

UE 5.6

ANALYSE DE LA QUALITÉ ET TRAITEMENT DES DONNÉES SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES

Dis-moi comment tu analyses ta pratique, je te dirai quel sens tu donnes aux soins.



Cette illustration a été générée à l'aide d'une intelligence artificielle dans un objectif de support réflexif et non de production scientifique

Martinez Valéry

Promotion 2023/2026

Directeur de mémoire : Mr Collet Bernard

Date : 20/05/2026

Table des matières

I SITUATION D'APPEL	2
II QUESTIONNEMENT	4
III QUESTION DE DÉPART	6
IV CADRE DE REFERENCE	6
4.1 Le soin, approche notionnelle.....	6
4.1.1 Le soin, besoin vital.....	6
4.1.2 Le soin, une relation	7
4.1.3 Le soin, un besoin singulier	8
4.1.4 Le soin, une attention complexe	9
4.2 Le sens et sa définition.....	9
4.2.1 Le sens et les 5 sens.....	10
4.2.2. Le sens : une direction ou plusieurs ?	10
4.2.3 Le sens, le pourquoi.....	11
4.3 De la banalisation du soin à la banalisation de l'humain	12
4.3.1 Comprendre les origines de la banalisation du soin.....	12
4.3.2 Le processus de glissement vers la banalisation.....	13
4.3.3 Les facteurs favorisant la banalisation.....	14
4.3.4 Conséquences pour le soignant	15
4.3.5 Conséquences pour le patient.....	16
4.4 La prise de recul : une posture réflexive professionnelle	16
4.4.1 De l'apprenant au professionnel : une évolution constructive	18
4.4.2 Analyse des pratiques professionnelles.....	18
4.4.3 Les moments de la réflexion	19
4.4.4 Les champs de réflexion du soignant	20
4.4.5 La pratique réflexive au service de soins de qualité.....	21
V SYNTHÈSE DU CADRE DE REFERENCE	22
VI ENQUÊTE EXPLORATOIRE.....	22
VII METHODOLOGIE.....	22
7.1 Choix et construction de l'outil de l'enquête	22
7.2 Choix des populations et des lieux	23
7.3 Modalités de réalisation et déroulement des entretiens	23

7.4 Difficultés rencontrées	23
7.5 Traitement des données recueillies.....	24
VIII ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES	25
8.1 Synthèse de l'entretien N° 1 avec Janis	25
8.2 Synthèse de l'entretien N°2 avec Joplin.....	26
8.3 Synthèse de l'entretien N°3 avec Lou.....	27
8.4 Analyse croisée des entretiens	28
8.4.1 Les activités de soin	28
8.4.2 Les contraintes et la banalisation.....	29
8.4.3 La réflexivité.....	30
IX SYNTHÈSE, LIMITES ET APPORTS.....	31
X PROBLÉMATIQUE	32
XII CONCLUSION	32
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	I
Annexe 1 : Guide d'entretien.....	I
Annexe 2 : Présentation des infirmières questionnées	V
Annexe 3 : Grille d'analyse des réponses	VI
Annexe 4 : Retranscription des entretiens	LXII
Annexe 5 : Demande d'entretiens	CIV
Annexe 6 : Autorisation d'enquête	CV
Annexe 7 : Autorisation de diffusion	CVI

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 ».

« Le soin est un art. Il est unique car il se vit dans l'instant T, entre deux sujets, deux présences.

À chaque geste, je m'interroge : sur le soin que je vais donner, que je donne, ou que j'ai donné. »

Dr Michel Caillol, cours magistral, UE 1.3 S4 Législation Éthique et Déontologie, 2024

REMERCIEMENTS

À toi, mon fils Florian.

Malgré la distance qui nous sépare, mes pensées quotidiennes pour toi m'ont donné la force
de traverser cet océan, de me surpasser, de grandir et d'évoluer

Wǒ ài nǐ 我爱你

À toi, maman, pour ton soutien, tes critiques constructives sur ce travail, ta fierté

Pour être celle qui m'a mis au monde

À notre histoire personnelle, si unique, tel ce mémoire

À mon compagnon Jonathan, resté dans l'ombre

Ton soutien sans faille, ton humour, ton réconfort dans mes moments d'incertitude

Tes délicates attentions m'ont permis de persévérer, de m'épanouir et de garder confiance

À ma famille et mes amis qui n'ont cessé de m'encourager

À ces belles rencontres que cette formation m'a offertes, à nos rigolades et nos efforts dans
nos travaux de groupe

Enfin, je tiens à remercier Mr Collet, sans qui cette aventure n'aurait été possible, pour votre
accompagnement, et la confiance que vous m'avez accordée depuis le premier jour

INTRODUCTION

Il est des mots, des gestes, des échanges, des regards ou bien encore des situations qui laissent une trace dans son vécu professionnel... et donc parfois dans son vécu personnel.

Ces évènements, au fil des jours et des soins, nous marquent comme des cicatrices intellectuelles, comme un rappel permanent. Que ce soit la pathologie, le contexte médical, l'entourage du patient ou bien notre capacité à donner, recevoir ou à vivre la situation, lors du soin nous sommes deux, et puis trois avec le soin lui-même. Il y a le soignant et le soigné. Il y a le prendre soin et le soigner. Et il y a le soin, notre trait d'union.

Ce trait d'union, ce mot si petit qui prend toute sa grandeur lorsqu'il est réalisé, car c'est à ce moment-là qu'il existe. Car avant de le réaliser il n'est qu'intention, et par la suite, il n'en reste qu'une trace. Mais encore faut-il lui donner du sens, sinon à quoi sert-il ?

Aide-soignante depuis vingt ans, j'ai prodigué une quantité incalculable de soins. Ces soins étaient parfois techniques, parfois relationnels... et puis je suis sortie de ma zone de confort et je me suis lancée pour devenir infirmière. Avec le recul je réalise que lorsque j'étais aide-soignante, je prêtais peu d'attention à la dimension profonde du soin. Je les réalisais, attendant bien entendu un résultat, sans toujours pour autant m'interroger sur le « sens » de mon geste.

Et puis il a fallu ce jour. Premier stage de deuxième année. La consigne : relever une situation particulière et l'analyser. Ce jour-là, cette situation me fit prendre conscience avec recul de ma propre manière de soigner. C'est alors que cela ouvrit une brèche : celle de la réflexion sur le soin. Plus qu'un acte, un geste ou une parole, le soin est une posture, un échange.

Afin de répondre à la question de départ, ce travail s'organise en trois parties complémentaires. En premier lieu je définirai le soin pour explorer la dimension humaine relative aux échanges créés lors de celui-ci, ainsi que le sens qui lui est donné. En deuxième partie j'analyserai la banalisation du soin, par quel processus elle rentre insidieusement dans nos pratiques, quels sont les facteurs de risque et quelles en sont les conséquences à la fois pour le patient et le soignant. Enfin, la troisième partie me permettra de montrer en quoi la prise de recul constitue une réponse essentielle à cette banalisation et à trouver des pistes qui pourraient permettre d'y remédier et ainsi lui redonner tout son sens. Cette réflexion s'appuie sur des apports théoriques

issus de la littérature professionnelle ainsi que sur une analyse réflexive de la pratique infirmière.

I SITUATION D'APPEL

Je réalise ce premier stage de ma deuxième année d'étudiante infirmière en Maison d'Accueil Spécialisée.

Il s'agit d'un lieu de vie permanent pour adultes en situation de handicap physique ou mental.

Dans cette structure, est à disposition un salon d'apaisement capitonné afin de laisser un résident se reposer en cas de crise d'agitation, pour sa sécurité et celle des autres résidents.

Je vais évoquer la situation de Mr A, 56 ans, admis en 2019. Ce monsieur présente dans ses antécédents des troubles autistiques, des crises d'épilepsie, un retard mental avec contact et langage limité.

Cependant, Mr A présente des périodes d'agitation psychomotrice de manière régulière. L'équipe n'arrive pas à identifier les facteurs déclenchants ces crises. Mr A n'arrivant pas à s'exprimer, l'équipe émet l'hypothèse que des causes somatiques, environnementales, contextuelles, ou une mauvaise tolérance à la frustration pourraient conduire à ces crises.

Alors qu'il est dans un temps calme, il peut se mettre soudainement à avoir un comportement auto ou hétéro agressif, frapper les autres résidents, leur jeter du mobilier dessus, comme des chaises par exemple.

En cas d'agitation trop importante, il est conduit en salon d'apaisement.

Les premiers jours de mon arrivée dans le service, Mr A est calme. Plusieurs jours après le début de mon stage, alors que l'équipe est réunie pour les transmissions de la mi-journée, nos bippers se mettent à vibrer et sonner.

Je vois alors l'équipe complète se lever spontanément et se diriger en courant vers le grand salon. Je leur emboîte le pas, machinalement.

Je découvre Mr A couché au sol, la personne en charge de la surveillance du salon sur lui, lui maintenant fermement les avant-bras et évitant ses coups de pieds. L'équipe entière se mobilise autour de Mr A afin de tenter de maîtriser ses gestes. Une soignante crie : « attention, il peut

mordre, mettez-lui son tee-shirt sur la bouche ! ». Un soignant lui bâillonne alors la bouche avec son tee-shirt, un autre lui retire ses chaussures.

En quelques secondes Mr A est « maîtrisé ». Il est alors conduit en salon d'apaisement, dans lequel il reste jusqu'à ce que sa crise cesse. La cadre et la psychiatre sont averties. Toutes les cinq minutes l'infirmière vient vérifier au travers du hublot son état d'agitation.

Ce jour-là, Mr A reste au salon une heure, puis calmé, il rejoint les autres résidents.

Mr A est placé très régulièrement au salon d'apaisement.

Durant mon stage de cinq semaines, j'évalue cette fréquence à au moins quatre ou cinq fois par semaine.

Chaque fois qu'il en ressort, les soignants nettoient le salon puis le laissent retourner vaquer à ses occupations. Comme si rien ne s'était passé. Le protocole du service stipule pourtant qu'il doit être évalué au travers d'un entretien par un psychiatre, mais cela n'est pas réalisé.

Les soignants ne se posent pas de question.

Je prends alors du recul face à ces scènes qui se répètent inlassablement. Au fil des jours, apparaissent des questionnements sur la fréquence des mises à l'isolement de Mr A.

Je demande à l'équipe quel en est l'intérêt, et surtout pourquoi il n'est pas reçu par la psychiatre.

En tant qu'étudiante, je suis spectatrice de la répétition de ces événements. Lorsque je demande à l'équipe si les mises de Mr A au salon sont quantifiées, elle me répond que ce n'est pas le cas. Lorsque je les interroge sur la récurrence de ces mises, leur réponse m'interpelle : « c'est comme ça ».

Émerge alors en moi le sentiment que ce soin, réalisé de cette manière, n'a pas de sens.

Il ne s'agit pas ici de remettre en cause la nécessité ponctuelle de l'isolement, mais d'interroger sa répétition non analysée.

II QUESTIONNEMENT

Je prends alors conscience qu'au final ce soin n'est pas évalué, ni sur le plan qualitatif ni quantitatif. Quant à ce soin, quelle en est l'utilité, s'il n'est pas analysé ? Quel est le sens donné à ce soin ?

D'un point de vue professionnel, je me rends compte qu'il n'a aucune finalité. Dans mon esprit, un soin est personnel, il est donné par un soignant à une personne soignée. Il est unique, et adapté au patient, et chaque soin, même répété reste unique. Selon moi, pour être efficace, un soin se déroule en trois étapes : il y a un avant, un pendant et un après. L'après est de savoir si le soin a été efficace, afin d'ajuster les prochains, ce qui implique une prise de recul, et donc une remise en question. Pourquoi je réalise ce soin, quel en est le but, qu'est-ce que j'en attends ? Ne nous apprend-on pas à analyser le résultat en formation ?

Lorsqu'il s'agit de réaliser une glycémie capillaire, le but n'est-il pas d'en connaître le résultat et d'équilibrer le diabète du patient ? Comment aider M. A à aller mieux et donc faire évoluer son état si l'équipe n'analyse pas les résultats ?

D'un point de vue émotionnel, un soin doit être réalisé avec humanité, donc une de mes valeurs de soignante s'en retrouve bousculée. La deuxième de mes valeurs est elle aussi mise à rude épreuve : la bienveillance. Comment être bienveillant face à la banalisation de ce soin ? Les soins donnés aux patients ne doivent-ils pas être empreints de respect, compassion, empathie, et le patient traité avec dignité ? Face à toutes ces questions que je me pose, des principes d'éthique découlent. M. A est-il pris en charge de manière juste, son autonomie est-elle respectée, la bienveillance et la non-malfaisance sont-elles appliquées ? Mes réflexions m'amènent à une autre question dans cette situation : peut-on parler réellement de soin, ou doit-on parler d'un acte ? Quelle est la différence entre les deux ?

Au-delà de cette situation précise, j'ai également observé mes pairs dans une multitude de situations de soins où cette banalisation et le manque de prise de recul s'installaient. Comme cette infirmière que je vois réaliser un pansement où elle savait par avance qu'elle allait engendrer une douleur insoutenable pour le patient, et que je voyais hurler de douleur. Ses collègues infirmières l'avaient pourtant prévenue. Ne pouvait-elle pas anticiper la douleur qu'elle allait créer en prémédiquant le patient avec un antalgique ? D'ailleurs, le patient lui-

même à la fin de son pansement a demandé à être prémédiqué avec du MEOPA pour les suivants.

Pourquoi ce soin a-t-il lui aussi été banalisé ?

Toutes ces situations que j'observe régulièrement, m'amènent à déduire qu'il faut savoir se remettre en question à chaque soin que nous apportons aux patients. Nous devons éviter la banalisation, et savoir prendre du recul et se remettre en question. Cette prise de recul nous est utile, elle nous permet également de nous autoévaluer dans notre pratique d'infirmier.

Dans ces situations, j'observe une automatisation très fréquente des soins. Je perçois le manque de prise de recul des soignants face à cette routine qui s'installe insidieusement. Cette situation est problématique car l'analyse du soin n'est plus présente. Elle vient alors interroger le sens que l'on donne au soin dans la pratique infirmière.

III QUESTION DE DÉPART

En quoi la banalisation du soin perturbe-t-elle la prise de recul du soignant ?

IV CADRE DE REFERENCE

Ce travail vise à interroger la banalisation du soin et son impact sur la prise de recul dans la pratique infirmière. Pour pouvoir éclairer cette problématique, il est nécessaire d'explorer plusieurs notions.

Dans un premier temps, la notion de soin sera abordée sous plusieurs dimensions. Par la suite, le sens apporté au soin sera exploré, car il est primordial dans la pratique en soins infirmiers. Dans un second temps, la banalisation du soin sera étudiée afin de mettre en lumière son processus et les conséquences pouvant en résulter. Enfin, pour terminer, la notion de prise de recul et la réflexivité permettant aux soignants de questionner leurs pratiques seront examinées.

4.1 Le soin, approche notionnelle

Selon le CNRTL (s.d.), le soin se définit par « *Soucis, préoccupation, relatif à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse* ». Cette même source aborde le soin par « *intérêt, attention que l'on a pour quelqu'un* ». Cette définition fait apparaître l'intérêt que l'on peut porter à une situation, et reste somme toute très large. Ces deux approches n'abordent pas le soin dans le cadre de la pratique infirmière. Cependant, elles permettent de faire émerger les notions d'attention et de situation pouvant s'apparenter aux soins.

L'HAS (2010), quant à elle, définit le soin tel que « *Un acte de soin est un ensemble cohérent d'actions, et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne [...]* ». Cette définition aborde la notion d'un ensemble et d'actions réalisées afin de tenter de rétablir la santé ou bien la maintenir dans une forme de stabilité. L'objectif des soins infirmiers est bien d'améliorer l'état de santé, au mieux d'éviter qu'il ne se dégrade. Quant à cette notion d'ensemble, elle paraît essentielle car le soin se compose d'actes techniques et d'une dimension relationnelle apporté conjointement au patient.

4.1.1 Le soin, besoin vital

Marie-Françoise Collière, infirmière et docteure en sciences de l'éducation, est une auteure majeure de la pensée infirmière, reconnue pour ses travaux sur le « prendre soin » et la conceptualisation des soins comme acte de vie. Les soins existent depuis la nuit des temps,

comme elle l'affirme. Ils sont universels, car depuis toujours « *soigner est un acte de vie* » (Collière, 1996, p. 23) ». Pour elle, « *assurer la survie était -et demeure- un fait quotidien, d'où [...] prendre soin de* » (Collière, 1996, p. 24). L'espèce humaine les utilise tel un fait, un geste quotidien naturel, voire inné comme soigner un enfant malade, ou s'occuper d'une femme enceinte. Nés bien avant la médecine, ils permettent le « prendre soin » de tout un chacun.

Selon elle, il existe deux types de soins : les premiers permettant d'en « assurer la continuité de la vie », et donc de pallier les fonctions vitales telles que se nourrir, manger, ou bien encore dormir, mais qu'ils peuvent être aussi de nature relationnelle comme échanger, écouter. Les seconds qu'elle évoque permettent de lutter contre la maladie au travers des traitements médicamenteux. Ces deux concepts font écho au Care et au Cure. Elle précise que le rôle infirmier se situe au croisement de ces deux aspects, car complémentaires et indispensables l'un à l'autre.

4.1.2 Le soin, une relation

Mais au-delà de ses dimensions vitales et thérapeutiques, le soin est unique, du fait de sa composante singulière puisqu'il dépend du propre vécu du patient. Cependant, le soignant est lui aussi un être humain à part entière avec sa propre personnalité. Entité unique, un même soin ne peut donc se dérouler de manière identique puisqu'il est exclusif. Le soin doit donc s'adapter.

M.F. Collière soutient cette idée en affirmant que les soins s'apparentent à des « situations », et non à des faits identiques. Elle précise qu'il faut « *accepter de leur reconnaître des caractéristiques permanentes qui auront à s'ajuster dans des situations changeantes* » (Collière, 1996, p. 240). Et effectivement cette notion de situation doit rester centrale dans la pensée du soin infirmier car elle met en lumière sa singularité. Un soin ou un patient ne peut donc être considéré comme un « cas » ou encore un « acte ». Prodiguer des soins relève à la fois de facteurs humains et du geste en lui-même.

Infirmier et docteur en santé publique, Walter Hesbeen vient renforcer cette idée que « *Les interactions qui se produisent dans une telle situation où tous les éléments sont tissés ensemble, sont des interactions uniques. Ceci veut bien dire que chaque situation de vie rencontrée par le professionnel est une situation définitivement singulière, elle ne se répètera pas* » (Hesbeen, 2007, p. 33). Et effectivement, pour un même soin technique il ne se réalisera pas de la même

manière : le patient étant unique, les conditions dans lesquelles ce soin sera réalisé le sera tout autant. C'est donc ainsi que cette notion de situation prend tout son sens.

Ces deux approches montrent bien qu'effectivement chaque situation est différente, et ce même pour un patient identique, d'autant que Mr A présente des troubles comportementaux variables.

4.1.3 Le soin, un besoin singulier

Ensuite, Collière relie le soin tel que « *entretenir la vie en assurant un ensemble de besoins indispensables à la vie, mais diversifiés dans leur manifestation* » (Collière, 1996, p. 25).

En effet, elle image le soin que l'on apporte à la personne par un exemple concret : l'entretien des plantes. Elle y explique que chaque plante a des besoins différents comme l'eau, la chaleur, la lumière. Ainsi l'on peut transposer cette idée de besoins particuliers et personnels à chaque patients pris en charge.

Et effectivement, chaque patient a son propre vécu, sa propre perception de la douleur, ses propres valeurs ou bien encore ses croyances, ou pour terminer son propre mode de communication. Tous ces critères font de lui une personne unique. Elle explique aussi que dès lors que la personne est unique, le soin le devient aussi.

Du fait de ses difficultés intellectuelles et comportementales, Mr A présente des besoins en termes de soins et de relation cognitive, des besoins très spécifiques, comme M.F. Collière l'annonce. Les équipes faisant au mieux dans sa prise en charge lors de ses crises.

Au-delà du geste, acte technique ou posture humaine ?

Car finalement, qu'est-ce qu'un soin ? Pour les patients, le soin peut s'apparenter simplement à leur administrer le traitement qui leur a été prescrit, les aider à réaliser leur toilette ou bien encore refaire leur pansement. Cependant, nous, soignants, savons qu'il existe cette autre dimension invisible mais perceptible et présente lors de chaque soin que nous apportons à nos patients. De leurs côtés, les patients la ressentent, sans savoir qu'elle existe. Qui est-elle alors ?

4.1.4 Le soin, une attention complexe

Walter Hesbeen (2007) décrit le « *corps objet* », qui représente la maladie, et le « *corps sujet* », le patient lui-même vivant sa maladie.

Dans ce sens, Walter Hesbeen affirme également que « *Cette attention portée à l'autre en vue de lui venir en aide s'inscrit dans la complexité. Le terme « complexe » désigne ce qui est tissé ensemble. Cela veut dire que chacun des éléments d'un ensemble, d'une situation sont reliés, interagissant les uns avec les autres. Modifier un seul élément de l'ensemble implique une répercussion sur un ou plusieurs des autres éléments* » (Hesbeen, 2007, p. 29).

Ce qui m'amène à me demander si le déséquilibre évoqué par W. Hesbeen provenait des soignants craignant pour eux-mêmes et les autres patients du fait des accès de violence de Mr. A, ou bien du comportement du patient lui-même.

Le soin répond à un besoin vital, et s'inscrit dans une relation entre soignant et le soigné. Il doit s'adapter à la singularité de chaque situation de soin, c'est donc une pratique complexe.

Le soin peut alors se retrouver fragilisé, voire déstabilisé et en perdre son sens.

4.2 Le sens et sa définition

Comme nous venons de le voir, le soin se présente tel une relation qui peut s'avérer instable. De ce fait, il est important de se projeter dans ce que ce déséquilibre pourrait induire. Ainsi, que devient le soin s'il perd son sens ?

Selon l'Académie Française, le sens se définit de trois manières : « *Chacune des cinq facultés qui permettent d'éprouver les impressions causées par les objets extérieurs* », « *Faculté de comprendre les choses, de juger selon la raison* », « *Ce que veulent dire un discours, une phrase, un mot, manière dont ils doivent être compris, interprétés* ». (Académie Française, s.d.)

Afin d'approfondir le sens donné au soin, un article de Cyril Goulenok, médecin anesthésiste réanimateur, propose d'analyser le sens du soin au travers de trois dimensions : la sensibilité et les cinq sens, le sens comme une direction « l'orientation », et enfin le questionnement, « le pourquoi ». Ainsi, le mot sens n'a pas une seule signification, le sens du soin ne peut donc pas être unique à son tour.

4.2.1 Le sens et les 5 sens

Selon Goulenok « *Les 5 sens que sont l'odorat, la vue, l'ouïe, le toucher, le goût. Ce sont ces outils qui nous permettent d'entrer en contact avec le monde extérieur. C'est notre lien, non seulement avec l'environnement mais aussi avec les individus qui le composent. Notre perception de l'autre exploite ces sens pour en percevoir son bien être ou au contraire sa souffrance, sa vulnérabilité* » (Goulenok, 2021).

Il explique que les cinq sens sont nécessaires pour percevoir l'autre, le patient. Ces sens mis en éveil permettent d'identifier, ressentir ou visualiser une situation et ainsi l'analyser. Ce regard que porte C. Goulenok sur l'éveil de nos sens lorsque nous sommes « en soin » évoque les situations vécues où les soignants ont à cœur d'écouter, de ressentir et de partager les souffrances (verbalisées ou non) des patients.

Ainsi, Mr. A ayant tant de mal à s'exprimer verbalement, n'avait d'autre moyen que de communiquer physiquement. Cette dimension sensorielle permet au soignant de détecter l'aspect non verbal masqué dans la pratique des soins infirmiers.

4.2.2. Le sens : une direction ou plusieurs ?

C. Goulenok aborde ensuite le sens comme une direction : « *Quand on parle du sens comme d'une direction, celui-ci reste relatif à la position dans laquelle on observe la direction. Il n'y a pas de sens unique, et changer de point de vue permet de découvrir la possibilité d'un sens inverse. On retrouve une idée de mouvement* » (Goulenok, 2021). Le soin a bien une direction, une orientation et peut donc atteindre sa cible. En parallèle Goulenok nous incite à ne pas garder la seule représentation de la marche en avant. Puisqu'il existe une direction inverse, nous avons l'opportunité d'un possible retour en arrière. Ce qui peut s'apparenter à la prise de recul. Il rejoint donc l'idée de la définition de l'Académie Française et de sa dimension de mouvement. Cependant, les soignants gardent-ils à l'esprit à chaque soin cette possibilité de se retourner, comme pour regarder par-dessus leur épaule ? Lors de chaque soin apporté aux patients, il est primordial de porter ce regard neuf de retour en arrière, puisqu'il est unique et possède sa propre identité.

Ainsi, donner du sens à un soin revient à analyser, réfléchir, et se remettre en question.

4.2.3 Le sens, le pourquoi

Pour terminer, Goulenok aborde le sens du soin comme un questionnement, celui du « pourquoi » qui incite à s'interroger sur sa finalité.

« Ainsi, tout peut encore avoir un sens tant qu'on veut bien lui en donner. [...] Cette définition du sens, sous forme de questionnement n'est pas exempte de mouvement. Il y a cette notion de but, de mission à accomplir pour un aboutissement à venir ». (Goulenok, 2021)

Il avance ici que le soin ne se réduit donc pas en un simple « geste ou acte », mais si on le souhaite, on peut lui donner un objectif, une cible à atteindre et l'apparenter à un questionnement. Pourquoi réaliser ce soin devient une question essentielle. Elle invite le soignant à interroger l'action du soin et les effets attendus pour le patient.

Si le soignant ne se posait pas la question, il pourrait alors perdre de vue la cohérence et la finalité du soin.

Ainsi, la banalisation du soin commence dès lors que les notions de situations changeantes, définitivement singulières, où ni nos sens, ni la direction, ni l'objectif ne sont sollicités.

Cela m'amène tout naturellement à tenter de comprendre la finalité des mises à l'isolement de Mr. A. Nos sens étaient-ils bien en éveil face à son comportement, avons-nous regardé la deuxième orientation du sens de ce soin qui aurait pu nous faire prendre du recul, et enfin, l'objectif était-il réellement défini et avait-il pour but de traiter sa pathologie, ou était-ce une simple mission de protection ?

Dans cette situation, l'objectif du soin de Mr A ayant perdu ses différents sens, il devient légitime de se poser la question des conditions qui ont induit la banalisation de sa prise en charge.

4.3 De la banalisation du soin à la banalisation de l'humain

Mais alors, qu'est-ce que la banalisation du soin ?

Le Larousse la définit telle que : « *Action de rendre banal, commun, courant quelque chose, de lui ôter son caractère rare ou original ; fait de devenir banal* ». (Larousse, 2026) Cette définition explique de manière générale qu'une action, un geste perd sa rareté et son originalité. En soi, la particularité qui rend unique ou bien singulier s'efface et devient anodin, commun. Même si cette définition ne se rapporte pas directement à l'activité infirmière, elle permet toutefois de pressentir l'aspect terni d'une action. Elle ne donne pas d'indication sur les causes du passage du caractère exceptionnel à celui de banal.

De son côté, Walter Hesbeen, infirmier et Docteur en Santé Publique, présente sa définition de la banalisation, plus centrée sur le soin, telle que « *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 Michel, 2017, p. 19). Son approche introduit trois notions : l'humain, sa sensibilité ainsi que l'oubli. Il évoque en parallèle que l'humain qui soigne doit se soucier de ce que le patient soigné ressent d'important, mais aussi de la singularité du soin durant cet échange. Les soins sont donc empreints d'humanité, et la banalisation du soin, c'est oublier la singularité et la sensibilité qui caractérisent cette relation. De ce fait, le soin doit être empreint de la perception de la vulnérabilité du soigné, mais aussi de la capacité du soignant à rester à son écoute.

4.3.1 Comprendre les origines de la banalisation du soin

Notre système de santé actuel s'apparente à un patient souffrant d'une altération d'état général. Il n'est pas atteint d'une affection aiguë, mais semble évoluer vers une pathologie chronique. En effet, le nombre décroissant de médecins de ville, la fermeture de lits, des urgences surchargées mettent à mal ce rouage si précieux qu'est la prise en charge des patients au sein des établissements de santé.

Dans notre pratique actuelle en soins infirmiers, les soignants sont soumis à de nombreuses contraintes. En effet, celles-ci peuvent être de nature organisationnelle, comme une planification modifiée durant notre exercice au cours de la journée de travail. Une charge de

travail importante peut elle aussi être à l'origine de ces contraintes. Il en va de même pour des durées de séjour de plus en plus écourtées, afin de pouvoir prendre en charge un maximum de patients dans un même service.

Walter Hesbeen parle de « *frénésie du faire* » (Hesbeen, 2007, p. 7), en expliquant qu'il s'agit d'une systématisation du travail, dans laquelle les soignants doivent être rapides, efficaces, tout en exécutant un maximum de tâches.

En effet, en France, chaque année les infirmières réalisent plusieurs milliards d'actes de soins. À titre d'exemple, en 2020 une IDEL à elle seule totalise seize mille actes de soins par an. (Infirmiers.com, 2020).

Ces chiffres ne sont pas anodins et mettent en lumière une masse considérable de soins infirmiers réalisés. Dans ce contexte, cela qui peut nous amener à penser que la répétition chronique des soins constitue une réalité.

Claude Curchod, infirmier et consultant, le rejoint sur cette analyse : « *Les déficits budgétaires, les difficultés d'une partie de la population à payer ses cotisations maladie, et l'endettement des communautés publiques amènent les responsables politiques à faire pression sur les professionnels de santé. Ceux-ci sont sommés d'augmenter leur productivité et de freiner leurs dépenses* ». (Curchod, 2009, p. 21).

Michel Dupuis ajoute à ce sujet « *S'il ne fait aucun doute que les structures de soins se doivent d'être bien organisées, bien gérées [...] on se doit de s'y montrer soucieux des aspects financiers, il convient néanmoins de se rappeler que la performance gestionnaire trouve pour limite la pertinence humaine de l'action* ». (Dupuis Michel, 2017, pp. 18,19).

Ainsi, si de telles conditions de gestion et de contraintes se mettent en place, il est fort possible qu'elles soient à l'origine d'une banalisation des soins, lors de l'activité quotidiennes des professionnels de santé.

4.3.2 Le processus de glissement vers la banalisation

Le terme de processus renvoie à un « *ensemble de phénomènes conçus comme actifs et organisés dans le temps* » (Le Robert, s.d.). Il s'agit donc d'événements qui s'inscrivent dans

une dynamique progressive. Cette notion permet de comprendre que la banalisation du soin ne survient pas de manière brutale mais peut s'immiscer progressivement au fil du temps, à travers l'accumulation de contraintes entre autres organisationnelles.

Le quotidien infirmier peut dans certaines situations s'apparenter à un marathon, les soins peuvent alors être réalisés à une cadence soutenue. La banalisation du soin peut s'apparenter à un ensemble de mécanismes multifactoriels. Ces conditions peuvent amener le soignant à perdre ses repères du quotidien, agissant de manière robotisée de peur de ne pas arriver à réaliser toutes ses tâches. Ainsi, il agit mécaniquement, la répétition et l'automatisme se mettent en place. La singularité de la relation s'efface et donc celle du soin également.

Philippe Perrenoud explique : « *Chacune de ces microdécisions mobilise une activité mentale. Lorsqu'on est dans la routine, l'activité apparaît " pré réfléchie ", à la limite de la conscience. On pense, mais on n'a pas conscience de penser, il n'y a pas de délibération intérieure, pas d'hésitation, donc, dira-t-on, pas de réflexion, au sens fort* ». (Perrenoud, 1998). Il amène l'idée supplémentaire que l'habitude ne permet plus de porter de l'attention, qu'il n'y a plus de discernement, plus de réflexion.

