
32 quelqu'un si on n'a pas les moyens ? Donc je m'interroge en ce moment énormément sur ça car  
33 je sais et heureusement comme je te disais que les choses évoluent, mais tu vois je me retrouve  
34 face à une personne avec des soins à faire dont je ne sais pas faire et là tu te questionnes !

35 **Alexia** : C'est très intéressant ce que tu dis, et c'est vrai que de se retrouver dans de telles  
36 situations renvoie à un questionnement. Est-ce que tu veux me faire part d'une autre situation  
37 qui te fait réfléchir sur ton soin ?

38 **IDE 3** : Olala ma pauvre, je pourrai te parler de tellement de situations mais tu vois pour parler  
39 de questionnement, on est nombreuses ici, il y a beaucoup d'aides-soignantes. On se réunit  
40 quelques fois, afin de pouvoir échanger autour d'une situation plus particulièrement d'un soin  
41 qui nous a questionné. Dernièrement avec les IDE on s'est questionnée sur justement cette

42 dame, où on était si je peux dire « démunie » face à ce soin, car nous sommes des infirmières  
43 anciennement diplômées et donc comme je te disais, on n'a pas les connaissances face à ces  
44 nouvelles techniques. On en parle, on fait des recherches et on se questionne en groupe et ces  
45 moments sont riches en échange. Parfois, on n'a pas de solution comme là tu vois, on a fait  
46 YouTube, on a tel au chirurgien et la conclusion est qu'il faut se former pour améliorer nos  
47 prises en charge pour nos résidents. Tu vois nous dans les EHPAD, on est très peu formées et  
48 je pense aux IDE qui sont dans le même cas qui ont des soins techniques et qui doivent se  
49 former seules également, et je pense que peu importe où on travaille, on doit avoir des  
50 formations régulières. Je peux rebondir à ta première question ?

51 **Alexia** : Ah oui bien sûr !!

52 **IDE 3** : Tu vois ici en EHPAD on fait des soins qui sont toujours mais alors vraiment toujours,  
53 toujours les mêmes, tu l'as vu en stage, tu l'as vécu et donc là moi je suis face à un soin que je  
54 ne connais pas, et je me questionne, et donc je me questionne plus que d'habitude, mais tu vois  
55 j'ai envie de te dire que certains se questionne malgré les habitudes et d'autres non. Les  
56 habitudes ce n'est vraiment pas bon, c'est comme la routine dans la vie quotidienne. Il faut la  
57 casser !!! Il faut toujours, toujours se questionner et ne jamais oublier le sens du soin mais  
58 surtout l'humain face à nous. Sinon et bah, on en perd le sens de notre soin tu vois ! Et aussi, il  
59 faut se remettre en question régulièrement et faire très attention car les habitudes dans les soins,  
60 la routine c'est très dangereux c'est-à-dire qu'à mon sens bien sûr, que faire des soins par  
61 habitude entraine des automatismes et ça c'est vraiment mais vraiment pas bon, ça c'est Zéro  
62 tu vois ? donc vraiment il faut faire attention à ce qu'on fait et donc essayer de casser cette  
63 routine justement...

64 **Alexia** : Tu entends quoi par casser cette routine si je peux rebondir sur ça ?

65 **IDE 3** : Et bien comme je te disais, la routine c'est bien car on maîtrise son soin, c'est également  
66 hyper rassurant pour le soignant mais ça entraine à faire par automatisme ! C'est mauvais car  
67 on réfléchit plus, on en perd le sens de notre soin, on banalise, on oublie pourquoi on le fait et  
68 on oublie la personne, ça c'est grave parce que la personne est au cœur de nos soins, sans elle,  
69 on ne soignerait pas tu vois ! Donc pour casser cette routine, il faut être dans la remise en  
70 question, il faut réfléchir au pourquoi du comment ! Le fait d'être dans des automatismes, les  
71 professionnels sont absorbés par le soin, le soin, le soin et le soin donc faire des soins pour faire  
72 des soins... ça me désespère, des petits robots qui font sans réfléchir. Tu sais avec mon  
73 expérience j'en ai vu passer...

74 **Alexia** : Oui, je suis complètement de ton avis. Tu penses donc faire des soins répétitifs dans  
75 ton travail toi ? Peux-tu me parler des impacts que cela a sur toi le soignant et les patients ?

76 **IDE 3** : Oui, c'est sans arrêt qu'on fait des soins répétitifs ici en EHPAD. La routine est  
77 rassurante, il faut un juste milieu et ne pas tomber dans les soins fait par automatisme. C'est là  
78 que je te dis que c'est dangereux parce que par exemple ici le soin routinier qui prédomine c'est  
79 la distribution des traitements et on connaît par cœur les traitements mais ce n'est pas toujours  
80 pareil car il peut y avoir une modification, un rajout... Quand tu pars en vacances et que tu  
81 reviens, c'est là que tu te rends compte qu'il y a des changements, car avant tu es tellement dans  
82 ton travail quotidien, dans ta routine que tu peux oublier les changements. Du coup, je pense  
83 que le travail routinier ce n'est pas bon même si je le fais (rire), pas bon car on fait les trucs par  
84 automatisme et ça ne va pas mais comme on le fait au quotidien, il faut vraiment faire attention  
85 et être vigilant. Il faut casser cette routine je pense, il ne faut pas s'appuyer sur ces automatismes  
86 non, il faut vérifier les traitements avec la prescription, vérifier le dosage, la posologie mais il

87 ne faut pas donner un traitement pour donner un traitement. Il ne faut pas oublier qu'on est face  
88 à une personne, et qu'on va donner le traitement à cette personne donc il faut absolument par  
89 exemple avant de donner un anti-hypertenseur prendre la tension car si monsieur X a une  
90 tension basse on ne va pas lui donner son traitement parce que si on lui donne, il y aura un  
91 impact pour le patient, et nous on aura donné le traitement sans réfléchir et donc par  
92 automatisme, donc je le redis l'automatisme c'est mauvais. C'est triste à dire mais ces  
93 automatismes entraînent un oubli du résident ou du patient, enfin plutôt pourrait entraîner un  
94 risque de l'oublier... mais je reviens à ce que je disais il faut vraiment surveiller l'état général  
95 de la personne, il ne faut pas oublier qu'on donne un médicament à un humain, il est au centre  
96 du soin.

97 Tu m'as demandé les impacts dans ta question c'est bien ça ?

98 **Alexia** : Oui oui, en effet, j'aimerais savoir l'impact de la routine sur le soignant et également le  
99 résident ? Si tu pouvais me dire ce que tu en penses

100 **IDE 3** : Il est vraiment intéressant ton sujet (rire). Cette routine on la retrouve partout, il faut  
101 juste ne pas oublier de penser son soin et de ne pas oublier les raisons de celui-ci. Chaque  
102 soignant aura une routine, des habitudes dans ses soins, il ne faut juste pas faire des soins pour  
103 faire des soins, non on n'est pas là pour ça. Comme je te disais mais je trouve important de le  
104 répéter le patient est au cœur de cette prise en charge, sans patient il n'y aurait pas de soins donc  
105 il faut faire des soins un grand oui, mais faire des soins pour faire des soins un grand non ! Il  
106 faut prendre soin, voilà c'est ça que je voulais te dire : prendre soin ! Bon je me recentre (rire)  
107 Euuuh, alors pour parler du résident, il risque de pâtir de quelque chose qu'on aurait oublié ou  
108 autre justement par habitude tu vois ? je pense que tomber dans l'automatisme peut avoir un  
109 grand nombre de risques.

