

THESE DE DOCTORAT DE

L'UNIVERSITE DE NANTES
COMUE UNIVERSITE BRETAGNE LOIRE

ECOLE DOCTORALE N° 603
Education, Langages, Interaction, Cognition, Clinique
Spécialité : Sciences de l'Education

Et de

L'UNIVERSITE CATHOLIQUE DE L'OUEST

Par

Jean-Bernard COTTIER

Soigner son travail pour prendre soin des autres.

L'expérience d'un espace de parole entre soignants : une occasion de professionnalisation du rôle relationnel ?

Thèse présentée et soutenue à l'UFR Lettres et Langages de Nantes, le 8 octobre 2019
Unité de recherche : Centre de Recherche en Education de Nantes (CREN EA2661)

Rapporteurs avant soutenance :

Emmanuel RUSCH Professeur, praticien hospitalier en santé publique, Université de Tours

Joris THIEVENAZ Professeur en Sciences de l'Education, Université de Paris-Est Créteil

Composition du Jury :

Président : Joris THIEVENAZ Professeur en Sciences de l'Education, Université de Paris-Est Créteil

Dir. de thèse : Martine LANI-BAYLE Professeure émérite en Sciences de l'Education, Université de Nantes

Co-dir. de thèse : Jean-Yves ROBIN Professeur en Sciences de l'Education, Université Catholique de l'Ouest

Remerciements

A mes parents pour leur bienveillance. La simplicité de leur vie m'a toujours impressionné et elle m'a révélé la richesse d'une vie ordinaire.

A mon père pour le courage qu'il a manifesté face à la maladie, avant de décéder à 49 ans. A tous les malades pour la leçon de vie qu'ils nous donnent.

A mes tantes, Bernadette et Blanche, pour m'avoir entouré chaleureusement dès mon plus jeune âge et considéré comme leur propre enfant.

Aux sept soignantes qui ont eu l'amabilité de me répondre et le courage de s'exprimer.

A Robin Jean-Yves, professeur à l'Université Catholique de l'Ouest, pour sa pensée exigeante durant tout l'accompagnement de cette thèse.

A Lani-Bayle Martine, professeur à l'Université de Nantes, pour m'avoir permis de participer au bouillonnement intellectuel de ses séminaires.

A Bergier Bertrand, Hétier Renaud, professeurs à l'Université Catholique de l'ouest, aux doctorants, pour m'avoir écouté et conseillé pendant les séminaires angevins.

A une ancienne collègue, qui se reconnaîtra, pour sa relecture très attentive de ce travail.

A ma femme qui m'a laissé toute liberté pour effectuer ce travail mangeur de temps.

A Clément, pour les conseils avisés en informatique, prodigués à son vieux père dépassé par le numérique.

Sommaire

Introduction	3
Partie I : les professionnels du soin infirmier.	13
1 - Le rôle infirmier.	14
2 - La relation aidante.	29
3 - Le contexte du soin.	43
Partie II : un espace de réflexion sur la pratique par le dire. ..	61
4 - Un travail émotionnel, cognitif, individuel et collectif.....	62
5 - La pratique.	84
6. La professionnalisation.	100
Partie III : un groupe de réflexion : approche phénoménologique.....	110
7 - Le groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs.	111
8. L'écriture du soin dans les comptes rendus.....	144
Partie IV : les entretiens.....	175
9. Présentation et étude des entretiens.....	176
10. Les faits : le rôle relationnel.....	183
11. Le récit d'expérience.	207
Partie V : Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale en route vers la professionnalisation.	235

12. La réflexivité des soignantes ?	236
13. Un lieu favorable à la réflexivité des soignantes.	285
14. Les enseignements de la recherche.	329
Conclusion	337
Références bibliographiques.....	346
Index thématique	358
Index des auteurs	363
Table des matières.....	366
Annexes	371

Introduction

« Bénis soient ceux qui sont capables de voir la beauté dans les lieux les plus modestes là où d'autres n'y voient rien » (Camille Pissaro, peintre).

Le contexte hospitalier confronte le soignant ¹ à des situations humaines très diverses, heureuses comme dramatiques. La pratique du soin comporte, de ce fait, de nombreuses occasions d'apprendre le métier de soignant. C'est l'un des premiers enseignements que m'a apporté ma fonction d'infirmier exercée pendant plus de 32 ans dans un centre hospitalier. Mon cadre d'étude fera appel à mon expérience hospitalière dans des unités chirurgicales pour adultes. L'hôpital d'une part et la chirurgie d'autre part constituent deux mondes particuliers parmi la variété de secteurs où l'activité infirmière peut s'exercer. La nature du soin porte la marque du secteur où ce soin s'exerce. Cette recherche reste volontairement centrée sur mon terrain d'exercice ; malgré des ressemblances, chaque service de chirurgie a lui-même sa singularité. Mon travail n'a donc pas valeur à être généralisé à partir de ce contexte spécifique, mais tous les soignants pourront se reconnaître dans les principes soignants qui guident ma réflexion. Quelque soit le cadre de l'activité, le soin reste toujours ce souci de l'autre quand son autonomie vient à diminuer. Les questions soulevées par l'exercice du soin, dans sa partie relationnelle, s'adressent à chaque soignant.

Le travail infirmier, auquel nous associons toujours les aides-soignants qui participent aux soins infirmiers, se décompose en trois grandes sources d'activité : technique, organisationnelle et relationnelle. Le soin technique est lié à la préparation opératoire suivie de la surveillance post-opératoire. L'organisation veut dire que le soin est un exercice qui se pratique en équipe et met l'accent sur la prise en compte de l'environnement humain. Le soin est, en effet, un travail collectif : si les soignants travaillent le plus souvent séparément, ils visent un objectif commun qui exige de communiquer entre eux. Le soin relationnel consiste à informer, expliquer, éduquer, écouter, réconforter, c'est à dire à accompagner un patient et son entourage pendant une période difficile causée par l'irruption de la maladie dans sa vie. Il n'y a de soins que les soins riches en relation. Soigner représente donc une rencontre à construire du soignant avec le malade mais aussi avec lui-même et tous les acteurs présents. Si le soin relationnel constitue indéniablement le cœur du métier infirmier, il est nécessaire, pour le comprendre, d'étendre la dimension relationnelle de l'activité soignante aux dimensions de l'organisation qui l'encadre, l'environnement contribuant à plus ou moins favoriser la nature

¹ Le masculin utilisé est purement grammatical. Il regroupe aussi bien les soignants que les soignantes. En parlant de soignants, nous englobons aussi bien les soignants médicaux que paramédicaux.

de la relation soignant-soigné. C'est de ce rôle relationnel, étendu aux dimensions de l'organisation, dont nous parlerons, rôle complexe où s'enchevêtrent des composantes psychologique, émotionnelle, cognitive : c'est le lot de ce qu'on appelle « les métiers de l'humain ». Nous entendrons alors par rôle relationnel tout ce qui ne relève pas de la technique et qui soulève de nombreuses questions. Nous emploierons aussi parfois le terme de paramédicaux en désignant exclusivement les infirmiers et les aides-soignants, sans oublier que le terme peut s'adresser à d'autres professions : kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales, psychologues...

Les soignants interviennent lorsque la vie est fragilisée par une maladie, un handicap, aux effets parfois éphémères, parfois durables. La dimension psychologique est omniprésente dans le métier de soignant, considéré comme un métier à forte charge émotionnelle. Comment le soignant ne peut-il pas, à un moment ou à un autre, se sentir impuissant et découragé, en recherche d'un soutien émotionnel ? Comment montrer une attitude adaptée en toutes circonstances ? Quels sont les soutiens et les savoirs à rechercher ? Le quotidien confronte, en effet, les soignants à des situations déstabilisantes qui les interrogent.

Comment le soignant ne peut-il pas se sentir dérouteré devant la remise en question possible de sa compétence de soignant ? La mentalité des patients a beaucoup changé, suivant en cela l'évolution de la société. Le malade docile est parfois devenu un malade curieux, interrogateur, responsable, exigeant, conscient de ses droits, propre à contester, à apprécier, à juger, à déstabiliser tout soignant. Cette nouvelle cohabitation impose le recours à des règles transparentes et consensuelles qui respectent la capacité d'autonomie du patient maintenant reconnue par la loi. Le soignant est invité à développer son aptitude non seulement à l'information mais aussi au dialogue, à l'écoute, à la négociation, afin d'aider le patient à vivre sa maladie et ses conséquences sur sa vie personnelle, familiale, sociale et professionnelle. La relation soignant-soigné n'est pas donnée, elle est à chaque fois unique et à construire en permanence. Toute relation connaît des mésententes, des conflits, des tensions. C'est une voie exigeante qui demande au soignant de mettre en question ses capacités relationnelles. Est-il possible de garder un dynamisme fort, en dépit de toutes les difficultés inhérentes à la relation soignant-soigné, sans y être aidé ?

Jamais dans l'histoire de la médecine, les technologies médicales n'ont donné de moyens aussi importants aux médecins de sauver, guérir, soulager. Ainsi, à côté de maladies

incurables, il existe aujourd'hui des maladies chroniques sur lesquelles des traitements peuvent se révéler actifs. Cela pose avec acuité la question des bienfaits et des limites des traitements. L'exercice de la médecine est devenu le lieu de nombreuses interrogations qui renvoient les soignants au sens de leur action. Les paramédicaux sont-ils réduits à se contenter d'exécuter des décisions sans intervenir pour défendre et respecter leurs valeurs ? Parler d'éthique dans l'univers du soin, c'est se poser et poser aux autres, quotidiennement, la question du sens afin que le soin soit porteur d'humanité, notamment lors de situations-limites qui relèvent par exemple des soins palliatifs.