4.3.3 Les facteurs favorisant la banalisation

L'origine de la banalisation du soin peut se trouver dans un manque de personnel qui induit forcément une surcharge de travail par exemple. Mais sa banalisation peut aussi s'instaurer au travers des conditions même de travail telles que les budgets alloués aux services. Le soignant, en plus de sa fonction initiale doit assumer la mission de gestionnaire économe, comme rendre des comptes sur les quantités de matériels utilisés.

Certaines situations en stages peuvent illustrer ces contraintes, telles qu'observer une infirmière tentée de mettre de côté les traitements d'un patient sortant afin de les réutiliser pour le stock du service.

Curchod aborde d'autres facteurs. Dans son livre, il s'inspire d'une thèse de Marie Alderson infirmière et professeure en sciences infirmières et en psychologie du travail. Celle-ci est connue pour ses travaux sur la souffrance des soignants dans leurs milieux professionnels, l'usure professionnelle, et l'engagement émotionnel des soignants. Il reprend le concept de

Marie Alderson dans lequel elle présente une série de « facteurs structurants », bénéfiques à l'épanouissement professionnel des infirmiers (cohésion et soutien de ses pairs, reconnaissance de la hiérarchie, possibilité d'être créatif, développer des compétences, clarté dans ce qui est attendu) ainsi que des « facteurs déstructurants » (charge de travail supérieur au temps, travail répétitif, travail en situation de danger, autonomie inférieure aux responsabilités) pouvant amener à perturber l'équilibre psychologique et physique des soignants. Dans son travail, elle explique que certains de ces facteurs peuvent se potentialiser et générer de nouvelles sources de souffrances.

Tous ces facteurs induisent alors une relation pouvant devenir délétère auprès du patient. Face à ces mécanismes, la capacité des soignants à porter un regard réflexif sur sa pratique apparaît comme un élément essentiel afin de préserver la dimension humaine du soin.

Comme nous l'avons vu, de nombreux facteurs organisationnels peuvent induire la banalisation du soin. Il s'agit d'un processus avec de nombreuses répercussions tant pour le patient que pour le soignant. En réponse à cette problématique, il apparaît que la prise de recul permet de prévenir ou d'en limiter les conséquences.

4.3.4 Conséquences pour le soignant

Il est normal et nécessaire pour les établissements de soins d'être gérés correctement et qu'ils soient stables financièrement. Cependant, il ne faut pas en oublier la limite : l'action humaine. Les soignants sont l'essence même des soins. On peut supposer que si les soignants manquent de reconnaissance ou s'ils ne se sentent pas ou peu considérés, leur manière de travailler risque d'en être modifiée. Ainsi, il apparaît important que les dirigeants prennent en compte le fait que la relation de soin est exigeante et qu'elle nécessite écoute, attention et prévenance de la part du soignant. Alors inévitablement les soignants non estimés peuvent s'épuiser physiquement et moralement car une relation de soin réussie nécessite un investissement important et demande de nombreux efforts personnels.

Ainsi, les soignants ayant ce sentiment de manque de soutien peuvent se retrouver dans une position non plus de soignant ayant à cœur de soigner, mais juste « un acteur, un faiseur de soin ». Si le soignant n'est plus considéré que comme un faiseur de soin, il est donc dépourvu de toute sa personnalité qu'il engage lors des soins.

De plus la banalisation peut induire une baisse de vigilance des soignants, une usure au quotidien, induisant ainsi des risques de dangerosité du soin.

4.3.5 Conséquences pour le patient

Michel Dupuis évoque la notion de « réification ». Dans son livre, il explique que « *L'être humain est réifié, chosifié, considéré comme un objet [...] mais il faut ajouter : ce processus est effectué par un autre humain [...] ou une équipe de professionnels* ». (Dupuis, 2017, p. 34). En service, il peut arriver de rencontrer ce type de situations : Le patient peut alors se sentir progressivement perçu tel un objet, un geste à effectuer voire un simple numéro de chambre (la réfection de pansement de la 12 fenêtre par exemple) et non plus en tant que personne. Le patient est alors réduit à un simple numéro de chambre, une simple intervention. Sa considération humaine se voit altérée. Le patient peut avoir la sensation d'une déshumanisation des soins qui lui sont prodigués, un sentiment d'abandon, mais il peut aussi perdre la confiance en l'infirmière qui le prend en charge.

4.4 La prise de recul : une posture réflexive professionnelle

Lorsque je questionnais les soignants au sujet de Mr A concernant sa prise en charge, ceux-ci me répondaient « c'est comme ça ». Je ne pus alors m'empêcher de penser que cette réponse sonnait telle une fatalité. Si je comprenais bien, il n'y avait pas d'autre alternative. Alors que ses mises au salon se répétaient inlassablement, je repensais au contexte, aux évaluations et aux entretiens non réalisés. Mr A devenait donc un patient banal, pris en charge dans un tourbillon de soins banalisés.

Au fond de moi, je me questionnais sur les conditions qui avaient pu favoriser de tels évènements et sur le « pourquoi », le sens donné à ce soin. Était-ce mon statut de stagiaire qui faisait que mon regard posé sur ces évènements me permettait de voir la situation d'un œil nouveau, avec une vision extérieure ?

Dans mon esprit, le soin se caractérise par un avant, un pendant et un après : il se prépare, il est réalisé, puis nous avons le devoir d'en analyser le résultat, qu'il soit attendu ou non. Cette situation m'a amené à penser que pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise, il était primordial de prendre du recul et ainsi proposer une prise en charge différente.

Le CNRTL définit la prise de recul comme une « *attitude de détachement par rapport à ce qui touche de près. Avoir, prendre du recul* » (CNRTL, s.d.). Cette définition nous apporte la notion de « détachement », donc la séparation d'une situation. Celui-ci peut être interprété de deux manières selon comment on se positionne : une mise à distance temporaire de nos émotions ou bien un positionnement réflexif pour évaluer la situation. Il est donc important de la repositionner dans le cadre des soins infirmiers. Ainsi, le recul pourrait se définir par une attitude visant à analyser nos pratiques professionnelles. Elle devient donc un outil à part entière de nos compétences : réussir à évaluer nos pratiques, les analyser et ainsi réorienter nos actions et nos comportements.

Lorsque le soin devient banal, cela peut provoquer chez le soignant une moindre implication dans ses gestes et ses pensées. Il agit mécaniquement, sa réflexion étant atténuée.

Tout peut devenir automatique et l'on peut imaginer que le soignant ne prend plus le temps de la réflexion. Ainsi, une prise de recul est nécessaire afin de remédier à ces mécanismes. La prise de recul à cet instant devient une conséquence, mais elle peut tout aussi bien devenir une force de réflexivité, individuelle ou collective, et agir en réponse comme une solution à cette problématique, devenant ainsi une posture professionnelle à acquérir et à maintenir.

Lors de mon exercice sur le terrain en tant qu'aide-soignante, il m'est arrivé de devoir réaliser quatorze toilettes, avec la préparation des petits-déjeuners, mais aussi aider certains résidents à s'alimenter. En quatre heures, cela amène à dix-sept minutes à accorder à chaque résident. Dans ce contexte, le risque est de tomber dans la banalisation du soin en allant à l'essentiel, en ne pensant plus qu'à une chose : ne pas avoir d'imprévus.

Ces situations, les soignants les vivent au quotidien. Le temps joue contre le soignant. Il doit donc avoir la capacité de s'octroyer ce temps nécessaire et précieux qu'est la réflexion.

Quant aux étudiants, ils disposent souvent d'un regard différent sur les situations de soins. En effet, étant encore en phase d'apprentissage, ils sont davantage dans une posture d'observation et d'analyse. En effet, ils ne pas encore pleinement dans l'action et les contraintes organisationnelles du service. Ils ont donc la possibilité de prendre davantage de recul sur certaines situations et en proposer une analyse différente.

4.4.1 De l'apprenant au professionnel : une évolution constructive

La prise de recul paraît indispensable face au risque de la banalisation, car elle est à la fois un outil de prévention et un outil de réhumanisation du soin. Ainsi, lors de la formation infirmière nous sommes formés à cet exercice. Le référentiel des compétences infirmières indique « *Compétence 7 : Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle : Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle, [...] Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels, [...], Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.* » (Ministère de la Santé et des Sports, 2009). On y trouve les notions d'analyse, amélioration, observation, et identification pour améliorer nos soins, ceux-ci faisant écho à la prise de recul. Cette posture, au même titre que d'apprendre à réaliser un soin technique, se doit d'être maîtrisée et ainsi appliquée, tout au long de notre carrière. Dans leur article sur l'analyse réflexive, (Tanda, Alderson, Soyer, & Cara, 2021, p. 5) évoquent que « *Il importe de respecter le temps que nécessite l'apprenant qui s'engage dans une dynamique de réflexivité, la finalité étant la professionnalisation* ». Ce même article propose l'idée que « *[...] le faire mimétique et instinctif n'est pas opérant et qu'il est alors question d'agir en professionnel afin d'être acteur* » (Tanda, Alderson, Soyer, & Cara, 2021). On comprend alors que l'apprenant mime instinctivement puis évolue en professionnel dès lors qu'il se positionne comme acteur.

4.4.2 Analyse des pratiques professionnelles

Anne Marie Lagadec, Cadre supérieur de santé, Master stratégie et ingénierie en formation s'appuie sur les travaux menés par Claudine Blanchard-Laville et Dominique Fablet, professeurs en sciences de l'éducation, sur l'analyse de pratiques professionnelles. « *[...] analyser ses pratiques professionnelles c'est de la part des participants : travailler à la co-construction du sens de leurs pratiques et/ou à l'amélioration des techniques professionnelles. Cette élaboration en situation interindividuelle, le plus souvent groupale, s'inscrit dans une certaine durée et nécessite la présence d'un animateur, en général professionnel lui-même dans le domaine des pratiques analysées, garant du dispositif en lien avec des références théoriques affirmées.* » (Lagadec, 2009). Lagadec met en lumière la dimension collective et structurée des analyses de pratiques afin de donner « du sens » à ces mêmes analyses en faisant évoluer la professionnalisation. En cela, elle rejoint Tanda, Alderson, Soyer et Cara sur le principe de la mise en place de la professionnalisation. Elle aborde dans un deuxième temps les notions d'individualité qui peut s'apparenter à la réflexivité personnelle du soignant, et celle de groupe,

mise en place lors d'analyse de pratiques professionnelles par exemple. Cela rejoint la définition plus académique du référentiel de compétences infirmières. Cette analyse peut donc se présenter sous plusieurs formes, qu'elle soit individuelle et silencieuse lors de la pratique infirmière c'est-à-dire en toute intimité lors de la réalisation d'un soin, ou bien éclairée avec les pairs lors de réunions institutionnelles dédiées à une situation en particulier.

Ainsi cette pratique pourrait être rapprochée de la Roue de Deming développée par William Edwards Deming, dont le principe est de porter un regard critique sur une pratique et mettre en place un processus d'analyse et d'évolution dynamique. En effet, le principe est de partir d'une situation à améliorer, mettre en place des axes d'amélioration, réaliser ces améliorations et enfin en analyser les résultats. Au regard de la situation de Mr A, il aurait été probablement possible de mettre en place une analyse de pratique professionnelle afin d'analyser sa situation, envisager des alternatives adaptées et enfin tenter de comprendre pourquoi il était mis à l'isolement dans ces conditions et quelles auraient pu être les améliorations à proposer pour sa prise en charge.

4.4.3 Les moments de la réflexion

Comme nous l'avons vu, la banalisation est insidieuse, pouvant parfois nous faire perdre le sens du soin que nous souhaitons apporter aux patients. Nous savons en tant que soignants que nous avons des moyens de la limiter : la posture réflexive et l'analyse de pratiques professionnelles face à une situation de soin unique. Autant de moyens qui permettent de porter un regard sur nos actions. Mais l'on peut se poser la question du moment où nous la sollicitons. En effet, cette posture de prise de recul s'exerce à quel moment lors des soins ? Est-ce avant, pendant, après le soin, ou bien à d'autres moments ?

Dans son article, Philippe Perrenoud s'appuie sur la théorie de Schön qui explique qu'il existe deux types de réflexions :

- la réflexion « dans » l'action, celle où l'on réfléchit au moment même de notre action, comme lors du soin que nous sommes en train de réaliser. Il s'agit d'une réflexion immédiate.
- La réflexion « sur » l'action, correspondant à après l'action, telle que la prise de recul exercée une fois le soin terminé, à tête reposée. Ici il s'agit donc d'une action repensée ultérieurement.

Cependant Perrenoud ajoute une notion plus subtile en expliquant : « *Or, les deux idées ne s'opposent pas. Réfléchir dans l'action, c'est aussi réfléchir, serait-ce fugitivement, sur l'action* »

en cours et sur l'environnement de cette action, qui impose des contraintes, crée des occasions et offre des ressources et des points d'appui ». (Perrenoud, 1998). Il apporte ainsi l'idée que ces deux types de réflexion sont imbriqués, mais il nuance en ajoutant qu'il existe des facteurs environnementaux pouvant être initiateurs de contraintes, mais aussi créant ainsi des occasions de réflexion supplémentaires. Il indique également que l'environnement de l'action peut constituer une source de contraintes (temps limité, stress de l'équipe, pression) mais aussi d'opportunités qui favorisent la réflexion, comme lors d'échanges entre collègues.

Ces éléments ainsi éclairés, peuvent être transposés à la situation de Mr A. En effet, certaines situations ont nécessité une réflexion dans l'action, de manière immédiate, et d'autres auraient pu être mises en place dans un second temps. Cela dit, le contexte dans lequel se déroulait la situation et les facteurs environnants tels que le stress des soignants, la peur que Mr A blesse quelqu'un ont pu influencer ces deux mécanismes.

4.4.4 Les champs de réflexion du soignant

Dans le même esprit, Bernard Schneuwly apporte un complément d'idées au sujet de la réflexion. S'appuyant sur les propos de Schön qui indique que « *le praticien découvre dans la réponse de la situation une toute nouvelle idée qui génère un système d'implications pour de futurs mouvements. Son expérimentation globale est aussi une conversation réflexive avec la situation* ». (Schneuwly, 2015), il exprime de son côté que Schön ne met pas assez en lumière les objets et outils comme supports permettant la réflexion. En effet, il explique que « *Tout se passe comme si la fascination pour la réflexion en tant que telle sur la situation cachait ce qui rend possible à la base la saisie même de la situation : les outils professionnels, qui sont certes mentionnés, mais ne sont pas thématiques comme ce qui permet in fine la réflexion* ». (Schneuwly, 2015). Il indique donc que la réflexion apporte une prise de recul comme Schön l'indique, mais il ajoute que cette réflexion doit aussi mobiliser les éléments extérieurs. Ce qui permet une réflexivité plus approfondie puisque prise dans l'ensemble de son contexte. En effet, il n'est pas rare de se retrouver face à des situations où l'on doit se poser la question d'être sûr de solliciter toutes les ressources à disposition. Ainsi, le praticien réflexif ne réfléchit donc pas uniquement à l'action qu'il réalise, mais également à l'ensemble des éléments dont se compose la situation, tels que les savoirs mobilisés ou encore le contexte. Sa réflexion peut porter sur la situation rencontrée, les décisions prises, les outils mobilisés ainsi que le contexte dans lequel

s'inscrit son action. Cette analyse globale permet donc de mieux comprendre la pratique professionnelle et d'adapter sa pratique lorsque cela est nécessaire.

4.4.5 La pratique réflexive au service de soins de qualité

Anne Lafosse, alors étudiante Cadre de santé, s'est interrogé sur ce à quoi les espaces de réflexion peuvent amener pour dispenser des soins de qualité. Les résultats qu'elle a obtenus permettent de mettre en lumière plusieurs idées. La première est que malgré des démarches de qualité et de certification de plus en plus standardisées concernant les soins, et ce afin d'obtenir la meilleure pratique possible, les infirmières axent leurs soins sur la relation soignant-soigné, malgré l'aspect technique. Ensuite, elle explique que « *le soin n'est pas donné, il se construit en équipe* ». (Lafosse, 2006). Cela rejoint les travaux d'Anne-Marie Lagadec qui soutient que la réflexivité est « groupale ». Anne Lafosse explique en parallèle que « *Les espaces de réflexion sont des moments d'échange [...] il peut s'agir des moments de transmissions (écrites ou orales) [...] autour d'un café, lors de réunions d'équipe ou de groupe de paroles* ». (Lafosse, 2006). En tant qu'aide-soignante mais aussi en tant qu'étudiante infirmière, j'ai pu mobiliser ces instants, ils m'ont permis de mettre en place ma propre réflexion. Ainsi il apparaît que l'ensemble de ces espaces de réflexion constitue des ressources qui permettent la prise de recul sur la pratique infirmière et ainsi éviter que le soin ne se « routinise » et perde tout son sens.

V SYNTHÈSE DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Les auteurs consultés s'accordent sur plusieurs points. Le soin n'est pas uniquement un acte technique visant à traiter une pathologie. Le soin est en soi un fait quotidien issu d'un geste naturel et inné. Le soin s'apparente à une situation singulière du fait des conditions uniques dans lesquelles il est prodigué, puisque le patient est unique, ses besoins le sont aussi. Face à cette complexité, la compréhension du soin est primordiale afin qu'il n'en perde pas son sens. Par « sens », on peut intégrer les notions de sensorialité, de se questionner sur son objectif, et de la direction à lui donner. Ainsi, si ces facteurs sont mis à l'écart, peu importe l'origine, la banalisation peut s'installer insidieusement. Par banalisation, les auteurs proposent différentes origines. Qu'elles soient organisationnelles, systématisées, apparentées aux budgets, ou dépendantes des conditions de travail, leur limite est le facteur humain. La banalisation telle un processus, induit des conséquences pour les patients mais aussi pour les soignants. Ainsi, les auteurs présentent comme levier la compétence de la réflexivité. Celle-ci demande d'être acteur de sa pensée, elle se construit progressivement lors de la professionnalisation des infirmiers. Cette réflexivité a l'avantage de pouvoir être individuelle et/ou collective, peut être mobilisée à différents moments du soin tout en sollicitant différentes ressources.

VI ENQUÊTE EXPLORATOIRE

À la suite des recherches théoriques au travers d'auteurs, je poursuis ce travail en réalisant une enquête exploratoire. Celle-ci vise à faire le lien entre la théorie du cadre de référence et la pratique réelle sur le terrain.

L'objectif sera d'explorer et comprendre ce que ressentent concrètement les infirmières au quotidien sur le terrain dans leur pratique, grâce à leur expérience.

VII MÉTHODOLOGIE

7.1 Choix et construction de l'outil de l'enquête

Pour mon enquête, j'ai choisi de réaliser une enquête exploratoire via la méthode de recherche clinique au travers d'entretiens semi-directifs, car celle-ci est la mieux adaptée. En effet, elle va permettre aux infirmières de s'exprimer librement sur les sujets que j'ai choisi de traiter, et ainsi mieux les comprendre.

7.2 Choix des populations et des lieux

J'ai mené mes entretiens auprès de trois infirmières diplômées d'État, sans restriction de genre, d'âge ou d'années d'expérience.

Une infirmière diplômée depuis 2020, qui a réalisé et apprécié tous ses stages en hôpital lors de sa formation, et qui lors de son affectation a préféré le service de gastro entérologie à celui de gériatrie.

Une infirmière de 45 ans, diplômée depuis 20 ans, qui a commencé sa carrière de nuit, puis qui a volontairement pris une dispo pour exercer en libéral. Par la suite elle a souhaité réintégrer l'hôpital mais elle n'a pas choisi ce service.

Une infirmière diplômée elle aussi de 2020, qui a démarré sa carrière à l'hôpital en CDD en service de médecine polyvalente et infectieuse, puis qui a été mutée en gastro entérologie elle aussi.

Afin de faire le lien avec mon sujet, j'ai choisi volontairement un service de médecine de gastro entérologie, car l'activité y est dense et les soins sont nombreux.

7.3 Modalités de réalisation et déroulement des entretiens

L'autorisation pour réaliser ces entretiens sur l'hôpital a été relativement facile à obtenir, la réponse favorable m'a été accordée très rapidement. Cependant, les rendez-vous avec les infirmières du service ont été un peu plus complexes à obtenir, du fait de la grande activité dans ce type de service.

En revanche, les trois entretiens étaient prévus initialement le même jour, en raison d'une urgence, un seul a pu être réalisé. Nous avons alors convenu pour les deux derniers de les réaliser ultérieurement. Je me suis proposée de venir un week-end, car les infirmières se sentaient moins sollicitées et le service un peu plus calme.

7.4 Difficultés rencontrées

Le premier entretien s'est déroulé dans le bureau de la cadre, qui a gentiment accepté de nous le laisser, car aucune pièce n'était disponible. Cependant, comme il s'agissait de son bureau, nous avons été interrompues à deux reprises car une partie du personnel n'était pas informé de notre présence dans son bureau.

Pour les deux autres entretiens, ils se sont déroulés en salle de pause, et ici aussi nous avons été interrompues à de multiples reprises, les infirmières ayant été sollicitées par les médecins et les aides-soignantes. Cela illustre concrètement les contraintes organisationnelles du service. De plus, les sonnettes, ont retenti quasiment en continu, ce qui a pu nous perturber réciproquement et nous faire perdre légèrement le fil de nos échanges.

Mon sujet étant en partie sur les contraintes et la banalisation des soins, lors d'une interruption d'un des entretiens, une des infirmières a soulevé le fait que même en entretien, il y avait des contraintes et qu'elle était interrompue.

Avec le recul, j'aurais certainement fait en sorte de nous retrouver dans une autre pièce au calme, en prévenant la grande partie du personnel, médecins y compris.

Des points positifs sont à noter, à savoir que malgré les conditions et les contraintes du service, l'équipe était ravie de participer à ces entretiens.

Malgré les conditions dans lesquelles se sont déroulés les entretiens, ils m'ont permis de recueillir des informations précieuses sur leur pratique, et d'approfondir ma compréhension sur la potentielle banalisation des soins, les facteurs pouvant amener à une forme de routinisation des soins, ainsi que les moyens qu'elles utilisent pour lors de leur pratique pour développer et mettre en place un fonctionnement de réflexivité.

7.5 Traitement des données recueillies

Dans un premier temps j'ai pris soin de retranscrire manuellement la totalité des entretiens, car je souhaitais m'imprégner des réponses que m'ont apportées les infirmières. Pour garantir l'anonymat des infirmières, les prénoms ont été changés.

Afin d'analyser les informations recueillies, je me suis basée sur le guide d'entretien (annexe 1).

J'ai créé ce guide autour de trois thèmes : Les activités de soins, les contraintes et la banalisation liés aux soins, et enfin, la réflexivité qui les entoure, ce qui m'a permis d'organiser l'analyse des réponses.

J'ai pu ainsi compléter ce tableau et faire le lien avec le cadre de référence et les idées avancées par les auteurs mobilisés.

Par la suite, j'ai créé un deuxième type de tableau qui regroupe par question les réponses de chaque infirmière, l'interprétation, le lien avec les auteurs mobilisés et pour terminer une analyse croisée me permettant de mieux comprendre leur pratique.

VIII ANALYSE DES DONNÉES RECUEILLIES

Pour pouvoir analyser les réponses de chaque infirmière, j'ai mis en place un tableau (Annexe 3, Grille d'analyse des réponses) comprenant la question en elle-même, le thème abordé, le sous-thème. Pour ne pas perdre de vue les réponses apportées par les infirmières, j'ai choisi trois couleurs de texte différentes. J'y ai apporté une colonne interprétation pour les réponses données, une colonne en lien avec mon cadre de référence et enfin, une ligne qui regroupe les pensées des trois infirmières.

8.1 Synthèse de l'entretien N° 1 avec Janis

Janis est infirmière dans ce service depuis six ans, il s'agit de son premier poste.

Il s'agit de mon tout premier entretien réalisé avec les infirmières de ce service de gastro entérologie.

L'entretien avec elle a mis en évidence un discours axé sur les contraintes organisationnelle, et notamment le facteur temps. Lors de nos échanges, elle me montre une réflexion importante autour de sa pratique professionnelle. J'ai ressenti une tension constante entre une volonté de réaliser des soins individualisés et les contraintes de temps auxquelles elle m'explique être confrontée.

Elle exprime une polyvalence dans les soins qu'elle effectue au quotidien, ce qui lui plaît particulièrement car elle dit continuer à apprendre. Cependant, elle verbalise une activité dense de soins, organisés autour d'horaires précis. Cela peut donc amener à la réalisation de soins en série, pouvant en limiter le temps de réflexion, pouvant s'apparenter à une « frénésie du faire », telle que décrite par Hesbeen. D'ailleurs, elle verbalise des soins « entre guillemets » lors de notre entretien. Elle évoque une activité vécue comme un « rush » dans laquelle elle manque de temps, de matériel pouvant modifier sa manière de travailler. Ceux-ci pouvant faire appel aux facteurs déstructurants développés par Marie Alderson.

Cependant, Janis montre la volonté de préserver des soins individualisés. Elle explique adapter ses priorités en fonction de l'état du patient, de sa situation physique et psychologique, ainsi

que leur rythme. Elle insiste sur le fait que le patient doit être acteur de ses soins. Cet élément permet de relier aux idées de Collière et Hesbeen, dans le sens où chaque soin est une situation singulière, construite dans un contexte particulier.

Cet entretien met à jour une posture réflexive importante, car Janis verbalise à plusieurs reprises des moments de réflexion pour questionner sa pratique, notamment lorsqu'elle évoque que son patient a refusé le soin. Dans cet exemple, elle explique que ce n'est pas sa technique qui a changé, mais son approche relationnelle qu'elle a dû modifier. Ce refus a certainement provoqué chez elle une prise de recul instantanée, puisqu'elle a modifié à l'instant T du soin, son approche. Ce qui ici rejoint les idées de Schön de réflexivité « dans » l'action.

Elle verbalise aussi une réflexion « sur » l'action lorsqu'elle explique qu'elle « cogite » sur certaines situations de soin qui lui ont paru difficiles. De plus les temps informels lui permettent un « lâcher-prise » entre collègues, telle que Lafosse le décrit en expliquant que les soins qualitatifs peuvent se construire en équipe, rejoignant Lagadec qui évoque que lors de ces moments d'échanges, la réflexivité groupale permet une analyse constructive.

Ainsi, l'entretien avec Janis met en évidence des tensions mêlant contraintes de travail intenses, et réflexivité à la fois personnelle et en groupe lui permettant de conserver une analyse de sa pratique.

8.2 Synthèse de l'entretien N°2 avec Joplin

Joplin est infirmière diplômée depuis 2007, ce qui lui confère une grande expérience de pratique.

Avec des expériences variées telles que le travail de nuit, une activité en libéral et en endocrinologie, cet entretien a été très riche en apports pour mes analyses.

Janis s'exprime de manière un peu plus « crue » que ses deux autres collègues, mais cela lui confère une authenticité dans ses propos.

Elle exprime surtout un discours axé sur le travail en équipe, mais décrit cependant elle aussi des contraintes organisationnelles. Joplin met en avant dans un deuxième temps l'impact humain et émotionnel lors de situations vécues dans le service.

Elle décrit elle aussi une activité dense des soins à prodiguer aux patients, ainsi que le besoin d'une anticipation réelle car elle exprime « on recommence, on refait un tour, on va courir... ».

Cela démontre ici aussi une activité importante dans ce service, pouvant ici aussi faire écho à la « frénésie du faire » de Hesbeen, la répétition inlassable et chronique de l'activité des soins, pouvant amener à une certaine forme de banalisation. Malgré ce, Joplin insiste sur l'adaptabilité qui doit se mettre en place autour du patient, car elle verbalise une prise en charge au « cas par cas » montrant une réévaluation constante des situations qu'elle rencontre. Cela peut donc s'apparenter à la réflexion sur l'action que décrit Schön. Mais cela peut aussi s'apparenter aux idées que Collière met en avant lorsqu'elle explique que le soin ne peut être standardisé, mais au contraire qu'il est individualisé.

Joplin m'a marqué tant ses propos étaient crus, mais ils m'ont permis de déceler en elle une grande émotion ainsi qu'une forte sensibilité. Au travers de l'exemple du patient muet pour lequel personne n'avait pensé à lui fournir une ardoise afin qu'il puisse communiquer avec l'équipe démontre sa capacité à singulariser une fois de plus les soins qu'elle apporte à ses patients. Ainsi, cette sensibilité et son souhait de permettre une communication avec ce patient, permet d'imaginer que les patients ne sont pas réifiés, donc non considérés comme des objets.

Joplin verbalise une notion essentielle de travail en équipe, car elle a souvent exprimé l'entraide qu'elles s'apportent entre collègues dans le service. Elle a parfois exprimé avec ses mots personnels le fait que les soignants ne sont pas des « robots », et que la prise en charge des patients ne s'apparente en aucun cas à un « travail à l'usine », ce qui renforce l'aspect humain qu'elle apporte dans ses soins et sa pratique quotidienne. Pour terminer, elle évoque une analyse bien plus poussée que ses collègues sur le système de santé actuel dans lequel on retrouve des interruptions de tâches, une surcharge administrative, dans laquelle elle se compare à une « standardiste téléphonique ».

L'entretien avec Joplin est de loin celui qui m'a le plus marqué tant ses vocables étaient forts d'intensité mais qui révélaient toutes les tensions qui existent entre l'exigence du milieu médical et les valeurs portées par le personnel soignant.

8.3 Synthèse de l'entretien N°3 avec Lou

Lou est infirmière diplômée depuis 2020. Avant de démarrer en gastro entérologie il y a quatre ans, elle a exercé en médecine polyvalente et infectieuse.

Lors de mes échanges avec elle, elle décrit une activité particulièrement dense, ponctuée d'interruptions de tâches permanentes (allant jusqu'à presque oublier d'administrer un

antalgique). Son discours met en évidence une adaptation permanente, en fonction des imprévus et des besoins des patients.

Elle verbalise spontanément la surcharge de travail en la qualifiant de « Rock and Roll ». Ces actions à réaliser en permanence dans un flot de réadaptation permanente rejoignent les idées de Hesbeen sur la « frénésie du faire » mais aussi Schön concernant sa réflexion sur l'action, En ce qui concerne son ajustement auprès des patients, elle m'explique que de nombreux paramètres rentrent en compte afin de proposer une relation particulière et adaptée à l'état de ses patients. Ce qui rejoint ici les pensées de Collière selon laquelle chaque soin est singulier ainsi que la situation.

Lou évoque les échanges avec ses collègues. Même si elle nuance sur l'impact de ses pratiques, elle verbalise que « ça aide un petit peu à la réflexion » elle avoue que cela lui permet tout de même de se remettre en question. Elle est la seule à évoquer des analyses de pratiques professionnelles ce qui rejoint les idées de Lafosse et Lagadec sur la réflexivité collective.

Lou, comme ses collègues, exprime une insatisfaction liée au manque de temps, ainsi qu'aux interruptions de tâches.

Ainsi l'entretien avec Lou met en évidence une pratique infirmière continuellement adaptative et réflexive malgré des interruptions de tâches et des contraintes organisationnelles, afin de conserver la dimension humaine au travers des soins qu'elle donne à ses patients.

8.4 Analyse croisée des entretiens

Après avoir analysé les réponses des infirmières questionnées, j'ai mis en forme en fin de chaque grille d'analyse un résumé regroupant les réponses des infirmières. Cela va me permettre d'analyser les réponses par thème.

8.4.1 Les activités de soin

Les questions en relation avec cette première partie d'analyse que sont les activités de soin, laissent apparaître clairement que les infirmières les réalisent de façon organisée, que leur activité est dense, mais toujours dans un contexte de prise en compte du patient que ce soit physiquement et/ou psychologiquement. Celles-ci sont régulées par des horaires précis, ainsi que certaines tâches (transmissions et staff par exemple).