110 **Alexia** : Tu peux m'en dire plus sur ces risques ?

111 **IDE 3** : Eh bien, je pense qu'on peut donner des médicaments par automatisme ou même faire  
112 un soin pour faire un soin comme je te disais tu vois ? Donc on réfléchit plus pourquoi on le  
113 fait, on ne réfléchit pas à la personne en face de nous et donc on en oublie l'humain, on fait  
114 pour faire. On le sait que dans notre métier on est là pour faire des soins mais des soins à une  
115 personne humaine, on ne doit pas l'oublier, on ne doit pas banaliser ses soins tu vois ? Un  
116 exemple concret, tu rentres dans une chambre, le résident est sur son fauteuil, occupé ou non  
117 peu importe, tu t'avances vers lui non ? Tu lui jettes un regard, un sourire ou un geste je ne sais  
118 pas moi, ce n'est pas compliqué si ? car si tu rentres, tu poses les médicaments et tu t'en va il  
119 est où l'humain là-dedans ?

120 Blanc de quelques secondes, l'infirmière semble chercher ses mots.

121 Je me recentre (rires) on pourrait en parler des heures (rires). Donc je te disais, il ne faut pas  
122 tomber dans cette routine, il faut la casser et pour la casser faut réfléchir à ses soins, être vigilant,  
123 se poser des questions et se remettre en question. Après je ne dis pas que la routine c'est mal,  
124 car c'est rassurant d'avoir un contexte qu'on connaît quand même, pour le personnel, les  
125 résidents. Dans ses soins faut toujours avoir cette position de réflexion de pourquoi je vais le  
126 faire et à qui surtout ! Ça va ? Je ne suis pas partie trop loin ?

127 **Alexia** : Sincèrement non, je trouve cela tellement intéressant et tu reflètes la réalité du terrain  
128 donc je t'en remercie. Si je peux me permettre, je te pose une nouvelle question : Est-ce que les  
129 habitudes professionnelles peuvent influencer la qualité du soin/ la pratique professionnelle ?

130 **IDE 3** : Bh oui carrément... Alors j'ai envie de te dire que parfois tu connais bien le résident,  
131 tu connais ses douleurs, ses mimiques, mais également son traitement et tout mais il faut se  
132 méfier quand même que son état n'évolue pas dans le mauvais sens car le connaître c'est bien,  
133 mais est-ce que c'est suffisant ? je ne sais pas, moi je me méfie toujours et après 30 ans  
134 d'expérience je suis toujours en train de me poser des questions sur mon soin. Je pense qu'avoir  
135 des habitudes c'est bien car oui bien sûr cela veut dire qu'on maîtrise et qu'on est plus à l'aise  
136 et qu'on peut s'ouvrir à la personne tu vois ? Pour moi l'habitude va de pair avec l'expérience,  
137 c'est ce que je te disais, on maîtrise son soin, il est mieux pratiqué donc on a des habitudes oui,  
138 ce qui veut dire qu'on maîtrise le sujet. Notre soin est de qualité, donc on a plus de temps pour  
139 le résident donc ça peut améliorer la qualité du soin si celui-ci est toujours réfléchi par le  
140 soignant et qu'il n'est pas tombé dans l'automatisme. Pour moi, une infirmière doit sans cesse  
141 réfléchir sur son savoir pour améliorer ses soins tu vois ?

142 **Alexia** : Justement, je voulais te parler de ton savoir-être...

143 **IDE 3** : Et bien parfait, tu as une question ?

144 **Alexia** : Oui alors, la voici : t'arrive-t-il de prendre du recul et de prendre un temps de réflexion  
145 sur ton savoir-être et ta prise en soin ?

146 **IDE 3** : Bah bien sûr, oui surtout quand on a des résidents par exemple en opposition ou tu vois,  
147 je sais pas euh.. des résidents Alzheimer, oui tu es obligée de te poser et de te dire je prends du  
148 recul, je laisse et je reviens ou même de passer la main à un collègue. Je pense que d'avoir une  
149 posture réflexive est importante en étant soignant, prendre du recul sur sa pratique également,  
150 ça te permettra je te parle avec mon grand nombre d'années d'expériences (rire) de voir plus  
151 clair sur ce que tu as fait lors de ton soin, et de l'améliorer si tu penses que c'est nécessaire. Il  
152 faut toujours voir le côté pour toi le soignant mais aussi comment était ton patient lors du soin  
153 par exemple est-ce qu'il était douloureux ? anxieux ? ou autre, et ça te permettra d'améliorer ta  
154 prise en charge. Chaque soignant est différent et chaque soignant réfléchira ou non, et se  
155 remettra en question ou non ! La prise de recul est un temps de réflexion, c'est loin d'être négatif  
156 bien au contraire, dans notre pratique professionnelle elle est nécessaire, c'est même  
157 indispensable de le faire régulièrement !

158 De plus, je voudrais rajouter qu'il y a des facteurs qui peuvent influencer ce temps de réflexion,  
159 là je te parle sur notre temps de travail tu vois ce que je veux dire ?

160 **Alexia** : Tu parles de facteurs qui peuvent impacter ces temps de réflexion au travail ?

161 **IDE 3** : Exactement, je ne m'éloigne pas du sujet-là ?

162 **Alexia** : Non du tout, bien au contraire, ça donne une ouverture au sujet. Je t'écoute.

163 **IDE 3** : Très bien, Alors je disais quoi ? (Rire)

Blanc de quelques secondes

164 **IDE 3** : Ah oui, Je veux dire par là qu'avec le manque de temps, l'usure du professionnel et le  
165 manque d'effectifs, il se peut que le soignant rentre dans cette spirale d'automatisme et qu'il ne  
166 pense plus son soin et même sa posture professionnelle. Le manque de temps et l'effectif usent  
167 le professionnel et impactent la qualité de son soin tu vois ? mais pas que, on est face à des  
168 démences, de la vulnérabilité, des souffrances, des fins de vie... un plein de facteurs qui je  
169 pense amène le soignant dans un épuisement professionnel et on associe à ça les automatismes  
170 et là... on perd tout.

171 Blanc de quelques secondes

172 **Alexia** : Si je peux rebondir, tu entends quoi par, on perd tout ?

173 **IDE 3** : On vient travailler pour travailler, faire des soins pour faire des soins et on en perd le  
174 sens de nos soins. Je te parle de mes observations, de mon vécu et surtout de la réalité du terrain.  
175 Bref, c'est mauvais, mais malheureusement c'est la réalité du terrain, et on oublie, enfin il y a  
176 un risque qu'on oublie l'humain, c'est réel... ! Tous ces facteurs entraînent une banalisation des  
177 soins c'est ce que je te disais tout à l'heure. Je ne trouve pas d'excuses au soignant, mais je  
178 pense que parfois il devrait y avoir des temps pour cette réflexion afin d'améliorer le bien-être  
179 du résident, de l'équipe, des soins et donc de sa posture et pratique professionnelle mais c'est  
180 compliqué. Je te parlais des temps de réunions toute à l'heure, ils se font oui, mais avec des  
181 effectifs réduits, on n'a pas le temps, ils se font rare et c'est tellement dommage.