La relation soignant-soigné s'inclut dans un contexte relationnel étendu aux dimensions de l'organisation. Le cadre de travail infirmier à l'hôpital s'est progressivement modifié : cela se traduit depuis les années 2000 par une « industrialisation » du travail déterminé en fonction de critères médicaux, techniques et économiques. La spécialité chirurgicale demeure hautement curative, centrée sur la prouesse technique qui vise la guérison. Cette tentation de la mise au second plan de la relation soignant-soigné est préjudiciable aux acteurs en négligeant les bienfaits potentiels d'un accompagnement réussi. J'ai pu constater la réalité de ce risque durant toute ma carrière professionnelle, risque d'autant plus important que la charge de travail technique ne cesse de s'accroître, avec une traçabilité contraignante.

Le travail infirmier à l'hôpital est un travail d'équipe. Le questionnement sur le soin relationnel concerne l'ensemble des soignants qui ont la possibilité d'entrer en dialogue. Il s'agit d'un exercice éthique : non pas « parler à » mais « parler avec ». Travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient est l'objectif d'une équipe. Il est, en effet, important pour les soignants de comprendre, par exemple, les raisons d'une décision thérapeutique. Une équipe soignante s'entend comme un groupe de personnes qui a le désir de communiquer ; mais de l'équipe idéale à l'équipe réelle, il y a souvent un abîme. L'équipe s'inscrit dans une organisation et la relation soignant-soigné est inévitablement influencée par cet environnement : l'organisation délivre un message sur la façon de concevoir les relations en son sein. Comment constituer une équipe si ce n'est en réfléchissant ensemble aux conditions d'un véritable dialogue afin de ne pas recourir à d'autres formes de relation : stratégique, hiérarchique, violente, à sens unique ?

Ces différentes constatations montrent l'étendue du travail relationnel, la nécessité de le comprendre et la difficulté de le réaliser à certains moments. Toutes ces situations indiquent que le travail clinique est une source considérable d'apprentissages, à la recherche du sens et de l'efficacité de l'action. Pour exercer leur rôle relationnel, plusieurs écueils menacent alors les soignants, infirmiers et aides-soignants, de chirurgie : la perte du sens de leur action, une mauvaise gestion des émotions, une difficulté à communiquer en cas de crise, la peur de manquer de connaissances, l'accaparement de toute leur activité par la technicité, le manque de soutien de l'équipe, l'éloignement de l'organisation. Il peut en résulter, à des degrés divers, un état psychologique négatif chez le soignant, qui le conduit progressivement au mal-être, au découragement puis à l'usure professionnelle. C'est pourquoi nous avons intitulé cette recherche : « soigner son travail » pour soigner les autres. Comment le paramédical, de par sa formation et avec le temps dont il dispose, peut-il remplir ce qui a toujours constitué une dimension centrale du métier, à savoir accompagner ? Ajoutons que pour accompagner, il est indispensable d'être accompagné. Afin de continuer à exercer avec compétence et satisfaction son rôle relationnel, de quel côté le soignant infirmier doit-il se tourner pour comprendre et améliorer sa pratique, pour recevoir une aide à la fois cognitive et émotionnelle ? Connaître et être touché sont indispensables pour exercer un rôle relationnel qui nécessite à la fois des savoir-faire, des connaissances en sciences humaines et un équilibre émotionnel.

Comment un soignant devient-il compétent dans son domaine d'activité et ce tout au long de sa vie professionnelle ? Dans un contexte professionnel de questionnement perpétuel, la formation ne peut alors se limiter à la seule formation initiale ou continue : l'amélioration permanente du soin fait appel à des recherches en situation pour de nouveaux savoirs en sciences humaines et sociales en vue de modifier ses savoir-faire, ses savoir-être. L'apprentissage est une nécessité permanente : que celui-ci soit intentionnel ou implicite, formel ou non formel, il s'avère indispensable pour assurer des soins de qualité. Aucun apprentissage du soin infirmier ne peut se faire en ignorant les situations de travail. Il s'agit de reconnaître l'existence et la valeur du lieu de travail infirmier comme espace d'apprentissage alors que la formation conventionnelle, extérieure au cadre de travail, montre des faiblesses notamment lorsqu'elle préconise le recours exclusif à des modèles, ce qui entraîne l'insuffisance des retours sur la pratique. Il n'est plus possible d'apprendre lors de la formation initiale ou continue tous les savoirs théoriques et pratiques dont les soignants ont

besoin. Cependant, apprendre à partir des expériences vécues n'est pas spontané. Où et comment ce questionnement s'exerce-t-il ? Seul et/ou en groupe ? Si nous saluons le caractère indispensable des formations initiale et continue mais insuffisant pour répondre à toutes les questions liées à la pratique, une question s'impose : est-il possible d'envisager une autre méthode d'apprentissage, complémentaire, un apprentissage qui se déroulerait en dehors des lieux dédiés aux apprentissages formels ? Ayons à l'esprit qu'une grande partie de l'apprentissage des soins relationnels se fait sur le terrain de deux façons : un apprentissage qui relève des stratégies personnelles des acteurs et un apprentissage par transmission des soignants entre eux sur le lieu d'exercice.

L'hypothèse que nous formulons, pour aider le soignant à concevoir et à réaliser avec satisfaction des soins relationnels plus performants, est la suivante : elle reposerait sur la nécessité de se dire, sur la capacité du soignant à parler avec ses pairs de ses expériences diverses qui concentrent réussites, difficultés, échecs. Nous entendons par pairs, outre l'infirmier, tous ceux avec qui il peut collaborer : l'aide-soignant, le médecin, le kinésithérapeute, le psychologue, l'assistant social, le diététicien, qui sont à même de connaître des difficultés semblables ; toutefois, dans cette recherche le contexte fait que le pair est l'infirmier, l'aide-soignant et le médecin. Les statuts de ces soignants sont différents mais considérons que ce qui les met sur un pied d'égalité, c'est d'exercer les uns à côté des autres la même activité, à savoir le soin. D'octobre 2003 à décembre 2008, j'ai participé, en tant qu'infirmier, à un groupe de réflexion entre pairs sur l'accompagnement, dans un service hospitalier de chirurgie viscérale : j'en retire l'idée qu'il est important de favoriser, sur le terrain d'exercice du soignant, l'instauration d'une pratique réflexive et collective tout au long de la vie professionnelle.

A partir de cette expérience, ma recherche s'intéressera à l'existence d'un espace de parole permettant aux soignants d'exprimer leur malaise, leurs difficultés, leurs réussites et de partager leurs questionnements, à l'intérieur d'une équipe de soin : à quelles conditions cet apprentissage du métier est-il possible et pour quels bénéfices ? Ceci n'exclut pas les autres ressources bien connues à la disposition du soignant : formation continue, discussions entre soignants, recherches personnelles. L'espace de parole entre pairs présente une originalité et une complémentarité avec les autres dispositifs d'apprentissage. Avoir du temps pour réfléchir en groupe à sa pratique, prendre du recul, se remettre en question, être écouté : tout soignant

bénéficie ainsi de la possibilité, s'il le désire, d'être aidé par cet exercice qui constitue un repère précieux pour apprendre et continuer à travailler ensemble avec plaisir. Si l'équipe est une nécessité, c'est aussi un lieu de communication, de formation et de soutien à construire.

La professionnalisation du rôle relationnel est l'objectif final de cette démarche reliée à l'expérience des soignants. Il s'agit d'apprendre le soin infirmier grâce à une réflexion sur la pratique par les praticiens eux-mêmes. L'apprentissage expérientiel reste encore dans l'ombre pour ne pas être reconnu comme un savoir à part entière en comparaison du savoir médical scientifique : ne parle-t-on pas le plus souvent d'apprentissage non formel ou informel pour le déclasser en quelque sorte ? « *Bien que reconnu des professionnels, cet apprentissage expérientiel n'est à ce jour ni qualifié ou quantifié, ni formalisé ou validé* » (Muller, 2016, p. 9). La préoccupation d'analyser l'activité du soin infirmier à partir de situations concrètes m'animait depuis longtemps. Il me semblait dommageable de passer à côté de ce travail d'approfondissement, de valorisation et de reconnaissance d'une profession méconnue dans ses objectifs les plus élevés. N'est-il pas important de réduire l'écart entre l'activité vue de l'extérieur et les pratiques réelles mises en œuvre et en mots par les soignants de terrain eux-mêmes ? Si ces derniers ne veulent pas défendre le caractère singulier de leur parole, qui le fera ? Beaucoup de soignants, et j'en ai fait partie, éprouvent encore des difficultés à transmettre leur vécu parce qu'ils le voient banal et répétitif. Tenter l'expérience différente et novatrice d'un apprentissage expérientiel formalisé mérite alors de répondre à ces questions : un espace de parole, pour qui, avec qui, pour quoi ?

La première partie de ce travail rendra compte du rôle infirmier : qu'est-ce que le métier d'infirmier ? Qu'est-ce que le soin relationnel ? Nous le ferons en nous appuyant sur les éclairages d'une discipline infirmière en pleine évolution. Apprendre par la pratique ne peut pas s'arrêter à un savoir empirique qui serait uniquement utilitaire, certes indispensable, mais il s'agit aussi de devenir plus conscient des savoirs théoriques en sciences humaines qui sont transférables dans la pratique. Nous dirons que le soin infirmier relève de la posture de l'accompagnement pour aider le patient à traverser des moments difficiles. C'est au soignant qu'il appartient d'imaginer le comportement favorisant une relation soignant-soigné constructive. Mais cette possibilité est-elle réaliste dans un milieu dominé par le modèle médical ? La maladie peut représenter pour les patients et leur entourage un traumatisme

engendrant malaise, angoisse, souffrance : c'est le cas des malades stomisés ². L'infirmier est confronté dans sa pratique à des situations compliquées, voire « extrêmes » : fin de vie ou tout événement aigu ou inattendu qui bouleverse un équilibre fragile. Les affects sont poussés à l'excès. Le sens est menacé, instaurant la possibilité d'un questionnement individuel et collectif sur la condition humaine.