Il est mis en avant certains points tels que l'hygiène, la priorisation, l'anticipation. Cela montre ainsi qu'elles prennent le temps de la réflexion avant de prodiguer les soins, et donc une activité réfléchie.

De plus, elles verbalisent des soins humanisés où le consentement du patient est attendu, avec des attentions particulières telles que l'ardoise pour le patient muet. Elles m'expliquent aussi proposer des alternatives pour s'adapter au patient.

Ainsi, malgré une très forte activité dans ce service, les infirmières restent à l'écoute des patients, tout en sachant s'adapter au contexte de chacun.

8.4.2 Les contraintes et la banalisation

Dans cette partie, les infirmières m'expliquent réaliser les soins sous de fortes contraintes d'organisation (temps imparti, interruption de tâches, manque de matériel, disponibilité médicale parfois retardée). Il apparaît que les soins sont réorganisés en permanence, car les aléas et les urgences font partie de leur quotidien et viennent parfois modifier leur organisation initiale. Ces aléas peuvent avoir des retentissements sur leur organisation, sur la relation de soins, les temps d'écoute.

D'ailleurs, elles expriment des sentiments d'insatisfaction, de frustration avec une charge émotionnelle très importante. Une d'entre elle verbalisera le fait de rentrer chez elle et pleurer, ce qui indique un poids émotionnel accru. On pourrait alors se poser la question sur une éventuelle routinisation des soins, une possible banalisation. Cependant, ces infirmières m'ont montré une forte capacité d'adaptation, une capacité de réflexion (dans l'action et sur l'action) laissant transparaître un besoin dans la prise de recul face à un contexte de travail lourd.

Les termes employés par ces infirmières tels que « faire à la chaîne », « rush », « bâcler », « tête dans le guidon » ou encore « on n'est jamais dans la continuité de notre réflexion » pourraient nous laisser penser à une activité de soins morcelée, intense et répétitive.

Il serait donc possible de les interpréter tel un risque potentiel de routinisation des soins et donc une certaine forme de banalisation. La répétition des tâches, associée à une surcharge de travail ainsi qu'à de multiples interruptions, peut progressivement conduire à une forme d'automatisation des pratiques, où le temps consacré à la réflexion et à la relation pourrait en être diminué.

Malgré ces contraintes, les infirmières interrogées présentent une forte capacité d'adaptation, de réévaluation et de remise en question. Elles décrivent des ajustements constants dans leurs soins ainsi qu'une réflexion à la fois dans l'action et sur l'action, telle que Donald Schön la décrit. Ainsi, la réflexivité semble ici agir comme un véritable frein au risque de banalisation des soins, leur permettant de redonner du sens à leur pratique malgré un contexte de travail particulièrement lourd.

8.4.3 La réflexivité

L'analyse de la réflexivité dans la pratique de ces infirmières a occupé la partie la plus importante de ce travail, car elle vient éclairer ma question de départ.

En effet, par leurs réponses, j'ai pu apporter matière à mes questionnements.

Elles ont pu me démontrer qu'elles sont dans une forme de dynamique selon laquelle elles sont en perpétuelle réorganisation, priorisation et adaptation permanente. Elles ont mis en évidence leur capacité de réévaluation, et d'anticipation. Au travers de certains de leur propos tels que « switcher les soins », « on se réadapte tout le temps », « être au rythme des patients » ou bien encore « on voit les priorités de chacun » me laissent à penser qu'elles ne réalisent pas des soins automatiques, mais que bien au contraire, elles repensent sans cesse leurs actions.

Elles verbalisent une réflexivité « sur » l'action au travers de verbatims tels que « vider son sac », « on cogite » mais aussi des discussions souvent informelles par le biais de discussions entre collègues, que ce soit sur leur temps de pause, ou bien encore au vestiaire. Ces échanges leur permettent d'analyser leur pratique, de se remettre en question, et donc de prendre du recul.

Face à une charge émotionnelle intense, la prise de recul devient alors une sorte d'exutoire leur permettant d'analyser leur pratique de manière collective. En partageant leurs expériences, elles se soutiennent moralement, car elles se retrouvent parfois face à des situations de prise en charge difficiles, dans un contexte de travail relativement lourd. Cela leur confère une cohésion de travail de groupe.

Joplin me dira « sinon on devient des robots ». Cette phrase me paraît être la clé de ce travail. En effet, l'analyse réflexive de leur activité leur permet de préserver la dimension humaine de leur pratique. Ainsi, en conservant cette dimension singulière de relation avec les patients, elles préviennent le risque de banalisation des soins, que l'on peut apparenter à un garde-fou.

IX SYNTHÈSE, LIMITES ET APPORTS

Ce travail m'a permis de porter un regard neuf sur les risques de banalisation des soins, ainsi que la réflexivité que ces infirmières exercent au quotidien.

En effet, lors de ma situation de départ, je partais avec un a priori selon lequel les infirmières pouvaient être amenées à banaliser certains soins, et ne pas y apporter de regard réflexif.

Cependant, il ne faut pas négliger le risque omniprésent de la banalisation des soins, car l'exercice de cette profession est perfusé par des contraintes organisationnelles, temporelles, agissant sur les émotions des soignants.

Ce travail m'a permis de me rendre compte que bien au contraire, leur prise de recul, leur capacité à apporter des soins individualisés, ainsi que leur grande adaptabilité dans leur organisation permettent de faire barrage au risque de banalisation.

J'ai réalisé ce travail en questionnant uniquement trois infirmières. Pour avoir une idée plus précise sur le sujet de mon mémoire, il aurait peut-être fallu que j'approfondisse avec deux ou trois entretiens supplémentaires. Cependant les réponses de ces trois infirmières se rejoignent toutes. Ainsi, cela me conforte dans l'idée selon laquelle plusieurs éléments de leurs pratiques se rejoignent, malgré leurs parcours professionnels différents.

Le fait d'avoir choisi un service dont l'activité est intense me paraissait judicieux dans le sens où la banalisation des soins aurait pu être démontrée. Cependant, les infirmières ont fait apparaître l'inverse de mes pensées.

D'autres services m'auraient peut-être apporté des visions différentes et ainsi enrichir davantage ma réflexion sur cette problématique.

Les interruptions durant les entretiens ont renforcé cette idée de fractionnement de tâches, pouvant parfois légèrement interrompre momentanément le fil de leur pensée. Toutefois, celles-ci y sont régulièrement confrontées dans leur exercice, il m'a donc fallu simplement reformuler la question pour qu'elles en reprennent naturellement le fil de leur réponse.

Ce travail m'a permis de faire évoluer mon regard sur la pratique infirmière. J'ai pu mieux comprendre l'impact des contraintes organisationnelles, temporelles et émotionnelles sur notre pratique au quotidien. Cependant, cela m'a amené à prendre conscience de l'importance de la

réflexivité, et que celle-ci est un moyen essentiel pour apporter des soins singuliers aux patients, et ainsi leur donner tout leur sens.

X PROBLÉMATIQUE

Lors de ma situation de départ, je m'interrogeais sur le risque de la banalisation des soins. Je n'avais de cesse de me répéter que cette situation n'avait pas de sens. Je me questionnais aussi sur la perte de recul potentielle des infirmières.

Les infirmières questionnées ont mis bien au contraire en avant une force de réflexion avec des réajustements permanents, avec des remises en question et des échanges qui leur permettent d'analyser leur pratique.

Cela m'amène donc à m'interroger non plus sur la banalisation du soin et la perte de prise de recul, mais sur leur manière d'analyser leur pratique, afin de préserver le sens qui est donné aux soins malgré les contraintes pouvant amener à la banalisation.

XI QUESTION DE RECHERCHE

« Dans quelle mesure la prise de recul réflexive permet-elle aux infirmiers de préserver le sens du soin, face aux contraintes favorisant sa banalisation ? »

XII CONCLUSION

Ainsi s'achève ma formation en soins infirmiers.

Ce travail reflète un aboutissement personnel, au travers duquel j'ai mené une réflexion portée par une situation vécue en stage. À l'origine, il s'agissait d'un questionnement portant sur le risque éventuel du développement de la banalisation des soins infirmiers, en lien avec une perte de recul.

Au fil de mes recherches puis des entretiens réalisés auprès des infirmières interrogées, ma réflexion a évolué. En effet, bien que les réponses que m'ont apportées ces infirmières laissent apparaître certaines contraintes d'organisation pouvant devenir des facteurs initiateurs de banalisation des soins, elles décrivent leur capacité à préserver des soins singuliers auprès des patients. Bien au contraire, elles m'ont démontré leur aptitude à la réflexion et l'analyse, leur permettant de ne pas basculer dans cette banalisation, tel un garde-fou.

Ce travail m'a également permis de faire évoluer mon regard sur la pratique en soins infirmiers.

Ainsi j'ai pu prendre conscience que la réflexivité ne constitue pas uniquement une compétence attendue, mais bien un outil à part entière et essentiel pour exercer de manière consciente, adaptée à chaque patient.

J'ai le souhait de mettre en pratique et conserver cette capacité réflexive afin de maintenir cette vigilance qui nous permet de pratiquer avec le recul nécessaire.

À l'heure où j'écris ces lignes, je suis encore en stage préprofessionnel et mets à l'œuvre déjà cette réflexivité permettant de m'interroger sur ma pratique.

Pour terminer, cette réflexion pourrait m'amener dans un avenir proche à mettre en place et développer des espaces réservés à cette réflexion avec mes futures collègues, tels que des temps d'échange autour de différentes thématiques, afin de laisser cette part essentielle de réflexion trouvant pleinement sa place dans notre pratique.

BIBLIOGRAPHIE

- Académie Française. (s.d.). *Sens*. Récupéré sur <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9S1221>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Définition : Soin*. Récupéré sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/soin>
- CNRTL. (s.d.). *Recul-définition*. Récupéré sur CNRTL: <https://www.cnrtl.fr/definition/recul>
- Collière, M.-F. (1996). *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: Masson.
- Curchod, C. (2009). *Relations soignants-soignés Prévenir et dépasser les conflits*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- Dupuis Michel, G. R. (2017). *La banalisation de l'humain dans le système de soins*. Paris: Seli Arslan.
- Goulenok, C. (2021, juin 02). *Le sens du soin : un travail de repérage définitionnel*. Récupéré sur Éthique – La vie en question: <https://revue-ethique.univ-gustave-eiffel.fr/les-articles-publies/article/le-sens-du-soin-un-travail-de-reperage-definitionnel#:~:text=Goulenok%2C%20C.,des%20progr%C3%A8s%20de%20la%20m%C3%A9decine>.
- Haute Autorité de Santé. (2010). *Vocabulaire de base : Coopération entre professionnels de santé*. Saint Denis: Haute Autorité de Santé. Récupéré sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf
- Hesbeen, W. (2007). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris: Masson.
- Infirmiers.com. (2020, Octobre 21). *Photographie des IDEL et de leur exercice en 2020*. Récupéré sur Infirmiers.com: <https://www.infirmiers.com/profession-ide/photographie-des-idel-et-de-leur-exercice-en-2020>
- Lagadec, A. M. (2009). L'analyse des pratiques professionnelles comme moyen de développement des compétences : ancrage théorique, processus à l'œuvre et limites de ces dispositifs. *Recherche en soins infirmiers*(97), 4-22. doi:10.3917/rsi.097.0004
- Larousse. (2026, Février 15). *Banalisation*. Récupéré sur Dictionnaire Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/banalisation/7769>
- Ministère de la Santé et des Sports. (2009). *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier – Annexe 2 : Référentiel de compétences*. Paris: Ministère de la Santé et des Sports. Récupéré sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf
- Perrenoud, P. (1998). *De la réflexion dans le feu de l'action à une pratique réflexive*. Récupéré sur Université de Genève: https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1998/1998_31.html

Tanda, N., Alderson, M., Soyer, L., & Cara, C. (2021). Analyse dimensionnelle des construits « processus réflexif » et « pratique réflexive ». *Recherche en soins infirmiers*.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.refr.2021.100251>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

AXE D'ANALYSE	THÈME	SOUS-THÈME	OBJECTIF DE LA RECHERCHE	QUESTION	AUTEUR EN LIEN
Activité de soin	Parcours professionnel	Identité professionnelle	Comprendre le parcours et le choix du service	N° 1 Pouvez-vous vous présenter, votre carrière et ce qui vous a amené à travailler dans ce service	
Activité de soin	Organisation du travail	Activité au quotidien	Comprendre l'organisation de l'infirmière dans le service	N° 2 Décrivez-moi une journée type	Hesbeen, « la frénésie du faire » peut amener à la banalisation du soin.
Contraintes et banalisation	Contexte de travail	Facteurs d'organisation	Identifier les éléments qui influent sur l'organisation des soins	N° 3 Quels sont les éléments ou événements qui peuvent influencer votre manière de travailler	Alderson, les facteurs structurants et déstructurants qui influencent la pratique
Activité de soin	Organisation des soins	Préparation des soins	Comprendre comment sont préparés les soins	N° 4 Comment préparez-vous vos soins	Marie-Françoise Collière

Activité de soin	Individualisation du soin	Soin singulier, unique	Explorer la préparation d'un soin pour un patient précis	N° 5 Pouvez-vous me décrire la préparation d'un soin pour un patient dont vous avez la responsabilité aujourd'hui	Hesbeen, soin individualisé et relation de soin
Contraintes et banalisation	Organisation du travail	Ajustement de la planification	Comprendre la modification de la planification	N° 6 Vous arrive-t-il de revoir votre planification et pourquoi ?	Schön, Perrenoud, la réflexion dans l'action et sur l'action, adaptation
Réflexivité	Travail collectif	Échanges professionnels	Comprendre la place des échanges entre collègues dans la pratique	N° 7 Parlez-vous entre collègues de votre activité ? Ces échanges vous aident-ils ?	Lafosse : le soin se construit en équipe Lagadec : la réflexivité est groupale
Réflexivité	Échanges entre soignants	Temps d'échanges	Identifier les temps formels et informels d'échange	N° 8 Pouvez-vous évoquer des temps formels et informels ?	Lafosse les espaces de réflexion sont des moments d'échange
Activité de soin	Adaptation au patient	Singularité du soin	Comprendre comment les soignants adapte leur pratique	N° 9 Racontez-moi une situation récente où	Schön Adaptation « dans » l'action

				vous avez dû modifier votre manière de faire pour vous adapter à un patient en particulier.	Dupuis Le soignant doit se soucier de ce que le patient ressent d'important Soins empreints d'humanité Banalisation = oublier la singularité et la singularité
Réflexivité	Regard sur la pratique Limites du système	Insatisfaction Et freins organisationnels	Explorer le regard critique sur la pratique Identifier des obstacles dans la pratique des soins	N° 10 Ressentez-vous parfois une insatisfaction sur le ou les soins que vous avez faits ?	Perrenoud, la posture réflexive Alderson, les contraintes organisationnelles et le risque de déshumanisation
Réflexivité	Analyse et amélioration de sa pratique	Compréhension et prise de recul	Comprendre les raisons de cette insatisfaction, explorer ce qui aurait pu être fait autrement	N° 11 Pourriez-vous me dire à quoi vous rattachez cette	Schön, la réflexion sur l'action

			Savoir si l'infirmière identifie les causes, si elle donne du sens aux soins	insatisfaction, et qu'auriez-vous fait autrement ?	Compétence 7 identifier les améliorations possibles et les réajustements de sa pratique Lagadec analyser sa pratique et travailler à la construction du sens ou à l'amélioration des pratiques
Réflexivité	Ouverture de l'entretien	Expression libre	Permettre au soignant de rajouter des éléments	Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?	Ouverture sur les pratiques

Annexe 2 : Présentation des infirmières questionnées

PRÉNOM	ANCIENNETÉ	LIEUX D'EXERCICE PRÉCÉDENTS	ANCIENNETÉ DANS LE SERVICE	SERVICE ACTUEL	MOTIF DU CHOIX DU SERVICE
JANIS	Diplômée depuis 2020	Aucun, premier poste	6 ans	Gastro entérologie	Plusieurs postes lui ont été proposé, elle ne voulait pas aller en gériatrie, donc elle a choisi médecine gastro
JOPLIN	Diplômée depuis 2007	Endocrino de nuit pendant trois ans, libéral pendant 6 ans en dispo, puis retour à l'hôpital	9 ans	Gastro entérologie	Choix de l'hôpital
LOU	Diplômée depuis 2020	Médecine polyvalente et infectieuse en CDD pendant 1 an et ½	4 ans et ½	Gastro entérologie	Manque d'effectif, choix de l'hôpital

Annexe 3 : Grille d'analyse des réponses

Question 2 : Décrivez-moi une journée type				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Activité au quotidien	Organisation du travail	Janis : « On arrive à 7h pour la relève [...] on prépare les soins et on fait le tour [...] on a le staff avec les médecins [...] de 9h à 11h30 on fait tous les soins (nursing, techniques, réévaluations) [...] puis le tour de midi [...] pause si possible [...] l'après-midi il y a les entrées, les soins, les médicaments [...] et à 18h45 on fait la relève. » L 54 à 65 « Comme à huit heures » L 62 « De nouveau le tour de médicament et après [...] L 65 « il y a des fois où ça va être le rush du matin [...] L72 « Il y a des journées plus chargées [...] avec pas mal de soins » L69	La journée de travail décrite par Janis démontre des soins organisés autour d'horaires précis. Durant ces plages horaires, les soins sont denses et nombreux. Cela traduit une gestion et une organisation rigoureuse. Ce fonctionnement peut favoriser une réalisation de soins en série, qui peut limiter le temps de réflexion sur chaque situation. Cela dit, Janis décrit une suite de soins structurée ainsi qu'une suite de soins répétitifs.	L'organisation d'une journée type de soins décrite par l'infirmière est un ensemble structuré d'actions dans le temps. Ces soins diversifiés et décrits au travers d'un enchainement témoignent de « la frénésie du faire » telle que décrite par Hesbeen. De plus l'infirmière ici utilise des termes de répétition qui peuvent induire une certaine banalisation dans le déroulé de sa journée.

		Joplin : « On fait la relève avec l'équipe de nuit [...] ensuite on prépare nos soins [...] on est souvent interrompues pour le staff avec les médecins [...] puis on continue notre tour [...] on anticipe les transfusions [...] on aide les aides-soignantes si on a le temps [...] on prépare le tour de midi [...] puis celui de l'après-midi [...] on fait les entrées [...] on court après le médecin [...] et on finit par les transmissions. » L 468 à 512 « On recommence » L496 « On refait un tour » L 505 « On va courir » L 502 « Encore des transfus » L 493	La journée décrite par Joplin est très détaillée. On note ici aussi des horaires bien auxquels elle se repère. Joplin décrit très précisément la totalité des actions (description très longue) qu'elle réalise tout au long de sa journée. Cela révèle une fois de plus une organisation rigoureuse, un rythme très dense de sa journée. Cependant on note que celle-ci est très fragmentée par des interruptions de tâches entre les soins programmés. Cela traduit une charge de travail très importante selon sa perception, qui nécessite adaptation et priorisation sur un temps déterminé. Dans les descriptions de Joplin, se fait ressentir des notions d'anticipation, telle que la distribution des traitements de 18h00	L'organisation décrite par cette infirmière témoigne elle aussi d'une grande diversité de tâches et une adaptation permanente malgré des soins récurrents. Elle souligne une répétition d'actes, dans une frénésie temporelle.

			qui sont distribués à 16H00 car elle verbalise ses anticipations.	
		Lou : « On arrive à 6h40 pour la relève[...] on prépare le chariot et on part en tour[...] on est interrompues par les médecins[...] on enchaîne les soins, les examens, les préparations[...] on met à jour les documents[...] on prépare le tour de midi puis celui de l'après-midi[...] on peut avoir aussi les sonnettes[...] on repart directement [...] on va toucher à la relève toute la journée [...] on travaille en binôme avec l'aide-soignante[...] on fait les entrées, les retours de bloc[...] on enchaîne les tours jusqu'au soir[...] et on finit par la relève. » « Souvent on enchaîne » L 983 « Le service est [...] extrêmement dense [...] beaucoup de moments	Lou décrit une journée type organisée et structurée, autour de différents temps de soins, elle souligne des interruptions de tâches, mais aussi des actions à réaliser en simultané (les sonnettes, mise à jour de la relève tout le long de la journée) ce qui traduit une adaptation continue lors de l'exécutions des soins. Elle détaille elle aussi une charge de travail très conséquente allant même jusqu'à évoquer des périodes « Rock and Roll » selon ses dires.	L'organisation décrite par cette infirmière montre à nouveau un rythme soutenu. Cela peut rejoindre l'idée selon laquelle Hesbeen la frénésie du faire peut amener au risque de banalisation du soin.

		chargés [...] Rock and Roll » L 990-992		
ANALYSE	L'activité de soin décrite au quotidien pour ces trois infirmières se rejoint sur la description du déroulement type de la journée, et des soins. Ceux-ci sont rythmés par certains horaires. Elles décrivent toutes les trois une activité intense. Elles précisent notamment les moments clé. Joplin et Lou soulèvent des interruptions de tâches. Lou est la seule à soulever le fait que des actions sont à réaliser en simultané. Cela reflète une intensité de travail, une organisation fragmentée : la question de la complexité des pratiques infirmières où les soins s'enchaînent se pose. Cela nous amène à nous questionner sur une éventuelle prise de recul sur leur activité.			

Question 3 : Quels sont les éléments ou évènements qui peuvent influencer votre manière de travailler ?				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Contraintes et banalisation	Contexte de travail et Facteurs organisationnels	Janis : « Les aléas [...] si on a un patient qui est pas bien, une réa ou une hémorragie [...] en fait ma façon de travailler va être différente car j'aurais pris du temps pour ce patient [...] et ça va forcément affecter notre prise en charge derrière » L 85-88 « Quand il manque du matériel, on perd du temps [...] et c'est pareil, cette perte de temps va faire que la prise en charge sera différente » L 91-93 « On va essayer de combler nos soins dans la durée » L94 « Les familles [...] dans cette chronicité [...] les familles qui prennent du temps [...] et forcément nos soins sont un peu plus rapides [...] qu'ils ne devraient l'être pour essayer de tout finir à l'heure » L 106-111	Janis exprime clairement que l'état psychologique et physique du patient intervient dans sa prise en charge, ainsi que le temps qui lui est accordé, ce qui va influencer son organisation des soins. Elle soulève que le manque de matériel lui fait perdre un temps précieux. Par ailleurs, elle exprime une surcharge de travail, une capacité à porter un regard réflexif sur elle-même et sur le patient.	Cette infirmière explique que l'état du patient a une incidence sur sa manière de le prendre en charge, mais qu'elle se répercute en parallèle sur la temporalité de ses soins. Comme Curchod s'appuyant sur les écrits de Marie Alderson, une prise en charge individualisée des patients est chronophage, ayant des répercussions sur les autres patients.

		« Des fois, il y a notre état à nous [...] on est surchargées de travail, [...] dépassées [...] ça nous touche [...] irritées [...] ça change notre humeur [...] notre humeur et notre journée » L 113 à 116 « On prendra moins de temps [...] ou on fera plus rapidement [...] ou plus lentement en fonction de comment on est » L 116 à 118 « Il y a le facteur humain et propre à soi-même » L 118 « C'est peut-être la chronicité des choses » L 107 « C'est le rush de partout [...] on est jamais dans la continuité de notre réflexion » L 123 « Ça nous impacte sur beaucoup, beaucoup, beaucoup de choses au quotidien » L 145-146	Sa charge de travail est supérieure au temps imparti pour réaliser ses soins, ce qui peut entraîner une modification de son humeur et donc de sa journée de travail. Elle verbalise un retentissement émotionnel et porte un regard critique sur les éléments qui influent sur son humeur et sa pratique, tout en ayant une posture réflexive sur elle-même. Janis explique aussi que le manque de temps, de matériel ou de personnel influence sa manière de	Telle que Marie Alderson le décrit, les facteurs déstructurants tels que la surcharge de travail induit une relation pouvant fragiliser la relation avec le patient. Cependant, cette infirmière a analysé mettant en parallèle son état émotionnel et sa pratique dans sa relation avec les patients. Ainsi cette prise de conscience permet de répondre à la problématique de la banalisation du soin en lien avec les facteurs déstructurants, tel que Alderson le souligne.
--	--	---	--	---

			travailler, en identifiant des limites à ses actions auprès des patients. Elle exprime aussi une charge de travail extrêmement dense (« Rush »), ainsi qu'« une perte dans la continuité de sa réflexion ». Enfin, elle verbalise un impact très important sur sa pratique infirmière au quotidien.	Cette infirmière aborde lors de cette question « la chronicité des choses » en liant celle-ci au manque de temps, de matériel, ainsi que de personnel qui se répercute à la fois sur sa pratique mais aussi sur sa réflexivité. De plus, cette infirmière verbalise clairement sa réflexivité et la met en lien avec des contraintes temporelle, matérielles et du manque de personnel, donc une surcharge de travail.
		Joplin : « [...] on est obligée de s'adapter au cas par cas, et de réévaluer tout le temps, de	Joplin de son côté met en évidence une prise en charge au cas par cas,	Ici l'infirmière montre une prise en charge des patients personnalisée,

		prioriser en fonction du type d'urgence » L 524-525 « [...] quand on a des patients qui vont mal, ça va influencer notre prise en charge sur les autres patients » L533-534 « Quand il y a un décès, on met tout sur pause, pour être présent pour la famille et le patient même s'il n'est plus là [...] être aussi à l'écoute, donc ça prend du temps [...] et c'est du temps en moins pour le reste de nos soins donc on réadapte en permanence en fait » L 538-544	avec une réévaluation quasi constante, ce qui se retenti sur la prise en charge des autres patients. Elle explique qu'elle met tout sur pause pour la prise en charge d'un décès par exemple, et que ce temps s'en retrouve diminué pour les autres.	mais elle évoque que cela se répercute sur le temps qu'il lui reste pour ses autres patients. Marie Alderson décrit des facteurs destructurants, tels qu'une charge de travail supérieure au temps d'une journée de travail pouvant induire une relation délétère auprès des patients, ce qui est clairement exprimé par cette infirmière.
		Lou : « La surcharge de travail, les interruptions de tâches [...] on va faire à la chaine malheureusement » L 995-997 « Il y a plein de choses qui vont influencer du coup notre relationnel qu'on a avec nos patients » L1004-1005	Lou exprime spontanément la surcharge de travail, des interruptions dans les tâches avec un travail décrit comme « à la	Cette infirmière exprime d'emblée la surcharge de travail, allant jusqu'à évoquer un travail « à la chaine », qui peut amener à une certaine

		« C'est sûr qu'un patient en encéphalopathie qui est très confus [...] et non cohérent j'aurais pas les mêmes dialogues avec lui » L 1010-1011 « Ça va dépendre aussi de la disponibilité des médecins [...] seront disposés à nous répondre [...] il va falloir attendre [...] insister » L 1001 à 1004 « IL y a plein de choses qui vont influencer la relation avec nos patients » L 1004 à 1005 « Pour les patients lits spé, on va essayer de prendre plus de temps »	chaine ». Ce qui la préoccupe le plus est de réussir à joindre les médecins pour répondre à ses questions. Elle exprime aussi son adaptation relationnelle selon le patient qu'elle prend en charge. (Patient cortiqué, en encéphalopathie).	banalisation des soins, telle que décrite comme « frénésie du faire » par Walter Hesbeen. Cependant, elle exprime essayer prendre du temps pour les patients plus fragilisés. Par ailleurs, comme le décrit Marie Alderson dans ses facteurs destructurants, le travail en situation de danger peut amener à des situations délétères pour la prise en charge des patients. D'ailleurs, on sent dans le discours de cette infirmière une réelle inquiétude et insistance quant à la
--	--	---	---	--

				disponibilité des médecins.
ANALYSE	Ainsi, les trois infirmières s'accordent sur des soins personnalisés auprès de leurs patients, mais malheureusement le manque de temps pour réaliser l'ensemble des tâches qui est prévu peut avoir un impact sur les soins. Une seule d'entre elle fera allusion au manque de matériel, et de personnel qui pour elle induit une perte de temps auprès de ses patients ayant un impact sur sa pratique. Ainsi, certes les soins sont donc personnalisés, mais cela peut avoir des conséquences sur le bon déroulé des soins. Ces éléments peuvent traduire donc un contexte de travail ainsi qu'une organisation sous contrainte pouvant limiter le temps accordé à chaque patient. Une seule infirmière aborde sa souffrance dans son milieu professionnel, pouvant amener à une certaine usure professionnelle. Cette même infirmière soulève les facteurs de temps, de matériel pouvant amener à une relation pouvant fragiliser les relations auprès des patients. La dernière infirmière quant à elle, exprime un manque de disponibilité des médecins, et donc un risque de mise en danger lors des soins, là aussi en lien avec les facteurs déstructurants décrits par Marie Alderson. De plus, toutes les trois s'accordent sur des prises en charge rapides, efficaces sur un temps donné, ce qui peut être mis en lien avec les écrits de Walter Hesbeen à ce sujet sur la frénésie du faire, la systématisation du travail, où les soignants doivent être rapides, efficaces tout en exécutant un maximum de tâche, pouvant amener à la banalisation des soins, ainsi qu'une perte de réflexivité.			