182 **Alexia** : J'allais te demander si c'était nécessaire au quotidien mais tu m'as donné la réponse  
183 tout à l'heure (rire) du coup je rebondis à un terme que tu as utilisé plusieurs fois, c'est le mot  
184 banaliser. Dans mon TFE je fais une partie sur la banalisation. Du coup, sans cette prise de  
185 recul, penses-tu que nous pouvons banaliser la personne ?

186 **IDE 3** : Bien sûr que oui, il faut considérer une personne comme une personne ! Et, c'est  
187 souvent la charge de travail qui fait qu'on oublie la personne. Comme je te disais, on est face à  
188 des soignants épuisés, avec une lourde charge de travail, des résidents et des familles  
189 exigeantes... ce qui entraîne un peu moins de vigilance, un peu moins d'attention et de  
190 disponibilité pour les résidents. Pour ma part, j'essaie de faire au mieux pour rester le plus  
191 humaine possible mais je dépends de l'organisation de mon établissement... et parfois ce n'est  
192 pas facile ! C'est difficile à régler, ça ne dépend pas de nous ! Malgré tous ces facteurs négatifs,  
193 il y a des résidents et il faut s'en occuper, donc on fait au mieux mais le mieux n'est pas  
194 forcément bien !

195 Mhhhh... On ne peut pas parler de maltraitance enfin quoi que... mais bon quand on oublie  
196 l'humain on appelle ça comment ? c'est une forme pour moi tu vois ? Ou alors on parle de  
197 négligence pour ne pas parler de maltraitance. Tu te souviens en stage je t'avais dit qu'il y a  
198 quelques années j'étais dans une association pour personnes maltraitées dans les soins ? C'est  
199 un sujet qui me touche énormément.

200 **Alexia** : Oui bien sûr que je m'en souviens, on en avait longuement discuté.

201 **IDE 3** : C'est pour ça que je te dis qu'il est important de passer la main à sa collègue car on  
202 peut vite arriver à des formes de maltraitance, ne jamais oublier la raison du pourquoi on fait  
203 les soins mais surtout à qui on les prodigue ? quelle en est la raison ? Il faut toujours être dans  
204 une posture de réflexion et j'y tiens vraiment ! Promets-moi de ne jamais oublier ! Je pense que  
205 si on continue à prendre du recul et que le soignant se pose des questions c'est qu'il veut  
206 toujours être dans la bienveillance de la personne soignée !

## Annexe VII : Retranscription de l'entretien 4 - Hôpital de jour Oncologie / Hématologie

1 **Alexia** : Peux-tu te présenter ? Ton âge ? Année d'expérience ? Puis ton parcours  
2 professionnel ?

3 **IDE 4** : Donc je suis Florence, j'ai 56 ans. J'ai un parcours de voyageur, parce que j'ai voyagé  
4 et dans la profession et dans les spécialités et dans les villes. Je suis diplômée de 1988, j'ai  
5 travaillé 12 ans en clinique poly-chirurgicale et ensuite j'ai intégré le service public dans les  
6 années 2000 et là j'ai parcouru l'hématologie, la réanimation, les soins de... digestifs en soins  
7 intensifs et après j'ai bifurqué vers la médecine et vers l'orthopédie pour finir après sur l'hôpital  
8 de jour Onco/Hémato, ça fait donc 7 ans que je suis dans ce service ! J'ai travaillé 5 ans  
9 auparavant en hématologie.

10 **Alexia** : Est-ce que tu peux me raconter une situation qui t'a amenée à te questionner sur un  
11 soin ?

12 **IDE 4** : Mhhhhh... Une situation sur n'importe quel soin ? Olalla, mais c'est tous les jours ça.  
13 Alors moi je me questionne sur le choix des chimiothérapies lourdes sur les gens âgés. C'est  
14 vraiment dernièrement sur quoi je me suis questionnée. Par exemple, une personne qui a un état  
15 général déjà bien abaissé, et euh... le choix d'utiliser une chimiothérapie lourde chez quelqu'un  
16 qui a déjà un mauvais état général. Alors moi j'aurai imaginé qu'on fasse certes une  
17 chimiothérapie parce que l'évolution du patient ne s'améliorerait pas si on ne traite pas la cause,  
18 par ex chez quelqu'un qui a un lymphome mais est-ce qu'on ne pourrait pas moduler en ayant  
19 des traitements moins lourds quoi... voilà ! ça c'était vraiment la dernière situation de soin je  
20 me suis retrouvée face à ce papi, avec pas de force, beaucoup d'effets secondaires et il a fallu  
21 que je lui passe une chimio lourde alors qu'au vue de son état et de mon point de vue j'allais  
22 l'affaiblir encore plus. Je me suis permise avant toute chose et avant le OK du médecin, d'écrire  
23 ce que le patient m'avait décrit et bien sur ce que j'avais vue... la chimiothérapie a été demandée  
24 et je l'ai réalisée mais tout le long du traitement je me suis demandée si on ne pouvait pas  
25 moduler... ce n'est pas de mon ressort bien sûr mais voilà, ça me questionne énormément. Tu  
26 te retrouves face à un patient qui ne va pas très bien, tu peux en parler à personne parce que tu  
27 sais comment ça fonctionne à l'HDJ, c'est la course, il n'y a pas de temps. Le médecin écoute,  
28 mais voilà... Alors parfois tu te sens seule, tu te questionnes, tu en fais part à tes collègues au  
29 moment de la pause-café et encore quand on ne raconte pas autre chose... mais ces moment-là  
30 sont informels quoi, on n'a pas de temps de transmission pour échanger, on n'a pas de temps  
31 d'équipe. On se sert donc des temps de repas, des temps de pause mais pas plus, on y donne  
32 nos impressions, notre vécu ou même les difficultés qu'on rencontre.

33 Donc pour rebondir, tu appliques ce que le médecin te demande faire, car on est des  
34 exécutants mine de rien, on exécute des prescriptions, mais jusqu'à où ? Je veux dire par là,  
35 qu'on est là pour faire des soins certes mais le côté humain est là ou là-dedans ? Quand je  
36 repense à ce monsieur qui n'allait pas bien, j'ai fait la chimio... Enfin voilà, tu comprends ?  
37 Mon questionnement va loin, mais en même temps, il faut se questionner sur ses soins, c'est  
38 important. Tu te souviens quand tu es arrivée dans le service ce que je t'ai dit ?

39 **Alexia** : Bien sûr que je m'en souviens, tu m'as dit à peu près (rire) de me poser toujours la  
40 question pourquoi je fais un soin, et à qui tu le fais ! Et tu as rajouté car vous oubliez souvent  
41 de le faire, par manque de temps, et tu as rajouté à la fin : soi dans la réflexion !

42 **IDE 4** : Oui, c'est complètement ça ! Se questionner sur ses soins ! Il nous faudrait du temps  
43 pour analyser nos pratiques professionnelles, on est beaucoup le nez dans le guidon, on n'a pas  
44 de temps de recul pour revivre, penser, réfléchir etc...