Dans une deuxième partie, nous dirons que ce vécu nécessite un travail émotionnel et cognitif, dans un environnement centré sur l'équipe. L'infirmier rencontre une réelle difficulté à faire preuve d'authenticité émotionnelle s'il n'effectue pas une réflexion personnelle et collective sur ses propres émotions. Des situations porteuses d'émotions s'enchaînent dans des situations rationnelles qui nécessitent d'argumenter et de comprendre. Agir n'est pas obligatoirement être capable de dire ce qu'on fait exactement alors que le terrain fournit un réservoir inépuisable de sujets de réflexion. Le métier s'apprend par, dans et après l'action et non seulement par l'assimilation de cours théoriques. Seul un temps de réflexion permet de révéler le sens de nombre de situations. L'équipe serait un lieu et un espace qui permettraient alors au travail émotionnel et au travail cognitif de se réaliser. La condition essentielle au bon fonctionnement d'une équipe passerait par le désir des soignants de communiquer afin de travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient. La parole est un sens qui reconnaît le non-sens face à la maladie, à la mort, à l'absurde, à l'indicible, à la douleur du patient et au mal-être de celui qui soigne. Cette écoute en soi et de l'autre est une façon de résister à l'usure professionnelle et de continuer à éprouver du plaisir, du désir, dans la relation soignante. Qu'est-ce qu'une parole professionnalisante ? Le terme de professionnalisation fait intervenir l'activité et les savoirs, l'acteur, l'organisation à des degrés divers suivant les objectifs recherchés. C'est, notamment, une parole qui permet de développer la compétence du soignant se livrant à une pratique réflexive entre pairs. La professionnalisation ne se décrète pas : c'est une démarche volontaire de soignants s'exprimant sur leur vécu professionnel.

Dans une troisième partie, il est nécessaire de se tourner vers les acteurs afin de connaître leur point de vue sur l'intérêt et les conséquences d'un lieu de parole. Nous nous appuyons sur l'expérience à laquelle j'ai pu participer, entre octobre 2003 et décembre 2008.

² Une stomie digestive est l'abouchement d'un morceau d'intestin à la peau, permettant l'évacuation des selles qui se fait dans une poche de recueil.

Cette expérience s'est déroulée dans le service de chirurgie où je travaillais. Des soignants de ce service ont démarré des réunions de type analyse de la pratique, à l'intérieur d'un groupe qualifié par les participants de « groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en chirurgie viscérale ». Cette démarche s'est traduite par l'écriture de comptes rendus qui reflètent en 151 pages les discours de 23 réunions. Que disent ces comptes rendus ? Pour effectuer ce travail de recherche, il m'apparaissait nécessaire de faire un retour sur ces comptes rendus, mais il importait que je réalise également des entretiens auprès des acteurs de l'époque ; ce sont autant de traces possibles de la réflexivité de soignants ayant eu le souci d'apprendre ensemble.

La quatrième partie de cette thèse est consacrée aux sept entretiens individuels semi-directifs réalisés avec des soignants ayant participé à ce groupe de réflexion : comment voyaient-ils leur rôle relationnel ? Quelles interrogations ce rôle a-t-il suscité en eux ? Cette partie permettra, notamment, de faire la différence entre la tâche prescrite et la tâche réelle. C'est ce décalage, où se mêlent émotions et sentiments, qui était difficile à vivre pour les soignants.

La dernière partie sera consacrée à la dimension de professionnalisation de cet espace en regard du rôle relationnel. Le sentiment de mal-être des soignants a besoin de s'exprimer dans un lieu de parole entre pairs : peut-on parler d'un véritable travail cognitif et émotionnel engagé par l'écoute bienveillante du groupe ? Pourquoi serait-il particulièrement adapté à une pratique de terrain ? Quels en sont les bénéfices pour les acteurs, l'équipe ? En quoi a-t-il pu participer à la professionnalisation de ses participants ? On peut parler de pratique réflexive lorsque le praticien prend conscience de sa manière d'agir et de réagir. La professionnalisation évolue en fonction de la réflexivité propre à chaque soignant. Il existe par conséquent des postures réflexives de différents niveaux ; il devient alors intéressant, quoique cela ne soit pas chose aisée, de s'appuyer sur des indicateurs qui permettront d'évaluer le niveau de réflexivité. Il s'agit aussi de rechercher quels sont les facteurs qui ont peut-être permis à ce lieu d'être favorable à la réflexivité. Quelle aura été l'originalité de ce groupe ? Cet espace de parole aura-t-il rempli son objectif d'auto-formation ? En quoi est-il révélateur d'une posture générale de soignant apprenant tout au long de sa vie professionnelle, passant d'une identité assignée à une identité visée ?

En résumé, cette thèse révèle une forme d'engagement. Elle est caractérisée par le fait que le chercheur est lui-même impliqué dans ce projet. Cette implexité (Legrand, 1990, p. 109-122) ou complexité de l'implication est à la fois source d'inspiration mais elle peut aussi aveugler, c'est la raison pour laquelle le recours à la voix de ceux qui avaient participé à cette expérience était capital pour ne pas être paralysé et envoûté par des postulats trompeurs. Au fond, l'ambition de ce travail repose sur une thèse : pour prendre soin des autres, le soignant n'aurait d'autre recours que de se raconter dans des espaces propices à la prise de parole afin de se soigner lui-même. Cette idée n'est pas nouvelle : il suffit d'écrire « espace de parole en soin » dans un moteur de recherche pour recueillir de nombreuses références. Ce qui est utile à la communauté soignante c'est de voir comment cette réalisation devient possible et pertinente. Cela constitue une nouveauté dans la mesure où un contexte peut contrecarrer ou favoriser un tel projet. Pour illustrer cette thèse, il était donc capital d'honorer la clinique narrative (Lani-Bayle, 2007, p. 17-21) en accordant une place primordiale aux récits des soignants qui ont accepté de me rencontrer.

« En formation, la démarche narrative en tant que travail sur soi par le récit et le dialogue sont l'occasion de faire de l'épreuve que représente la formation une expérience formatrice pour un sujet invité à (se) penser (parcours, événements, rencontres) » (Hintzy et Goloubieff, 2007, p. 52).

Partie I : les professionnels du soin infirmier.

« Les infirmiers et les infirmières ont du mal à être reconnus et sont en quête perpétuelle d'identité, un peu comme s'ils n'avaient pas à leur disposition un contenu professionnel perçu par eux-même comme suffisamment riche et utile et qui pourrait les rendre identifiables et donc reconnaissables dans la société » (Hesbeen, 1997, p.71).

1 - Le rôle infirmier.

Il me semble indispensable de rappeler en premier lieu le rôle infirmier. L'infirmier exécute de nombreux actes sur prescription médicale, il exerce à l'hôpital dans un espace qui fonctionne sous la tutelle du modèle médico-technique. Existe-t-il, cependant, un espace qui permette à l'infirmier de révéler un aspect de la nature profonde du prendre soin ? La réponse dépend des rapports que l'individu entretient avec son métier et avec son environnement. Il me paraît en premier lieu nécessaire de revenir sur deux points : la place du rôle propre infirmier dans un milieu hospitalier en mutation ; les nouveaux rapports entre le monde médical et le monde paramédical. Nous pourrions alors envisager la nature de la relation aidante qui constitue le cœur du métier avant d'en préciser le contexte par quelques histoires cliniques.

1.1. Le rôle propre.

Le décret de compétence du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier a été abrogé et remplacé par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004. L'ensemble des dispositions relatives à l'exercice de la profession est inclus dans le code de la santé publique. Il convient de distinguer les actes relevant du rôle propre de l'infirmier, les soins dispensés sur prescription médicale et les soins exercés en présence d'un médecin prescripteur.

Article R.4311-1. L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation de la santé. Les infirmiers exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du service éducatif.

Article R.4311-2. Les soins infirmiers, préventifs, curatifs, ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de

celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1 - de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre familial ou social ;

2 - de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3 - de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4 - de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5 - de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en cas de besoin, leur entourage.

Article R.4311-3. Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaire. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soin, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R.4311-4. L'infirmier peut, sous sa responsabilité, assurer les soins avec la collaboration d'aides-soignants qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

Article R.4311-5. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage.

Le rôle propre de l'infirmier est précisé aux articles R.4311-1 à R.4311-5. Par les 41 items appartenant au rôle propre, l'infirmier accomplit des actes et leur surveillance, assure le confort et la sécurité de la personne, informe cette dernière et son entourage. Distinguons les soins suivants qui relèvent plus spécialement du domaine relationnel :

3 - dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

6 - éducation du patient ;

39 - entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;

40 - aide et soutien psychologique ;

41 - observation et surveillance des troubles du comportement.

Dans le cadre du rôle propre, parmi la grande quantité et variété de 36 soins techniques, il faut distinguer les soins relationnels. L'imprécision des articles caractérise ces soins qui restent par conséquent à définir. Remarquons, pourtant, trois notions importantes :

- l'infirmier a l'initiative des soins relevant de son rôle propre ;

- il a compétence pour poser un diagnostic infirmier ;

- il gère les soins et les consigne dans le dossier de soins infirmiers.

A la différence du diagnostic médical, dont le but est un examen clinique de la personne pour décrire la pathologie en vue d'une prescription médicale, la démarche du diagnostic infirmier est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes de la maladie. Le diagnostic infirmier décrit les réactions de la personne face au processus de la maladie et leurs modifications ou leurs maintiens au fil du temps.