Question 4 : Comment préparez-vous vos soins ? /Comment priorisez-vous vos soins ?				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPRÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Activité de soins	Organisation et préparation des soins	Janis « On se fait un petit plan organisationnel » L 159-160 « On privilégie de façon toujours du plus propre au plus sale » L 168 « Priorité par rapport à l'hygiène [...] des priorités par rapport au temps » L 172 « Normalement la priorité [...] était le Middel Line d'abord [...] et le pansement d'escarre après » L 175-176 « Sauf que le patient partait à neuf heures [...] »	Janis explique que dans un premier temps elle organise ses soins avec une liste préétablie, avec une composante de règles d'hygiène. Cependant, elle m'explique que pour des raisons organisationnelles dans le temps, elle a dû revoir son organisation et réaliser la réfection du pansement d'escarre avant la réfection du pansement du Middel Line. Elle exprime clairement un instant T, et les	Collière définit le soin telle une situation, car le soin est unique. Un soin ne peut donc se dérouler de manière identique puisqu'il est exclusif, et il doit donc s'adapter. Les caractéristiques auront à s'ajuster face à des situations changeantes. C'est exactement ce que cette infirmière décrit. Le soin reste une situation unique, et doit s'adapter aux circonstances dans lesquelles il est réalisé.

		tant pis, j'ai dû faire pour le patient qui partait à neuf heures [...] et son pansement avant qu'il parte » L 177-178 « C'est à l'instant T, et on voit les priorités de chacun » L181	priorités de chaque patient.	
		Joplin « « Ben je sais que j'ai des horaires réguliers [...] des horaires fixes [...] donc ça va structurer ma journée » L 556-557 « En fait on essaye de s'acclimater là-dedans donc on prévoit comme on peut » L 572-573 « Si le patient fait que vomir, vomir, vomir, oui je vais lui poser la sonde	Joplin elle aussi me précise qu'elle a une trame de soins prévue pour sa journée de travail, mais qu'elle priorise en fonction de l'état de ses patients, ou du risque encouru par certaines situations pouvant engendrer des complications pour ses patients. Elle exprime clairement qu'elle	Cela rejoint ici aussi les pensées de Collière, mettant en évidence une adaptation permanente en fonction de la situation et de l'état du patient.

		naso gastrique sans attendre pour éviter qu'il fasse une inhalation » L577-578 « En fait on s'adapte au cas par cas » L 588 « On réévalue en fonction [...] donc ça va dépendre de chaque patient » L 596	s'adapte individuellement à chaque situation et à chaque patient.	
		Lou « On est censées faire les soins dans une chambre propre mais parfois c'est très compliqué » L 1038-1039 « Ça va dépendre de l'état du patient justement, si le patient tolère mal son anémie, on va prioriser la	Lou rejoint ses collègues sur le fait qu'elles sont « censées » suivre un ordre logique de soins, mais elle reconnaît qu'elle rencontre parfois des difficultés à les suivre. De plus elle exprime elle aussi des priorisations de soins en fonction de l'état ou des	Cette infirmière rajoute une notion d'humanisme dans la priorisation de ses soins. Cela rejoint donc aussi les pensées de Collière qui met en lumière que prodiguer des soins relèvent à la fois de facteurs humains et du geste en lui-même.

		transfusion » L 1045-1046 « Il y a des patients qui ne veulent pas qu'on fasse le soin à telle heure donc du coup il va falloir repasser » L 1055-1056 « Il y a plein de choses qui rentrent en considération et même pas dans le domaine du soin, en lui-même, après ça devient de l'humain » L 1059-1060	souhaits des patients. Elle rajoute une notion de considération humaine au-delà du soin en lui-même.	
ANALYSE	Pour ces infirmières, le soin s'organise en fonction des besoins et de la situation du patient. Elles émettent l'idée que pour un même soin il ne pourra donc pas se dérouler de la même manière puisqu'il est singulier. La notion d'humanisme vient renforcer la relation avec le patient ainsi que les besoins. De plus, elles démontrent que le soin n'est pas uniquement technique, mais il dépend du consentement du patient et de son rythme. Les réponses de ces infirmières montrent en parallèle une tension entre le protocole établi et l'adaptation auxquelles elles sont confrontées. Cela laisse apparaître un ajustement entre l'organisation			

	théorique et la réalité du terrain dans les pratiques infirmières et la singularité humaine. Il apparaît que les soins ne sont donc pas automatisés puisqu'il existe une notion de réflexivité.
--	---

Question 5 : Pouvez-vous me décrire la préparation d'un soin pour un patient dont vous avez la responsabilité aujourd'hui ?				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Activité de soins	Soins unique, soins singulier	Janis « Le patient intervient [...] il faut qu'il soit lavé et propre [...] il faut qu'il soit au courant de ce que je lui fais [...] on les prévient » L 202-203 « Il a son rôle aussi » L 206 « Ils sont un peu acteurs à leur niveau » L 209-210	Par ces exemples, Janis démontre elle aussi qu'elle personnalise ses soins en indiquant qu'elle informe son patient et qu'elle le prévient. Elle exprime de ce fait une anticipation. Elle intègre le patient et le rend acteur en lui demandant de se laver avant le soin.	Ces actions d'anticipation et d'implication du patient viennent renforcer l'idée que cette situation de soin et ces éléments sont tissés ensemble. Ce sont des interactions uniques de situation définitivement singulière.

		« Je vais pas réveiller quelqu'un à sept heures du matin pour lui dire soyez prêts à huit heures » L 221-222		
		Joplin « Ça va pas être forcément la même chose » L 603 « Je vais déjà voir le patient et lui explique que je vais venir lui poser une sonde [...] pourquoi et dans quelles circonstances » L 606-607 « Je lui explique avant et voir s'il est d'accord » L 609	Joplin évoque elle aussi une adaptation en fonction du soin et du patient, allant même jusqu'à proposer une alternative à certains soins, tel qu'un sondage évacuateur au lieu de la pose d'une sonde à demeure. Elle prend soin elle aussi de prévenir son patient, et lui explique les bénéfices attendus du soin. De plus elle recherche le consentement de son	Le soin est adapté au patient, aux circonstances, à l'état du patient et en fonction de sa volonté. Ce sont des interactions uniques, telles que décrites par Walter Hesbeen.

		« Lui faire comprendre pourquoi c'est important » L 610 « Selon l'état du patient » L 612 « Consentement du patient » L 613 « Je ne force pas, le patient a le droit de choisir » L 616 « Si il veut pas la sonde, je vais au moins lui proposer un sondage évacuateur » L 618 « On s'adapte » L 619	patient, car il a le droit de refuser un soin. Enfin, elle verbalise une adaptation continue en fonction des soins à réaliser.	
		Lou « On est en train de voir ce que l'on va pouvoir faire » L1071 « Il va y avoir pas mal d'exams » L 1072	L'infirmière m'explique que la réfection de pansement pour cette patiente est compliquée. Elle indique que ce pansement a évolué, est	Nous avons ici l'exemple type d'un soin personnalisé et adapté au patient. Plusieurs dimensions sont prises en compte : l'anticipation

		« J’ai demandé à mon AS de venir m’aider parce que la patiente a quelques difficultés à se mobiliser » L 1074-1075 « On a parlé avec la patiente » L 1079 « On a vérifié que tout allait bien » L 1080 « Elle est actrice de son soin [...] c’est elle qui me donne le feu vert » L 1086 « Je lui explique ce que je fais, et comment je le réalise, je lui demande d’être expressive » L 1088	que l’équipe est entrain de voir comment le réaliser, avec des examens complémentaires. Lors de l’explication de ce soin, elle me dit avoir sollicité l’AS de son secteur car elle sait que sa patiente a du mal à se mobiliser et qu’elle va avoir besoin d’aide. Elle a pris soin de communiquer ses gestes avec la patiente mais aussi que la patiente s’exprime au besoin, et a vérifié que tout allait bien pour elle.	du soin, l’écoute du patient, l’explication des gestes de l’infirmière. Ce soin a donc été personnalisé, car la situation est singulière. Tous les éléments interagissant dans ce soin ont été mobilisés et tissés ensemble, rendant ce soin unique. Cela rejoint les idées de Walter Hesbeen selon lesquelles le patient et les conditions de réalisation d’un soin sont « définitivement singulières, et ne se répètera pas ». En effet, la notion d’évolution du pansement de cette
--	--	---	---	--

			De plus, elle souligne le fait que la patiente est actrice de son soin.	patiente le met en exergue.
ANALYSE	Pour ces infirmières, la préparation d'un soin se réalise an amont avec le fait de prévenir le patient. Elles expliquent avant ou bien pendant le soin auprès du patient. Elles laissent le choix au patient d'accepter le soin et tentent de trouver une alternative si celui-ci refuse. Elles expliquent que le soin est un ensemble d'évènements (anticipation, organisation, personnalisation ...) reliés ensemble tel Walter Hesbeen le décrit, venant renforcer les idées de Marie Françoise Collière selon laquelle le soin est unique, il dépend du propre vécu du patient, de son état et ils peuvent être aussi être de nature relationnelle, comme écouter, échanger ce qu'elles décrivent dans leur pratique lors des exemples qu'elles m'ont donné. Elles montrent une capacité d'adaptation et de réévaluation constante envers les patients, ce qui témoigne de leur posture réflexive dans leur pratique.			

Question 6 : Vous arrive-t-il de revoir votre planification ?				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPRÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Réflexivité	Organisation et ajustement de la planification	Janis « Oui, tout le temps » L 230 « « Il y a toujours des imprévus » L 232 « Pour privilégier la personne qui n'est pas stable » L 241 « Être au rythme des patients » L 244 « En fonction des patients » L 250 « il y a des obligations » L 252 « C'était pas prévu » L 253	Janis répond spontanément qu'elle revoit sa planification selon chaque soin, en fonction des urgences et du contexte, mais aussi en fonction de l'état du patient. Elle évoque des imprévus voire des urgences qui l'amène à revoir l'organisation de ses soins de façon récurrente.	Comme Schon l'explique, cette infirmière exprime une réflexion dans l'action, immédiate. Schneuwly indique que la réflexion apporte une prise de recul mais il ajoute que cette réflexion doit mobiliser les éléments extérieurs, c'est-à-dire l'ensemble du contexte, ce que me démontre la réponse de l'infirmière puisqu'elle identifie des éléments environnementaux qui la poussent à se réorganiser,

		« Ben j’essaye de changer, je le ferais peut-être en deuxième » L 247		avec des situations de contraintes.
		Joplin « Je comptais commencer par la chambre une » L 638 « Et au final [...] mon patient du numéro dix était complètement en travers du lit [...] qui se mettait en danger [...] il était complètement souillé [...] on allait commencer par lui » L 641 à 644 « à chaque situation en fait » L 648 « Notre travail c’est de se réadapter [...] au	Joplin exprime une trame de soins à réaliser mais qui finalement s’avère modifiée en permanence. Elle verbalise qu’il s’agit d’une compétence à part entière car elle m’explique que cela fait partie intégrante de sa fonction. Enfin, elle insiste sur sa réadaptation permanent en répétant « tout le temps » comme pour appuyer l’importance de cette réévaluation.	Ici l’infirmière confirme l’importance la vision de Perrenoud et Schön, mettant en avant la réévaluation de sa planification mais aussi le contexte dans lequel elle la modifie, en vue de la meilleure prise en charge possible des patients.

		contexte clinique » L 650-651 « on se réadapte tout le temps, tout le temps, tout le temps » L 653		
		Lou « Oui, tout au long de la journée » L 1092 « Elle va changer en fonction des soins [...] et des impératifs de la journée » L 1092-1093 « Il va falloir essayer de tout décaler [...] d’anticiper » L 1097 « En fonction du patient [...] des examens L1099 « Il va falloir switcher nos soins tout au long de la journée » L 1103	Lou m’explique exactement les mêmes conditions que ses collègues pour lesquelles elle va devoir modifier sa planification. Dans ses exemples, on retrouve également une trame de journée supposée standard mais qui va être fortement perturbée. Comme c’est le cas pour ses collègues. Elle rajoute une notion d’anticipation afin de	Les dires de cette infirmière viennent une fois de plus confirmer la réflexion dans l’action au fil de sa journée de travail, allant même jusqu’à anticiper la planification et « le switch » de ses soins. Le contexte ayant toujours une place prépondérante au fil des soins qu’elle donne à ses patients.

		« On a une base fixe [...] qui va bouger tout au long de la journée » L 1106	réussir à réorganiser ses soins.	
ANALYSE	Schön et Schneuwly avancent donc que la réflexion dans l'action permet une prise de recul puisqu'elle se compose et s'appuie sur contexte entourant le patient. Le fait de revoir sa planification et la réflexion qui s'y rattache, peut porter sur une situation rencontrée, des décisions à prendre. Les infirmières décrivent une réflexion dans l'action, ce qui leur permet de réajuster leurs soins en fonction des situations qu'elles rencontrent. Cette capacité d'adaptation montre une forme de réflexivité dans leur pratique quotidienne, celles-ci m'ayant toutes répondu spontanément « oui ». Par ailleurs, lors des réponses qu'elles m'ont apportées, je note des verbes forts tels prioriser, décaler, anticiper, « switcher » qui peut laisser penser qu'elles mobilisent au long cours la priorisation, la réorganisation, le temps nécessaire à un soin par exemple, tel un exercice de gymnastique mentale qu'elles sollicitent en permanence afin de réussir à réorganiser tous les soins. Ici apparaît pour ces trois infirmières une réflexivité immédiate entraînant une action tels que Schön le décrit lorsqu'il évoque la réflexion « dans » l'action.			

Question 7 : Parlez-vous entre collègues de votre activité soignante ? Ces discussions vous aident-elles ?				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPRÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Réflexivité	Travail collectif et échanges professionnels	Janis « Beaucoup d'entraide [...] sur le plan organisationnel » L 266 à 269 « Sur nos pratiques [...] c'est très rare [...] mais généralement quand on rencontre des problèmes » L 269 à 271 « Des situations compliquées [...] on en discute » L 281-282 « Ça nous aide à pratiquer et puis aussi à lâcher prise » L 290	Janis évoque dans un premier temps l'organisation du service et l'entraide qu'elles s'apportent mutuellement. Elle évoque ensuite le fait qu'elle échange avec ses collègues sur sa pratique lorsqu'elle rencontre des difficultés lors de situations de soins complexes. C'est à ce moment là que la réflexivité fait son apparition, elle m'explique alors que ces	Telle que Lafosse le décrit, le soin qualitatif se construit en équipe. Cette infirmière confirme cette idée au travers de ses réponses. Lagadec, de son côté évoque des moments d'échanges, et explique que la réflexivité est groupale et permet une analyse constructive.

		« Des situations pas forcément simples [...] on s'écoute entre nous, chacune sur nos difficultés [...] ça crée une sensation de cohésion » L 292 à 298	échanges lui permettent de ressentir une cohésion de groupe. Elle verbalise aussi le fait de « lâcher prise » et de relativiser face à sa charge mentale.	
		Joplin « On parle beaucoup, oui, oui, on parle beaucoup du travail qu'on effectue » L 658-659 « On se pose des questions quand on a des doutes » L 659 « Voir avec tes collègues [...] si sur leur secteur elles besoin d'un peu plus d'aide » L 660-661	Joplin évoque à peine des échanges lors de doutes sur la pratique, et appuie de manière plus importante sur le travail en équipe et l'entraide.	Cela rejoint les pensées de Lafosse qui explique que les soins sont construits en équipe.

		« La communication est à mon sens très importante dans notre travail » L 664-665		
		Lou « On essaye surtout sur des pratiques qu'on a pas forcément l'habitude de faire[...] donc c'est bien de faire le point avec ses collègues [...] au niveau des pansements » L 1109 à 1113	Lou m'explique échanger sur la façon de réaliser un pansement par exemple.	Cette infirmière me démontre que la réflexion en équipe sur les soins techniques permet leur amélioration.
ANALYSE	Ces trois infirmières se rejoignent sur les bienfaits d'échanger sur leur pratiques afin d'améliorer la qualité de leur soins techniques. Cependant, une seule évoquera le « lâcher-prise » de sa charge mentale afin d'évacuer et relativiser.			

Question N° 8 Pouvez-vous évoquer les temps formels et informels de coopération ? Ces moments sont-ils importants ?				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPRÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Réflexivité	Échanges des soignants, lieux et temps d'échanges	Janis « Staff le matin [...] point avec notre cadre » L 302 « Formations classiques et officielles [...] en dehors de nos heures de travail » L 314-315 « Il faut savoir se réadapter [...] les choses bougent beaucoup et très rapidement [...] c'est bien pour réévaluer nos pratiques [...] réadapter aussi notre façon de penser » L 326-328	Janis parle en premier des réunions formelles telle que le staff, les réunions sur la certification. Elle soulève cependant qu'il faut « savoir se réadapter » car l'évolution est constante et rapide dans la pratique infirmière. Elle indique des apports constants d'information nécessaires. Enfin, dans les échanges moins formels elle explique que ces	Les dires de cette infirmière viennent confirmer ce que Lafosse explique sur les espaces de réflexion qui sont des moments d'échange et de partage ainsi que ceux de Lagadec où la réflexivité est groupale et permet d'évoluer dans la pratique en soins infirmiers.

		« Que ce soit pour la certification ou d'autres trucs ou entre nous, [...] ça nous apporte quelque chose [...] c'est de l'information en plus » L 329-331 « Pour les choses un peu plus personnelles [...] c'était génial on discute parce que ça nous met du baume au cœur [...] mais aussi dans les côtés un peu plus compliqués [...] extérioriser une situation plus compliquée » L 332 à 336	échanges sont importants pour elle car ils lui font du bien au moral et lui permettent aussi d'évoquer les situations difficiles et de les verbaliser.	
--	--	---	---	--

		Joplin « Pour être formel, [...] moments de transmissions » L 667-668 « On parle des choses qui nous ont touchées et marquées [...] des fois juste pour râler [...] et qu'on a le moral à moins cinquante [...] ça nous permet de se soutenir, rien [...] que de pouvoir extérioriser » L 668 à 692 « Sur les décès [...] on dit qu'on laisse au vestiaire, mais non, on laisse pas du tout au vestiaire, c'est pas	Joplin m'explique dans un premier temps les moments formels, le staff médical. Par la suite, elle verbalise des échanges lors de situations difficile qui la touche avec ses collègues, tel un exutoire. Elle exprime parfois avoir le moral en baisse et que ces temps lui permettent de se remonter mutuellement le moral. Lors de décès par exemple, elle exprime de manière très forte « on laisse au vestiaire	Ainsi cette infirmière insiste sur le fait que les échanges entre collègues sont des moments essentiels lui permettant de se remettre en question, de se sentir soutenue par ses pairs mais aussi de ne pas basculer dans l'exécution de soins mécaniques tel un simple acteur, un faiseur de soin, un robot tels qu'elle le décrit.
--	--	---	--	---

		possible. On est des êtres humains [...] des fois on ne comprend pas, on n'accepte pas » L 695 à 701 « Donc oui, ça aide » L 706 « C'est très intéressant, d'où l'intérêt du travail en équipe parce que c'est très enrichissant à ce niveau-là [...] on vient toutes d'univers différents, on a nos connaissances personnelles, nos connaissances professionnelles [...] même dans nos pratiques c'est de la	ça n'est pas vrai on est des humains ». Elle explique que les discussions sur les échanges d'émotions lui apportent un intérêt. La richesse du travail en équipe (horizons différents nouvelles connaissances) sont des richesses supplémentaires. Janis verbalise quelque chose de très fort, à savoir que certains silences peuvent aussi parfois parler. Enfin elle explique que tous ces temps d'échange lui	
--	--	--	---	--

		remise en question professionnelle donc oui ça aide ». L712 à 719 « Travailler en équipe [...] c'est la richesse d'équipe » L 721-722 « Une réa qu'on a pas réussi [...] on va garder des silences, mais des silences qui en disent long [...] sans avoir à se parler, on se comprend aussi » L 728 à 730 « C'est important [...] ça nous permet de tenir [...] sinon on devient des robots » 730 à 732	permette de ne pas devenir un robot, Ce qui pourrait l'amener à une forme de banalisation dans sa pratique infirmière.	
--	--	---	---	--

		Lou « Ça va dépendre [...] rapidement après la situation » L 1122-1123 « On va essayer d'en parler un peu à midi » L 1124 « Quand on a fini notre poste [...] on repart toutes ensemble on va prendre un peu plus de temps pour analyser ou reparler de certaines choses qui ont pu nous marquer au cours de la journée » 1125 à 1127 « Ça aide pas toujours [...] mais en tous cas elles permettent d'ouvrir un petit peu à	Lou évoque plusieurs temps dédiés à ces échanges : juste après l'évènement, lors de la pause à midi ou bien en fin de poste. Ce dernier leur permet de prendre plus le temps pour analyser la situation. Elle estime que cela ne l'aide pas forcément, mais elle évoque tout de même un enrichissement. Puis plus tard dans la conversation, elle reconnaît que cela l'aide à se remettre en question sur sa pratique.	Dans les réponses de cette infirmière, on retrouve les idées de Schön dans lesquelles la réflexion se fait « sur » l'action donc à postériori, mais aussi les possibilités de temps d'échange et de réflexion sur les évènements, telle que Anne Lafosse les décrit. Pour terminer, on retrouve aussi les idées de Lagadec qui explique que la réflexivité est groupale, puisque la cadre leur propose des analyses
--	--	---	---	--

		la réflexion [...] elles enrichissent (les discussions) au minimum [...] ça nous permet nous-même de nous remettre en question sur les pratiques qu'on a eues » L 1129 à 1136 « Réunions de crise [...] c'est un temps formel [...] mais très rare » L 1139 à 1141 « Oui, ça peut (s'apparenter à des analyses de pratiques professionnelles) [...] je vide mon sac [...] débat ouvert [...] repartir sur des bases un peu plus	Elle évoque aussi des réunions formelles qui lorsque je lui pose la question peuvent s'apparenter à des analyses de pratiques professionnelles. On retrouve à nouveau le fait de « vider son sac » on ressent donc une contrainte émotionnelle à évacuer.	de pratiques professionnelles.
--	--	--	--	---------------------------------------

		apaisées » L 1139 à 1151		
ANALYSE	Il en ressort que ces échanges paraissent essentiels à ces infirmières. Elles semblent avoir besoin de ces échanges puisqu'elles me décrivent des temps de partage d'émotion qui leur permet visiblement de verbaliser leur ressenti, et de se mettre à nu dans leurs émotions. Cette question laisse apparaître que ces échanges se font « sur » l'action donc après-coup comme le décrit Schön. Il ressort aussi la richesse partagée de chacune mise à profit pour les autres, ainsi que la nature humaine de ces infirmières qui cherchent à ne pas devenir des « robots », ces échanges les aidant en ce sens. Toutes évoquent des moments difficiles, ce qui peut laisser penser qu'ils sont essentiels. Ces moments mettent en lumière l'importance de l'aspect collectif dans les pratiques professionnelles, au service de la prise en charge individuelle et singulière du patient.			

Question N° 9 Racontez-moi une situation où vous avez dû modifier votre manière de faire pour vous adapter au patient				
THÈME	SOUS-THÈME	VERBATIM	INTERPRÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
Activité de soins	Adaptation au patient	Janis « Ma manière de faire le soin est restée la même » L 360 « C'est plutôt mon approche » (qui a changé) L 360 « On impose beaucoup de choses sans s'en rendre compte » L 361-362 « Ça m'est arrivée que je me prenne un refus [...] il ne voulait pas coopérer [...] ça m'a un peu brusquée, un peu contrariée et j'ai réfléchi à ce moment-là [...] il va	Janis m'explique que sa technique du soin est restée la même. Cependant, elle verbalise que c'est la manière d'approcher le patient qu'elle a dû adapter. En effet, face au refus du patient, elle s'est remise en question, car elle a reçu ce refus l'a contrariée. Ainsi elle a modifié son approche auprès du patient pour pouvoir exécuter son soin. Janis explique aussi qu'elle avait besoin de ce refus pour prendre	Dans cette question l'infirmière a modifié son approche auprès du patient, car elle a été confrontée à son refus. Dupuis, explique que la banalisation est l'oubli. Il décrit les soins selon deux facteurs : le ressenti et la singularité du patient, qui en font une relation de soin humaine. Il explique donc que le soignant doit se soucier de ce que le patient ressent, mais que le soignant doit rester à l'écoute du patient.

		falloir faire des concessions [...] une approche différente [au lieu d'imposer [...] j'ai négocié » L 363 à 367 « J'en avais besoin en vrai » L381 « On est tellement tête dans le guidon [...] laisser le temps aux gens de réfléchir [...] laisser le temps aux choses de s'apaiser [...] relancer le soin et faire ce qui est bon pour le patient » L 384 à 389	conscience de ce que les soins peuvent parfois imposer, cela lui a permis de prendre du recul au moment même du soin. Lors de notre entretien elle a aussi pris du recul puisqu'elle m'explique cette situation et qu'elle l'a verbalisé. Elle soulève aussi le fait qu'elle soit souvent « tête dans le guidon » comme elle l'exprime, dans sa pratique, et qu'il lui est nécessaire de laisser du temps, relâcher la pression pour réaliser les soins dans de bonnes conditions. Pour terminer, elle me dit	Le refus du patient semble constituer un élément déclencheur pour cette infirmière. Elle a immédiatement réagi en lui laissant du temps, et en réorganisant son approche, ce qui fait écho à Schön et la prise de recul dans l'instant. En parallèle, elle soulève un fait très important, qui est celui d'avoir « la tête dans le guidon » ce qui peut s'apparenter aux idées de Hesbenn quant à la « frénésie du faire » qui peut impacter la pratique professionnelle, pouvant constituer un
--	--	---	--	--

			qu'elle avait besoin de cette remise à plat avec ce patient pour lui ouvrir les yeux sur sa pratique.	facteur amenant à la banalisation des soins.
		Joplin « Beaucoup de situations » L 752 « Patiente soi-disant autonome [...] en fait elle était super mal en point [...] l'aide-soignante était passée [...] elle est autonome [...] humide de transpiration [...] blouse pas très propre [...] au lieu de faire le soin on va faire une petite toilette [il faut s'adapter [...] on lui a fait la toilette ensemble [...] mais là son état de	Joplin de son côté m'explique que l'adaptation aux situations est rencontrée fréquemment pour elle. Elle me donne deux exemples. Le premier est plutôt fréquemment rencontré dans le sens où ce type de situation est vécue quasi quotidiennement, puis elle me donne un exemple de situation très rare concernant le patient muet. Cet exemple rend son explication plus	Cette infirmière de son côté me montre sa capacité à rester à l'écoute de ses patients tel que Dupuis le décrit. De plus elle évoque telle que Collière le décrit, des situations et non des faits identiques, car il faut accepter de leur reconnaître des caractéristiques permanentes qui auront à s'ajuster à des situations changeantes. Cependant, elle va à l'encontre de ce que

		santé fait qu'elle n'est plus si autonome que ça » L 758 à 775 « Il y en a plein des situations » L 780 « Patient qui était muet [...] je suis allée demander à la cadre une ardoise et un stylo pour qu'on puisse communiquer avec lui [...] c'est venu à l'esprit de personne » L 782-783 « Si la sonde naso gastrique il la veut pas, ben tu forces pas de suite [...] je vous laisse réfléchir [...] je reviens dans un moment [...] tu te réadapte [...] des fois	empreinte de compréhension. Elle s'offusque dans les deux cas que les autres soignantes ne se soient pas adaptées aux patients, chose qui pour elle est la base du soin. Elle a pris sur le moment en compte les éléments extérieurs qui font de ces situations qu'elles sont uniques. Elle m'explique ensuite qu'elle laisse parfois le patient « murir » sa décision d'accepter un soin ou non. Elle verbalise clairement le fait qu'il faut savoir s'adapter au patient, et de	Dupuis décrit comme la réification du patient puisqu'elle prend en compte chaque patient dans sa globalité. Elle met en évidence sa réflexion dans l'action décrite par Schön puisqu'elle m'explique que sa réflexion se fait au moment de prendre en charge le patient, mais aussi ce que Schneuwly décrit car elle mobilise les éléments extérieurs tels que les caractéristiques uniques du soin. Enfin, elle démontre sa capacité en tant que soignante à rester à
--	--	--	---	---

		ça désamorce les choses » L 787 à 791 « En fait il faut s'adapter au patient [...] c'est important si l'on veut qu'il soit acteur de ses soins [...] il faut établir une relation » L 798-799 « On nous dit vous comprenez pas, vous ne savez pas ce que c'est [...] on est aussi des êtres humains [on a aussi notre vécu perso » L 805 à 808	le rendre acteur de ses soins. Elle me dit clairement que le soin est une relation. Elle termine en rajoutant que d'un côté il y a le patient qui est un être humain, et que le soignant lui aussi est un être humain avec son vécu personnel.	l'écoute telle que Dupuis l'explique
		Lou « Régulièrement » L 1157 « Je vais vous poser le cathéter [...] vous avez fait votre toilette ? [...] Ah ben non, j'avais pas	Lou répond plus brièvement à cette question, et n'a pas développé dans ses réponses. Cependant, elle m'indique qu'elle modifie régulièrement sa	Ici, l'infirmière aussi est à l'écoute de ses patients puisqu'elle montre son adaptabilité envers eux, tel que Dupuis le propose dans ses idées. Cela démontre sa capacité

		compris ! [...] on s'est peut-être mal exprimé [...] soit il a compris mais il avait besoin d'aide [...] on fait ça ensemble » L 1160 à 1165	manière de faire auprès des patients. Dans l'exemple qu'elle me donne, elle remet en question sa propre manière de communiquer avec le patient.	réflexive à la fois dans l'action, au moment du soin puisqu'elle est déjà rentrée en chambre, mais aussi sur l'action car elle exprime qu'elle change sa manière de faire régulièrement, et ainsi son adaptation aux situations comme Collière le propose.
ANALYSE	Ces situations décrites par ces infirmières démontrent que l'adaptation auprès des patients occupe une place centrale dans leur pratique professionnelle. Elles décrivent des soins nécessitant une adaptation constante, ainsi que des capacités à reformuler, à laisser le temps au patient. Les refus de soins, les difficultés de communication ou bien la perte d'autonomie les amènent à se questionner, mais aussi à devenir inventives dans leur approche. Cela rejoint donc les idées de Collière et Hesbeen selon lesquelles chaque soin est une situation singulière et qui nécessite une prise en compte globale. Elles mettent aussi à jour des réflexions à la fois dans l'action et sur l'action, décrites par Schön. Une seule des infirmières met à jour des soins réalisés « tête dans le guidon », ce qui peut s'apparenter aux pensées de Hesbeen sur la « frénésie du faire ».			