45 Bh tu l'as vécu en stage, on donne une prémédication mais on la donne par automatisme, on  
46 sait que tel préméd va avec telle chimio, moi je t'ai incité en tant que tutrice à te dire, pourquoi  
47 il y a du solumédrol ? quelle action ? pourquoi tu donnis un aérius. ? Parce qu'il ne faut pas  
48 oublier de penser son soin, il ne faut pas être seulement des petits exécutant d'une prescription  
49 médicale. C'est pourquoi ça que bh j'apprécie d'avoir des étudiants car il te ramène toujours à  
50 un temps réflexion sur ton savoir, sur ta pratique que lorsque vous n'êtes pas là, bh, comme je  
51 te disais on a la tête dans le guidon, on n'a pas le temps...

52 **Alexia** : J'aimerais rebondir sur la prise de recul, tu penses qu'elle est nécessaire ? Est-ce que  
53 tout de même tu arrives à en prendre sur ton savoir-être et ta prise en soin ?

54 **IDE 4** : Malheureusement du temps on n'en a pas, enfin pas tellement mais dans des situations  
55 où on se trouve en difficulté comme on vie en ce moment car on a un gros problème  
56 d'organisation médicale fait que forcément ça a une incidence après sur notre fonctionnement  
57 et quelques fois... euuuh enfin on a en face de nous des médecins qui au préalable nous disent  
58 vous êtes des experts car on est toutes des infirmières d'expériences donc ils s'appuient  
59 beaucoup sur cette expertise là, mais maintenant que l'organisation médicale est entrain de.. Est  
60 fragile et bh, on met en doute, enfin euh, nous on ressent comme une mise en doute de cette  
61 expertise qu'on a. Donc là je te parle de maintenant ce qui se passe à l'hôpital de jour. Donc  
62 nous, ça nous blesse donc notre savoir, savoir-faire et même temps oui, du coup on a tendance  
63 à euh, nous qui prenions des initiatives un peu au-delà de notre devoir et bh, du coup on a  
64 l'impression de rétrograder. Je vais te donner un exemple très concret. Nous dans le  
65 fonctionnement du service, tu as pu te rendre compte, qu'il y a des patients qui régulièrement  
66 téléphonent pour dire qu'ils ont par ex une problématique simplement une hémoglobine basse  
67 et donc les médecins nous demandent de prendre l'initiative de convoquer cette personne  
68 automatique et de réserver du sang à l'EFS et là actuellement comme il y a une mise en doute  
69 de notre statut, fonction au quotidien, et bh on ne prend plus ces initiatives de la même façon.

70 **Alexia** : Et toi alors, est ce que tu arrives à prendre du recul sur ces difficultés que tu  
71 rencontres ?

72 **IDE 4** : Bh du coup, là du fait qu'on est en difficulté on prend du recul car oui en effet on va  
73 peut-être trop loin dans nos initiatives, et là ça nécessite l'objet d'une réunion sans doute mais  
74 là elle est fondamentale car nous on fait ça pour le confort voire même le bien être du patient...  
75 et si on commence réellement à rencontrer des difficultés, le patient va endurer cette situation.  
76 On se remet donc en question en ce moment dans notre posture professionnelle.

77 En règle générale après je ne prends pas de recul, car une fois que je rentre chez moi, tous les  
78 patients sont chez eux, enfin tu vois je veux dire ils ne sont pas hospitalisés ou autre. Donc  
79 j'arrive à faire le vide. Après, je ne prends pas de recul non plus sur ma pratique professionnelle  
80 car je sais que je maîtrise mon soin. Tu l'as vécu en stage ici à l'HDJ, le soin est toujours le  
81 même. Même toi à la fin tu le maîtrisais et le faisais comme une experte (rire) il a beau être le  
82 même tous les jours, il ne nécessite pas pour moi une prise de recul car je pique, j'ai mon reflux  
83 sanguin, je dépique et c'est fini. Je vais plus être centrée sur la personne, sur les effets  
84 secondaires ou quoi.

85 **Alexia** : C'est parfait, donc là on va rebondir sur le soin qui est toujours le même. Moi, dans  
86 mon mémoire j'ai appelé ça le soin répétitif ou routinier. Voici ma question : Penses-tu faire  
87 des soins répétitifs ?

88 **IDE 4** : Oui, oui oui ! Alors pour le soin, euuuuh le soin technique oui, parce qu'on est dans un  
89 fonctionnement où on doit travailler vite puis bon au fur et à mesure de l'expérience aussi il y  
90 a des mécanismes qui se mettent en place, on ne réfléchit même plus à ce qu'on fait parce qu'on  
91 le fait de manière automatique. Ce n'est pas terrible car on ne prend pas de temps à se  
92 questionner sur ce soin robotisé mais en même temps il est maîtrisé, il est toujours le même. On  
93 est des petits robots sur le soin, je veux dire par là qu'on pique, on dépique, on prend toujours  
94 le même matériel, c'est toujours le même soin mais ce soin il est maîtrisé et donc il laisse du  
95 temps pour se détacher, ça nous permet un petit peu d'être plus disponible dans un coin de notre  
96 tête à la personne, à ses difficultés, euh, ou alors ça peut être aussi des choses positives, des  
97 partages positives, sur la vie de famille, des projets. C'est l'avantage de l'expérience qui permet  
98 dans un coin de ton cerveau de te dire je maîtrise mon soin technique donc je vais pouvoir être  
99 attentive à mon patient, plus de disponibilités. Donc pour moi Oui je fais des soins répétitifs,  
100 dans chaque chambre je vais réaliser le même geste, c'est vraiment un soin robotisé, il est  
101 répétitif d'une chambre à une autre. C'est facile à l'HDJ c'est soit une pose d'aiguille de Huber,  
102 soit une pose de VVP pour une transfusion mais au-delà de ce soin routinier, il y a un patient !  
103 Chaque patient est différent donc chaque soin l'est aussi, on y découvre une histoire, une vie !  
104 Alors on réalise notre soin par automatisme ça c'est une évidence mais la relation avec chacun  
105 est différente. C'est la richesse de notre métier. Après tu vois, ces habitudes que j'ai, me  
106 permette d'avoir, donc oui je fais un soin routinier mais il ne l'est pas pour moi car le patient  
107 auquel je m'adresse à chaque fois est différent. Mais en même temps j'ai envie de rebondir, j'ai  
108 le temps ?

109 **Alexia** : Oui bien sûr, on a tout notre temps ahah, je suis complètement à ton écoute

110 **IDE 4** : Alors super ! Pour moi une maîtrise de son soin entraîne une meilleure qualité du soin  
111 c'est-à-dire (rire) Si tu ne maîtrises pas ton soin, tu as moins de temps à consacrer au patient,  
112 car tu te concentres sur la sphère soin technique, tu vas être absorbée par ce soin qui te demande  
113 de la rigueur et de la dextérité alors que si tu le maîtrises mais en même temps tu le maîtrises  
114 avec de l'expérience et par habitude de le pratiquer on est d'accord ?

115 **Alexia** : Oui oui.

116 **IDE 4** : Donc si tu as l'habitude de faire ton soin, que chaque jour il est le même comme ici à  
117 l'HDJ, et bien je veux dire par là que tu vas pendant la préparation de ton soin, te concentrer  
118 sur le patient, pouvoir lui poser des questions ou tout simplement avoir un échange. Donc selon  
119 moi la maîtrise, l'habitude ou je ne sais pas comment tu peux appeler cela peut améliorer la  
120 qualité du soin

121 **Alexia** : Tu viens de répondre exactement à la question que j'allais te poser, c'est incroyable  
122 (rire)

123 **IDE 4** : C'était quoi ta question ?