« Le savoir médical fonde tout diagnostic et tout traitement sur des données scientifiques. Les découvertes de laboratoire ont joué un rôle essentiel dans la lutte contre la maladie. Nous avons affaire ici à un savoir (narratif) d'une autre nature, un savoir contextualisé, un savoir circonstanciel, un savoir personnalisé. Il importe de savoir si le traitement convient au malade, de découvrir comment il le vit, quelles sont les répercussions sur sa vie et ses proches. Ces deux ordres de savoir ne sont pas en concurrence. Ils représentent deux versants de la situation du malade, deux manières d'aborder les problèmes posés par sa santé » (Dominicé, Favario et Lataillade, 2000, p. 14).

A la différence des soins sur prescription médicale où l'infirmier prodigue des soins au patient conformément à la prescription, dans le cadre de son rôle propre il lui appartient après évaluation des besoins du patient de prendre les dispositions qui s'imposent. Si l'infirmier ne prend pas l'initiative de ces soins et qu'il en résulte un dommage pour le malade, il est susceptible d'en répondre et de voir sa responsabilité engagée. Comme le terme le mentionne, « *rôle propre* » signifie que l'infirmier ne doit pas attendre de directives. Cependant, il faut dépasser la séparation entre rôle propre et rôle délégué : « *le « rôle propre » se doit d'être présent dans tout ce que fait l'infirmier. « Le rôle propre » c'est la perspective infirmière donnée à ce qui est fait, peu importe d'où vient la prescription ou la décision de poser tel ou tel acte* » (Hesbeen, 1997, p.125).

Selon Formarier (1990, p. 52-53), les caractéristiques du rôle propre, dans le domaine relationnel, sont les suivantes :

- c'est un rôle difficile : bien que codifié et décrit, ce rôle se joue dans une mouvance existentielle. La complexité est grande si la finalité est d'intégrer ce geste à toute une dimension unique et humaine ;

- c'est un rôle exigeant. Le rôle propre apparaît moins gratifiant que le rôle prescrit au travers duquel le geste technique est valorisé. Malgré leur caractère incertain, ce sont les actions relevant du rôle propre qui optimisent et assurent la qualité des prestations de soin ;

- c'est un rôle toujours nouveau : l'application du rôle propre est toujours différente d'un individu à un autre et offre un caractère original pour chaque patient ;

- c'est un rôle riche fondé pour une bonne part sur la relation, il est multidimensionnel. Cela nécessite de s'interroger sur le sens que l'on donne aux soins infirmiers : des soins uniquement physiques et, à ce moment-là, le rôle propre est alors réduit ; dans le cas contraire, il s'agit de mobiliser des soins tenant compte des composantes biologique mais aussi psychologique, sociale et culturelle pour une approche globale et donc plus riche ;

- c'est un rôle porteur d'avenir car il permet la créativité du professionnel autonome. Pour Formarier (ibid.), ce rôle forge l'avenir, en s'enracinant de plus en plus dans une véritable science infirmière en devenir.

Prendre soin comprend donc deux aspects indissociables : un aspect technique, qui permet de réaliser des pansements, des injections par exemple ; un aspect relationnel pour informer, expliquer, éduquer, écouter, réconforter, c'est à dire accompagner un patient, au sein d'une équipe de soins qui favorise la communication entre ses membres. Faire vivre cette dimension relationnelle n'est pas simple face à la maladie, à l'hospitalisation, à la technicité, à un côté parfois déshumanisant. Le travail en chirurgie se caractérise par une prise en charge très technique au détriment possible des soins relationnels. Cela explique en partie que ces soins se trouvent souvent moins valorisés que les premiers. Ce contexte spécifique du monde chirurgical pose avec acuité la question de la place de la communication entre tous les acteurs. Le rôle propre se révèle complexe et se conforme aux représentations qu'en a le professionnel. Les soignants ont-ils toujours une bonne connaissance de ce rôle ? Cette connaissance permet-elle d'en voir toutes les possibilités, tous les bénéfices potentiels ? C'est ce rôle qui non seulement autorise le soignant à développer un esprit créatif mais le pousse, l'encourage, à en faire preuve.

Finalement, ce travail de recherche repose sur un postulat. Les infirmiers ont une « carte à jouer » qui contribuerait à fortifier leur rôle propre. Il s'agit pour eux d'apporter une plus-value dans la prise en charge du patient en accordant de l'importance aux soins relationnels, domaine souvent négligé par le corps médical, surtout dans un service de chirurgie en raison de l'importance accordée aux gestes techniques et au caractère nécessairement chronophage d'une telle activité chirurgicale. Mais comme nous allons le voir, les infirmiers eux aussi sont confrontés à des contraintes de temps. De même, les médecins pour un certain nombre d'entre eux accordent aussi de l'importance aux soins relationnels, ce qui signifie donc que les infirmiers n'ont pas le monopole d'une telle fonction même si celle-ci pourrait fonder le socle de leur identité professionnelle.

1.2. Le cœur du métier.

Le vécu professionnel quotidien confronte les soignants à de nombreuses situations qui sont susceptibles de tension. Six thèmes récurrents se dégagent (Bouvet de et Sauvage, 2005, p. 2) :

- l'identité professionnelle et l'idéal éthique infirmier ;

- la relation avec le patient ;
- les relations avec l'équipe et les médecins ;
- les structures ;
- les changements ;
- le temps.

Le premier thème (ibid. p. 3-7) concerne la reconnaissance de toutes les dimensions du rôle infirmier basé sur la qualité des soins techniques, relationnels et organisationnels. L'infirmier veut déployer tous les aspects de la profession : soigner, aider, soulager, éduquer, soutenir, communiquer, et ainsi être un témoin d'humanité. Ce souci prend appui sur les valeurs de l'infirmier : la dignité de la personne et le respect de son autonomie, la recherche du bien-être et de la sécurité du patient. Mais, parfois, les conditions ne sont pas réunies pour accorder le temps nécessaire à l'écoute du patient et de ses besoins. « *Cette exigence de globalité qui considère le patient dans toutes ses dimensions (physique, psychique, sociale, culturelle et environnementale) pourrait apparaître comme une première explication au sentiment d'insatisfaction, d'impuissance et d'incapacité à réaliser l'idéal infirmier au quotidien* » (ibid. p. 5).

En chirurgie, le rôle infirmier sur prescription médicale est prépondérant. La vie ordinaire du soignant infirmier en chirurgie, si elle est ramenée à la vision du pansement-piqûre, devient répétitive, sans surprise, rebelle à toute idée de bouleversement : c'est, notamment, l'un des risques si l'on ne voit pas l'intérêt et l'étendue du rôle propre. Dans une optique minimaliste, le soin relationnel est ramené à sa plus simple expression : il s'agit seulement pour le soignant de faire preuve de civilité, en ramenant la relation aidante à sa plus simple expression. La dimension d'exécution ne doit pas faire oublier la dimension de créativité attachée au rôle propre dans son aspect relationnel. En plus de trois décennies je n'ai jamais rencontré, sur mon propre terrain d'exercice, la démarche approfondie, par un travail de recherche formalisé et exposé, d'un soignant clinicien sur les savoirs d'expérience : comment comprendre ce constat, alors que certains soignants ont montré la voie à l'exemple de Perraut-Soliveres (2001) ? Est-il envisageable de considérer que la pratique n'apprend rien aux soignants qu'ils ne sauraient déjà ? La pratique est-elle si pauvre qu'aucune recherche ne se justifie ? Les soignants ont-ils peur de ne pas être à la hauteur de ce regard porté sur leur activité ? La profession infirmière est encadrée par des textes législatifs mais comment les

infirmiers parlent-ils de leur profession ? Comment expriment-ils leur identité ? Beaucoup de soignants, et j'en ai fait partie pendant longtemps, éprouvent des difficultés à interroger leur vécu parce qu'ils le voient comme dénué de scientificité reconnue à nos collègues médicaux. *« Les infirmiers sont des professionnels riches de leur pratique, de leurs contacts répétés avec tant et tant de situations de vie, mais qui ne réussissent pas à révéler cette pratique, à trouver les mots pour la dire, pour l'expliquer tant à leurs partenaires professionnels qu'à la population »* (Hesbeen, 1997, p. 84). Il est facile alors pour les soignants de se considérer comme des exécutants : non seulement ils obéissent, légalement, aux prescriptions médicales mais encore ils reproduisent fidèlement les modèles hérités du monde médical.

Insister sur la relation soignant-soigné, c'est redonner à cet acte toute sa complexité, au milieu d'une diversité de situations qui sont autant d'occasions d'apprentissage et d'enrichissement. Ce qui fait l'une des beautés de ce métier, c'est la sollicitude qu'il faut déployer. Les soignants interviennent lorsque la vie est fragilisée par une maladie, un handicap, aux effets parfois éphémères, parfois durables. Une partie des malades a la satisfaction de guérir et de revenir à une vie « normale » ; une autre partie vivra avec une présence constante et angoissante de la maladie. Le cancer illustre ce qu'on appelle une maladie grave, mettant potentiellement en jeu le pronostic vital, à plus ou moins court terme. L'annonce d'une maladie grave représente pour les patients un traumatisme psychique face à l'inimaginé, à la crainte de la douleur, à la peur de la mort, à la survenue de plusieurs deuils, familial, social, économique, professionnel. Le malaise, l'angoisse, la souffrance de ces personnes peuvent être sources de relations conflictuelles avec l'entourage, c'est à dire la famille et les soignants. Le lieu de soins concentre une bonne part de ce que la société contemporaine rejette : la démence, la vieillesse, le handicap, la fin de vie, la mort. S'y trouvent réunis un grand nombre de tabous : des corps mourants, nus, sales, déformés ; des matières que l'on cache ou élimine : le sang, le pus, les excréments, le vomi, les crachats ; des mots inaudibles comme le cancer - on parle le plus souvent de tumeur, de cellules, de « petit cancer ».