Question N° 10 Ressentez-vous parfois une insatisfaction concernant les soins que vous avez réalisés ?				
THÈME Réflexivité	SOUS-THÈME Regards sur la pratique, freins organisationnels	VERBATIM	INTERPÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
		Janis « Oui » L392 « C'est vraiment le temps [...] on est frustrées, on aimerait mieux faire [...] on aimerait prendre plus de temps, et c'est pas possible [...] parfois on bâcle [...] on se dit demain je rattraperai [...] et des fois la journée du lendemain est encore pire [...] et c'est très frustrant » L 392 à 397 « C'est dur d'allier soin de confort et fin de vie [...] et de l'autre côté je	Janis répond sans hésitation et démarre par le facteur temps. Puis elle m'explique qu'elle souhaiterait mieux faire. Elle me dit « bâcler » ses soins, toujours sous la contrainte du temps, en envisageant rattraper le retard le lendemain. On peut imaginer que sans le verbaliser, elle reporte certains de ses soins au lendemain ou bien encore accorder plus de temps à un patient le lendemain. Elle exprime	Cette infirmière décrit des contraintes temporelles qui l'incitent à reporter certains soins au lendemain, pensant pouvoir rattraper. Cependant, elle explique que la journée du lendemain peut s'avérer encore plus soutenue que la veille. Ce facteur « temps » se retrouve dans les facteurs déstructurants telle qu'Alderson les décrits expliquant que celui-ci entre autres peut amener

		soigne des personnes qu'il faut que je soigne » L 401-402 « On se prévoit un plan, [...] et même si on est la plus organisée du monde [...] il y a des journées où ça veut pas [...] et quand on rentre le soir, on cogite » L 404 à 406 « J'ai pas réussi à donner à cette personne ce qu'elle aurait aimé à cent pour cent » L 411	clairement une frustration dans sa pratique, et être balancée entre deux mondes : celui de la fin de vie et la prise en charge de patients qui vont pouvoir être soignés. Mais elle l'exprime aussi en me disant qu'elle n'a pas réussi à donner ce qu'elle souhaitait à ses patients en termes de relation. Elle verbalise aussi prendre le recul nécessaire lorsqu'elle a terminé sa journée de travail, employant le terme « cogiter ».	à perturber l'équilibre psychologique et physique du soignant. Sa deuxième frustration se trouve être en rapport au décalage psychologique auquel elle est confrontée, et donc d'un côté des patients en soins palliatifs qui demandent une attention plus importante, ainsi que beaucoup plus de temps car ces patients peuvent être souvent bien plus algiques et donc ralentis. L'infirmière interrogée exprime enfin la frustration de ne pouvoir « donner » à sa patiente
--	--	---	---	---

				tout ce qu'elle attend d'elle. Alderson rajoute que certains facteurs peuvent se potentialiser et générer de nouvelles sources de souffrances pour le soignant. On peut donc ici se poser la question pour cette infirmière qui verbalise au moins trois types de contraintes. Alderson qu'en réponse à ces facteurs, une prise de recul est nécessaire afin de limiter des conséquences et des répercussions tant pour le patient que pour le soignant.
--	--	--	--	---

				Cette infirmière exprime prendre le recul nécessaire sur sa pratique (selon Schön), « sur » ses actions une fois sa journée terminée.
		Joplin « Ce serait plus sur les réas » L 815 « Quand on s'aperçoit qu'il y a un problème [...] les médecins réanimateurs le condamnent direct [...] des fois ça c'est dur » L 817 à 819 « Ça aurait été ton père, tu aurais fais quelque chose [...] tu te serais un peu battu » L 820-821	Joplin de son côté explique de manière très crue son insatisfaction. Elle verbalise trois exemples différents, à savoir des prises en charges de patients qui ne sont pas réanimés, le relationnel auprès des patients qui peut parfois ne pas se concrétiser comme elle le souhaite dans la relation de soin, et enfin une activité très intense qui peut s'avérer	Cette infirmière utilise des termes très forts, qui est certainement sa façon d'appuyer sur les conséquences d'une activité intenses que l'on peut rattacher à Hesbeen dans la frénésie du faire. Elle exprime sa réflexivité sur la prise en charge des patients lors de réanimation, en faisant la comparaison avec le fait que cela pourrait être le parent

		« Quand le relationnel [...] ben des fois ça passe pas avec le patient [...] il n'y a pas d'accroche [...] on est un peu frustrée de ne pas arriver à cette complicité dans cette relation soignant-soigné » L 822 à 824 « Quand c'est le bordel dans le service [...] il y a dix sortants, dix entrées [...] ben tu sors de là, tu as l'impression d'avoir fait de la merde toute la journée [...] donc soit tu passes à autre chose, soit tu pleures un bon coup et tu rentres chez toi [...] des fois c'est deux-trois	se reproduire très régulièrement, avec un retentissement psychologique certain sur ses émotions, et le fait de les évacuer en pleurant.	d'un d'entre eux, et ainsi sur le fait qu'elle ne comprend pas certaines décisions. On peut rattacher sa réflexion sur les trois exemples qu'elle donne à Schön qui indique que la réflexivité peut se produire « sur » l'action à savoir à postériori.
--	--	---	--	--

		jours puis une semaine » L 825 à 830		
		Lou « Souvent » L 1171 « On a pas assez de temps à leur consacrer (les patients soins palliatifs) [...] on a pas forcément le temps [...] les temps d'écoute sont limités [...] on ne peut pas se permettre [...] on a trop de patients » L L 1173 à 1178 « On essaye de prendre le temps [...] parfois on a l'impression d'être dépassées par le temps » L 1184-1185 « Il y a le temps, la charge de travail, le fait	Lou évoque elle aussi le facteur temps, mais elle rajoute la notion de charge de travail ainsi que l'interruption de tâche qui à ses yeux font qu'elle se sent insatisfaite dans la réalisation de ses soins.	Ainsi pour cette infirmière, elle rejoint ses collègues sur le facteur temps mais évoque d'autres facteurs, laissant penser comme Marie Alderson l'explique que ceux-ci sont des facteurs déstructurants pouvant porter atteinte à la qualité de la relation du soignant envers le patient soigné. Cette infirmière reste factuelle et n'évoque pas de prise de recul. Pour terminer, elle évoque un nombre de patients trop important, ce qui alourdit sa charge de travail.

		d'être interrompue » L 1190 « On va nous demander un antalgique [...] ben ça devient toute une aventure parce qu'on croise plein de monde en route » L 1191 à 1201		
ANALYSE	Certes, selon Alderson la prise de recul permet de prévenir ou de limiter les conséquences de la frénésie des soins, du risque de leur banalisation, cependant deux des infirmières verbalisent leur prise de recul, à leurs yeux nécessaires. Comme Alderson le décrit, dans les réponses de ces infirmières, on retrouve les facteurs liés au temps, à une surcharge de travail, l'interruption de tâche, des relations de soins parfois non abouties, qui pourrait fragiliser la qualité des soins. Cette question a fait émerger un vocabulaire très fort de la part de certaines : « Bâcler, frustrant, condamner le patient, c'est dur, on est frustrées, c'est « le bordel », tu pleures, écoute limitée, on ne peut pas se permettre » laissant transparaître des conditions de prise en charge qui doit s'avérer parfois compliquées pour ces soignantes. Elles expriment toutes une forte insatisfaction principalement en lien avec le temps. Elles ne remettent pas en question leur compétences techniques, mais plus l'impossibilité de les réaliser tels qu'elles les imaginent, avec une disponibilité plus importante auprès de leurs patients.			

Question N° 11 À quoi rattachez-vous cette insatisfaction, et qu’auriez-vous fait autrement ?				
THÈME Réflexivité	SOUS-THÈME Analyse et amélioration de sa pratique	VERBATIM	INTERPÉTATION	CADRE DE RÉFÉRENCE
		Janis « Au temps » L 416 « Aux aléas, au temps, à notre qualité de travail, [...] si on était en nombre [...] si on avait moins de patients [...] manque de personnel, manque de moyens, manque de matériel [...] ben ça joue sur nos pratiques » L 418 à 424 « Je sais pas si je peux faire autrement, franchement, je réfléchis » L 429	Janis revient une fois de plus sur le facteur temps, mais dans cette question elle rajoute d’autres facteurs organisationnels tels que les moyens matériels, le manque d’effectif, expliquant que cela a un impact sur sa pratique. Quand je lui demande ce qu’elle pourrait faire autrement, elle exprime une grande incertitude sur ce qu’elle pourrait modifier. Cependant, elle prend le temps de la réflexion	Face à cette question, l’infirmière prend le temps de la réflexion tel que Schön, le décrit car elle manifeste une réflexion sur ses actions. Elle verbalise une fois de plus être surchargé de travail, ce qui peut s’apparenter à Hesbeen lorsqu’il développe la frénésie du faire car débordées. Ceci dit, elle ajoute un contexte multifactoriel de conditions de travail qui rejoignent les idées de

		« Peut-être en demandant plus d'aide, mes collègues sont autant débordées que moi » L 430 « On s'entraide [...] pour essayer de rattraper tout ça » L 431 « Franchement je sais pas trop en vrai » L 432	pour me répondre, mais ne trouve pas vraiment ce qui pourrait être réalisé de manière différente car elle m'explique se retrouver dans un contexte où elle se sent débordée avec ses collègues.	Marie Alderson, les facteurs déstructurants qui peuvent amener à perturber l'équilibre psychologique et psychique l'infirmière. Pour autant cela l'amène à porter un regard réflexif sur sa pratique car elle identifie clairement ces facteurs. Et telle la compétence 7 où il s'agit d'identifier les améliorations possibles et les réajustements dans sa pratique, ici l'infirmière la mobilise pleinement.
		Joplin « Il y a le temps, le temps » L 834	Joplin décrit une liste très complète des facteurs liés à son insatisfaction.	Comme la première infirmière questionnée à ce sujet, on sent que cette

		« Beaucoup de choses à faire en un temps imparti » L 835 « La paperasse qui nous prend un temps de fou » L 836 « Les réunions, la certification [...] lire des pages et des pages car on risque de nous poser des questions [...] et à côté de ça, ben on fait rien et en fait on est pas centré sur le patient » L 838 à 842 « Les interruptions de tâches [...] le téléphone, ce maudit téléphone [...] tu passes commande, il faut aller à la pharmacie [...] il n'y a plus de	Dans sa réponse, j'ai senti qu'elle avait déjà pris le temps de la réflexion. Elle verbalise l'importance de la communication, de prendre en compte la charge de travail de chaque acteur, elle précise que l'organisation a tout autant son importance. Enfin, elle m'explique avec beaucoup de recul que le système de santé a évolué, elle précise même, le manque de médecins, des patients de plus en plus nombreux, polypathologiques.	infirmière développe une analyse sa pratique très approfondie car elle verbalise les axes d'améliorations qui lui permettront une pratique plus fluide. Elle mobilise en même temps les facteurs déstructurants en lien avec Marie Alderson et elle me précise que le contexte actuel pourrait avoir une influence sur la prise en charge des patients. Elle verbalise en parallèle les conséquences sur le soignant, telles que je les évoque dans mon cadre de référence, où le soignant peut s'épuiser
--	--	---	---	--

		coursier [...] t'en as besoin en urgence [...] la pharmacie, elle ferme à quatre heures [...] c'est vraiment pas le moment » L 843 à 847 « Les familles » L 850 « S'adapter à tout, tout le temps [...] les ordres, les contre-ordres des médecins » 855-856 « Arrêter qu'on nous prenne pour une standardise [...] tout le monde est saturé de boulot [...] les médecins, eux aussi sont saturés [...] si on me dit à sept heures [...] alors qu'on le sait depuis quatre heures de l'après-midi [...]	Elle insiste lourdement sur le téléphone qui pour elle est « maudit » car il provoque de nombreuses interruptions de tâches. Elle termine de répondre à ma question en m'expliquant que nous travaillons dans un milieu où l'humain a une place prépondérante, et non comme si nous travaillons dans une usine.	peut se retrouver dans une position non plus de soignant, mais de « faiseur de soin ». Lors de la fin de notre échange, elle défend des soins basés sur l'humain, et non comme un travail » à l'usine » faisant référence à la relation humaine cachée derrière les soins pratiqués. Pour terminer, elle pense à ses collègues de nuit qui, si elle ne termine pas ses tâches seront impactés eux aussi dans leur pratique. Ici, elle démontre une grande prise de recul afin de limiter les conséquences
--	--	---	--	---

		j'aurais peut-être eu le temps de le préparer » L 865 à 881 « Mes collègues de nuit sont que deux [...] si je leur dis t'as trois blocs à préparer, et t'as quatre cathés à poser [...] ben franchement la journée commence pas super non plus » L 885 à 887 « Importance de la communication [...] on dit des choses à une personne qui n'est pas concernée [...] organisation [...] prendre conscience les uns des autres » L 889 à 899 « Ce n'est pas le contexte du service [...] c'est le		que pourrait induire de leur laisser des soins à réaliser, ce qui est soulevé par Marie Alderson.
--	--	--	--	--

		contexte du monde hospitalier [...] il y a de moins en moins de médecins [...] on se fait harceler par les gestionnaires de lits [...] contexte actuel, c'est l'époque qui veut ça [...] de plus en plus de malades à soigner, ils sont multi-complicqués [...] c'est très dur pour tout le monde [...] on essaye de faire tant bien que mal [...] ça reste du soin humain [...] c'est pas comme si tu travailler à l'usine » L 911 à 924		
--	--	---	--	--

		Lou « Il y a le temps, la charge de travail, le fait d'être interrompue trente-six fois » L 1190 « Entre temps il faut prendre tellement d'informations [...] que donner un antalgique devient toute une aventure, quand on se souvient qu'il faut donner un antalgique » 1098 à 1201 « J'aimerais avoir le temps de pouvoir faire mes soins, de pouvoir me poser, » L 1205 « De mieux comprendre le patient aussi [...] on a pas le temps de les	Lou exprime elle aussi la notion de temps, de charge de travail ; et les interruptions de tâches qui l'amène à se rendre compte qu'administrer devient une aventure à part entière car le temps d'aller vérifier sa prescription, prendre l'antalgique, et le ramener au patient elle est interrompue à de multiples reprises, allant même jusqu'à me dire qu'elle pourrait oublier d'aller l'administrer au patient.	Cette infirmière évoque les mêmes facteurs que ses collègues. Elle décrit l'administration d'un antalgique comme un parcours complexe allant jusqu'à évoquer le risque d'oublier certaines tâches, faisant écho aux répercussions directes sur le patient que j'évoque dans mon cadre de référence. Elle exprime également le souhait d'améliorer sa pratique sur la relation et la dimension d'écoute qu'elle apporte à ses patients. Cette prise de conscience témoigne ici aussi d'une réflexion
--	--	--	--	---

		écouter en fait [...] l'écoute auprès des patients que je voudrais travailler le plus » L 1208 à 1213		analytique autour de sa pratique professionnelle.
ANALYSE	Cette question a fait émerger un grand nombre de facteurs intervenant dans la pratique de ces infirmières, et notamment le temps, thème récurrent pour celles-ci. Elles s'accordent toutes sur des interruptions qui peuvent fragiliser leur pratique. Cependant, les infirmières présentent une importante capacité d'analyse de leur pratique et leur souhait d'apporter aux patients des soins de qualité et une écoute attentive. L'une d'entre elles imagera sa pratique en comparant un travail à l'usine « mécanisé » craignant ainsi une pratique dénuée de relation humaine.			

Annexe 4 : Retranscription des entretiens

1 Entretien avec IDE 1 Janis

2 **Moi : Pouvez-vous vous présenter, ainsi que votre carrière et ce qui vous a amené à**
3 **travailler dans ce service ?**

4 Janis : d'accord don moi du coup je suis Janis je suis infirmière depuis 2020 donc ça va faire
5 presque six ans euh...ben ça fait six ans que je suis dans ce service de gastro entérologie euh
6 mon parcours c'est que ben j'ai fait l'école d'infirmière et du coup vu que je connaissais
7 l'hôpital euh vu que j'avais tous mes stages sur l'hôpital j'ai décidé de postuler et.....quand j'ai
8 postulé ils m'ont proposé heu la chir et la médecine et après finalement ça été la médecine 8 où
9 il restait des places et ben du coup j'ai pris la médecine gastro parce que sinon il fallait aller
10 dans des services de gériatrie et euh je préférerais faire de la médecine plutôt que de la gériatrie
11 parce que c'était plus polyvalent.

12 **Moi : D'accord heu qu'est-ce qui vous plaît particulièrement dans ce service ?**

13 Janis : Euh ce qui me plaît particulièrement... fin ya plein de choses il y a tellement de... ce
14 qui me plaît le plus c'est qu'on voit tellement de choses...il y a beaucoup de polyvalence, on
15 fait de la médecine mais on est amené de plus en plus à mélanger la médecine et la chirurgie au
16 niveau des soins euh justement au niveau des soins on a plein de choses on des [mot inaudible],
17 des part à cath, on voit les populations ben justement qui changent euh avant il y avait beaucoup
18 de typologie maintenant on tend plus à de l'oncologie donc on voit de plus en plus de cancer et
19 plus des pathologies de gastro donc euh ce qui me plaît c'est que ça bouge, c'est vrai qu'on se
20 pause pas beaucoup, il y a beaucoup de choses à faire, beaucoup de soins et je trouve que c'est
21 un service où à partir du moment où tu es passée dedans je pense que tu peux passer quasiment
22 partout, tu apprends plein plein de choses et tu vois plein de choses et je trouve que c'est top.
23 Franchement, tu vois ça fait six ans que je suis là et j'apprends euh encore de ma pratique de
24 mes soins, tout bouge tout le temps en fait et c'est hyper intéressant en fait.

25 **Moi : d'accord et avec les patients ?**

26 Janis : avec les patients euh c'est quand même un public qui est un peu assez particulier, il y a
27 une approche je trouve des soins bon après j'ai pas fais d'autres services donc peut-être que
28 d'autres diront pas la même chose que moi là-dessus mais euh j'ai fais que ce service mais je
29 trouve qu'il y a une approche assez euh pas compliquée mais euh assez délicate euh pasque on
30 a souvent des gens qui sont euh dans une chronicité du soins dans euh de l'addictologie aussi

31 des fois et c'est des approches euh plus biaisées dans le sens où ils ont pas forcément toute leur
32 tête, ils sont pas forcément conscients de tout ce qu'il se passe, et des fois ils sont pas
33 coopérants, des gens chroniques des fois y'en a qui sont supers coopérants et y'en a qui sont au
34 bout du rouleau, qui en ont marre, et qui sont pas coopérant donc euh c'est polyvalent aussi je
35 trouve euh là-dessus il faut toujours s'adapter, je dirais.

36 **Moi : d'accord, qu'est-ce que vous entendez par vous adapter ?**

37 Janis : Ben...[silence]...ben dans le sens où vu qu'il y a plusieurs euh il ya de la chronicité dans
38 le soin, des fois il y a du refus de soins des fois ya de la coopération au soin se réadapter c'est
39 toujours voir en fait en fonction de notre positionnement euh ...de ben voilà se réadapter en
40 fonction de chaque personne, chaque personne est différente et notamment dans notre service
41 et c'est prendre du temps et ...justement réévaluer en fait l'état, l'humeur de la personne euh
42 justement à chaque fois. C'est-à-dire que par exemple je vais passer le matin, la personne elle
43 va être euh je dis n'importe quoi après il y a aussi de la chronicité dans la douleur on va dire
44 euh le cas qui me vient le plus rapidement c'est dans la douleur des gens qui sont pas du tout
45 en ...qui sont pas du tout coopérants dans leurs soins et qui veulent rien mais parce qu'ils sont
46 douloureux ou parce qu'ils sont des fois en sevrage ou en manque et au final on essaye de mettre
47 des traitements et quand on réévalue plus tard et ben finalement ce matin elle m'a dit non pour
48 certaines choses et au final ben vu qu'elle a plus mal ben maintenant elle accepte certains soins
49 certains examens donc je dirais c'est m'adapter à ce niveau-là, c'est en fait il faut réévaluer en
50 continuité parce que même si quelque chose peut se passer le matin, ça peut être complètement
51 différent l'après-midi ou ... [inaudible]

52 **Moi : Pouvez-vous me décrire une journée type de travail (en gros) ?**

53 Janis : Donc dans mon service ?

54 **Moi : oui ! rires**

55 Janis : une journée type de travail, ben nous on travaille en douze heures, donc les journées sont
56 [inaudible] donc euh généralement on arrive à sept heures, on fait la relève, ensuite prépare nos
57 soins, on fait le tour, après sur notre service on a un staff entre huit heures et demi et neuf heures,
58 qu'on fait avec les médecins, ya les médecins, les diètes etcétera, ensuite euh, ben on va dire de
59 neuf heures à onze heures et demi on va faire tous nos soins, nos soins de nursing, les soins
60 techniques, les réévaluations sur certains examens, enfin voilà on fait tous nos soins entre

61 guillemets. Onze heures et demi jusqu'à midi et demi treize heures on a le tour de midi bah avec
62 réévaluation de constantes si il y a besoin, l'administration des traitements comme à huit heures,
63 après on a un pause on va dire de euh....quatorze heures à quinze on va dire une heure max, si
64 entre temps on a pas des piluliers à faire et l'après-midi ben voilà on a les entrées heu les soins
65 de nursing, les changes, euh...de nouveau le tour des médicaments et après à dix-huit heures
66 quarante-cinq euh...on a euh...la relève.

67 **Moi : D'accord. Y a-t-il dans votre journée des moments plus chargés que d'autres ?**

68 Janis : ...[Silence]... euh oui, oui, en fait ça dépend. Ça dépend des journées. Ya des mati...des
69 journées où par exemple on va avoir pas mal de soins sur le secteur euh des soins techniques
70 ou...[silence]...ou même des soins relationnels puisque des fois on prend du temps aussi avec
71 les gens de discuter avec eux mais surtout des soins techniques ça dépend et il y a des fois où
72 ça va être ouais voilà le rush le matin et puis l'après midi vu que tout a été cadré le matin, c'est
73 beaucoup plus calme et on a pas spécialement d'entrée ou pas spécialement des grosses entrées
74 comme ça peut être l'inverse, ça peut être des matinées calmes et se faire complètement envahir
75 l'après-midi par euh ben des choses qui n'ont pas été prévues, des examens qui se rajoutent,
76 des entrées qui sont pas bien ou...donc euh je saurais pas dire si j'ai un moment plus calme sur
77 la journée ça dépend en fait euh... j'ai pas de...je pourrais pas dire euh à onze heure c'est plus
78 calme parce qu'on a fini les toilettes. Non ça dépend, je dirais euh que ça dépend de la journée.

79 Moi : d'accord

80 Janis : Ya pas de réponse en fait, ya pas trop de réponse en fait, je suis désolée [rires]

81 **Moi : Alors euh quels sont les éléments ou évènements qui peuvent influencer votre**
82 **manière de travailler ?**

83 Janis : les éléments, les éléments je dirais euh...ben ça vient aussi dans les aléas c'est-à-dire
84 heu je dis n'importe quoi euh...par exemple si on a euh le matin on arrive on a ben un patient
85 qui est pas bien, une réa, une hémorragie, ben forcément en fait ma façon de travailler va être
86 différente parce que on va avoir pris du temps pour ce patient là parce qu'il en avait besoin et
87 qu'il faut euh qu'il faut faire, mais forcément en fait on aura du coup ben perdu du temps sur
88 d'autres choses et du coup euh ça va forcément affecter euh notre prise en charge derrière par
89 ce qu'on va essayer de récupérer entre guillemet le temps perdu, après je pense aussi qu'il y a
90 la notion de matériel, je sais que euh ben quand il manque du matériel on manque forcément

91 ben en fait c'est tout un peu dans le temps. Quand il manque du matériel, on perd du temps à
92 chercher du matériel qui fonctionne...[inaudible]...etcétera, donc du coup c'est pareil cette
93 perte de temps va faire que la prise en charge sera différente euh... je pense euh...parce qu'on
94 va essayer de combler nos soins sur la même durée mais avec moins de temps donc je pense ça
95 va aller plus vite donc ça c'était les éléments et il y avait les ?

96 **Moi : Les évènements ou les événements**

97 Janis : qu'est ce qui est pour vous différents de événements et éléments ?

98 Moi : les événements c'est quelque chose qui va se passer,

99 Janis : ouais

100 **Moi : comme par exemple l'urgence**

101 Janis : ouais, voilà les imprévus entre guillemets

102 **Moi : et les éléments ?**

103 Janis : [silence] ben les éléments je vois pas trop...[rires]

104 **Moi : ça peut être par exemple le matériel**

105 Janis : ouais, voilà le matériel je dirais euh le plus euh...les éléments on va dire aussi les familles
106 mais toujours dans cette chronicité je pense que c'est en vrai c'est ça qui change je pense le
107 plus nos soins euh c'est peut-être le chronicité des choses les événements c'est les familles qui
108 prennent aussi du temps, qui ont besoin de parler donc on leur accorde ça, et du coup ben pareil
109 ça nous prend du temps et forcément ben nos soins ils sont peut-être un peu plus rapides des
110 fois derrières qu'ils ne devraient l'être euh pour essayer de tout finir à l'heure et que tout le
111 monde ait tout ce qu'il faut avant qu'on parte quoi.

112 Après j'avais une autre chose aussi je sais pas si c'est un événement ou un élément euh des fois
113 indirectement ya notre état à nous dans le sens où si on est surchargées de travail on est un peu,
114 allez, un peu sous l'eau, un peu dépassées, un peu euh voilà ça nous touche donc on est un peu
115 euh irritées et je pourrais dire que ça, ça change un peu sur le reste de notre humeur et notre
116 journée euh comment on est touchée par ça fait que peut-être que euh on prendra moins de
117 temps ou on fera peut-être les choses un peu plus rapidement ou justement plus lentement en
118 fonction de comment on est ya un peu le facteur humain et propre à soi-même

119 **Moi : Et qu'est ce qui fait que ça peut être modifié justement, votre facteur à vous, humain**
120 **? Qu'est ce qui fait qu'il va être modifié ?**

121 Janis : Le manque de temps [rires] j'ai envie de dire, non le manque de temps, le manque de
122 moyens, euh le manque de matériel, il y a plein de choses qui font euh quand on est moins
123 nombreuses ben forcément ben c'est le rush partout donc on est stimulées de partout donc on
124 est jamais dans notre continuité de notre réflexion, on est souvent interrompues, donc ça peut
125 irriter, le manque de matériel ben voilà on perd du temps, fin il y a plein de choses qui peuvent
126 euh justement nous déstabiliser sur la journée et faire que euh une fois, deux fois, trois fois
127 peut-être que la quatrième fois ça va peut-être plus m'agacer que bon les deux premières fois,
128 quoi.

129 **Moi : D'accord.**

130 Janis : donc je dirais ces éléments-là, ouais je pense.

131 **Moi : vous me parliez de chronicité des choses tout à l'heure, vous pouvez développer un**
132 **petit peu s'il vous plait ?**

133 Janis : [rires] ça peut être très long la chronicité en fait mais heu je trouve qu'on est très dans
134 ce euh il faut faire des soins

135 [Interruption de l'entretien due à une sollicitation du service]

136 **Moi : Donc vous me parliez de la chronicité des choses, donc qu'entendez-vous par ça ?**

137 Janis : Alors bon après c'est large. Euh...je dirais qu'en fait, sur la chronicité des choses dans
138 le sens où ben en fait euh...tout se fait sur le temps tous nos soins, tout notre quotidien est
139 organisé sur une journée, sur un instant T, et sur un délai, c'est-à-dire que ben nous on travaille
140 de sept heures à dix-neuf heures donc il faut que les choses soient faites au maximum de sept
141 heures à dix-neuf heures. Donc tout ce que je vais faire sur la journée pour les patients et pour
142 les soins que j'aurais, ben forcément je vais être des fois limitée. Parce que des fois, ben des
143 fois j'aimerais faire plus, et des fois je peux pas faire plus parce que ben je suis justement dans
144 cette limite qui est euh le temps donc euh voilà c'est euh voilà je dirai que c'est à ce niveau là
145 quoi. Et c'est vrai que ça nous impacte sur beaucoup beaucoup beaucoup de choses au
146 quotidien.

147 **Moi : D'accord, donc la question suivante est euh comment vous préparez vos soins, quand**
148 **vous arrivez par exemple le matin, euh est-ce qu'il y a des éléments sur lesquels vous vous**
149 **appuyez euh ?**

150 Janis : Euh, oui, euh nous on a encore les relèves et du coup ben en fait on marque par exemple
151 on a une case complètement entière pour euh chaque patient ou euh pour les soins techniques
152 notamment où euh par exemples il y a marqué tout le matériel que le patient possède et euh à
153 quelle date entre guillemet ça été fait pour que nous euh en fait on puisse savoir quand est-ce
154 qu'il faut changer le cathéter euh.

155 Après on a aussi une case où il y a les examens, donc en fait avec toutes ces cases-là, nous on
156 arrive tel jour et on sait euh...quand est-ce qu'il faut changer euh tel dispositif ou qu'il faut
157 préparer tel patient, à quelle heure euh ben du coup dès le matin à huit heures, enfin à huit heure
158 euh à sept heure pardon, quand euh on fait la relève, déjà en fait, fin moi personnellement mais
159 je pense que certaines font pareil, on stabylote en fait euh les soins qu'on a à faire et on se fait
160 déjà un petit plan organisationnel de bon ok là avant de commencer je vais avoir peut-être ça et
161 ça à faire. Et après généralement ça se réévalue, moi je sais que euh... sur les coups de dix
162 heures je me fais une petite « to do List » où je me marque ben telle chambre j'ai ça à faire,
163 telle chambre j'ai ça à faire, telle chambre j'ai ça à faire et des fois ya des choses qui vont être
164 gommées, des choses qui sont enlevées et ya des choses qui sont rajoutées.

165 **Moi : D'accord alors justement ma question suivante c'était comment vous priorisez vos**
166 **soins ?**

167 Janis : ça après ça dépend...ben ça dépend surtout des examens, ça dépend aussi euh...de
168 euh...de quels soins on privilégie de façon toujours du plus propre au plus sale chez nous,
169 euh...don c'est-à-dire que ben par exemple si il y a des soins stériles ben on va les faire en
170 premier sur des soins non stériles, je compare par exemple un Picc Line et une stomie ou un
171 cathéter et une stomie ou un cathéter et un pansement de plaie euh...d'escarre, donc il y a une
172 priorité par rapport à l'hygiène, et après il y a des priorités par rapport au temps, ben voilà, euh
173 si il y a des gens qui partent tôt ou pas, ben là j'ai un exemple tout concret hein ce matin je
174 devais enlever en soi un Midd Line et je devais refaire un pansement d'escarre, euh
175 normalement ben euh la priorité ben c'est euh que je fasse le Midd Line d'abord et le pansement
176 d'escarre après, sauf que ben le patient partait à neuf heures pour l'escarre donc ben du coup
177 ben...tant pis j'ai dû faire ben pour le patient qui partait à neuf heures j'ai du faire à huit heures

178 quarante-cinq son pansement avant qu'il parte et la dame avec qui j'avais pas spécialement de
179 délai particulier pour sa sortie ben j'ai enlevé le Midd Line après.

180 **Moi : D'accord. Euh....**

181 Janis : Donc en fait c'est à l'instant T, et quand on voit les priorités de chacun. Y'en a un qui
182 sort à neuf heure, y'en a j'ai rien de particulier mis à part qu'elle sort à quinze heures bon ben
183 neuf heure c'est plus tôt que quinze heures, c'est une priorité de temps.

184 **Moi : D'accord, euh pouvez-vous me décrire la préparation d'un soin pour un patient**
185 **dont vous avez la responsabilité aujourd'hui par exemple ?**

186 Janis : N'importe quel soin ?

187 Moi : N'importe, celui que vous voulez

188 Janis : Et... je détaille tout ce que je mets sur mon chariot ? [rires]

189 Janis : Euh...en gros si je dois faire un soin, ben là par exemple ce matin j'avais quoi, ben je
190 devais enlever un Midd Line donc du coup ben enlever un Midd Line, c'était préparer un chariot
191 satellite, le désinfecter avec une poubelle et mes gants non stériles, un set à pansement pour
192 faire la désinfection en quatre temps, euh..ma désinfection en quatre temps donc j'ai pris de la
193 chlorex et euh...un pansement type sec cicaplaie avec un compressif, j'ai pris des strips, je sais
194 plus le nom mais des strips et puis voilà.

195 **Moi : D'accord euh...d'après vous qu'est-ce qui vous semble important dans la**
196 **préparation de ce soin ?**

197 Janis : Qu'est-ce qui vous semble important dans la préparation de ce soin ? Waouh... [temps
198 de réflexion]

199 **Moi : le patient intervient-il dans cette préparation ?**

200 Janis : Oui, bien sûr ! parce qu'on les prépare avant

201 **Moi : oui... ?**

202 Janis : Donc heu...le patient intervient ben parce qu'il faut qu'il soit lavé et propre ! Il faut
203 qu'il soit au courant de ce que je lui fais, donc heu déjà en arrivant on les prévient euh ben je
204 sais plus la question ! [Rires]

205 **Moi : Est-ce que le patient intervient dans cette préparation ?**

206 Janis : oui il intervient ben parce que il a son rôle aussi de hum, nous on leur donne des conseils,
207 on leur dit ben voilà : il faut être lavé et propre et prêt et de nous sonner à ce moment là et du
208 coup ben il participe à ça et ben donc du coup ils sont prêts à chaque fois qu'on leur demande
209 d'être prêt ya pas de soucis, ils le font. Donc oui ils interviennent, ils sont aussi un peu acteurs
210 à leur niveau.

211 **Moi : C'est-à-dire ?**

212 Janis : Ben c'est-à-dire que [réflexion] un patient hospitalisé dans un lit il n'est pas forcément
213 tout le temps passif euh....nous ils attendent des choses de nous, ils attendent des choses de
214 nous par ce qu'on est là pour les soigner, mais nous en contrepartie on attend quelque chose
215 d'eux dans le sens où ils sont obligés de participer, d'être participant et donc du coup entre
216 guillemet quand je dis d'être acteur c'est-à-dire ben voilà euh... de se mobiliser quand c'est
217 possible, d'essayer de ne pas se laisser glisser mis à part si il y a des contraintes autres types
218 des pathologies ou quoi que ce soit ou l'aspect psychologique mais heu voilà des participants
219 avec nous où on leur demande de faire des choses en amont pour que tout soit carré, tout soit
220 nickel et qu'ils le fassent quand euh on leur demande et aussi ça fait très militaire quand je dis
221 ça c'est dans leur chronicité à eux, quand ils sont en capacité de le faire c'est-à-dire que je vais
222 pas réveiller quelqu'un à sept heure du matin pour lui dire « soyez prêts à huit heure, je viens
223 tapante » non c'est bon euh aujourd'hui je vous enlève le Midd Line il faut juste que vous soyez
224 propre, ça serait bien qu'on le fasse avant telle heure, si c'est possible d'aller vous laver, et vous
225 sonnez quand vous êtes prêt ! Donc oui, oui, oui, il faut ! On tire pas...je vais pas dire pas
226 grand-chose car c'est un peu euh raide, mais euh...on a besoin de ça, on a besoin, c'est ce lien
227 un peu comme dans la relation soignant-soigné, on a besoin de ce lien. Où en fait c'est : je
228 donne mais vous donnez aussi en contrepartie de quelque chose, c'est du partage en fait.