124 **Alexia** : Alors, Est-ce que selon toi, les habitudes professionnelles peuvent influencer la qualité  
125 du soin/ la pratique professionnelle ?

126 **IDE 4** : Je peux encore te dire des choses si tu souhaites ?!

127 **Alexia** : Si tu peux rebondir c'est encore mieux pour moi, je suis à ton écoute !

128 **IDE 4** : Euuuh. ... Il faut savoir que si tu ne te poses pas de questions sur tes habitudes ça peut  
129 être très dangereux. Il faut toujours avoir un regard ou être attentive à quelque chose qui peut  
130 t'alerter ! On ne peut pas agir comme des machines il y a des limites ! D'ailleurs les machines  
131 quand elles ont un souci, elles se mettent sur pause ! Nous, on n'est pas des machines, on  
132 fait des soins par automatisés c'est vrai mais qui sont bénéfiques pour le patient, et on sait agir  
133 quand il y a une urgence. Donc, les habitudes d'un autre côté améliorent la qualité du soin car  
134 comme je te disais tout à l'heure le soin est maîtrisé, donc c'est un réconfort pour le soignant  
135 mais aussi pour le patient de voir que tu maîtrises ton soin. Le fait de te sentir sûr, les gens se  
136 sentent rassurés donc forcément la qualité du soin peut-être que bonne. Faut pas se voiler la  
137 face, la santé c'est un rendement minimum, surtout nous en hôpital de jour, mais si ce n'est pas  
138 dit et ce n'est pas écrit c'est évident.

139 **Alexia** : Je pose cette question maintenant car je n'ai pas pu le faire avant (rire) Penses-tu que  
140 sans cette prise de recul on peut banaliser la personne soignée ?

141 **IDE 4** : Moi je n'arrive pas à banaliser, personnellement je n'arrive pas à banaliser le patient  
142 parce qu'à partir du moment tu t'adresses à quelqu'un euuh, c'est comme si t'étais dans un...  
143 c'est vrai que nous sommes très pressés car on a une pression, mais on essaie au mieux de se centrer  
144 sur la personne afin de ressentir celle qu'elle vit, ses attentes et euh, son vécu quoi aussi. Donc  
145 du coup non, moi chaque fois que je suis avec un patient, en tête à tête, j'essaie de lui montrer  
146 qu'il est au centre du soin. J'essaie de rester au maximum dans le vivant, dans l'humain malgré  
147 ce soin technique, ces automatismes qu'on a, le patient est au cœur, est au centre de nos soins.  
148 Particulièrement ici, il a un cancer, il a besoin de parler, d'échanger, donc le soin technique  
149 c'est primordial de le connaître et de savoir le faire pour prendre en charge ton patient, mais il  
150 me semble que dans ce service particulièrement on arrive à placer l'humain avant le soin  
151 technique et c'est ce que j'aime.

152 Donc pour moi je ne banalise pas mon patient même si je ne suis pas dans la prise de recul car  
153 je maîtrise mon soin et je donne toute la place à la relation soignant-soigné comme on dit.

## Annexe VIII : Grille d'analyse des entretiens

Thème / <u>Sous</u> <u>thème</u>	Cadre de référence	IDE 1 HEMODIALYSE	IDE 2 USLD	IDE 3 EHPAD	IDE 4 HDJ ONCO/ HEMATO
<p><b>Approche du soin /</b></p> <p><b><u>Le soin</u></b></p>	<p>« Attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose »</p> <p>« Des soins d'une très grande qualité technique ou scientifique peut être prodigués dans l'oubli de la singularité et de la sensibilité de la personne à laquelle ils se destinent. En telle circonstance, si la qualité des actes posés</p>	<p>« Apporter un soin pour moi c'est apporter quelque chose... ce n'est pas guérir » <b>L78-79</b></p> <p>« Mais on sait entre nous que c'est le patient qui est au centre du soin ». <b>L83-84</b></p> <p>« On doit faire des soins, on doit maîtriser un acte technique mais on ne doit pas oublier pourquoi on fait le soin, mais aussi que nous sommes face à des</p>	<p>« Les jours se ressemblent en EHPAD, les résidents ont des habitudes, nous en tant que soignants on se plie, si je peux dire ça, souvent à leurs habitudes afin de leur faire ce plaisir ». <b>L64-66</b></p> <p>« L'humain dans nos soins est le cœur de notre métier ». <b>L 92</b></p>	<p>« Je trouve important de le répéter le patient est au cœur de cette prise en charge, sans patient il n'y aurait pas de soin donc il faut faire des soins un grand oui, mais faire des soins pour faire des soins un grand non ! ». <b>L103-105</b></p>	<p>« Tu appliques ce que le médecin te demande de faire, car on est des exécutants mine de rien, on exécute des prescriptions ». <b>L33-34</b></p> <p>« Il ne nécessite pas pour moi une prise de recul car je pique, j'ai mon reflux sanguin, je dépique et c'est fini. Je vais plus être centrée sur la personne, sur les effets secondaires ou quoi ». <b>L82-84</b></p>

	<p><i>ou des soins donnés est présente, celle de l'attention à la personne, en revanche, manquera parfois douloureusement aux destinataires mêmes de ces actes de soins »</i></p> <p><i>« Mettre plus de soins dans les soins »</i></p>	<p>patients, même je dirai des humains ». <b>L111-113</b></p> <p>« Pour moi de maîtriser un soin, ça va me permettre de me détacher de cet aspect très technique qui au début nous prend beaucoup de temps pour plaisanter avec le patient, pour euh... le mettre à l'aise, lui explique ce que je fais, donc la maîtrise de mon geste me permet d'instaurer une vraie relation de soin avec mon patient ». <b>L158-162</b></p>			<p>« Mais au-delà de ce soin routinier, il y a un patient ! Chaque patient est différent donc chaque soin l'est aussi, on y découvre une histoire, une vie ! Alors on réalise notre soin par automatisme ça c'est une évidence mais la relation avec chacun est différente ». <b>L102-105</b></p> <p>« Pour moi une maîtrise de son soin entraîne une meilleure qualité du soin ». <b>L110</b></p> <p>« Le fait de te sentir sur, les gens se sentent se rassurer donc forcément la qualité du soin peut-être que bonne ». <b>L135-136</b></p>
--	---	---	--	--	--

					<p>« Chaque fois que je suis avec un patient, en tête à tête, j'essaie de lui montrer qu'il est au centre du soin. J'essaie de rester au maximum dans le vivant, dans l'humain malgré ce soin technique, ces automatismes qu'on a, le patient est au cœur, est au centre de nos soins ».</p> <p><b>L145-147</b></p> <p>« Dans ce service particulièrement on arrive à placer l'humain avant le soin technique et c'est ce que j'aime ». <b>L 150-151</b></p>
--	--	--	--	--	--