Nombre de situations interrogent les soignants et peuvent attiser leur esprit de recherche. Aussi loin que je me souviens, le soin relationnel n'a cessé de m'interroger au vu de la petite place qui lui est souvent réservée alors que le rôle de l'écoute est primordiale dans le processus de la maladie. Il y a, de plus, un écart entre le soin relationnel tel qu'il est prescrit

et le soin réel qui se révèle beaucoup plus complexe dans sa mise en pratique : ce dernier, parce qu'il est toujours singulier, fait appel à des capacités d'inventivité de la part du soignant. Les soignants n'ont-ils rien à dire de leur expérience quotidienne ? Ou s'en sentent-ils incapables ? Aujourd'hui, l'univers hospitalier est soumis à de fortes contraintes économiques et à la tentation de privilégier les solutions les plus rentables. Dans ce contexte tendu, le soin relationnel peut ne pas être une priorité.

Le deuxième enjeu interroge la qualité de la relation infirmier-aide-soignant-patient (Bouvet de et Sauvaige, p. 8-11). L'éthique place le respect de la dignité et de l'autonomie du sujet malade au centre des préoccupations soignantes. Ces considérations n'empêchent pas les difficultés inhérentes à toute relation humaine. Gérer la juste distance reste un exercice périlleux. Un soignant s'exprime :

« Les patients évoluent, ils sont différents, certains en savent plus que nous, d'autres au contraire ne veulent rien savoir. Certains veulent être aidés, d'autres pas. Et ceux qui refusent expriment ainsi leur droit le plus strict, même si cela entrave la réalisation de notre travail. Le patient, en tant qu'individu autonome dans ses désirs, nous impose ses propres limites que nous devons respecter. A d'autres moments, ils mettent au contraire la barre un peu haut, et nous demandent l'impossible » (ibid. p.9).

Faire vivre la dimension relationnelle n'a jamais été simple en toute circonstance, car la place de la parole n'est jamais acquise d'avance aussi bien face à des malades que face à des collègues ou à des représentants de l'organisation. Des handicaps pèsent sur cet exercice particulier : le manque de temps en est une illustration criante. Mais si l'accélération semble aujourd'hui inéluctable, comment les soignants peuvent-ils malgré tout exprimer leur créativité ? Prenons conscience que la créativité n'est pas inaccessible puisque le plus souvent les idées nouvelles s'inspirent de l'existant observé avec un regard nouveau ; la créativité est avant tout un état d'esprit qui demande des aptitudes d'ouverture et de curiosité. Créer, c'est découvrir, rencontrer, dévoiler, voir d'un autre œil ce que nous avons sous les yeux. C'est à l'illustration et à la réduction de ce paradoxe que nous réfléchissons, en présentant des propositions qui relèvent précisément d'un changement de regard sur le soin relationnel non plus considéré seulement comme l'exécution d'une prescription mais comme la création d'un véritable savoir d'action réclamant toute l'expérience du soignant.

Ces deux premiers thèmes concentrent le cœur du métier. Mais soigner n'est pas un exercice solitaire et demande de s'appuyer sur un contexte : une équipe, une organisation, dans un environnement sociétal.

1.3. Les relations dans l'équipe.

Le troisième thème (Bouvet de et Sauvaige, 2005, p. 11-15) envisage les relations et leurs changements à l'intérieur de l'équipe au sens large, comprenant médicaux et paramédicaux. Les soins se réalisent en équipe et chaque soignant doit pouvoir compter sur le soutien de ses collègues. Une équipe soignante s'entend comme un groupe de personnes qui a le désir de travailler ensemble autour d'un projet centré sur le patient. Chaque membre de l'équipe détient une compétence dont le patient a besoin : infirmier, aide-soignant, médecin, mais aussi kinésithérapeute, diététicien, psychologue, assistant social, interviennent. La synergie de ces multiples compétences est l'occasion de discussions, de recherches pour le mieux-être du patient ainsi que de conflits possibles. Conflits de valeurs, jeux de pouvoir jalonnent la vie d'une équipe.

Les relations entre le monde infirmier et le monde médical ont subi de profonds changements. Nous sommes passés d'une période de « *médiation externe* » à une période de « *médiation interne* » pour employer le langage de René Girard (Coulon, 2012, p. 36-50). Girard nous explique que la médiation externe représente un type de relation réservé aux univers hiérarchisés. Les deux mondes, en l'occurrence médical et paramédical, se trouvent séparés par une distance rendant impossible la rivalité mais rendant possible la construction identitaire du sujet infirmier par l'imitation du modèle médical. Il donne à cette imitation le nom de « *désir mimétique* » (Girard, 1994, p. 78-79). Jusqu'aux années 1960, l'activité infirmière s'est développée au sein d'une structure de dépendance hiérarchique : la pratique infirmière évolue sous la protection et le prestige de la science médicale. Puis, essentiellement à partir des années 1980, on assiste à l'éclosion d'une poussée autonomiste de la profession infirmière : en 1978, c'est la reconnaissance du rôle propre infirmier et ce n'est qu'en 1981, grâce au décret du 12 mai, que les infirmiers ont pu se considérer comme une profession à part entière. Sans délaisser le savoir issu de l'expérience, acquis dans la pratique, la quête d'une identité professionnelle concourt à l'émergence d'une littérature sur l'éthique des soins

infirmiers et à une nouvelle perception des obligations professionnelles (Besanceney, 1996 ; Blondeau, 1999 ; Marmilloud, 2007). Dorénavant, l'éthique professionnelle ne se résume plus à des règles de bonne conduite et à des exhortations à l'obéissance. Au contraire, l'infirmier est considéré comme un professionnel dont l'autonomie exige compétence communicationnelle, jugement, discernement. D'un état de dépendance à l'autorité médicale, la profession infirmière est passée à une pratique en partie autonome. D'un état de « *médiation externe* », nous sommes arrivés à un état de « *médiation interne* » dans lequel paramédical et médical ont la possibilité de s'observer, de se comparer, de rentrer en concurrence, de s'imiter réciproquement. Cette situation engendre un effet de demande de reconnaissance professionnelle qui participe à la construction d'une nouvelle identité professionnelle.

Le nouveau paradigme infirmier, c'est à dire cette remise en question, suit également l'évolution des valeurs sociétales et culturelles de notre époque. Nous retiendrons deux aspects majeurs qui ne sont pas étrangers à la poussée autonomiste de la profession. Il s'agit, premièrement, de l'ampleur du mouvement en faveur des droits de la personne et, deuxièmement, de l'évolution étonnamment rapide de la technologie dans le domaine des sciences médicales. La loi du 4 mars 2002 (n° 2002-303) « sur les droits des malades et la qualité du système de santé » consacre, dans son chapitre premier, le droit du patient à l'information. C'est l'aboutissement d'une demande de plus en plus forte du corps social à une meilleure écoute et à une meilleure information. Le médecin est tenu de donner au patient une information loyale, claire et appropriée sur les investigations et les soins qu'il lui propose de façon à ce que ce dernier donne un consentement ou un refus éclairé. Cette information, respectueuse des désirs du patient, incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et bouscule le rôle traditionnel de l'infirmier qui se tenait volontiers à l'écart de cette question uniquement dévolue au médecin. L'infirmier peut apporter des précisions au malade et être son porte-parole auprès des différents acteurs. La reconnaissance des droits de la personne s'appuie sur la reconnaissance de la capacité d'autonomie de celle-ci. Encore faut-il que le soignant reconnaisse la capacité du patient à exercer l'acte d'autonomie en accueillant les décisions et les comportements de ce dernier, même si ceux-ci lui apparaissent incongrus. Il serait par ailleurs paradoxal de constater que le soignant pourrait défendre la capacité d'autonomie du patient sans prétendre à la sienne. La réticence de certains soignants

à entendre les décisions des patients peut trouver sa source dans ce malaise face à leur propre capacité.

La deuxième source d'influence revient à la mise en question des valeurs de la société face aux immenses progrès de la médecine qui rendent possible ce qui était inenvisageable hier. La mort s'éloigne des vivants. Des opérations complexes apparaissent à la fois comme des ressources bénéfiques et des chemins de dérive. La culture technicisée, qui peut sacrifier l'être, a suscité un profond questionnement sur la valeur de la vie humaine dans les services hospitaliers. La position du personnel paramédical n'est pas d'avancer un jugement sur un diagnostic médical, parfois très délicat à porter, mais de réfléchir à toutes les conditions individuelles et organisationnelles nécessaires pour un accompagnement réussi. La décision clinique est capitale en soins palliatifs, en oncologie, ou face à des patients âgés, des patients sujets aux addictions, des patients handicapés. De par sa position de proximité en tant qu'accompagnateur, l'infirmier et l'aide-soignant se trouvent proches de ces questions essentielles que sont, par exemple, la vérité au malade, le consentement du malade, le respect de la dignité humaine avec la prise en compte de la souffrance du malade. C'est bien autour du processus de prise de décision que se situent une des difficultés importantes de l'exercice médical. Alors que différents acteurs interviennent autour du patient, pour qu'il soit répondu à sa demande, le médecin est finalement seul décideur. Ce pouvoir est nécessaire et incontournable, mais ne peut-il être exercé autrement que solitairement par le médecin ? Pourquoi décider seul sans reconnaître au paramédical la connaissance spécifique de la situation d'un patient ? Comment l'infirmier peut-il pratiquer des gestes soignants en désaccord avec sa conception du prendre soin ? L'utilisation de techniques toujours plus poussées ne risque-t-elle pas d'accentuer cette dissonance si les paramédicaux sont écartés de toute délibération concernant la situation du patient ? La responsabilité des infirmiers et aides-soignants se trouve engagée s'ils se désintéressent de défendre leur point de vue ou évitent de se former au débat éthique.