229 **Moi : d'accord ! Vous arrive- t-il de revoir votre planification ? Au cours de la journée ?**

230 Janis : oui ! Tout le temps

231 **Moi : d'accord**

232 Janis : parce qu'il y a toujours ce qu'on appelle des imprévus.

233 **Moi : ok donc vous pouvez me donner un exemple ?**

234 Janis : Heu...ben par exemple...sur mes soins et ben je dis n'importe quoi je voulais faire
235 heu...je donne un truc bateau hein ben je voulais faire heu justement poser heu...ben une dame
236 pour qui le cathéter a lâché, je voulais la reperfuser rapidement heu après sa toilette pour heu
237 pour continuer ses antibiotiques pour continuer en fait la continuité de ses soins et en fait entre
238 temps j'ai eu un imprévu, un dame qui s'est mise à avoir de la température, qui était pas bien,
239 qui frissonnait, qui déchargeait, heu ben du coup en fait j'ai mis en pause ça , parce que la dame
240 à qui je devais de m'occuper, certes, je prends un peu de retard sur son antibiotique mais elle
241 est stable pour justement privilégier la personne qui ne l'est pas.

242 **Moi : d'accord**

243 Janis : Et puis après il y a aussi l'aspect heu...plutôt où heu on essaye même si c'est compliqué
244 des fois, on essaye d'être au rythme de patients, bon ben finalement le patient il est pas heu...je
245 lui avait dit de se laver à telle heure, finalement bon ben il est pas prêt, bon ben je relance ma
246 toilette, je lui laisse encore un peu de temps, et puis tant pis finalement je voulais le faire en
247 premier et ben j'essaye de changer et je le ferai peut-être en deuxième ou en troisième sur mes
248 soins.

249 **Moi : d'accord, donc en fait vous avez réorganisé vos soins en fonction....**

250 Janis : en fonction des patients en fait.

251 **Moi : d'accord**

252 Janis : des fois il y a des obligations, en fonction bon ben je dis n'importe quoi une
253 catastrophe...ah ben oui heu finalement c'était pas prévu [inaudible] mais du coup finalement
254 dans une demi-heure, une heure bon finalement cette dame je vais aller la voir en dernier
255 puisque j'avais pratiquement pas de soins à faire sur elle, bon ben finalement je vais peut-être
256 commencer par elle pour justement la préparer pour son examen, pour un bloc ou pour autre
257 chose.

258 **Moi : Donc en fait vous avez heu...en fait mentalement vous avez réorganisé en fonction**
259 **de....**

260 Janis : Des besoins

261 **Moi : Des besoins, d'accord**

262 **Moi : Parlez-vous entre collègues de votre activité ? des pratiques**

263 Janis : c'est-à-dire sur des pratiques comment on fait ou sur notre activité comment on fait le
264 matin ?

265 **Moi : sur les soins, sur l'organisation, sur ce qui s'est passé, un évènement, sur heu...**

266 Janis : Alors je sais que tous les matins il y a beaucoup d'ente aide dans le service donc tous les
267 matins donc généralement quand on fait la liste de nos soins, si par exemple on voit qu'on a pas
268 trop de soins par rapport à une collègue : bon ben qu'est-ce que tu as à faire, qu'est-ce que je
269 peux te faire ? ça déjà sur le plan organisationnel de la journée. Après sur nos pratiques heu ça
270 arrive qu'on en parle, heu mais c'est très rare parce que finalement...enfin heu on en discute
271 mais c'est généralement quand on rencontre des problèmes ou des questions que l'on peut
272 laisser en suspens euh...mais on parle pas tant que ça de nos pratiques euh...fin des fois c'est
273 oui et non. En fait il y a des soins de base où chacun de toute façon il y a un protocole donc
274 chacun fait quasiment la même chose et après il y a certaines choses où on réévalue dans le sens
275 où il n'y a pas de protocole tel quel. Par exemple sur un pansement des fois on propose le
276 protocole mais ça veut pas dire qu'il faut garder cinq, six, dix jours, ça peut être réévalué parce
277 que la plaie évolue justement. Et du coup on se demande entre nous : ben toi tu aurais mis quoi,
278 toi tu aurais fais quoi, qu'est ce que tu en penses, qu'est-ce qu'il faudrait faire, donc euh c'est
279 un peu flou mais je dirais quand même ouais, oui dans l'ensemble.

280 **Moi : Et par rapport à certaines situations aussi rencontrées avec des patients ?**

281 Janis : oui des situations compliquées par exemples avec des prises en charges un peu plus
282 euh...un peu plus compliquées, on en discute, qu'est-ce qu'on aurait pu faire mais enfin voilà
283 c'est de l'officieux, entre nous, comme ça, sur nos temps de pause, enfin voilà.

284 **Moi : oui j'allais vous demander à quel moment euh**

285 Janis : oui c'est souvent sur les temps de pauses quand on a le temps de manger ensemble,
286 généralement c'est là où on lâche tout et euh on dit ben là c'était compliqué, ou alors ah ben là
287 ça a été top. Si il y a du négatif, il y a quand même du positif hein [rires] il faut garder le positif
288 !

289 Mais c'est sur les temps de pauses, oui principalement.

290 **Moi : D'accord, ces discussions est-ce qu'elles vous aident dans votre pratique ?**

291 Janis : oui, oui ça nous aide à pratiquer et puis aussi à lâcher prise

292 **Moi : oui ?**

293 Janis : parce qu'on se rend compte que ce sont des situations qui ne sont pas forcément simples
294 tout le temps, et du coup qu'en fait on les rencontre toutes et du coup ça fait un peu relativiser
295 et en plus ça donne du coup pour moi la sensation d'être une équipe. Voilà, on s'écoute entre
296 nous, chacune sur nos difficultés, des fois il y a des réponses à apporter et des fois il n'y a pas
297 de réponses à apporter, c'est juste au moins une écoute mais au moins ça crée une sensation
298 d'écoute mais au moins ça crée une sensation vraiment de cohésion, donc oui. Parce que je
299 pense que se sentir bien au travail c'est le plus important.

300 **Moi : alors est-ce que vous pouvez m'évoquer si il y a des temps formels et informels ?**

301 **Donc on vient un peu de parler des informels euh la pause, mais est-ce que vous avez des**
302 **temps formels de coopération justement ?**

303 Janis : [silence] euh...mis à part le staff le matin, où des fois on fait des points avec notre cadre,
304 notamment quand il y a des réunions ou quoi que ce soit. Des fois on a des réunions sur le temps
305 de travail très courtes où on refait un point sur euh telle chose ou autre euh donc voilà.

306 **Moi : Vous pouvez m'expliquer un petit peu plus, un exemple ?**

307 Janis : ça peut être par exemple euh...ben là par exemple on a la certification qui arrive donc
308 on fait souvent des points vraiment euh avec la cadre qui vient nous voir pour tel ou tel point,
309 nous expliquer telle ou telle chose, ou alors euh sur des discussions médicales sur un patient
310 par exemple compliqué, on refait le point et je dirais pas que c'est de l'officiel parce que c'est
311 pareil c'est sur notre temps de pause et pour moi le temps de pause c'est pas du...

312 **Moi : et c'est avec la cadre ce moment-là ?**

313 Janis : oui ça peut être avec la cadre, généralement quand on a surtout des informations, c'est
314 plus pour avoir des informations finalement c'est à ce niveau-là je dirais. Euh après sinon il y
315 a des temps de formation classiques et officielles qu'on a après en dehors de nos heures de
316 travail, enfin des fois c'est sur notre temps de travail, c'est genre deux-trois heures mas c'est
317 heu sinon de temps en temps on a ça. Mais c'est plus souvent entre nous que ...

318 **Moi : c'est vraiment, c'est officieux, quoi, c'est ça ?**

319 Janis : ouais, ouais je dirais parce qu'on a pas vraiment un cadre sup qui vient nous voir et nous
320 dire des choses, enfin je sais pas si c'est ça pour la question mais euh... [rires]

321 **Moi : Pensez-vous justement que ces moments, là, ils sont importants ?**

322 Janis : oui, oui

323 **Moi : Dans quel sens ?**

324 Janis : Ben déjà pour avoir, euh...ces moments de discussion sur ce qu'on disait ? officieux
325 c'est ça ?

326 **Moi : oui, oui sur les moments de coopération**

327 Janis : Ben déjà euh ce qu'il faut savoir se réadapter, et que les choses changent, et que les
328 choses bougent beaucoup et très rapidement donc déjà c'est bien pour réévaluer nos pratiques,
329 c'est bien aussi pour euh réadapter aussi notre façon de penser je trouve, enfin il y a des fois où
330 euh on va me dire des choses, que ce soit officiel ou officieux, hein, c'est pas...pour que ce soit
331 pour la certification ou d'autres trucs, ou entre nous, euh et en fait on apprend des choses tout
332 le temps, donc euh je pense qu'on en a un besoin, parce que ça nous apporte quelque chose,
333 c'est de l'information en plus, supplémentaire et que ça soit même pour des choses un peu plus
334 personnelles, hein, je parle aussi des faits où : ah t'as une situation on s'est retrouvée euh soit
335 très bien et c'était génial on discute parce que ça nous met du baume au cœur aussi de parler
336 des bonnes choses mais aussi dans les côtés un peu plus compliqués euh [réflexion] ben
337 justement ben extérioriser une situation plus compliquée et des fois entre nous on s'apporte
338 finalement pas forcément des réponses mais des choses qui peuvent faire que : « ah mais oui,
339 mais moi j'aurais pas pensé comme ça, toi t'as pensé comme ça », bon ben finalement peut-être
340 que je verrais ça si ça m'arrive d'une autre façon, voilà !

341 **Moi : Donc du coup ma question suivante était : est-ce qu'ils ont une influence sur votre**
342 **manière de travailler ? [Rires]**

343 Janis : oui !

344 **Moi : ça peut arriver ?**

345 Janis : ça peut arriver parce que il y a certaines fois où ben en fait euh des situations, bonnes ou
346 mauvaises, hein heu franchement ben ça peut justement permettre de réfléchir à ce qu'on fait,

347 réfléchir à comment on est, parce que des fois aussi, on se rend pas compte hein, on se dit « oh
348 j'aimerais pas être comme ça » et en fait des fois on est tellement dans un cercle vicieux, dans
349 un rythme effréné qu'on se rend pas compte qu'on est à la limite de ce qu'on aimerait pas être
350 et d'en rediscuter. De revoir des fois ça peut être avec des gens du services mais avec des gens
351 extérieurs aussi, avec des étudiants, avec d'autres professionnels qui viennent, des prestataires,
352 ben ça permet ben voilà de de nous apporter des connaissances et de réadapter et de réévaluer
353 nos pratiques.

354 **Moi : D'accord ! Alors racontez-moi une situation où vous avez dû modifier votre manière**
355 **de faire pour vous adapter à un patient**

356 Janis : [silence] Oulà ! Sacrée question ! [rires] il ya possibilité d'autre questions ?

357 **Moi : [rires] Les questions subsidiaires sont : Qu'est ce qui vous a fait changer votre**
358 **manière de faire ? Est-ce qu'il y a eu un évènement un jour qui a fait que vous aviez prévu**
359 **tel soin, avec ce patient et qui a fait que le soin vous avez dû le changer, le modifier ? Vous**
360 **avez dû modifier votre manière de faire.**

361 Janis : ma manière de faire, le soin est restée la même, je dirais que c'est plutôt mon approche
362 euh [réflexion] je me suis rendue compte euh que des fois c'est vrai qu'on impose beaucoup de
363 choses sans s'en rendre compte. On est beaucoup dans « il faut se laver à telle heure, faire ci à
364 telle heure, na na ni et na na na » et des fois, ça m'est arrivé que je me prenne un refus d'un
365 patient que euh qui ne voulais pas coopérer. Et moi ça m'a un peu brusquée aussi, ça m'a un
366 peu contrariée, et j'ai réfléchi et c'est à ce moment-là que je me suis dit bon ben il veut pas,
367 moi non plus, mais à moment donné il va falloir faire des concessions donc j'ai fais une
368 approche différente : c'est-à-dire bon, ben au lieu d'imposer, j'ai négocié, et j'ai dit « ça serai
369 mieux pour vous comme ça » mais je vous laisse les temps de réfléchir, je vous laisse le temps
370 de me dira quand est-ce que vous voulais le faire et finalement j'ai pu avoir, bon euh pas ce que
371 je voulais mais j'ai pu réussir à justement euh faire le soin que je voulais faire pour le patient
372 parce qu'il en avait besoin.

373 **Moi : D'accord**

374 Janis : Donc c'est pas vraiment ma technique qui a été changée, c'est plutôt mon approche de
375 la personne.

376 **Moi : Est-ce que cette situation, justement elle vous a marqué ?**

377 Janis : [sans hésitation] : oui ! [Rires]

378 Moi : [rires]

379 **Moi : et aujourd'hui qu'est-ce que vous en pensez ?**

380 Janis : De cette situation-là ?

381 **Moi : oui**

382 Janis : je pense que j'en avais besoin en vrai

383 **Moi : oui ?**

384 Janis : parce que on est, voilà, c'est là où on se dit que des fois il y a vraiment un temps, une
385 chronicité, on est tellement pris des fois la tête dans le guidon, que vraiment des fois on se rends
386 pas compte de l'image qu'on renvoi et que des fois ma question elle peut être banale, mais que
387 la personne en face de moi va pas la recevoir spécialement de la façon que moi j'aimerais qu'elle
388 l'entende et que du coup des fois de laisser le temps aux gens de réfléchir et des fois de laisser
389 le temps aux choses de s'apaiser, ben ça permet finalement de relancer le soin et de réussir à
390 faire ben ce qui est bon pour le patient dans le service.

391 **Moi : La question suivante, ressentez-vous parfois une insatisfaction concernant les soins**
392 **que vous avez réalisés ?**

393 Janis : [sans hésitation] oui aussi. Toujours dans le temps en fait ! [rires] c'est vraiment le temps
394 en fait, dans le sens où on est frustrés parce qu'on aimerait mieux faire, on aimerait prendre
395 plus le temps et c'est pas possible. Parce que des fois on a tellement pris du retard à cause de
396 nos soins ben qu'en fait, parfois on bâcle des soins et on se dit ben demain je suis là et je
397 rattraperai. Mais bon des fois je rattrape le lendemain et des fois la journée du lendemain est
398 encore pire que la journée de la veille et des fois c'est très frustrant euh parce que toujours cette
399 notion de temps surtout que nous on a en plus des lits identifiés soins palliatifs, je l'avais pas
400 précisé au début mais on a des lits identifiés soins palliatifs donc c'est des gens en fin de vie,
401 des fois on aimerait prendre le temps avec eux parce qu'ils le nécessitent, et des fois c'est dur
402 parce que je trouve que c'est dur d'allier à la fois le soin de confort et la fin de vie et en même
403 temps de l'autre côté je soigne d'autres personnes qui faut que je sauve, quoi. Enfin, faut que
404 je sauve, non qu'il faut que je soigne ! Donc ça c'est très frustrant. Je pense que c'est la chose
405 la plus frustrante aussi parce qu'on se prévoit un plan dans l'organisation, on se prévoit un plan

406 et même si on est la plus organisée du monde et ben il y a des journées où ça veut pas, et il y a
407 des petits problèmes qui se rajoutent, comme ça, c'est les aléas du métier, et on fait pas comme
408 on aurait aimé faire à la base et des fois quand on rentre le soir on cogite.

409 **Moi : Qu'est-ce qui provoque en vous ce sentiment justement ? D'insatisfaction ?**

410 Janis : Ben c'est [inaudible] parce qu'on fait ce métier parce qu'on aide les des gens, c'est la
411 relation et que euh on se projette finalement parfois en eux et on se dit mais en fait euh j'aimerais
412 qu'on prenne le temps pour moi et là j'ai pas réussi à donner à cette personne ce qu'elle aurait
413 aimé à cent pout cent. Et à ce niveau là c'est frustrant de se dire on voit que la personne elle en
414 a besoin, mais entre guillemet on met une petite œillère parce qu'on ne peut pas plus se
415 permettre de fois. Et je dirais c'est ça.

416 **Moi : et donc à quoi elle se rattache cette insatisfaction ?**

417 Janis : Au temps ! [rires]

418 **Moi : au temps [rires]**

419 Janis : au temps et après je dirais euh aux aléas. En fait, non au temps, aux aléas, à notre qualité
420 de travail où dans le sens ben ça dépend du matériel, ben c'est toujours pareil si dans une journée
421 utopique parfaite on était assez en nombre, on avait peut-être moins de patients, parce qu'ils
422 sont quand même lourds en gastro, moins de patients pour autant de soignants ou un peu plus,
423 peut-être que il y aurait moins cet aspect là qui ressort mais à l'heure actuelle, à cause du
424 manque de personnel , du manque de moyens, du manque heu de matériel, et ben ça joue
425 beaucoup en fait sur euh sur nos pratiques en fait, à l'instant T.

426 **Moi : Donc par rapport à cette insatisfaction, euh qu'est-ce que vous feriez autrement ?**

427 Janis : [spontanément] Relativiser ! euh non qu'est-ce que je pourrais faire autrement pour
428 l'insatisfaction ?

429 **Moi : oui**

430 Janis : euh je sais pas si je peux faire autrement, franchement je réfléchis [grand silence] peut-
431 être en demandant plus d'aide, mes collègues sont autant débordées je sais par exemple que
432 même si on est sous l'eau euh on s'entraide et pour essayer de rattraper tout ça mais euh
433 franchement je sais pas trop en vrai.

434 **Moi : avec un peu de recul ?**

435 Janis : ben il nous faut plus de matériel ! [rires]

436 **Moi : [rires]**

437 **Moi : Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter, pour terminer ?**

438 Janis : euh non

439 **Moi Est-ce qu'il y a un aspect du travail dont on a pas parlé, quelque chose qui euh, une**
440 **réflexion à apporter, quelque chose ?**

441 Janis : non, je crois qu'on a bien parlé en vrai ! [rires]

442 **Moi : [rires]**

443 Janis : non je trouve qu'on a bien parlé, bon je reviens toujours un peu aux mêmes points hein
444 au risque de tourner en rond mais...

445 **Moi : bon, bien , merci pour cet entretien !**

446

447 Entretien avec IDE 2 : Joplin

448 Joplin me propose de nous tutoyer

449 **Moi : Bien et bien déjà merci, de me recevoir.**

450 **Donc euh la première question je vais te demander, c'est est-ce que tu peux brièvement te**
451 **présenter, anonymement, bien sûr, et euh me dire quelle est ta carrière et qu'est-ce qui t'a**
452 **amené à travailler dans ce service en fait ?**

453 Joplin : Alors euh, donc j'ai quarante-cinq ans, je suis diplômée depuis 2007, j'ai commencé à
454 l'hôpital de nuit, pendant trois ans, après j'ai été infirmière en endocrino pendant quelques
455 années, je suis partie en libéral pendant six ans , et je suis revenue sur l'hôpital d'Avignon parce
456 que j'étais en mi-temps thérapeutique, en dispo pardon, et j'ai atterri en gastro parce que c'est
457 eux qui ont choisi où j'allais, voilà.

458 **Moi : d'accord, très bien. Alors qu'est-ce qui te plais ici particulièrement dans le service**
459 **?**

460 Joplin : Alors ce que j'aime dans ce service, c'est la...on va dire le fait qu'il y ait euh beaucoup
461 de pathologies différentes en fait euh une prise en charge qui est assez éclectique, avec des
462 patients qui sont de « multi-complicqués » on va dire c'est de plus en plus difficiles, on n'est
463 plus sur de la simple gastro, donc je trouve que c'est assez intéressant, au niveau euh
464 intellectuel, enfin au niveau savoirs, connaissances, on en apprend tout le temps, même au bout
465 de vingt ans donc c'est cool euh et après ben c'est euh la technicité qui a aussi, la diversité des
466 soins qu'on a à faire au niveau technique, moi j'aime bien les soins techniques, donc là je suis
467 « servie » entre les poses de sondes, les PAC, les PICC Line, et tout ça, et tout ça, voilà.

468 **Moi : D'accord, euh alors est-ce que tu peux me décrire une journée type, en gros, hein**

469 Joplin : alors une journée type en gros euh, on arrive à sept heure moins le quart le matin on
470 fait la relève avec l'équipe de nuit, donc transmissions inter équipe, ensuite on va préparer nos
471 soins, pour faire notre tour, donc on commence notre tour ben quand tous nos soins sont prêts,
472 on prépare nos étiquettes aussi, maintenant pour huit heures donc après on fait, on préparer tous
473 nos soins, on va commencer notre tour, à huit heure et demi on est souvent interrompues pour
474 aller faire la relève avec les médecins, on va au staff avec tous les médecins et les internes, euh
475 [nous sommes interrompues par une des internes pour parler d'un patient à l'Ide car un des
476 médecin s'est trompé de patient pour une prescription]

477 Joplin : pardon, euh donc on en était où ?

478 **Moi : donc une journée type, on en était à**

479 Joplin : donc j'en étais à la relève inter équipe avec les médecins, une fois que c'est fait on va
480 euh...bon ben continuer notre tour, pour finir notre premier tour du matin, ensuite ben on va
481 faire les petits...généralement avant de petit déjeuner on va essayer de reposer quelques caths,
482 de euh faire les choses importantes demandées pendant la relève avec les médecins, anticiper
483 si on doit transfuser, faire les derniers bilans qui ont été oubliés, après on essaye de se boire un
484 café et de manger pendant pas trop longtemps, et on repart, soit on aide les aides-soignantes si
485 on a le temps pour les toilettes, et les lits, ou les toilettes complexes, euh soit si vraiment on a
486 pas le temps on part sur nos soins. Une fois qu'on a aidé les aides-soignantes on fait aussi nos
487 soins, euh voilà. Vers onze heures et demi on prépare notre tour de midi donc on fait nos
488 étiquettes pour le midi et seize heures euh voilà pour euh qu'on réévaluera une fois que la visite
489 sera terminée aussi si jamais il y a des changements. Ensuite vers midi, plutôt midi et demi je

490 dirais on fait notre tour, euh voilà, on fait les insulines et la distribution des médicaments, les
491 injectables, tout ce qu'il y a à faire, et euh ben après on va donc là il est plutôt une heure, une
492 heure et demi, euh si c'est le lundi, mercredi ou vendredi, c'est le jour des piluliers donc on
493 prépare les piluliers, euh sinon et ben on finit ce qu'on a à faire c'est-à-dire il y a toujours des
494 petits trucs mettre le relève à jour euh faire un peu le point avec les médecins, euh post-visite
495 qu'ils ont faite, euh voilà, voir si il y a encore des transfus, des machins comme ça, euh sinon,
496 généralement on a aussi on commence à recevoir nos transfusions qu'on a commandé le matin
497 donc on commence à poser les transfusions, on va manger après vers quatorze heures, quatorze
498 heures trente, et euh ensuite euh et ben on recommence, on prépare notre tour de vers quinze
499 heures enfin quatorze heures trente quinze heures on prépare notre tour, une fois que le tour est
500 prêt, on va faire notre tour d'après-midi on distribue nos comprimés de seize heures euh de dix-
501 huit heures parce qu'on aura pas le temps après, on met euh les injections qui sont prescrites,
502 les perfusions également, euh on fait le point, on fait les changes avec les aides-soignantes, et
503 une fois que tout ça est fait, ben on attaque les entrées qui sont arrivées. [rises] euh ben voilà
504 on va cadrer, on va courir après le médecin pour qu'il aille voir le patient et euh une fois que
505 médecin a vu ben du coup on va préparer le pilulier du patient, préparer les soins à faire au
506 patient, faire les soins prescrits si il y a des ouvertures de PAC, si il y a des cathéters à poser,
507 pour des perfusions, si il y a des bilans à faire en en urgence, voilà. À dix huit heures on refait
508 un tour faire les dernières glycémies, les HGT, vérifier une dernière fois comment vont les
509 patients, euh refaire le point si par exemple certains avaient de la température au tour de quinze
510 heures, voir si ça a diminué avec le perfalgan, si il y en avait qui avaient des douleurs, est-ce
511 qu'ils ont été soulagés, est-ce qu'il y avait besoin d'autres traitements pour, puisque après on
512 va, une fois qu'on a fini ça on range nos chariots, on nettoie la paillasse, on met un peu d'ordre
513 dans la salle de soins et on va faire nos trans inter-équipe pour pouvoir enfin rentrer chez nous.

514 **Moi : D'accord, euh d'après toi, est-ce que euh sur la journée euh il y a des moments plus**
515 **chargés que d'autres ?**

516 Joplin : oui. Mais ça va être très fluctuant en fonction des jours, en fonction de l'état des patients,
517 en fonction des médecins qu'on a aussi.

518 **Moi : d'accord très bien. Euh alors euh d'après toi quels sont les éléments ou événements**
519 **euh ça peut être ou l'un ou l'autre ou les deux qui peuvent influencer ta manière de**
520 **travailler ?**

521 Joplin : c'est-à-dire ? je...

522 **Moi : Alors euh par exemple, est-ce que le nombre de patients joue ? est-ce que le type de**
523 **patient qu'ils soient légers, lourds...**

524 Joplin : Ah ben oui euh

525 **Moi : est-ce que les urgences peuvent modifier...**

526 Joplin : Ah ben oui bien sûr, tout va en fait on est obligées de s'adapter euh au euh au cas par
527 cas et de réévaluer tout le temps et de prioriser en fonction du type d'urgence. On est dans un
528 service où malheureusement il peut y avoir des urgences euh d'un coup d'un seul, il suffit
529 qu'une varice œsophagienne pète, il suffit que le patient se mette à se vider euh par rectorragie,
530 par hématomèse, par tout ce que tu veux donc ben du coup une hémorragie qu'elle soit haute
531 ou basse ça reste une urgence, et ça prend du temps parce que ben qui dit hémorragie massive
532 dit ben ça veut dire qu'il va falloir voir pour faire une [inaudible] commander du sang, appeler
533 les médecins pour commander du sang, le remplir entre temps, euh si il est pas tombé dans les
534 paumes, et si il est encore conscient, euh il va y avoir ben parfois des réas à faire, donc oui euh
535 évidemment quand on a des patients qui vont mal ça va influencer notre prise en charge sur les
536 autres patients, parce que ben du coup on va privilégier ben l'urgence, les soins d'urgence, euh
537 à euh, même si on fait les reste après mais ça passe en secondaire donc on réadapte notre façon
538 de travailler

539 **Moi : D'accord**

540 Joplin : euh pareil ben comme on s'occupe de soins palliatifs ben quand il y a un décès, et ben
541 on met tout sur pause et pour euh pour être un peu présent pour la famille, pour pouvoir faire
542 remplir les papiers, pour pouvoir euh nous occuper du patient même si s'il n'est plus là euh
543 enfin voilà le mettre au propre, présentable pour la famille, enfin, voilà euh être un peu présente
544 pour la famille, euh pas leur balancer tout comme ça, euh voilà être aussi à l'écoute donc ça
545 prend du temps, et ben ce temps-là et ben c'est du temps qu'on aura en moins pour le reste de
546 nos soins par la suite. Donc oui on réadapte en permanence, tout à fait.

547 **Moi : D'accord. Euh alors autre question, comment euh tu prépares tes soins ? Par là**
548 **j'entends euh sur quels éléments tu t'appuies pour t'organiser, euh, ou comment tu les**
549 **priorises tes soins ?**

550 Joplin : Ben déjà je travaille à partir d'Easily (le logiciel du service) donc soit j'ai mes soin de
551 rôle propre voilà avec notre rôle propre on le...c'est les aides-soignantes qui vont le faire hein,
552 maintenant on va surtout les aider elles vont venir nous dire ce qu'il y a à faire, enfin, ce qu'elles
553 ont fait ou pas, euh où quand on passe on va dire ben tiens, lui la bouche est abîmée, il faut lui
554 faire un soin de bouche, soit j'ai le temps de le faire, soit je dis aux filles, bon ben voilà il va
555 falloir le faire, euh et après on travaille sur euh majoritairement sur prescription médicale. Donc
556 ben comment je prépare mes traitements, ben je vais sur Easily, qui est notre outil de travail et
557 euh de là ben je vais euh voir les perfusions prescrites, les médicaments prescrits, donc
558 comment je fais les soins entre ben je sais que j'ai des tours réguliers à faire avec des horaires
559 fixes pour mettre certains type de traitement, donc déjà ça va structurer ma journée et après
560 entre, ben ça va être ben par exemple, le matin à huit heures quand je fais mon tour, je vérifies
561 les cathéters, donc euh je vais voir il y a des cathéters il sont déjà à J4 donc je sais que telle
562 personne va devoir être reperfusé dans la matinée, donc là je fais passer les traitements du matin
563 de huit heures pour pas prendre de retard et cetera, et une fois que les traitements sont passés,
564 au moment de la toilette je vais les déperfusionner comme ça si ils veulent aller prendre une douche,
565 ils peuvent prendre leur douche, euh si c'est pendant la toilette qu'on l'aide à la toilette, et ben
566 au moins c'est plus facile de le mobiliser, donc ben dans cette période-là je déperfuse, et
567 reperfuse par la suite, on essaye de grouper tous les soins techniques le matin, pareil une fois
568 que la toilette c'est fait, si il y a des pansements à refaire ben j'arrive derrière pour refaire le
569 pansement, euh quand il y a des transfusions et ben du coup dès qu'on a le taux d'hémoglobine,
570 qu'on voit que c'est bas on va aller vérifier qu'il soit à jour de son groupage et de ses RAI, pour
571 pouvoir avant dix heures faire partir les bons euh pour qu'on ait les poches de sang pas trop
572 tard et qu'on puisse les transfuser euh au fur et à mesure parce que des fois il y a des urgences
573 entre temps aussi donc du coup on se retrouve avec nos poches de sang et on a qu'une heure
574 pour les passer, donc en fait on essaye ben de s'acclimater là-dedans donc on prévoit nos soins
575 comme on peut, donc, enfin on a déjà nos bases et après on sait que entre dix heures et midi il
576 faut qu'on ai fait les pansements des patients, les poses de cathéters, et je sais pas, si il y a des
577 sondes à poser parce que voilà, euh, enfin voilà faire le plus gros de nos soins après des sondes
578 nasogastriques par exemples il peut y en avoir à tout moment dans la journée, donc ben ça va
579 dépendre de l'urgence. C'est-à-dire que si le patient fait que de vomir, vomir, vomir, oui je vais
580 aller lui poser la sonde nasogastrique sans attendre pour éviter qu'il fasse une inhalation, et puis
581 pour lui vider son estomac et qu'il soit plus confortable. Si c'est pour une sonde d'alimentation,

582 euh qu'on me dit à seize heures je sais très bien qu'il aura pas sa radio de contrôle dans la soirée,
583 donc je prend le temps voilà, j'essaye de faire plutôt ça d'ailleurs le matin puisqu'on est obligé
584 de laisser le guide, donc c'est pas très agréable pour le patient. Donc euh si je le fais le matin,
585 je le fais dans la foulée, si je le fais en début d'après-midi, je vais essayer de le faire dans la
586 foulée aussi pour qu'il ait le temps de descendre à la radio, voilà sans que ça tombe sur la radio
587 de garde et cetera, sauf urgence, voilà, euh après ben si le patient, ben si je m'aperçois je sais
588 pas moi à mon tour de midi ou de quinze heures que le patient n'a pas uriné et que il est un peu
589 douloureux et cetera, et que je fais un bladder et qu'il est en globe, et ben je vais le sonder
590 rapidement, voilà. En fait on s'adapte au cas par cas et au moment où on voit le patient on va
591 réévaluer en systématique euh si c'est pas nous et qu'on a les infos par le médecin pour par
592 l'aide-soignante et ben on va réévaluer à ce moment là aussi. L'aide-soignante elle va nous dire
593 ben pendant la toilette il s'est vidé, il a eu beaucoup de méléna, beaucoup de choses comme ça,
594 euh ben je vais prendre sur moi, je vais pas attendre que le médecin me dise va vérifier les RAI,
595 je vais peut-être pas y aller tout de suite maintenant, parce que ça n'aura pas d'incidence tout
596 de suite ça ne se verra pas, mais voilà si je me dis ben allez, d'ici une ou deux heures il faut que
597 je puisse que j'ai fais la NF pour pouvoir voir, voilà. Après on réévalue en fonction ben de la
598 charge de travail et des priorités euh donc ça va dépendre vraiment de chaque patient.