Thème/ sous thème	Cadre de référence	IDE 1 Hémodialyse	IDE 2 USLD	IDE 3 EHPAD	IDE 4 HDJ ONCO/ HEMATO
<p><b>Approche du soin /</b></p> <p><b><u>La routine des soins</u></b></p>	<p>Une habitude par définition est une « <i>Aptitude à accomplir avec facilité et sans effort particulier d'attention tel ou tel genre d'actions, acquise par une pratique fréquente, l'exercice, l'expérience</i> ».</p> <p>« Elle est cette puissance de facilitation qui rend nos gestes plus sûrs, mieux adaptés à la situation où ils s'insèrent, et c'est son caractère innovant qui devient sa marque de fabrique »</p>	<p>« On va être dans une répétition brancher, débrancher, piquer, dépiquer, [...] comme des petits robots, on monte des machines et démonte des machines ». <b>L5-6</b></p> <p>« Même si on est sur des automatismes dans notre façon de travailler parce que c'est toujours les mêmes soins... » <b>L23-25</b></p> <p>« On fait des soins répétitifs au quotidien ». <b>L100</b></p>	<p>« On sait que tel patient a tel médicament à telle heure, que le patient d'à côté c'est tel traitement, ça devient un automatisme ». <b>L41-42</b></p> <p>« Je me suis déjà aperçu que je prépare les médicaments par automatisme ». <b>L 43-44</b></p> <p>« La distribution des médicaments est vraiment l'acte répétitif du service et qu'on rentre vite dans un soin robotisé ». <b>L45-47</b></p>	<p>« Ici en EHPAD on fait des soins qui sont toujours mais alors vraiment toujours, toujours les mêmes ». <b>L52-53</b></p> <p>« Les habitudes ce n'est vraiment pas bon, c'est comme la routine dans la vie quotidienne ». <b>L55-56</b></p> <p>« Faire des soins par habitudes entraîne des automatismes et ça c'est vraiment mais vraiment pas bon ». <b>L60-61</b></p>	<p>« Le soin technique oui [...] puis bon au fur et à mesure de l'expérience aussi il y a des mécanismes qui se mettent en place ». <b>L88-90</b></p> <p>« Ce soin robotisé mais en même temps il est maîtrisé, il est toujours le même » <b>L92</b></p> <p>« Oui je fais des soins répétitifs, dans chaque chambre je vais réaliser le même geste » <b>L99-100</b></p>

Thème	Cadre de référence	IDE 1 HEMODIALYSE	IDE 2 USLD	IDE 3 EHPAD	IDE 4 HDJ ONCO/ HEMATO
<p><b>Approche du soin /</b></p> <p><b><u>La perte du sens du soin</u></b></p>	<p>« <i>La banalisation de l'humain, c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité</i> ».</p> <p>« <i>Il ne suffit pas de bien faire tout ce qu'il y a à faire pour que l'humain soit bien traité, se sente bien traité [...]. Le souci de bien faire peut conduire, si l'on n'y prend garde – si l'on ne déploie pas une vigilance tant individuelle que</i></p>	<p>« Des soignants qui vont être dans l'automatisme, dans des soins robotisés comme j'appelle ça et la tâche sera parfaitement réalisés mais je me demande où est l'humain ? <b>L121-123</b></p> <p>« Pour avoir été patiente, la personne qui est en face de toi et qui fait « tututututut » (elle mime, et elle dit : « Je fais une personne qui fait quelque chose sans réfléchir ») et donc elle ne va pas réfléchir ni à son soin, ni à la personne</p>	<p>« Car on ne se pose pas de question ». <b>L 42-43</b></p>	<p>« C'est mauvais (la routine) car on ne réfléchit plus, on en perd le sens de notre soin, on banalise, on oublie pourquoi on le fait et on oublie la personne, et ça c'est grave parce que la personne est au cœur de nos soins, sans elle, on ne soignerait pas tu vois ! ». <b>L66-69</b></p> <p>« On fait pour faire ». <b>L113-114</b></p> <p>« Avec le manque de temps, l'usure du professionnelle et le manque d'effectif, il se peut que le soignant rentre dans cette spirale</p>	<p>« On ne réfléchit même plus à ce qu'on fait parce qu'on le fait de manière automatique [...] on ne prend pas de temps à se questionner sur ce soin robotisé mais en même temps il est maîtrisé, il est toujours même ». <b>L 90-92</b></p> <p>« On ne peut pas agir comme des machines il y a des limites ! D'ailleurs les machines quand elles ont un souci, elles se mettent sur pause ! ». <b>L130-131</b></p>

	<p><i>collective –, à oublier, à négliger l'humanité de l'autre lorsque la préoccupation de bien faire supplante la préoccupation des personnes à qui l'on fait ce que l'on a à faire ».</i></p> <p><i>« Cette négligence ne procède pas d'une intention malfaisante mais s'inscrit dans une forme d'oubli, un manque de réflexion quant à la finalité même de tous les actes de soins ».</i></p> <p><i>Le travail du soignant peut parfois être très « répétitif, enchainant</i></p>	<p>qu'elle a en face d'elle. Elle peut maîtriser son soin mais encore une fois où est la personne malade ?? ça m'interroge vraiment ça ! ». <b>L154-158</b></p> <p>« Car ne pas réfléchir et faire des soins pour faire des soins entraîne pour moi un oubli de l'humain et donc on le banalise OUI ». <b>L176-177</b></p>		<p>d'automatisme et qu'il ne pense plus son soin et même sa posture professionnelle ». <b>L164-166</b></p> <p>« On vient travailler pour travailler, faire des soins pour faire des soins et on en perd le sens de nos soins. Je te parle de mes observations, de mon vécu et surtout de la réalité du terrain ». <b>L173-174</b></p>	
--	---	--	--	---	--

	<i>toilette sur toilette, repas sur repas, coucher sur coucher ».</i>				
--	---	--	--	--	--

Thème	Cadre de référence	IDE 1 HEMODIALYSE	IDE 2 USLD	IDE 3 EHPAD	IDE 4 HDJ ONCO/ HEMATO
<b><u>La réflexivité</u></b>	<p>« Un professionnel capable d'une distance avec sa propre pratique au prix d'une réflexion permanente qui devient une seconde nature ; c'est le contraire de l'exécutant »</p> <p>« Capable d'analyser sa pratique, de justifier ses choix d'affirmer, de donner du sens et de se positionner »</p> <p>« Le métier devient une profession lorsque se développe une attitude</p>	<p>« On a les gens qui viennent d'onco [...] et se mettent en insuffisance rénale [...] ça nous permet de ne pas rester ankyloser dans nos habitudes ». <b>L17-20</b></p> <p>« Moi, parfois je ne me suis pas trouvée soignante, je pense que je serai plus soignante à lui faire un massage, à l'aider à se détendre, à calmer ses douleurs, à l'aider à partir comme ça ...». <b>L55-57</b></p> <p>« Ces situations-là me pose des questions et donc</p>	<p>« On se questionne sur le fait de comment faire face à des refus de troubles cognitifs ». <b>L30-31</b></p> <p>« Je trouve que le questionnement est une compétence importante de l'infirmière ». <b>L70-71</b></p> <p>« Quand je rentre chez moi, je me refais toute ma journée, ce que j'aurai pu faire à la place de, comment j'aurai pu le faire, ce que j'ai pu oublier ». <b>L77-78</b></p>	<p>« Je pourrai te parler des nouvelles techniques de soins qui me questionne, car tu vois dans l'établissement on a du retard sur les soins techniques de dernière génération ». <b>L16-18</b></p> <p>« Comment prendre soin si je ne suis pas formée ? Comment on peut soulager quelqu'un si on n'a pas les moyens ? ». <b>L31-32</b></p> <p>« On se réunit quelquefois, afin de pouvoir échanger autour d'une situation plus particulièrement d'un soin qui nous a questionné ». <b>L39-41</b></p>	<p>« Je me questionne sur le choix des chimiothérapies lourdes sur les gens âgées ». <b>L13</b></p> <p>« Je me suis retrouvée face à ce papi, avec pas de force, beaucoup d'effets secondaires et il a fallu que je lui passe une chimio lourde [...] alors qu'au vue de son état et de mon point de vue cela allait l'affaiblir encore plus. [...] la chimiothérapie a été demandé et je l'ai réalisé mais tous le long du traitement je me suis demandée si on ne pouvait pas moduler... ce n'est pas</p>