La responsabilité infirmière, prônée par le rôle propre, amène le professionnel à développer une réflexion éthique : toute vie est-elle précieuse, quelles que soient les circonstances ? Comment définir l'euthanasie ? Un patient a-t-il le droit de refuser un traitement, même si cela précipite sa mort ? Qui doit définir la qualité de vie ? Ne peut-on pas mieux soulager un patient ? Qu'est-ce que la notion de bénéfice-risque ? Comment diminuer

l'agressivité d'une famille ou faire avec ? Les multiples questions soulevées sont suscitées par des situations qui posent problèmes. Cela oblige à examiner avec attention ces dilemmes imposés par les changements dans la manière de soigner. Le dilemme se situe entre deux projets thérapeutiques, entre deux attitudes, qui s'affrontent ; il porte sur ce qui est en cause et qui est le plus important : les valeurs. Les valeurs déterminent le sens du soin ancré dans le quotidien de l'acte soignant : elles représentent ce qui semble valable aux yeux du soignant comme du patient et de son entourage, ce qui vaut la peine d'être recherché parce que cela aide à vivre. Cette compétence éthique est complexe, elle se construit lentement, tout au long de la vie professionnelle, seul et en équipe ; elle appartient à un rôle relationnel de plus en plus respectueux des attentes des patients.

1.4. La logique gestionnaire.

Le quatrième et le sixième enjeux (Bouvet de et Sauvaige, p. 16-19, 23-26) s'intéressent aux structures qui conditionnent le cadre de travail. Dans le secteur hospitalier on sait que le manque de temps, d'effectifs, de moyens, l'omniprésence des protocoles, la surcharge des tâches administratives créent un fossé entre une certaine idée de la qualité des soins et les objectifs de rentabilité de l'entreprise. Safy-Godineau (2013, 4) s'est intéressée à cette « *dénaturation de la fonction des établissements de santé qui deviennent des entreprises jugées sur la production de leur activité de soins et la performance économique obtenue par celle-ci* ». Une logique gestionnaire irrigue le secteur sanitaire par l'introduction des logiques d'efficacité et d'efficience. Dans le même temps, les soignants soutiennent que les organisations sanitaires ne peuvent en aucun cas être assimilées à des entreprises compte tenu de la nature propre de leur activité - le soin - et de l'objet de cette activité : l'être humain.

« Dans cette perspective, le travail sur l'humain, le caractère aléatoire de ses résultats, le caractère relationnel du service rendu et sa nécessaire personnalisation, la spécificité de la relation d'aide et d'accompagnement, s'accommodent mal du froid calcul des évaluations, des critères de performance et des contrôles économiques à l'œuvre dans les entreprises (...) Cette reconfiguration organisationnelle aboutit à un processus de déqualification des métiers même du soin, dans la mesure où il est demandé aux soignants de

devenir des gens efficaces, au regard non plus du travail sur l'humain mais de la maîtrise des coûts de leur activité » (ibid.).

Safy-Godineau s'interroge sur les tensions que ces transformations occasionnent au sein des organisations. Les soignants ont recours à deux catégories de ressources en vue de gagner d'autres ressources ou de maintenir celles possédées : les ressources qu'ils possèdent déjà, c'est à dire les ressources subjectives, et celles qui sont disponibles dans l'environnement de travail, les ressources objectives. Il existe une relation constante entre l'individu et son milieu dans un processus marqué par des événements positifs ou négatifs qui contiennent en eux de multiples occasions de pertes ou de gains de ressources. Parmi les expériences positives de travail, nous retiendrons la présence d'un soutien social de la part des collègues s'exprimant dans la coopération, l'entraide et la solidarité. Le travail est le lieu même du développement du « *pouvoir d'agir* » (Clot, 2017) des sujets, condition sine qua non de la santé au travail. La santé est définie au sens que lui attribue Canguilhem (1966) : l'homme sain est celui qui ne subit pas les contraintes du milieu, mais est capable de le modifier pour affirmer ses normes et projets de vie. Ce sujet, qui se défend contre la perte de ses ressources et pour l'acquisition de nouvelles ressources, n'en connaît pas moins des moments difficiles mais il ne reste pas passif face aux contraintes négatives qui se dressent autour de lui. Comment le soignant, comme le malade, peuvent-ils, non pas faire face à, mais plutôt faire autrement avec ce qui se présente à eux, dans la mesure du possible devons-nous ajouter ? Comme nous le montrerons à travers notre recueil de données, l'environnement contraignant peut être une opportunité pour le soignant d'investir une position de praticien réflexif, c'est à dire d'individu apprenant. Comment le sujet peut-il s'insérer de façon positive dans un environnement qui reste ouvert, tant bien que mal, au développement de son « *pouvoir d'agir* » (Clot, 2017) ?

Les changements qui affectent la profession représentent un cinquième thème (Bouvet de et Sauvaige, 2005, p. 20-22). Le soin subit la pression sociale, juridique qui règne dans l'ensemble de notre environnement. La profession infirmière évolue vers plus d'autonomie. « *La profession ne supporte plus la soumission au corps médical et regrette en même temps les avantages que procurait cette soumission sécurisante mais infantilisante* » (ibid. p. 22). Le résultat est une difficulté pour le soignant à se situer entre ses deux types de rôles, son rôle délégué et son rôle propre. Ainsi, jusqu'à maintenant l'annonce de la maladie appartenait

entièrement au médecin. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé consacre le droit du patient à l'information. Le médecin est tenu de donner au patient une information loyale, claire et appropriée sur les risques des investigations et des soins qu'il lui propose. Cette information incombe, cependant, à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles qui lui sont applicables : l'information ne concerne plus uniquement les médecins mais l'ensemble des professionnels de santé, notamment les auxiliaires médicaux que sont les infirmiers, comme le recommande la Haute Autorité de Santé (2012, p. 2) dans son document sur la « *délivrance de l'information à la personne sur son état de santé* ». Cette donne de la législation doit se traduire dans la réalité par une prise de conscience des paramédicaux de leurs nouvelles responsabilités. La question de la vérité peut ne pas les concerner si, faute de connaître cette évolution, ils considèrent qu'à tout moment ils ne sont pas responsables de l'annonce. Si la Haute Autorité de Santé tient à le rappeler dix ans après la parution de la loi, c'est bien parce que la règle est loin d'être appliquée. La question de l'annonce regarde doublement les infirmiers et les aides-soignants puisqu'elle retentit sur la relation soignant-soigné. Ce n'est pas l'annonce en tant que telle qui est de leur responsabilité mais les conséquences de cette annonce en matière d'explications et de soutien. L'information d'une maladie grave se pratique dans la durée, à la mesure de la capacité de compréhension du malade et de l'évolution de sa maladie. L'annonce devient un nouvel enjeu éthique qui soulève de nombreuses questions : que sait le malade ? Que sait la famille ? Que veut savoir le malade ? Comment réagit-il ? Se sent-il écouté ? Comment rester dans une relation de vérité ? L'infirmier doit-il être présent lors de la première annonce ? Les soignants ont-ils des avis différents sur l'attitude à adopter ? Le premier critère de l'accompagnement est précisément de ne pas se dérober.

Après l'examen de ces six thèmes qui parlent du métier de soignant, il apparaît qu'être soignant « n'est pas un long fleuve tranquille ». Prendre soin, c'est osciller entre plaisir et souffrance, entre satisfaction et inconfort. Toutefois, le plaisir de soigner existe bel et bien quand la relation soignant-soigné s'avère fructueuse, dans une ambiance d'équipe apaisée malgré les difficultés inhérentes à la profession. Ce plaisir ne peut être que le fruit d'un travail personnel et collectif de trois ordres : émotionnel, cognitif et conatif.

« Les philosophies ont longtemps opposé le domaine des processus cognitifs, à la source du raisonnement rationnel, aux processus affectifs : cogito et affect ne pouvaient cohabiter sans dommages. Mais il est apparu que les processus affectifs participent de façon positive à l'adaptation de l'individu à son milieu et font donc partie intégrante de sa cognition, en ce sens qu'ils contribuent au comportement et à la pensée » (Paul, 2016, p. 175).

Ce travail émotionnel et cognitif est irréductiblement personnel, interpersonnel, transpersonnel et impersonnel (Maubant, 2013, p. 79-81). Personnel car le travailleur agit et réagit d'une façon singulière ; interpersonnel puisque l'activité est le fruit d'une rencontre ; transpersonnel par l'appartenance à un groupe professionnel dont l'infirmier est le collaborateur, l'héritier et le transmetteur ; impersonnel au regard d'une tâche prescrite qui peut méconnaître la tâche réelle. On découvre à travers ces qualificatifs toute la dynamique d'entrée dans le métier exposée par Clot (2017).

Rappel : par le rôle propre, l'infirmier a l'initiative de soins qui relèvent de sa compétence définie dans le code de la santé publique. La démarche infirmière, à laquelle il faut toujours associer les aides-soignants, est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes de la maladie. Faire vivre cette dimension relationnelle n'est pas simple face à la maladie, à l'hospitalisation, à la technicité, à un côté parfois déshumanisant. Les infirmiers ont une « carte à jouer » qui contribuerait à fortifier leur rôle propre mais le vécu professionnel quotidien confronte les soignants à de nombreuses situations susceptibles de tension.

2 - La relation aidante.