599 **Moi : D'accord. Euh alors est-ce que tu peux me décrire la préparation d'un soin pour un**
600 **patient dont tu as la responsabilité aujourd'hui par exemple ?**

601 Joplin : La préparation d'un soin, donc du coup donc je vais vérifier...Alors n'importe quel soin
602 ou un soin précis ?

603 **Moi : Ce que tu veux, un soin**

604 Joplin : et ben donc je sais pas, si c'est un soin de pose de perfusion ou si c'est une sonde, c'est
605 euh ça va pas être forcément la même chose parce que la pose de perfusion je vais prévenir au
606 moment où je vais lui poser, mais il a l'habitude parce que bon, depuis qu'il est là après si c'est
607 un soin de...si ça va être une pose de sonde à demeure, euh pour le confort ou pour autre chose
608 je vais déjà voir le patient et lui explique que je vais venir lui poser une sonde, pourquoi euh
609 donc euh dans quelles circonstances, et qu'il va falloir le préparer donc peut-être la petite
610 toilette, si les filles elles sont libres, voilà, sinon, euh je prépare tout, je laisse mon chariot
611 devant et je lui explique avant et voir si il est d'accord, s'il il n'est pas d'accord, on essaye de
612 négocier, et de surtout lui faire comprendre pourquoi c'est important et dans quel contexte ça

613 pourrait le soulager, donc si c'est un globe, voilà, il va pas pouvoir uriner tout seul donc ça va
614 le soulager et puis pour son confort aussi derrière, selon l'état du patient. Don euh voilà, donc
615 ça on va pouvoir déjà avoir le consentement du patient on va dire. Euh après si moi le patient il
616 me dit non, je vais essayer une fois, deux fois, euh puis après je vais voir le médecin, en lui
617 disant, ben moi il veut pas, donc soit le médecin va le voir et essaye de le convaincre, soit moi
618 je ne force pas. Le patient a le droit de choisir. Bon il y a des soins sur lesquels on va être un
619 peu plus douloureux donc si par exemple sur une pose de sonde il veut pas la sonde à demeure
620 qui reste, je vais au moins lui proposer un sondage évacuateur histoire de libérer sa vessie
621 histoire qu'elle explose pas au bout d'un moment [rires] enfin, voilà, on s'adapte. Ben après
622 je...une fois que ça c'est fait, et que j'ai préparé mes soins et ben je vais dans la chambre et je
623 réalise le soin au patient

624 **Moi : D'accord**

625 Joplin : voilà donc soit je lui ai expliqué avant comment ça va se passer ; soit je lui explique
626 tout en faisant le soin, par exemple pour la pose d'une sonde nasogastrique, je vais mesurer,
627 donc je vais expliquer que je vais faire rentrer la sonde dans le nez, qu'on va anesthésier
628 d'abord, que ça va être pas bon, et cetera, et cetera... jusqu'à ce que la pose soit faite. Après en
629 fonction du type de soins ben on va aller tracer le soin, si c'est une sonde nasogastrique ben par
630 exemple je sais qu'il faut aussi que j'appelle la radio pour pouvoir lui demander enfin si c'est
631 une sonde d'alimentation une radio de contrôle, euh si c'est une sonde à demeure en globe et
632 bien je vais clamber au bout de cinq cent cc donc il faudra que je pense d'ici à vingt minutes à
633 revenir déclamber donc voilà je vais planifier aussi la suite des soins par rapport au geste que
634 j'ai fait. Euh voilà et puis ben après tracer et sur la relève, donner les infos de ce que j'ai fait
635 aux personnes si besoin.

636 **Moi : Donc euh on en a un peu parlé tout à l'heure, euh la question suivante c'est est-ce**
637 **qu'il t'arrive de revoir ta planification donc par là on entend est-ce que tu peux me donner**
638 **un exemple récent de ce qu'il s'est passé ?**

639 Joplin : Euh...un exemple récent, [réflexion] euh ben je sais pas, ce matin, on comptait
640 commencer euh, c'est bateau euh mais je comptais commencer à la chambre une les soins pour
641 pouvoir installer une patiente qui a une maladie de Parkinson, à la toilette pendant que je
642 reperfuserais sa voisine, comme ça j'étais à côté au cas où elle ait besoin, et au final ben j'ai
643 mon patient du numéro dix qui était complètement en travers du lit avec les jambes qui passaient

644 au-dessus des barrières, qui se mettait en danger, en fait et donc ben du coup j'ai voulu aller le
645 réinstaller et à ce moment là j'ai vu qu'il avait du caca de partout, qu'il était plein d'urine, enfin
646 qu'il était complètement souillé, donc ben du coup j'ai dit à l'AS que non, on allait commencer
647 par ce patient pour le mettre au propre, le réinstaller, en sécurité, et euh ben voilà, donc ça c'est
648 une réadaptation de soin. J'ai posé mon cathéter plus tard,

649 **Moi : Donc en fait tu t'adaptes en fonction de la situation...**

650 Joplin : à chaque situation en fait.

651 **Moi : et en fonction du patient en fait**

652 Joplin : exactement en fait et surtout en priorité euh voilà. Notre travail c'est de se réadapter
653 tout le temps en fait euh au contexte clinique du patient donc voilà. À un moment il peut aller
654 bien et puis deux heures après euh ben si il se met en encéphalopathie, euh ben di coup il va
655 plus être cohérent, il va...enfin donc on réadapte tout le temps, tout le temps, tout le temps.

656 **Moi : D'accord, euh alors question suivante, est-ce que tu parles avec tes collègues de ton**
657 **activité ?**

658 Joplin : Mes collègues d'ici ?

659 **Moi : oui**

660 Joplin : Euh oui on parle beaucoup oui oui entre nous on parle beaucoup du travail qu'on
661 effectue, on se pose des questions quand on a des doutes, on se demande si ben toi tu as un
662 secteur qui est un peu plus calme, voir avec tes collègues si sur leur secteur elles ont besoin
663 d'un peu plus d'aide en fonction de leurs soins, euh avec ton binôme ben tu parles, si vraiment
664 tu vois qu'il y a beaucoup de toilettes, ben tu lui ben écoute, moi j'ai ça, ça à faire, on se rejoins
665 pour les grosses toilettes après, ou on commence par les grosses toilettes ensemble, comme ça
666 après ben chacune on se sépare et on fait ce qu'on a à faire, euh oui la communication est à mon
667 sens très importante dans notre travail.

668 **Moi : D'accord. Est-ce qu'il y a un lieu particulier**

669 Joplin : oui pour être formel, là où on va échanger beaucoup aussi c'est au moment des
670 transmissions, quand on fait nos transmissions, euh là ben euh voilà, elles vont y aller d'elles-
671 mêmes voir sur notre relève ben tiens il y a ça, ça, ça, donc euh après ça fait longtemps qu'on

672 travaille ensemble, on connaît toutes notre travail donc si elles voient qu'il y a un bloc, ben j'ai
673 pas besoin de leur dire ben tiens il y a un bloc, j'ai pas besoin de leur dire ben tiens il faut aller
674 préparer le bloc. D'elles-mêmes elles vont me dire euh voilà enfin je veux dire, voilà quoi.
675 Après avec les médecins ça va être plus au moment du staff de huit heures, et après la visite.
676 Donc c'est pareil, moi si j'ai le temps selon le médecin car je ne le fait pas avec tous, mais selon
677 les médecins j'essaye de faire la visite avec eux. Si je peux. Si le secteur est pas trop lourd et
678 cetera, parce que au moins j'ai les bonnes infos au bon moment et ça me permet de m'organiser
679 différemment. Et d'anticiper mes soins, plutôt que de devoir tout regrouper d'un coup, si euh si
680 je sais qu'il faut demander tel examen, je peux pendant qu'il cherche sur son ordi ses trucs, ses
681 machins, j'ai le temps d'aller chercher le bon et demander l'examen ou si il me dit ben là voilà
682 il faudrait faire ça ben j'ai le temps d'anticiper en fait. Et après il y a tous les moments informels
683 où il va y avoir des petits trucs euh, oh ben tiens ton patient il veut le bassin, ben là aussi on va
684 communiquer si toi t'es super occupée et que tu vois que ta collègue elle va vers le truc des
685 bassins tu vas lui dire ben tiens au fait, prends-moi un bassin, c'est pour la chambre...donc
686 voilà formels et informels. Donc aux relèves, après le petit dej quand on a fait le point avec les
687 médecins.

688 **Moi : est-ce ces discussions elles vous aident aussi à toutes ? est-ce qu'elle t'aide dans ta**
689 **pratique ? est-ce qu'il y a certaines discussions qui...par exemple sur un évènement...**

690 Joplin : Ah oui ! Alors quand euh des fois on parle sur des choses qui nous ont touché et marqué,
691 ou sur des fois juste pour râler parce qu'on est au bout de notre life, et que on a le moral à moins
692 cinquante où on ne voit pas la journée défiler et que ça continue, ça continue, oui on râle. Mais
693 ça on le fait toutes et justement ça nous permet de se soutenir, rien que de pouvoir extérioriser,
694 ou de recevoir euh d'une collègue qui en a ras le bol machin et cetera, euh ben du coup on va
695 l'entendre, on va le recevoir, donc elle ça la décharge un peu, puis au moins du coup on se dit
696 ben si j'ai le temps t'inquiètes, je vais venir t'aider, ou euh voilà ça va nous permettre aussi
697 de...Après il y a aussi ben des fois sur des décès on parle souvent aussi sur des patients qu'on
698 suit un moment aussi sur des décès. Parce qu'il y a des patients qu'on garde longtemps euh et
699 auxquels et ben malheureusement on s'attache aussi, enfin, pas malheureusement, mais voilà
700 où on s'attache hein, on dit qu'on laisse au vestiaire, mais non, on laisse pas tout au vestiaire,
701 c'est pas possible. On est des êtres humains, donc voilà. Puis sur des prises en charge aussi des
702 fois que on comprend pas, on n'accepte pas, euh donc du coup ben c'est aussi un peu du
703 défouloir ou alors ça nous permet de mieux comprendre aussi quand c'est avec des médecins

704 ils vont nous expliquer un petit peu plus leur point de vu médical, donc on comprendra un petit
705 peu mieux en fonction du contexte médical du patient parce qu'il y a des fois des choses qui
706 nous échappent ou comme des fois on en discute avec les AS qui voient pas forcément pourquoi
707 on fait ça comme ça et en leur expliquant en fait euh et ben elles disent ah ben oui d'accord,
708 voilà, donc oui ça aide. Et même avec les euh, de discuter entre nous de patients c'est intéressant
709 parce que chacun euh en fait le patient ne va pas parler du tout de la même façon à chaque
710 interlocuteur. Donc il va parler avec l'ASH d'une manière et cetera, pendant qu'elle fait le
711 ménage, avec l'aide-soignante d'une manière, avec l'infirmière d'une manière, et avec les
712 médecins, tout va bien ! Euh mais du coup en confrontant un petit peu toutes ces parties-là en
713 discutant entre nous, ben ça nous permet d'aborder le patient vraiment un peu plus dans sa
714 globalité, d'apprendre des choses qu'on ne saurait pas, et c'est intéressant, c'est très intéressant,
715 d'où l'intérêt du travail d'équipe parce que c'est très enrichissant à ce niveau-là. Euh et puis
716 ben on vient tous d'univers différents, on a nos connaissances personnelles, nos connaissances
717 professionnelles, et don du coup ben je sais pas, mais de discuter de choses et d'autres, ben
718 c'est toujours enrichissant, même dans nos pratiques, et puis ben des fois, tiens voilà, comment
719 tu ferais ce soin ? qu'est-ce que tu mettrais sur ce pansement, voilà, c'est des échanges de
720 pratiques, c'est de la remise en question aussi professionnelle, euh donc oui ça, ça aide. Et puis
721 c'est un soutien on voit qu'on n'est pas toujours tout seul.

722 **Moi : Pour toi, ces moments ils sont importants ?**

723 Joplin : C'est euh, c'est pas toujours facile de travailler en équipe, mais je pense que c'est la
724 richesse du travail d'équipe. Pour moi, oui, c'est important. À tous niveaux, de pouvoir dire «
725 merde » quand on est fatiguées, qu'on en a marre et d'entendre que nos collègues sont aussi là
726 pour nous soutenir, ou qu'elles vivent la même chose, et donc se dire ben c'est pas que moi en
727 fait, voilà. C'est comme ça dans tous le service, c'est bon, allez, on prend sur soi, c'est comme
728 les moments où on va rigoler parce que on va sortir une connerie suite à un truc qui a été difficile
729 pour tout le monde, euh, voilà, ou alors euh ben quand il y a des temps calmes mais que on est
730 toutes dans le même état d'esprit, ben suite à par exemple une réa qu'on a pas réussi ou voilà,
731 on va garder des silences, mais des silences qui en disent long et qui voilà, sans forcément avoir
732 à se parler on se comprend aussi. Donc oui, c'est important ça. C'est important parce que ben,
733 euh ça permet de ben déjà de tenir, d'avancer et d'essayer de ben de d'être humain et de ne pas
734 perdre son euh tout son travail parce que sinon on devient des robots, quoi en fait euh. Si on

735 encaisse toujours tout, si on partage rien, si on reste avec nos œillères, si on n'ouvre pas euh...à
736 mon sens.

737 **Moi : D'accord donc en fait ces échanges euh ils peuvent influencer ta manière de**
738 **travailler, finalement ?**

739 Joplin : Oui ! parce que ben du coup des fois euh enfin je vais dire un exemple bête, mais si je
740 vois que ma collègue elle est vraiment sous l'eau et que moi mon tour il est euh il est plus
741 simple, que mes patients sont moins lourds, euh moi j'aime bien, enfin il n'y a pas que de
742 distribuer des médicaments, ou poser un cathéter, dans notre rôle. Non, moi il y a le..la
743 dimension sociale aussi, c'est-à-dire parler avec le patient, et cetera, et ben je vais un petit peu
744 écouter ce moment-là pour pouvoir aller soutenir ma collègue, euh donc oui ça va m'aider à
745 réadapter, ou alors ben ma collègue qui va me dire ben tiens si tu veux je vais te poser ton
746 cathéter, ah ouf, tiens super, merci, ça me fais un soin de moins donc hop, tiens j'ai gagné dix
747 minutes là, euh je vais pouvoir faire autre chose, enfin voilà, donc oui ça permet aussi de
748 réadapter, ou voilà, ta collègue qui te dit ben là c'est bon je l'ai installé euh ben voilà ça te fais
749 gagner cinq minutes, ça te permet de réadapter ta journée, de réadapter tes soins, et des fois ça
750 te prends aussi du temps parce que tu vois que tes collègues vont pas bien, et du coup aussi tu
751 vas prendre du temps pour tes collègues parce que c'est important.

752 **Moi : D'accord. Euh, est-ce que tu peux me raconter une situation où tu as dû modifier ta**
753 **manière de faire, pour t'adapter au patient ?**

754 Joplin : Euh...[réflexion] attend il y en a beaucoup

755 **Moi : alors j'ai des questions subsidiaires si ça peut t'aider**

756 Joplin : oui, vas-y

757 **Moi : Euh qu'est ce qui t'a fait changer ta manière de faire, à ce moment-là, euh comment**
758 **tu as pris la décision, de modifier ta manière de faire ?**

759 Joplin : Euh ben en fait il faudrait que je me remette un soin dans la tête. Une toilette par
760 exemple, une toilette soi-disant ben une patiente soi-disant autonome, qui est arrivée soi-disant
761 autonome, et ben en fait elle était super mal en point, suite à de l'hyperthermie, à de fortes doses
762 de diurétiques, où elle s'était vidée et cetera, donc euh elle était euh elle était très fatiguée, donc
763 cette patiente ben l'aide-soignante elle était passé, bon ben elle est autonome, bon ben elle a vu

764 sur la feuille autonome, elle lui a demandé si elle avait besoin de quelque chose, et puis ben la
765 patiente elle a dit non. Moi je suis passée après, derrière et puis je devais lui refaire un
766 pansement, c'était un pansement de bras et puis ben la patiente ben dans les draps elle était
767 humide de transpiration, en fait, moite et tout ça, et je lui ai dit ah mais on ne vous a pas changé
768 le lit ? et elle me dit, non. Je lui ai dit mais vous avez eu votre toilette ? Moi je trouvais que sa
769 blouse n'était pas très propre et tout ça. Elle me dit ben non, donc voilà au lieu de faire le soin,
770 je lui ai dit ben on va faire déjà une petite toilette, ça vous fera du bien de vous rafraîchir, donc
771 en fait il faut s'adapter. Puis après je suis allée voir mes collègues, donc on a fait la toilette
772 ensemble, elle était très fatiguée donc je lui ai dit ben non, aujourd'hui on ne va pas aller
773 jusqu'au lavabo, c'est pas grave, on va faire ça au lit, tranquillement, vous faites ce que vous
774 pouvez, si vous pouvez faire le visage et le haut, vous faites et moi je ferais vos jambes, le dos.
775 Et donc après j'étais allée voir mes collègues aide-soignante en leur disant ben il va falloir la
776 mettre en aide (à la toilette). Ah ben non mais elle était autonome, ah ben oui, mais là son état
777 de santé fait qu'elle n'est plus si autonome que ça, elle a un coup de fatigue et c'est normal, elle
778 a été ponctionnée, elle a de gros diurétiques, elle est en pleine hyperthermie donc euh là elle est
779 euh elle n'avait pas fait sa toilette, elle n'était pas bien donc voilà il faut adapter.

780 **Moi : Est-ce que c'est une situation qui t'a marqué ? ou tu as d'autres situations qui t'ont**
781 **vraiment marqué par le fait de s'adapter ?**

782 Joplin : oui, oui, il y en a plein des situations auxquelles il faut s'adapter euh voilà, ben un
783 patient qui était muet, euh bon ben qui n'arrivait pas à parler à...c'est difficile. Donc je suis
784 allée demander à la cadre qu'elle me trouve une ardoise et un stylo pour qu'on puisse
785 communiquer avec ce patient. C'est venu à l'esprit de personne, voilà...ce n'était pas le premier
786 jour qu'il était là, euh bon...et des situations comme ça il y en a tout le temps. Après ben euh
787 je sais pas euh...tu viens pour faire un soin et au final t'as le patient qui s'effondre et qui se met
788 à pleurer et cetera, ben tu vas pas faire ton soin tout de suite, tu vas t'asseoir et tu vas écouter le
789 patient donc tu te réadapte aussi à l'état du patient. Euh si la sonde nasogastrique ben il la veut
790 pas tout de suite, ben tu forces pas forcément tout de suite, tu lui expliques pourquoi et comment
791 et puis après tu peux dire ben je vous laisse réfléchir, je reviens dans un moment euh voilà, tu
792 te réadaptes et puis si c'est pas ce jour-là ben tu lui repropose le lendemain ! Ou plus tard, voilà,
793 des fois ça désamorce aussi les choses. Des fois j'ai pas forcément le temps à ce moment-là
794 pour les familles et ben je leur dis excusez-moi je vais revenir, je finis ce que je fais et je serais
795 à vous. Euh bon, tu coupes un peu, ça fait un peu brute parce que eux ils ont besoin d'avoir leur

796 réponse mais là t'as pas le temps forcément et plutôt que de leur répondre mal et de t'énervé
797 parce que tu vois le temps qui passe, et que eux ils comprennent pas ce que tu leur explique, tu
798 dis ben écoutez, je finis ce que je faisais et puis je reviendrais vous voir euh pour en discuter,
799 ou je vous envoie le médecin, ouais. En fait s'adapter aussi au patient c'est important parce que
800 si on veut qu'il soit aussi acteur de leur soin il faut qu'il y ait de la confiance en fait. Il faut
801 établir une relation. Alors des fois, on peut être dur. Des fois, moi je suis pas réputée pour être
802 l'infirmière la plus sympathique du service. [rires] mais je pense que des fois, oui si on me
803 prend pour une conne ben je vais prendre la personne pour une conne aussi hein. À moment
804 donné je ne suis pas là pour ça, mais euh je pense être encore aussi humaine, même au bout de
805 vingt ans pour pouvoir réadapter. Alors des fois, oui on en a ras le bol, des fois euh c'est
806 compliqué aussi puis des fois ben nous on s'en prend plein la gueule mais ben il faut aussi
807 remettre les gens face à leur contexte, parce quand on nous dit « vous ne comprenez pas », «
808 vous savez pas ce que c'est », vous savez pas ce que c'est ben ça fait un peu vingt ans que je
809 suis dans le soin...donc euh des familles j'en ai accompagné, des patients malades j'en ai vu,
810 on est aussi des êtres humains donc on a aussi notre vécu perso, donc moi j'ai des patients, des
811 familles qui me disent « oui, de toutes façon vous ne savez pas ce que c'est de perdre votre
812 papa, votre maman » ben euh, tiens il avait quatre vingt-dix ans, moi j'ai perdu mon papa j'en
813 avais douze hein. Voilà, on le dit pas mais à moment donné stop euh si, on sait aussi ce que
814 c'est ! des fois ben il faut recadrer aussi [rires]

815 **Moi : Alors euh est-ce que tu as déjà eu ou ressenti une insatisfaction euh concernant un**
816 **soin que tu as réalisé ?**

817 Joplin : Alors ce serait pas forcément que sur un soin, mais des fois sur des réas, où des fois
818 euh...on sort de là un petit peu « frustré » parce que ben nous on va faire la réa le plus
819 rapidement possible quand on s'aperçoit qu'il y a un problème, puis on appelle le numéro
820 d'urgence, les médecins réanimateurs, en fonction du dossier, euh, quand ils montent euh...en
821 fait ils le condamnent direct quoi. Et donc des fois ça c'est dur. Donc ouais t'es insatisfait
822 derrière, tu, tu dis merde euh...quand même, ça aurait été ton père, tu aurais fait quelque chose,
823 quoi. Tu te serais un peu battu. Donc il y a ça. Après en soins même, euh...[réflexion] si ben
824 des fois quand euh le soin relationnel ben des fois ça passe pas avec le patient. Des fois il n'y a
825 pas d'accroche, pas de heu...donc des fois t'es un peu frustrée de pas arriver à...pas cette
826 complicité, mais ce cette relation soignant-soigné, voilà. Donc ça et après c'est plutôt sur des
827 journées entières. C'est-à-dire que quand c'est le bordel dans le service, quand il y a une

828 mauvaise gestion, les médecins qui courent partout, si il y a dix sortants, dix entrées, euh voilà,
829 ben tu sors de là, ben t'as l'impression d'avoir fait de la merde toute la journée, clairement.
830 Donc euh soit tu passe à autre chose, soit tu pleures un bon coup et tu rentres chez toi, mais là
831 ouais, tu la ressens l'insatisfaction. Clairement, tu as l'impression d'avoir fait de la merde toute
832 la journée, des fois c'est deux trois jours, puis une semaine, puis ben des fois ça dure un mois
833 [rires]

834 **Moi : oui et donc en fait cette insatisfaction tu la rattaches à quoi ? Euh est-ce que c'est**
835 **lié à du temps, à l'organisation, à d'autres facteurs ?**

836 Joplin : Alors il y a plusieurs trucs, Euh je pense que déjà il y a le temps, le temps. On a beaucoup
837 de choses à faire en un temps imparti, euh et des choses, beaucoup de choses en dehors du soin.
838 De la « paperasse » qui nous prend un temps de fou. Euh de changer de logiciel tous les je sais
839 pas combien, donc il faut se réadapter à un logiciel, qui n'est pas forcément utile, donc ça nous
840 prend du temps, euh de euh d'aller à des réunions, qu'on s'en fout royal, euh, de venir nous
841 faire chier à la certif donc des infos qui sont données, pour « tatatatata » pour la certif machin,
842 il faut qu'on aille lire des pages et des pages parce qu'on risque de nous poser des questions,
843 mais à côté de ça ben on fait rien et en fait ben c'est pas forcément centré sur le patient donc
844 c'est juste pour faire bonne figure donc tout ça, ça nous bouffe énormément de temps. Il y a
845 tout ce qui est interruption de tâches, et aussi ce qui nous prend énormément de de temps, le
846 téléphone, ce maudit téléphone, là qui sonne en systématique tout le temps, tout le temps, ça
847 n'arrête pas de sonner, ça nous prends pppfff un temps incommensurable euh, le fait que ben tu
848 passes une commande, il faut aller à la pharmacie parce que le coursier il va passer trop tard,
849 ou que il n'y a plus de coursier, ou que t'en as besoin en urgence donc il faut que tu te déplaces,
850 euh que la pharmacie elle ferme à quatre heures de l'après-midi, donc après c'est des astreintes,
851 on te téléphone à six heures et demi pour que tu viennes chercher tes médicaments alors que
852 c'est vraiment pas le moment, euh les familles qui prennent aussi beaucoup beaucoup de temps
853 alors le premier jour tu essayes de sur ton tour tu essayes d'être dispo, d'être machin, en disant
854 bon ben demain ce sera plus rapide parce que j'aurais tout dit. Ben non, le lendemain ou alors
855 une heure après tu as une autre personne de la famille qui vient te poser les mêmes questions
856 et on re...ben en fait voilà, ça aussi ça prend beaucoup de temps. Euh après ben euh voilà,
857 s'adapter tout le temps à tout, le médecin qui va euh les ordres, contre ordres des médecins entre
858 eux, les oublis des uns donc c'est toi qui dois rattraper derrière. Ah tiens j'ai oublié de prescrire
859 les bilans hier, bon ben maintenant il est dix heures du matin, tu peux me les faire ? Bon c'est

860 plus trop le moment, mais bon...donc tout ça, ça te bouffe du temps. Ça te prend ton
861 organisation et ça te désorganise tout le temps. On a beau dire ben en douze heures ben vous
862 serez vachement plus à l'aise pour vous organiser, vous aurez plus de temps, ben non, pas du
863 tout en fait. Parce que si on regarde nos plannings, alors ben on est en souvent à trente minutes
864 voire quarante, voire une heure de plus par jour euh voilà, sans avoir forcément eu du temps
865 pour se poser et manger, ou pour aller souffler un peu.

866 **Moi : Ok, euh, alors avec le recul, est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais changer ?**

867 Joplin : Déjà arrêter qu'on nous prenne pour une standardiste téléphonique, déjà. Non
868 sincèrement, quand on a l'ALMA (une aide-soignante qui organise les entrées et les sorties) ou
869 quand on l'a pas, on voit clairement la différence. Euh, on a beaucoup de parasitage en moins.
870 Sans ce téléphone, c'est vraiment énorme. Euh donc ça. Après, euh ben je sais pas mais je
871 reverrais bien un peu l'organisation de tout le monde en fait, de tout. Il y a les médecins aussi
872 parce que nous en fait on voit par rapport notre truc mais tout le monde est saturé de boulot.
873 Les médecins ils font en vingt minutes ils ont vu que trois ou quatre patients, alors que
874 normalement c'est réservé que pour une personne. Ils en vu quatre, ben voilà, eux aussi ils sont
875 saturés. Mais en fait ben du coup ils font les visites très tard, donc nous, ça nous décale tous
876 nos soins euh les entrées ben ils viennent les cadrer quand ils peuvent, mais euh les internes
877 qui étaient là qui devaient cadrer les entrées ben en fait ils finissent de cadrer leurs patients du
878 matin des problèmes de huit heures qui ont été soulevées à quatre cinq heures, donc ça va pas.
879 Là on est censées être sur les entrées donc du coup en fait tout ça décale tout et en fait on se
880 rend pas compte que tout nos faits et gestes dans ce travail sont liés aux autres. C'est-à-dire que
881 ben moi je sais pas, si le médecin il me prévient pas que le patient il a un bloc le lendemain,
882 euh et qu'on me le dit à sept heures du soir alors qu'on le sait depuis quatre heures de l'après-
883 midi, ben ça fait chier parce que ça fait chier. Moi j'aurais peut être eu le temps de préparer le
884 patient, d'aller parler avec lui, de lui faire signer les papiers, de vérifier que la consult anesth
885 soit faite, euh de faire signer les consentements alors que normalement c'est pas à moi de les
886 faire signer, de préparer le patient à aller faire savoir si il était assez autonome ou pas pour aller
887 faire sa toilette, bon, ben l'aider à le faire parce que mes collègues de nuit sont que deux. Donc
888 si je leur dit ben t'as trois blocs à préparer euh t'as quatre cathéters à reposer, plus tout leur
889 travail ben franchement la journée pour elles elle commence pas super non plus. Donc c'est des
890 trucs comme ça en fait. C'est euh...en fait peut-être qu'on devrait tous prendre plus conscience
891 euh ben des impératifs de chacun et de l'importance de la communication et de dire les choses

892 au bon moment aux bonnes personnes, ça aussi parce qu'on dit des choses à une personne qui
893 n'est pas du tout concernée, donc elle va dire : « oui, oui » mais autant cinq minutes après elle
894 aura oublié parce qu'elle en a plein le tête, sur ses patients à elle, ce qui m'est arrivé la dernière
895 fois, un de mes médecins qui a prévenu une des infirmières que ma patients aurait un bloc le
896 lendemain sauf que l'infirmière l'a noté sur la relève, heureusement c'était déjà pas mal, donc
897 elle a oublié de me le signaler et je m'en suis rendue compte à six heures et demi quand je
898 faisais mes trans et que je mettais ma relève à jour. Et je vais rien dire, mais elle ne me l'a
899 jamais dit. Donc si elle ne l'avait pas noté, la patiente n'aurait jamais été prête pour le
900 lendemain. Donc c'est des petits trucs comme ça, mais euh voilà. Donc au niveau organisation
901 et prendre plus conscience les uns des autres que euh voilà, le médecin il nous dit oui ça nous
902 prend du temps de prescrire, on est d'accord, mais toi t'as prescrit, après t'es tranquille. Moi il
903 faut que j'attende tes prescriptions et après il faut que j'aille faire le soin. Euh, ouais mas bon
904 c'est qu'un bloc, oui mais le bloc il y a des choses à faire avant. Vérifier que tous les bilans sont
905 corrects, il faut que je voie si l'anesthésiste enfin voilà, ils se rendent pas compte. Ou poses-
906 moi une perfusion, je te prescris la perfusion à dix-huit heures trente, fais chier quoi euh ben
907 pourquoi tu râles ? Ben parce que il faut que j'aille poser un cath et alors qu'en fait j'ai qu'une
908 envie c'est de me barrer, ça fait douze heures que je suis là, mec ! [rires] enfin, soyons clairs,
909 quoi [rires] Donc voilà je pense que et même nous à notre stade aussi comprendre aussi que ben
910 ils sont aussi entre le bloc, les consults, le téléphone qui n'arrête pas de sonner, même aussi
911 pour eux, donc c'est compliqué aussi.