	<p><i>réflexive et autonome du professionnel »</i></p> <p><i>« Une pratique qui n'est pas évaluée est une pratique qui ne peut évoluer ».</i></p> <p><i>« La posture réflexive passe par un aller-retour permanent entre la théorie et une réelle pratique, donnant à cette pratique purement intuitive ou maîtrisée par des habilités ou acquise « sur le tas » la compréhension des gestes, la réflexion sur ses propres agir et ceux de l'autre. Cet</i></p>	<p>m'amène à une réflexion personnelle mais également en équipe ». <b>L76-77</b></p> <p>« Et se dire : qu'est ce qui est le mieux pour le patient, écouter aussi ce que le patient veut, et ce qui me pose question c'est quand on ne respecte pas la volonté du patient, mais aussi la volonté de la famille ». <b>L81-83</b></p> <p>« Je suis en perpétuelle remise en question sur mon asepsie, est ce que je réalise bien mon protocole ? <b>L104-105</b></p> <p>« Par exemple, j'ai souvent un monsieur qui est</p>	<p>« Je me dis que j'aurai pu faire comme ça et pas comme je l'ai fait, et le soin se serait peut-être mieux passé ! ». <b>L83-84</b></p>	<p>« On en parle, on fait des recherches et on se questionne en groupe et ces moments son riche en échange ». <b>L44-45</b></p> <p>« Il faut toujours, toujours se questionner et ne jamais oublier le sens du soin mais surtout l'humain face à nous ». <b>L57-58</b></p> <p>« Il faut se remettre en question régulièrement ». <b>L58-59</b></p> <p>« Il faut être dans la remise en question, il faut réfléchir au pourquoi du comment ». <b>L69-70</b></p>	<p>de mon ressort bien sûr mais voilà, ça me questionne énormément ». <b>L19-25</b></p> <p>« Mon questionnement va loin, mais en même temps, il faut se questionner sur ses soins, c'est important. » <b>L37-38</b></p> <p>« Il nous faudrait du temps pour analyser nos pratiques professionnelles, on est beaucoup le nez dans le guidon, on n'a pas de temps de recul pour revivre, penser, réfléchir ect... ». <b>L42-44</b></p> <p>« Il ne faut pas oublier de penser son soin, il ne faut pas être seulement des petits exécutants d'une prescription</p>
--	---	--	---	--	---

	<p><i>aller-retour théorie/pratique s'installe dans le dosage d'un dialogue. »</i></p>	<p>malvoyant, et bien je m'approche de lui, lui explique le soin, que je vais le toucher, je vais changer ma pratique et m'adapter à la personne face à moi ou adapter mon discours si je suis face à une personne âgée, une personne jeune ou une personne qui a des troubles cognitifs ». <b>L127-131</b></p> <p>« Et bien, moi j'ai envie de te dire que le jour où je réfléchis plus à mes soins, à ce que je dois faire, pourquoi je le fais et dans quel but et pour qui, et bien je change de métier ! ». <b>L153-154</b></p>		<p>« Il faut juste ne pas oublier de penser son soin et de ne pas oublier les raisons de celui-ci ». <b>L100-101</b></p> <p>« Dans ses soins faut toujours avoir cette position de réflexion de pourquoi je vais le faire et a qui surtout ! Ça va ? Je ne suis pas partie trop loin ? ». <b>L125-126</b></p> <p>« Pour moi, une infirmière doit sans cesse réfléchir sur son savoir pour améliorer ses soins tu vois ? ». <b>L140-141</b></p> <p>« Je pense que d'avoir une posture réflexive est importante en étant soignant, prendre du recul sur sa pratique ». <b>L148-149</b></p>	<p>médicale. C'est pour ça que bh., j'apprécie d'avoir des étudiants car il te ramène toujours à un temps réflexion sur ton savoir, sur ta pratique, lorsque vous n'êtes pas là, bh., comme je te disais on a la tête dans le guidon, on n'a pas le temps ». <b>L47-51</b></p> <p>« Si tu ne te poses pas de questions sur tes habitudes ça peut être très dangereux. Il faut toujours avoir un regard ou être attentive à quelque chose qui peut t'alerter ! ». <b>L128-130</b></p>
--	--	--	--	--	--

		<p>« Pour moi être infirmière c'est de devoir être toujours dans la réflexion sur sa pratique professionnelle ». <b>L164-165</b></p> <p>« Il faut se questionner sur ses soins, ce qu'on fait, comment on le fait, et surtout l'intérêt pour le patient ! ». <b>L174-175</b></p>		<p>« La prise de recul est un temps de réflexion [...] dans notre pratique elle est nécessaire, c'est même indispensable de le faire régulièrement ». <b>L155-157</b></p> <p>« Je pense que parfois il devrait y avoir des temps pour cette réflexion afin d'améliorer le bien-être du résident, de l'équipe, des soins et donc de sa posture et pratique professionnelle mais c'est compliqué. » <b>L177-180</b></p>	
--	--	--	--	---	--

Thème	Cadre de référence	IDE 1 HEMODIALYSE	IDE 2 USLD	IDE 3 EHPAD	IDE 4 HDJ ONCO/ HEMATO
<p style="text-align: center;"><b><u>La</u> <u>déshuman</u> <u>isation</u></b></p>	<p><i>La déshumanisation est « le fait qu'une personne soit objectivée, ou considérée comme un objet ».</i></p>	<p>« Quand le patient peut plus exprimer ses vœux [...] qu'il est en souffrance, qu'il se débat, qu'il dit non, je me demande qu'est-ce que ça va lui apporter une séance de dialyse ! ». <b>L84-86</b></p> <p>« Mais on ne doit pas oublier pourquoi on fait le soin, mais aussi que nous sommes face à des patients, même je dirai des humains ». <b>L 112-113</b></p> <p>« Car ne pas réfléchir et faire des soins pour faire</p>	<p>« Sauf qu'on a des patients qui refuse car ils ne comprennent pas le soin qu'ils doivent recevoir, sauf que malheureusement on le fait quand même (Silence, regard baisser de la soignante) alors que normalement les patients ont le droit de refuser ». <b>L13-15</b></p> <p>« C'est difficile de dire ça mais on leur fait quand même (blanc) donc ça, c'est compliqué parce qu'on va à l'encontre de la volonté du patient ». <b>L16-18</b></p>	<p>« Ces automatismes entraînent un oubli du résident ou du patient, enfin plutôt pourrait entraîner un risque de l'oublier... » <b>L92-94</b></p> <p>« On réfléchît plus pourquoi on le fait, on ne réfléchit pas à la personne en face de nous et donc on en oublie l'humain, on fait pour faire ». <b>L 112-114</b></p> <p>« Car si tu rentres, tu poses les médicaments et tu t'en va il est où l'humain là-dedans ? » <b>L118-119</b></p> <p>« Avec le manque de temps, l'usure du professionnelle et le</p>	<p>« Je veux dire par là, qu'on est là pour faire des soins certes mais le côté humain est là où là-dedans ? » <b>L34-35</b></p> <p>« Donc pour moi je ne banalise pas mon patient même si je ne suis pas dans la prise de recul car je maîtrise mon soin et je donne toute la place à la relation soignant et soignée comme on dit. » <b>L152-153</b></p>