Parler d'un rôle propre, c'est faire appel à une pensée proprement infirmière qui soit claire. Or, il s'avère que chaque infirmier a une conception qui demeure la plupart du temps implicite parce qu'elle est rarement mise en avant. Il est même possible de travailler sans recourir à un modèle conceptuel. Toutefois, soigner ne signifie pas seulement effectuer des actes, il est tout aussi nécessaire de poser l'acte le plus approprié en toute connaissance de cause. Il importe à chacun d'aller au-delà de la définition légale de l'exercice et de prendre conscience de sa conception de la discipline infirmière. Cette conception guide le professionnel dans le choix de ses actions faisant référence explicitement à ses valeurs. Cet exercice de clarification est utile pour l'infirmier lui-même mais aussi pour expliquer une position en équipe.

2.1. « La pensée infirmière ».

Depuis Florence Nightingale en 1860, les infirmiers se sont efforcés de préciser leur domaine d'investigation et de pratique ainsi que leur contribution à la santé des populations. Ils ont ainsi délimité le champ de la discipline infirmière : « *une discipline est un domaine d'investigation et de pratique ayant une perspective unique ou une façon distincte d'examiner des phénomènes* » (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010, p. 3). Pour décrire la structure d'une discipline, comme la discipline infirmière, il faut faire appel à deux aspects interreliés : la substance, c'est à dire un corpus de conceptions faisant l'objet du développement de la connaissance et la syntaxe, c'est à dire l'ensemble des processus privilégiés pour développer la connaissance à l'intérieur de ce corpus de conceptions (ibid., p. 4). Selon ces auteures, présenter les assises de la discipline infirmière c'est « *contribuer au développement de la pensée infirmière* ».

La substance correspond au centre d'intérêt d'une discipline et aux conceptions, concepts et théories de cette discipline qui, ensemble, en définissent la perspective unique. L'essence de la discipline apparaît dans trois thèmes d'importance mis en relation : les concepts « *personne, santé et environnement* » (ibid.). Il existe deux grandes conceptions soignantes : l'une centrée sur la maladie, l'autre sur le malade, comprenant toutes les nuances

possibles suivant que l'on privilégie l'une ou l'autre. En se détachant du modèle médical, la profession infirmière s'est orientée vers une recherche favorisant le malade acteur de sa maladie en vue de sa santé. L'infirmier et l'aide-soignant privilégient la relation avec le malade. De nombreux énoncés d'un tel centre d'intérêt ont été proposés. Collière (2001, p. 13) défend le fait que les infirmiers sont appelés à développer la science des soins et que « *soigner demeure d'abord et avant tout une pratique qui engendre, génère et régénère la vie* ». Inspirées par de nombreux auteurs, Pepin, Kerouac et Ducharme (2010, p. 15) affirment que « *l'énoncé d'un centre d'intérêt de la discipline doit être succinct et transcender les époques et les lieux* » et proposent donc cet énoncé : « *la discipline infirmière s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé* ». L'environnement tient compte autant des aspects sociaux, économiques, politiques que physiologiques, comportementaux et spirituels. Tout ce qui environne la vie concerne la santé. La pratique infirmière vise à créer le meilleur environnement de santé possible pour l'être humain. La personne, respectée dans ses valeurs, ses croyances et ses connaissances est le centre d'intérêt de la discipline infirmière. La santé est par conséquent un état que chacun est appelé à définir, au-delà de la seule notion de maladie. Le soin, de nature humaine et relationnelle, englobe les diverses activités d'accompagnement, de soutien, de facilitation lors de situations tournées vers la recherche par un individu de sa santé. Le soin ne s'intéresse pas seulement au corps-objet. Cet énoncé du centre d'intérêt ainsi que les conceptions et les théories qui le précisent constituent la substance de la discipline. Ensemble, ils clarifient la contribution ou la raison d'être des infirmiers et le but du service qu'ils offrent à la population.

Après avoir évoqué le centre d'intérêt de la discipline infirmière, tournons-nous vers les modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier, c'est à dire la syntaxe. Au contact des concepts spécifiques de la discipline, des savoirs permettent d'en circonscrire la singularité. « *C'est la conception générale d'un domaine d'investigation (sa substance) qui détermine le type de connaissances que ce domaine vise à développer, à structurer et à mettre en application* » (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010, p.17). Le terme « savoir » connaît diverses définitions qui renvoient à l'acquisition de savoirs par l'étude et l'expérience et à l'intégration de ces savoirs à un niveau de perception et de compréhension. L'étude du savoir

infirmier a fait l'objet de nombreuses publications au cours des dernières décennies. Pepin, Kerouac et Ducharme (ibid.) ont sélectionné quatre modes de développement et d'utilisation du savoir infirmier : personnel, esthétique, éthique, empirique. Le mode personnel prend appui sur l'expérience de l'infirmier ; il englobe la compréhension subjective de soi et de l'autre ; cette dimension du savoir est exprimée par la présence vraie, authentique et ouverte du professionnel : l'écoute, l'attention, l'empathie et le toucher sont des comportements qui traduisent le mode personnel. La première exigence d'un infirmier est de développer cette connaissance de soi : quels sont mes motivations, mes objectifs, mes valeurs ? Mon comportement reflète-t-il la vision du soin que je porte ? « *Le savoir à partir de ce mode est formalisé par des descriptions d'histoires personnelles qui sont sources de réflexion et de partage rétrospectif d'une compréhension contribuant à enrichir la pratique* » (ibid. p. 18). La notion d'in-connaissance, ou le fait de ne pas savoir, intervient pour comprendre l'autre : elle présente le fait d'un savoir sur l'autre comme étant un risque de fermeture à d'autres options. L'in-connaissance est une présence ouverte, empreinte de bienveillance et de non-jugement, dans le but d'accéder à des connaissances intersubjectives inédites. De plus, l'ouverture d'esprit encourage l'apprentissage continu de manière à déterminer comment, quand et où, théories et recherches peuvent contribuer à l'atteinte optimale des objectifs de soin.

Le mode esthétique, ou l'art des soins infirmiers, nécessite des ressources créatives pour rejoindre l'autre profondément : la beauté d'un geste, l'écriture, communiquant la singularité d'une expérience en font partie. « *En relevant le défi de s'ouvrir aux significations et de préserver le caractère humain des soins devant les contraintes d'efficacité et de rentabilité, et en créant un tout significatif pour la personne, la famille ou la communauté, l'infirmier développe et met en application un savoir esthétique* » (ibid., p. 19). Le professionnel contribue ainsi au développement de savoirs spécifiques à sa discipline.

Le mode éthique concerne ce qui est juste, bon, désirable et s'appuie sur des principes et des codes. Un jugement éthique est nécessaire pour prendre une décision éclairée, notamment face à la complexité des situations engendrée par les développements scientifiques et techniques. Le soignant se trouve exposé au danger de servir la technique plutôt que d'être servi par elle, en ne réalisant pas les conflits de valeurs qui interviennent dans nombre de décisions professionnelles. L'infirmier et l'aide-soignant réfléchissent à leur pratique en se

posant des questions : « est-ce la bonne attitude ? Est-ce que je respecte la capacité d'autonomie du patient ? ». Le savoir éthique s'acquiert par la réflexion mais aussi par le dialogue.

Quant au dernier mode de développement, « *l'expression du mode empirique dans la pratique est la compétence scientifique ou l'habileté de remettre en question ses interventions et d'intégrer à ses interventions des savoirs issus de la recherche* » (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010, p. 20). Le développement de savoirs dans ce mode donne lieu, par un processus de conceptualisation, à des descriptions formelles et à des théories explicatives, lesquelles doivent être confirmées et validées. Les auteures rappellent les changements que les percées de la recherche infirmière ont apporté dans la compréhension de phénomènes de santé tels que l'expérience des personnes à l'annonce d'un diagnostic, le soulagement de la douleur ou encore la qualité de vie des personnes démentes.

Les quatre modes sont nécessaires au développement et à l'utilisation du savoir infirmier, en étant complémentaires. Ils permettent de refléter la complexité et la diversité des phénomènes. Chaque infirmier est invité à prendre conscience du savoir à la base de sa pratique, voire à le remettre en question. Si j'en parle maintenant, c'est parce que cette proposition de se tourner vers les principes qui président à l'existence de la profession d'infirmier est rarement mise en application dans le monde professionnel. Le métier est prescrit une fois pour toutes, en référence à la théorie à la mode, alors qu'il existe plusieurs écoles de pensée infirmière. Ces modèles sont transférables de la pratique à la formation et vice-versa. Cependant, rares sont les milieux où l'on peut observer une intégration réelle d'un modèle dans la pratique, comme le souligne les auteures précédentes de « *La pensée infirmière* ». Ce savoir, parce qu'il est vivant, se développe de façon continue : l'évolution est l'une de ses caractéristiques essentielles, en fonction de nouveaux savoirs. Après trente ans d'exercice, doit-on toujours se référer à la conception de ses débuts ?

La pratique réflexive est devenue l'une des références pour approfondir la compréhension à partir de toutes les sources de savoirs à la disposition des soignants : pratique, expérientielle, théorique. Le lien entre la recherche théorique et la pratique prend aujourd'hui une place de plus en plus grande. La pratique est enfin reconnue comme un moyen d'acquérir ou de consolider les savoirs. « *Pour une discipline professionnelle comme les sciences infirmières, l'effort de conceptualisation de la substance n'est cependant utile*

que s'il a pour but de faire avancer les connaissances pour la pratique et de renforcer la contribution de la pratique infirmière à la santé de la population » (ibid., p. 4). La pratique quotidienne est imbriquée dans des savoirs théoriques de diverses origines ; elle est l'expression d'un savoir en action que nous illustrerons maintenant par la relation aidante. La relation aidante, soit la nature de la relation soignant-soigné, répond à une expérience de santé. « Par expérience de santé, nous entendons le caractère subjectif, la manière unique selon laquelle la personne ou la famille vit les événements liés à la santé, c'est à dire ce qui est vécu dans des situations relatives à la croissance, au développement et à des problèmes comme la maladie » (ibid. p. 16). Le savoir infirmier est ainsi riche de conceptions et de théories diverses qui précisent la relation soignant-soigné, d'approches et d'influences qui contribuent à l'émergence de connaissances sur ce soin et qui sont susceptibles de transformer la pratique. Si la discipline infirmière est en pleine évolution, comment les infirmiers de terrain s'approprient-ils ces nouvelles orientations qui nécessitent d'expliquer, de débattre, de comparer car chaque définition possède ses limites ? Comment à partir de là faire évoluer des conceptions en prenant conscience de leur répercussion sur les acteurs du soin ?