912 **Moi : Donc en fait c'est le contexte du service qui joue un rôle ?**

913 Joplin : c'est pas le contexte du service je dirais, c'est le contexte du monde hospitalier et du
914 monde d'aujourd'hui. C'est-à-dire que il y a de moins en moins de médecins, donc ben du coup,
915 ben on récupère, on récupère, et là l'hôpital commençais à s'associer avec Carpentras,
916 Cavaillon, et cetera et que donc ben du coup nous en plus on est le plateau du Vaucluse, ben les
917 gastroentérologues ils sont surbookés, on se fait harceler par la gestionnaire des lits, mais en
918 fait il n'y a pas de sortants, il n'y a pas de sortant ! on peut pas les inventer ! Donc non je pense
919 que c'est le contexte actuel, c'est l'époque aussi qui fait ça. Euh parce qu'il y a de plus en plus
920 de malades à soigner, ils ont multi-compliqués donc c'est très dur pour tout le monde, et que
921 c'est pas qu'un simple avis gastro qu'il faut, parce que ben ça va décompenser au niveau rénal,
922 au niveau machin, donc en fait ben on doit travailler avec plein de gens aussi et c'est pas évident.
923 Voilà donc l'organisation je sais pas si un jour elle pourrait être optimale en fait.

924 **Moi : oui**

925 Joplin : On essaye tant bien que mal en fait, mais après ça reste du soin humain donc euh c'est
926 pas comme situ travaillais à l'usine et que tu tac, tac, tac, donc voilà, on doit réévaluer, machin,
927 et on est nombreux à travailler ensemble donc euh du coup, ben voilà, c'est tout ne peut pas
928 être aussi carré on va dire, comme dans beaucoup d'autres métiers.

929 **Moi : je te remercie infiniment, est-ce que tu as quelque chose à rajouter ?**

930 Joplin ; euh non, je crois que j'ai assez parlé !

931 **Moi : Merci !**

932 [rires ensemble]

933

934 Entretien avec IDE 3 : Lou

935 Elle aussi me propose de nous tutoyer, nous sommes en salle de pause, la sonnette a sonné tout
936 le long de notre entretien

937 **Moi : Donc merci, de m'accueillir et puis de m'accorder ce temps, euh donc en fait la**
938 **première question que je vais te poser, est-ce que tu peux te présenter, anonymement, bien**
939 **sûr, euh ta carrière, et qu'est-ce qui t'a amené à travailler dans ce service en particulier ?**

940 Lou : Du coup je suis infirmière, j'ai été diplômée en deux mille vingt, arrivée en deux-mille,
941 vingt j'ai été, j'ai été en [réflexion] en médecine polyvalente, et euh... infectieuse donc en A six,
942 euh j'y ai travaillé un an, un an et demi, j'étais en CDD, et du jour au lendemain on m'a basculé
943 en gastro parce qu'il avait un manque d'effectif donc on m'a catapulté ici euh et pourquoi je
944 suis restée ben c'est parce que euh c'est un service très intéressant, où on voit énormément de
945 choses, on voit de la médecine, on voit de la... on voit aussi des gestes endoscopiques, on voit
946 plein de pathologies différentes, parce que mine de rien le tube digestif ça commence à la
947 bouche et ça finit à l'anus, donc il y a énormément d'organes donc il y a énormément de choses,
948 de soins techniques à faire en tant qu'infirmière, et énormément de pathologies à rencontrer, de
949 traitements donc c'est un service très varié, et très intéressant. Voilà pourquoi j'y suis encore.

950 **Moi : D'accord ! Euh, et euh au niveau relationnel, avec les patients, est-ce que est-ce qu'il**
951 **y a des choses qui te... ?**

952 Lou : on a un relationnel euh [réflexion] un peu atypique en gastro parce que de par les
953 pathologies qu'on a on va avoir des patients avec qui ben du coup ça va... l'affect sera, enfin
954 tout va très bien se passer et il y a des patients il va falloir prendre plus le temps d'expliquer
955 parce qu'ils sont en encéphalopathie donc qui ont des...qui sont un peu plus longs à la...à la
956 compréhension, qui répètent plein de fois les mêmes choses donc en fait du coup la relation
957 avec nos patients elle est très variée. Elle peut être vraiment de la relation soignant-soigné, et
958 après parfois cela peut être plus compliqué de par les pathologies qu'on a.

959 **Moi : Est-ce que tu peux me décrire une journée type dans ton service s'il te plaît ?**

960 Lou : Alors, on arrive à six heure quarante, euh pour faire la relève, on fait la relève à peu près
961 jusqu'à sept heures, ensuite on va préparer notre chariot, préparer nos soins, euh, on va partir
962 sur notre tour, donc on va aller faire notre premier tour, en semaine pendant notre premier tour
963 on est interrompues pour aller faire la relève avec les médecins, en week-end non, parce que
964 généralement le médecin arrive plus tard donc on a le temps de faire la relève après notre
965 premier tour. Donc on fait notre tour, une fois qu'on a fait notre tour on prend une pause rapide
966 pour manger, et on repart directement sur notre matinée donc aider les aides-soignantes aux
967 toilettes, faire les soins qui nous sont propres, donc pose de cathés, refaire les pansements, de
968 drains, euh la semaine on va avoir aussi les examens, du coup préparer les patients aux examens,
969 s'assurer que tous les documents ont été signés, que les patients sont prêts pour le bloc, s'assurer
970 que tout a été regardé, la consult anesth et cetera euh, voilà, on va aussi toucher à la relève toute
971 la journée, du coup on va essayer de mettre à jour un petit peu tous nos documents, et
972 euh...[réflexion] voilà pour la matinée. On va préparer nos soins du midi, faire notre tour à
973 midi, on va prendre notre pause repas, euh pendant notre pause repas on peut aussi avoir ben
974 les sonnettes, avoir les pareils les blocs qui partent, donc du coup il faut aller voir les patients
975 pour pouvoir vérifier que tout soit opérationnel, que tout soit ok, les autres examens et cetera,
976 ensuite on va reprendre le tour vers quatorze heures trente, ça dépend de l'heure à laquelle on
977 a réussi à se poser le matin, donc on prépare notre tour et nos soins de seize heures, du tour de
978 seize heures, on repart dans notre tour, là par contre on est en binôme avec l'aide-soignante,
979 donc on fait le tour à deux, on reprend les constantes, on donne les thérapeutiques de dix-huit
980 heures aux patients qui sont en capacité de comprendre qu'il faut les prendre à dix-huit heures,
981 sinon on les donnera directement à dix-huit heures, on fait des soins si il y a besoin de faire des
982 soins, on fait des retours de bloc si il y a besoin de faire des retours de bloc, on refait des
983 pansements si il y a un problème avec un pansement, on fait les entrées, on a toutes les entrées

984 l'après-midi, donc généralement on fait toutes les entrées l'après-midi aussi et, et, et, voilà, et
985 en fait souvent on enchaîne le tour de seize heures avec le tour de dix-huit heures, notre dernier
986 tour, donc notre tour de dix(huit heures on va faire les soins type glycémies, repasser vérifier et
987 demander aux patients de prendre leur traitement euh [réflexion] et voilà et on va faire notre
988 dernier tour et après on vérifie à chaque tour entre nos tours on vérifie les douleurs, les ci les ça
989 en fonction de comment était le patient. On va toucher une dernière fois à nos documents, et on
990 va faire la relève à notre équipe de nuit.

991 **Moi : D'accord. Est-ce qu'il y a des moments plus chargés que d'autres dans la journée ?**

992 Loi : hmmm...[réflexion] ben, ce service là il est quand-même extrêmement dense donc du
993 coup les moments chargés il y en a beaucoup, mais après il y a toujours quand même des
994 périodes qui sont plus « Rock and Roll » que d'autres, ouais.

995 **Moi : Alors est-ce qu'il y a des éléments ou des évènements qui peuvent influencer ta**
996 **manière de travailler auprès des patients ? ou dans ta pratique... ?**

997 Lou : Ben [réflexion] oui. C'est la surcharge de travail, euh les interruptions de tâches assez
998 fréquentes, euh [réflexion] et puis la charge de travail il y a des fois si on a pas le temps de faire,
999 on va faire « à la chaîne » malheureusement et donc ça peut, ça va avoir un impact sur notre
1000 prise en charge. Parce qu'il faut avancer dans la journée, ça va être aussi en fonction du nombre
1001 d'entrées, si on a euh sur l'après-midi c'est pas pareil enfin la prise en charge ne sera pas la
1002 même si on a une entrée que si on en a quatre dans la même...en deux heures, ça va dépendre
1003 aussi de la disponibilité des médecins, est-ce que les médecins seront disponibles, enfin, seront
1004 disposés à nous répondre ou est-ce qu'ils sont occupés, est-ce qu'on va réussir à les avoir ou
1005 pas, est-ce que du coup on va avoir des réponses à nos questions ou est-ce qu'il va falloir
1006 attendre, il va falloir insister donc euh il y a plein de choses qui vont influencer du coup le
1007 relationnel qu'on a avec nos patients.

1008 **Moi : D'accord. Alors euh...est-ce que le type de patient peut influencer aussi, tu me**
1009 **parlais de prise en charge**

1010 Lou : oui

1011 **Moi : euh le type de patient est-ce que ça peut influencer ta relation avec lui ?**

1012 Lou : Ah ben c'est sûr qu'un patient en encéphalopathie qui est très confus ou qui a beaucoup
1013 de difficultés à être, ouais qui est confus et qui est non cohérent j'aurais pas les mêmes dialogues
1014 avec lui qu'avec un patient qui est complètement cortiqué et qui est en capacité de me répondre.
1015 Comme ici on a aussi des patients qui sont lits spé on aura pas le même euh contact on aura pas
1016 la même façon de faire nos soins pour les patients lits spé, on va essayer de prendre plus de
1017 temps pour pouvoir faire nos soins et cetera.

1018 **Moi : tu m'as dit quel mot ?**

1019 Lou : Lit spé

1020 **Moi : Ça veut dire quoi ?**

1021 Lou : C'est les patients qui sont en fin de vie, qui sont étiquetés « soins palliatifs ».

1022 **Moi : D'accord**

1023 Lou : C'est les lits étiquetés soins palliatifs.

1024 **Moi : D'accord, ok merci !**

1025 [rires en sables]

1026 **Moi : alors autre question, comment euh comment tu prépares tes soins ? Donc par là**
1027 **j'entends euh sur quels éléments euh tu t'appuies pour organiser tes soins, euh est-ce que**
1028 **les transmissions ou d'autres outils peuvent t'aider dans ton organisation, et comment tu**
1029 **les priorises en fait ? Comment tu fais pour t'organiser ?**

1030 Lou : Je n'ai pas tout à fait compris, dans le sens comment je prépare mes soins...

1031 **Moi : tes soins de la journée donc tout à l'heure on a parlé de la relève, euh et cetera, donc**
1032 **là tes soins, qu'est ce qui va faire que tu vas dire : bon je vais d'abord aller poser le cathé,**
1033 **à madame Untel, je vais d'abord aller faire la toilette à Monsieur Machin, euh qu'est-ce**
1034 **qui fait que, comment tu...**

1035 Lou : Ben il y a plein de choses qui rentrent en...il y a plein de choses auxquelles on pense en
1036 même temps, ben déjà ben quand on parle de soins techniques il y a pleins de choses qui doivent
1037 être faites, il y a la toilette du patient qui doit être faite normalement avant donc du coup euh il
1038 faut essayer de voir avec l'aide-soignante si les toilettes ont pu être faites en temps et en heure,
1039 et si c'est pas le cas, ben du coup il faut aider ou changer de soin, en fonction de la charge de

1040 travail qu'on a, ça va être aussi normalement on est censées faire des soins sur euh, dans une
1041 chambre propre, mais parfois c'est très compliqué, donc parfois malheureusement on ferme les
1042 yeux et on fait le soin même si la chambre n'a pas été faite et la chambre sera faite plus tard,
1043 mais ça normalement ça rentre en considération, on essaye que tout l'espace du patient et le
1044 patient en lui-même soient en condition pour pouvoir exécuter le soin et que tout soit au propre
1045 et que tout soit bien fait. Ça va dépendre de la charge de soins qu'on a à faire, aussi, ça va
1046 dépendre de l'heure à laquelle on reçoit les soins si c'est des transfusions et cetera, ben va pas
1047 falloir trop traîner non plus puisqu'on a un laps de temps pour le faire, euh ça va dépendre de
1048 l'état du patient justement si un patient tolère mal son anémie, on va prioriser la transfusion
1049 pour l'aider à faire remonter plus rapidement l'hémoglobine et à ce qu'il soit un peu mieux,
1050 qu'il tolère mieux l'anémie, euh [réflexion] ça va dépendre de comment les médecins arrivent
1051 à s'organiser, comment les médecins vont réussir à nous faire les prescriptions, est-ce que ça va
1052 être un jour où ils vont nous faire les prescriptions rapidement, et nous permettre d'enchaîner
1053 rapidement ou est-ce que ce sera un jour où les prescriptions seront faites en fin d'après-midi,
1054 et donc du coup ben forcément ben ça nous met dans la difficulté de devoir tout faire à la
1055 dernière minute, ou voir être obligée de déléguer parce qu'à moment donné on ne peut pas non
1056 plus rester ici vingt-quatre heures, euh ça va être...[réflexion] ouais ça être un peu de...de
1057 comment le patient le ressent aussi parce qu'il y a des patients qui veulent pas qu'on fasse tel
1058 soin à telle heure, donc du coup il va falloir repasser, il va falloir négocier, il va falloir
1059 parlementer, et après il y a un côté humain aussi si il y a des visiteurs ben on va essayer de
1060 repasser idéalement un peu plus tard, pour leur permettre de profiter un peu des visites, mais au
1061 final en fait c'est tout le temps, il y a plein de choses qui rentrent en considération et même pas
1062 dans le domaine du soin en lui-même, après ça devient de l'humain et ça reste...et on essaye
1063 tous de cohabiter ensemble, les uns avec les autres.

1064 **Moi : Alors un exemple concret de soin, est-ce que tu peux me décrire la préparation d'un**
1065 **soin pour un patient, dont tu as la responsabilité aujourd'hui par exemple ? Ça peut être**
1066 **ce que tu veux, tu choisis**

1067 Lou : Aujourd'hui j'ai refait un pansement de drain, chose qu'on voit assez en gastro, donc c'est
1068 un drain qui est au niveau de la voie biliaire, il fallait refaire le pansement, le pansement qui est
1069 un peu différent des pansements que nous avons habituellement, donc c'est pas un pansement
1070 sec, c'est un pansement drain-as une poche du coup parce qu'en fait le drain du coup fuit donc
1071 on a pas pu faire un pansement sec, donc on a mis un drain-as, c'est une patiente qui a ce drain

1072 depuis très très longtemps, qui était rentrée à domicile et qui est revenue parce que du coup ça
1073 n'allait pas, donc là on est en train d'essayer de voir ce que l'on va pouvoir faire, donc là il va
1074 y avoir pas mal d'examens la semaine prochaine pour voir ce qu'on va faire de drain-là, et dans
1075 l'exemple type ben j'ai demandé euh il y a la fille qui est en chambre, donc j'ai demandé à la
1076 fille de sortir de la chambre, j'ai demandé à mon AS de venir m'aider parce que la patiente a
1077 quelques difficultés à se mobiliser donc du coup il me faut quelqu'un vienne m'aider parce que
1078 le pansement doit être fait quand la personne est sur le côté, j'ai préparé mon matériel, euh sur
1079 mon chariot satellite, euh on a été toutes les deux en chambre, avec mon aide-soignante, nous
1080 avons installé la patiente correctement, j'ai réalisé mon soin avec un béta quatre temps, j'ai...on
1081 a parlé en même temps avec la patiente, euh voilà, on a terminé notre soin, on a essayé de...on
1082 a nettoyé, on a réinstallé la patiente, on a vérifié que tout allait bien, qu'elle avait pas de douleur,
1083 que ça n'avait pas été trop douloureux, que je sois pas obligée de lui donner un antalgique tout
1084 de suite et voilà, et on lui a dit à tout à l'heure et on a fait rentrer la fille, et on est reparties.

1085 **Moi : Donc le patient il intervient quand même euh pendant ce soin ?**

1086 Lou : Oui

1087 **Moi : Il participe donc quelque part ?**

1088 Lou : Elle est actrice de soin, oui de toutes façons c'est elle qui me donne le feu vert pour le
1089 réaliser, et je lui demande de se mobiliser pour m'aider, tout au long du soin je lui explique ce
1090 que je fais, et comment je le réalise, je lui demande d'être expressive sur : est-ce que vous avez
1091 mal ? est-ce que c'est dérangement pour vous ce que je suis en train de faire ? Attention, vous
1092 allez voir ça va mouiller, donc oui elle est actrice de son soin.

1093 **Moi : Alors par rapport à ta planification sur ta journée, est-ce qu'il t'arrive de la revoir**
1094 **?**

1095 Lou : Oui, tout au long de la journée, elle va changer en fonction des soins qui vont être rajoutés,
1096 et des impératifs de la journée.

1097 **Moi : Tu peux me donner un exemple ?**

1098 Lou : Euh...[réflexion] ben des fois il y a des entrées qui vont être programmées le matin, et au
1099 final le patient il va arriver qu'à midi, donc en attendant l'entrée, au final il va falloir essayer
1100 de tout décaler de décaler ses tours, de décaler ses soins, essayer d'anticiper ce qui va être fait

1101 parce qu'en fait nos soins ils ne sont jamais...même si on essaye de poser des heures à nos
1102 soins, c'est impossible. Avec euh...en fonction du patient, en fonction des examens il y a
1103 toujours tellement de choses qui peuvent perturber le soin. Au final on est obligée de parfois,
1104 de switcher entre nos soins, de oui de voir aussi en fonction du patient, est-ce que le patient il
1105 est en capacité d'avoir le soin là, à ce moment-là, ou si c'est pas possible ben du coup il va
1106 falloir ouais switcher nos soins tout au long de la journée en fait on réévalue ce qu'on va faire,
1107 il faut toujours réévaluer ses priorités et comment le réaliser, à quel moment le réaliser. Donc
1108 on arrive pas à avoir vraiment de journée type au final. On a une base fixe, mais en fait mais qui
1109 va bouger en fait tout au long de la journée avec les patients, les familles, les médecins...

1110 **Moi : Donc euh est-ce que tu parles avec tes collègues de ta pratique, euh de vos activités,**
1111 **est-ce que vous échangez à ce sujet ?**

1112 Lou : On essaye surtout sur des pratiques qu'on a pas forcément l'habitude de faire, ou des
1113 pratiques qui nous ont posé un peu problème, sur est-ce que...parce que voilà il y a des fois on
1114 a pas l'impression d'avoir géré la chose comme on aurait voulu le faire, on a pas toujours toutes
1115 les réponses donc c'est bien de faire le point avec ses collègues pour voir comment elles, elles
1116 auraient réagi, comment elle, elle aurait fait, ou au niveau des pansement. Parfois il y a des
1117 collègues qui ont plus de ...qui ont fait d'avantage de pansements donc c'est bien de faire le
1118 point avec elles donc elles savent peut-être mieux nous aiguiller.

1119 Nous sommes interrompues durant quelques minutes, Lou revient

1120 Lou : Voilà un exemple ! on est interrompues !

1121 [rires ensembles]

1122 **Moi : Oui donc en fait on parlait des euh des échanges que vous pouvez avoir entre vous,**
1123 **sur vos pratiques, euh est-ce que tu peux me dire à quel moment ces échanges ils ont lieu**
1124 **? Est-ce qu'il y a un moment particulier, ou est-ce que c'est euh... ?**

1125 Lou : Ben ça va vraiment dépendre. Des fois si on a le temps ça va être assez rapidement après
1126 la situation qui nous a questionné ou qui nous posé problème, euh...si on arrive à se poser et
1127 assez longtemps pour pouvoir parler euh on va essayer de parler un petit peu à midi, pour faire
1128 un point, sinon, la plupart du temps au final c'est quand on a fini notre poste on repart toutes
1129 ensembles on va prendre un peu plus de temps pour analyser ou reparler de certaines choses qui
1130 ont pu nous marquer au cours de la journée.

1131 **Moi : Ok, et ces discussions est-ce qu'elles t'aident dans ta pratique ?**

1132 Lou : Euh...ben ça dépend, pas toujours mais en tout cas elles permettent d'ouvrir un petit peu
1133 la réflexion et du coup je pense qu'elles apportent quand même quelque chose et elles
1134 enrichissent au minimum, au moins ça nous permet de voir comment les autres pensent et
1135 parfois ça nous permet, nous même de nous remettre en question et se nous dire ben
1136 effectivement peut-être que il aurait été préférable de.. ou ben finalement, je pense
1137 qu'effectivement finalement ce que j'ai fais c'était pas si mal que ça. Enfin c'est jamais dans le
1138 jugement mais au final ça permet quand même de se remettre en question en fait sur les
1139 pratiques qu'on a eues.

1140 **Moi : Euh alors en dehors de ces temps que vous avez, il y a des moments formels ou alors**
1141 **est-ce que c'est à chaque fois informel, ces discussions ?**

1142 Lou : Euh...[réflexion longue] euh on va faire des réunions de crise

1143 **Moi : Oui ?**

1144 Lou : Donc ça c'est un temps formel, mais ça c'est très, très rare.

1145 **Moi : Ça consiste en quoi ?**

1146 Lou : Ben c'est quand la cadre décide de faire une réunion par rapport à un problème qu'il a pu
1147 y avoir, ou une problématique dans le service. Si il y a eu problématique, ben la cadre peut
1148 parfois euh organiser une réunion pour dire de poser les choses et de parler de problèmes du
1149 service.

1150 **Moi : Cela peut s'apparenter à une analyse de pratique professionnelle ou cela n'a rien à**
1151 **voir ?**

1152 Lou : Ça peut, oui des fois ça peut être un débat qui va être ouvert, on peut faire une analyse de
1153 pratique professionnelle, et des fois ça va être euh vraiment « je vide mon sac » et je euh, voilà
1154 ça va être un temps où ça va permettre à tout le monde de dire ce qu'il pense et de repartir sur
1155 des bases un peu plus apaisées.

1156 **Moi : D'accord. Peux-tu me raconter une situation où euh...une situation de soin, bien**
1157 **sûr, où tu as dû modifier ta manière de faire pour t'adapter au patient ?**

1158 Lou : mmmm...[réflexion] il en a eu, je cherche....

1159 **Moi : Une situation, ou un évènement par rapport à un patient où tu devais lui faire des**
1160 **soins et où en fait tu as dû modifier ta prise en charge**

1161 Lou : Régulièrement après ça arrive qu'on doive faire des soins à des patients où on leur a dit
1162 « vous allez votre toilette Monsieur Untel ? », et ben du coup : « Oui, oui ! oui, oui ! » et au
1163 moment où on arrive avec tout notre matériel pour le piquer : « Bon ben je vais vous poser le
1164 cathéter Monsieur, vous avez fait votre toilette ? », « Ah ben non, j'avais pas compris ! » alors
1165 forcément ben là du coup il faut modifier, donc si on voit que c'est une personne qui
1166 effectivement du coup si elle a pas compris, c'est peut-être que on s'est peut-être soit mal
1167 exprimée, soit que il a compris mais il a besoin d'aide. Donc du coup, là on va peut-être lui
1168 proposer notre aide. « Mais peut-être que je peux vous aider au final ? au moins comme ça on
1169 fait ça ensemble, et après on pourra faire la pose du cathéter ? » Donc voilà, ça peut être des
1170 situations comme ça.

1171 **Moi : est-ce que tu ressens parfois, est-ce qu'il peut t'arriver de ressentir une**
1172 **insatisfaction, concernant un soin que tu réalises ?**

1173 Lou : Oui.

1174 **Moi : Tu peux me donner un exemple ?**

1175 Lou : Euh ...[réflexion] Euh ben souvent c'est sur beaucoup de soin, les soins, les soins les plus
1176 compliqués qu'on peut avoir c'est sur les patients justement lits spé donc étiquetés soins
1177 palliatifs où parfois on a l'impression de pas avoir assez de temps à leur consacrer , et que ce
1178 soit un accompagnement , psychologique parce qu'on a pas forcément le temps de ...on va
1179 essayer de prendre le temps de parler, de d'apaiser un petit peu, de les , enfin de...au moins les
1180 écouter, après on est pas psychologue, mais on peut essayer de leur euh de leur octroyer un
1181 temps d'écoute, donc c'est vrai que les temps d'écoute ils sont limités parce qu'on peut pas
1182 se permettre, on n'est pas un service de soins palliatifs, on a trop de patients à charge pour
1183 pouvoir se permettre de s'asseoir avec le patient et de dire « Bon ben alors, comment vous allez
1184 aujourd'hui Monsieur Untel ? » donc du coup c'est surtout sur les soins palliatifs , les toilettes,
1185 ben c'est pareil, on essaye de prendre le temps de faire des toilettes plus douces, prendre plus
1186 de temps de par exemple essayer de masser les points d'appui, parce que chez une personne
1187 qui reste tout le temps allongée, ben les points d'appui ils commencent par être douloureux ,
1188 donc on essaye de prendre le temps, mais parfois on a l'impression d'être un peu dépassées par

1189 le temps et du coup au final euh on a l'impression de moins prendre le temps et de moins
1190 faire les choses comme on aimerait le faire.

1191 **Moi : Donc pour toi cette insatisfaction c'est lié au temps, mais euh si j'ai bien compris**
1192 **pour toi c'est le temps mais euh est-ce qu'il y a d'autres critères qui rentrent en compte**
1193 **dans cette insatisfaction ?**

1194 Lou : il y a le temps, il y a la charge de travail, le fait d'être interrompue trente fois, donc
1195 ben en fait des fois on commence, ça va être des trucs tout bêtes, mais des fois on va nous
1196 demander un antalgique, ok, mais le temps d'aller de la chambre du patient jusqu'à la salle de
1197 soins, on va être interrompue par l'interne qui va nous demander quelque chose sur un patient
1198 totalement inverse, le médecin référent d'untel qui va nous interrompre pour ça, la cadre du
1199 service qui va venir nous donner l'information qu'elle a réussi à avoir une date pour le scanner
1200 de Monsieur Untel, et au final ben tout ce temps-là, quand on se souvient qu'il faut donner
1201 l'antalgique, et ben euh en fait il s'est passé parfois un quart d'heure, vingt minutes, mais c'est
1202 pas qu'on l'a pas fait mais c'est en fait qu'entre temps il faut prendre tellement d'informations
1203 d'affilée que ben à chaque fois on dit « deux minutes par-ci, deux minutes par là, que ben au
1204 final un simple soin qui est je vais voir ma planif, je regarde quel antalgique je peux donner à
1205 mon patient, ben ça devient toute une aventure parce que euh on croise plein de monde en route
1206 et que tout le monde a plein de trucs à nous dire, voilà.

1207 **Moi : Est-ce qu'il y a des choses que tu aimerais faire autrement justement par rapport**
1208 **à cette insatisfaction ?**

1209 Lou : Ben j'aimerais avoir le temps de pouvoir faire mes soins, de pouvoir me poser, de pouvoir
1210 justement avoir plus de temps avec mes patients et prendre moins de temps aussi à faire tout ce
1211 qui est le côté euh informatique, et cetera. Au moins comme ça, ça permettrait de, on peut pas
1212 être parfait, mais ça permettrait quand-même de au moins accorder plus de temps et de mieux
1213 comprendre le patient aussi. Parce que des fois il y a des situations où au final on se comprend
1214 pas, parce qu'on a pas le temps de les écouter et en fait ça peut finir, pas à s'envenimer mais on
1215 peut finir par euh dire « bon ben oui mais là je comprends pas ! », enfin être un peu plus virulent
1216 alors qu'en fait euh c'était simplement le fait qu'on n'a pas pris le temps de les écouter, donc
1217 moi ce serait l'écoute auprès des patients qui serait le plus ...que je voudrais travailler le plus.

- 1218 **Moi : D'accord très bien, je te remercie, est-ce qu'il y a quelque chose que tu aimerais**
1219 **rajouter car on a terminé.**
- 1220 Lou : D'accord ! Euh non.
- 1221 **Moi : Merci beaucoup !**
- 1222 Lou : Ben de rien !

Annexe 5 : Demande d'entretiens



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

M^{me} NASTIMIE Valey
Étudiant(e) en soins infirmiers
Adresse :

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Téléphone :

Mail :

valey3waning@gmail.com

Avignon, le 04 Janv 2026

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) : Gastro-Entérologie

auprès de la(des) population(s) : d'infirmières

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

L'approche réflexive de l'infirmière sur son activité soignante

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

Pourriez-vous vous présenter, votre service et ce qui vous a amené à travailler dans ce service.
Pécitez-moi une journée type. Quels sont les éléments ou événements qui peuvent influencer votre travail, de travailler comment pourriez-vous vos soins. Pécitez-moi la préparation d'un soin pour un patient. Vous arrive-t-il de lever votre qualification pour quoi ? Qu'est-ce qui vous pousse à le faire ? Donnez un exemple.

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

Annexe 6 : Autorisation d'enquête

Madame MARTINEZ Valery

valery3martinez@gmail.com

Avignon, le 4 mars 2026

OBJET : TFE

N/Réf. : VB/NC/2026

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'émetts un avis favorable à cette démarche. Je vous demanderai de bien vouloir prendre contact avec :

- Madame Cadre de Santé de Gastroentérologie au

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

LE CADRE SUPERIEUR DE SANTE
Chargée de missions à la direction des soins

Annexe 7 : Autorisation de diffusion



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : Martinez Valéry

Promotion : 2023/2026

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE)

« Dis-moi comment tu analyses ta pratique, je te dirais quel sens tu donnes aux soins »

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☒

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☒

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le 20/05/2026

Signature :

Dis-moi comment tu analyses ta pratique, je te dirai quel sens tu donnes aux soins.

Le soin infirmier renvoie à l'administration de traitements, à la réalisation de gestes techniques et à l'accompagnement des patients. Derrière ces actions, existe une réalité plus complexe, faite de relation, d'adaptation et de réflexion. Ce travail de recherche s'intéresse à la manière dont la banalisation du soin peut altérer cette dimension et la capacité du soignant à prendre du recul dans sa pratique. La question de départ est : En quoi la banalisation du soin perturbe-t-elle la prise de recul du soignant ? Le cadre de référence permet d'aborder le sens du soin, la relation soignant-soigné, le risque de banalisation et la prise de recul. La méthode utilisée est qualitative et clinique. Trois entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'infirmières exerçant en service de gastroentérologie. Les résultats font émerger l'impact des contraintes organisationnelles, du manque de temps, des interruptions de tâches et de la charge émotionnelle. Ces éléments peuvent favoriser une routinisation des soins et modifier la relation soignant-soigné. Toutefois, les infirmières développent des capacités d'adaptation et de réflexion afin de préserver une pratique réflexive et humanisée. Cette étude rappelle que la prise de recul constitue un élément essentiel pour prévenir la banalisation du soin et préserver l'humanité de la relation soignante.

Mots-clés : Banalisation du soin, réflexivité, sens du soin, relation soignant-soigné, prise de recul, pratique infirmière

Nombre de mots : 202

Tell me how you reflect on your practice, and I will tell you how you make sense of care.

Nursing care involves administering treatments, performing technical procedures and supporting patients. Behind these actions lies a more complex reality based on relationships, adaptation and reflection. This research explores how the routinization of care may alter this dimension and affect caregivers' ability to step back and reflect on their practice. The initial research question was: How does the routinization of care affect the caregiver's ability to take a step back and reflect on practice? The theoretical framework explores the meaning of care, the nurse-patient relationship, the risk of routinization and reflective practice. A qualitative clinical research approach was used. Three semi-structured interviews were conducted with nurses working in a gastroenterology department. The findings highlight the impact of organizational constraints, lack of time, task interruptions and emotional burden. These factors may contribute to the routinization of care and influence the nurse-patient relationship. Nevertheless, the nurses interviewed demonstrated strong adaptive and reflective abilities, enabling them to maintain a reflective and humanized practice. This study highlights the importance of reflective practice in preventing the routinization of care and preserving the human dimension of the caregiving relationship.

Key-words: Care routinization, reflective practice, meaning of care, nurse-patient relationship, critical reflection, nursing practice

Number of words: 184