		<p>des soins entraîne pour moi un oubli de l'humain et donc on le banalise OUI ». <b>L176-177</b></p>	<p>« C'est compliqué de forcer car au final on doit aller faire le soin à 2 soignants, euh... et on n'est pas forcément dans la bienveillance (silence) ». <b>L19-20</b></p> <p>« Ça demande qu'on se questionne sur nos soins mais parfois au vu de leur état on fait le soin sans réfléchir ». <b>L28-29</b></p>	<p>manque d'effectif, il se peut que le soignant rentre dans cette spirale d'automatisme et qu'il ne pense plus son soin et même sa posture professionnelle ». <b>L164-166</b></p> <p>« C'est la réalité du terrain, et on oublie, enfin il y a un risque qu'on oublie l'humain, c'est réel... ! ». <b>L175-176</b></p> <p>« C'est souvent la charge de travail qui fait qu'on oublie la personne. » <b>L186-187</b></p> <p>« On est face à des soignants épuisés, avec une lourde charge de travail, des résidents et des familles exigeantes... ce qui entraîne un peu moins de vigilance, un peu moins</p>	
--	--	---	--	---	--

				<p>d'attention et de disponibilité pour les résidents. » <b>L187-190</b></p> <p>« C'est souvent la charge de travail qui fait qu'on oublie la personne. [...] on est face à des soignants épuisés, avec une lourde charge de travail, des résidents et des familles exigeantes... ce qui entraîne un peu moins de vigilance, un peu moins d'attention et de disponibilité pour les résidents ». <b>L186-190</b></p> <p>« On ne peut pas parler de maltraitance enfin quoi que... mais bon quand on oublie l'humain on appelle ça comment ? c'est une forme pour moi tu vois ? Ou alors on parle de négligence pour pas</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>parler de maltraitance ». <b>L195-197</b></p> <p>« Il est important de passer la main à sa collègue car on peut vite arriver à des formes de maltraitance, ne jamais oublier la raison de pourquoi on fait les soins mais surtout à qui on les prodigues ». <b>L201-203</b></p>	
--	--	--	--	--	--

Thème	IDE 1 HEMODIALYSE	IDE 2 USLD	IDE 3 EHPAD	IDE 4 HDJ ONCO/ HEMATO
<u>Autres</u>	<p>« Avec le temps et l'expérience je maîtrise mes soins techniques, du coup je suis en perpétuelle remise en question sur mon asepsie, est ce que je réalise bien mon protocole ? ». <b>L103-105</b></p>	<p>« Les traitements ont changés et donc ça peut entrainer une erreur ». <b>L48-49</b></p> <p>« La routine, n'est pas forcément négative, au contraire je pense qu'elle est positive car du coup on maîtrise notre soin technique ou autre et on a du temps pour le reste, enfin je veux dire pour le patient quoi ». <b>L71-73</b></p>	<p>« Pour moi l'habitude va de pair avec l'expérience ». <b>L136</b></p> <p>« On maîtrise son soin, il est mieux pratiqué [...], donc on a plus de temps pour le résident donc ça peut améliorer la qualité du soin ». <b>L137-139</b></p> <p>« Le manque de temps, et l'effectif usent le professionnel, et impacte la qualité de son soin ». <b>L166-167</b></p> <p>« Un plein de facteurs qui je pense amène le soignant dans un épuisement professionnel et on associe à ça les automatismes et la... on perd tout ». <b>L 168-170</b></p>	<p>« Malheureusement du temps on n'en a pas ». <b>L54</b></p> <p>« On a un gros problème d'organisation médicale (à l'hôpital), qui fait que forcément ça a une incidence après sur notre fonctionnement ». <b>L55-56</b></p> <p>« Après, je ne prends pas de recul non plus sur ma pratique professionnelle car je sais que je maîtrise mon soin. <b>L79-80</b></p> <p>« Au fur et à mesure de l'expérience aussi il y a des mécanismes qui se mettent en place ». <b>L89-90</b></p>

			<p>« J'essaie de faire au mieux pour rester la plus humaine possible mais je dépends de l'organisation de mon établissement... et parfois ce n'est pas facile ! C'est difficile à régler, ça ne dépend pas de nous ! ». <b>L190-192</b></p>	<p>« C'est l'avantage de l'expérience qui permet dans un coin de ton cerveau de te dire je maîtrise mon soin technique donc je vais pouvoir être attentive à mon patient, plus de disponibilités ». <b>L97-99</b></p>
--	--	--	---	---

**Résumé : La pratique réflexive, un attribut essentiel de la compétence professionnelle.**

Dans la vie de tous les jours, le soignant est confronté à faire des soins d'aspect répétitif dans sa pratique professionnelle. Lors de mes stages, j'ai pu observer des situations de soins qui m'ont amenée à me questionner sur l'impact que pouvait avoir la routine des soins sur la réflexivité du soignant et sa prise en soin.

Afin de mener à bien ce travail de fin d'études, j'ai dans un premier temps effectué de multiples recherches pour construire mon cadre de référence. Dans le cadre de la phase exploratoire, j'ai réalisé des entretiens semi-directifs auprès de quatre professionnels de santé dans différents services de soins. Cette phase m'a permis de constater des convergences entre la théorie et la pratique des professionnels.

Il ressort de ces entretiens que l'expérience professionnelle permet de faire les soins par mécanismes, de les maîtriser et de laisser donc plus de place au patient. En prenant en compte ce nouvel élément, ma recherche se poursuit en s'interrogeant sur : En quoi l'expérience professionnelle influence-t-elle la posture du soignant ?

**Mots clés** : Soins, Routine, Réflexivité, Banalisation, Expérience professionnelle

**Abstract : Reflective practice, an essential attribute of professional competence.**

In everyday life, the caregiver is faced with repetitive care in his or her professional practice. During my internships, I was able to observe care situations that led me to question the impact that routine care could have on the caregiver's reflexivity and care.

In order to carry out this end of course assignment, I first did a lot of research to build my reference framework. Within the framework of the exploratory phase, I conducted semi-directional interviews with four health professionals in different care settings. This phase allowed me to observe convergences between the theory and practice of professionals.

These interviews show that professional experience makes it possible to do care by mechanisms, to control it and thus to leave more room for the patient. Taking this new element into account, my research continues by questioning : To what extent does work experience influence the caregiver's posture ?

**Key-words** : Care, Routine, Reflexivity, Banalization, Professional Experience