2.2. Qu'est-ce que le soin relationnel ?

La relation aidante est l'autre nom du soin relationnel qui se veut accompagnement. Il serait plus juste en effet, pour éviter toute confusion avec la relation d'aide à visée thérapeutique, d'employer le terme de relation aidante : « cette relation de soutien s'instaure spontanément en réponse à un besoin d'écoute d'une personne soignée ou de son entourage. Elle nécessite la capacité du soignant à accueillir les émotions et à mettre en place une attitude ajustée à ce que vit la personne. Quel que soit le soin prodigué, l'attitude du soignant est source de réconfort et de soutien » (Daydé, Lacroix, Pascal et Salabaras-Clergues, 2007, p. 29). La dimension relationnelle du soin correspond aux échanges verbaux et non verbaux lorsque le soignant rencontre le patient. Le soin relationnel peut exister indépendamment de tout geste technique, mais ce dernier s'accompagne toujours d'une composante relationnelle plus ou moins effective. L'infirmier a l'obligation, après avoir évalué les besoins du malade et posé un diagnostic infirmier, de prendre l'initiative de ce soin.

Collière (1996, p. 22-27) a très bien exprimé les limites de la technique appliquée à l'homme, en explicitant la différence entre soin et traitement : « *soigner ne saurait être assimilé à traiter. Les soins et les traitements ne sont pas de même nature. Or, la méprise constante entretenue entre soins et traitements fait que ces derniers sont abusivement dénommés « soins », ce qui laisse à penser que seuls les traitements représentent l'acte thérapeutique* ». Le premier sens du mot soin est celui d'attention portée à l'autre, de prévenance, de sollicitude. On parle des soins qu'une mère porte à son enfant. Le soin est encore une réponse à un besoin, à une demande ou à un manque de la personne lorsque son autonomie vient à diminuer ou à disparaître. Soigner signifie aussi traiter, éradiquer la maladie, ce qui explique la confusion. On voit comment s'opère une dérive par rapport au sens original du soin, ce qui donne au traitement une place prépondérante, au point de reléguer le soin comme subsidiaire, secondaire. Or, comme le dit Collière (ibid.), aucun traitement ne peut se substituer au soin : on peut vivre sans traitement, on ne peut pas vivre sans soin. Les soins apparaissent bien avant les pathologies et sont véritablement intriqués aux actes de la vie quotidienne. Il s'agit de redonner du sens et sa vraie valeur au « care ». Le « care » recouvre les soins d'entretien et de maintien de la vie : ces soins sont de nature physique, comme l'alimentation, ou de nature psychologique, comme le besoin affectif. Les soins respectent ce qui les fonde, à savoir les habitudes de vie, les coutumes, les croyances de la personne. Le « care » intègre le souci de l'autre, particulièrement quand il est en situation de dépendance. Cette antériorité du soin influence la manière d'accompagner ; ainsi sont posées très nettement les limites du traitement aussi sophistiqué soit-il. L'abondance des traitements peut même masquer une carence en soin.

Hesbeen (1997, p. 9) établit une différence importante entre le soin et les soins. L'excellence de la pratique des soins, pour nécessaire qu'elle soit, n'indique en rien la pertinence du soin porté à la personne. Cela équivaut à constater que l'on peut soigner une personne sans en prendre soin, c'est à dire qu'on peut administrer des actes de soin de qualité sans se soucier véritablement et sincèrement de la personne à qui ces soins sont prodigués. La distinction entre les actes de soin et le soin réside dans une intention dirigée vers ce qui est bon pour la personne qui reçoit ce soin. L'intention trouve son origine dans la considération que l'on a pour la personne que l'on côtoie, avec la volonté de ne pas la réduire à ses seuls besoins ou aux seules relations fonctionnelles que l'on se doit d'entretenir avec elle.

Paradoxalement, plus la science médicale devient performante, comme aujourd'hui, et plus la nécessité de faire preuve de qualité accompagnante est impérieuse. Ramener le malade à sa seule maladie physique mène à une impasse : c'est oublier l'importance du message qu'apporte la maladie. « *Le geste et la parole demeurent le moteur des soins, c'est à dire ce qui mobilise la vie et lui vaut de s'affirmer. Le geste qui découvre, qui impulse, qui perçoit le rythme, qui apaise, qui met en mouvement (...) et la parole qui appelle à exister* » (Collière, 1996, p. 1). Il y aurait un lien entre accompagnement et soin ; l'accompagnement comme le soin relèvent de choix éthiques et anthropologiques. On peut traiter sans accompagner comme on peut soigner, au sens d'appliquer un traitement, sans prendre soin.

Soigner, c'est servir, prendre en compte les besoins physiologiques mais aussi les besoins intellectuels, psychologiques et spirituels des malades et de leur entourage. Une approche holistique de l'être humain dépasse la maîtrise des gestes techniques et le simple rapport aux dysfonctionnements à réparer. Selon le Dictionnaire général des sciences humaines, le holisme est une théorie qui considère l'organisme dans sa totalité, en tant que structure unique et irréductible à la somme de ses composantes : « *c'est l'intégration des aspects mentaux, physiques, émotionnels et spirituels de la personne, avec une importance particulière donnée à la perception de l'individu en tant que tout, en tant qu'être humain qui a besoin d'équilibrer et d'harmoniser ces différents aspects, à la fois intérieurement et dans sa relation avec l'environnement* » (Dortier, 2008). La place accordée à la personne malade est primordiale. La relation aidante peut être définie comme une relation sans contrainte, non directive, permettant à la personne aidée d'exprimer ses sentiments. Pour cela, il est nécessaire que le soignant fasse appel à des habiletés : l'écoute active, l'authenticité, la reformulation. Une attitude empathique permet cette proximité aidante. « *L'empathie est la relation utilisée par le soignant pour essayer de saisir, avec autant d'exactitude que possible, les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne, et à les comprendre comme si on était cette personne, sans perdre de vue la qualité du comme si* » (Rogers, 1968, p. 204-205). A une époque où l'individualisme est roi et où la puissance et le statut sont admis comme étant des forces qui motivent les relations humaines, la relation aidante en médecine imagine une voie opposée aux jeux de pouvoir : l'accompagnement. La psychologie humaniste qui l'a inspirée insiste sur la prise en compte globale de l'individu et

le respect de son autonomie. Ce courant s'est d'abord développé aux Etats-Unis à partir des années 1950, avec comme figure de proue Carl Rogers.

Dès son enfance, l'homme se construit en société : il évolue et s'exprime du fait de sa capacité d'être en relation. Basés sur cette réalité les soins infirmiers accompagnent la vie tout au long de son continuum jusqu'à la mort. Accompagner une personne relève d'une démarche soignante volontaire auprès d'elle sans pour autant compromettre son autonomie. La personne porte la responsabilité de ses choix et par conséquent de sa santé, ce qui en fait un caractère unique. Chaque relation est singulière, ce qui la rend imprévisible. Toute tentative d'exercer une influence ou un pouvoir est inconciliable avec le respect de la personne. Accompagner, c'est assumer une relation au service de la personne, dans ses attentes, ses besoins, ses choix et ses droits. Ecouter exige la différenciation, c'est à dire la séparation de ses propres désirs avec ceux de l'autre. La loi du 4 mars 2002, « Droits des malades et qualité du système de santé », proclame le droit fondamental à la protection de la santé, qui doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles. Cette loi consacre deux principes étroitement liés l'un à l'autre : le consentement libre et éclairé du patient aux actes et traitements qui lui sont proposés, et son corollaire, le droit du patient d'être informé sur son état de santé. La souffrance engendrée par la maladie s'accompagne de modifications des rapports à soi-même et aux autres : elle suscite angoisse, incertitude, peur, perte d'estime de soi. La communication est parfois compromise, accentuant la sensation de vulnérabilité, de solitude. C'est la raison pour laquelle la relation d'accompagnement doit être envisagée en tenant compte de la singularité de chaque situation, de manière adaptée, cohérente. L'accompagnement est une démarche dynamique et participative qui justifie des qualités d'écoute chez l'accompagnateur. Les situations de vulnérabilité exigent de prévenir tout risque d'irrespect, d'arbitraire ou de dérogation aux bonnes pratiques professionnelles.

La santé d'une personne est sujette à une très grande vulnérabilité, notamment lors des périodes de transition. Une transition consiste en un changement de vie : les expériences de santé (un accident, une maladie chronique), les événements liés à l'âge (l'adolescence, le vieillissement), certaines situations (naissances, décès), les changements sociaux (la retraite, l'immigration). Les soins infirmiers interviennent parfois au moment de ces transitions en vue d'optimiser le sentiment de bien-être de l'individu, sa qualité de vie. La personne et le soignant s'engagent dans une relation de partenariat en s'attachant à des valeurs telles que

l'autonomie, la subjectivité, l'individualité. L'importance de cette relation souligne l'apprentissage d'un savoir-être chez le soignant. Accueillir la participation de l'autre exige de faire preuve d'écoute : ouverture d'esprit, tolérance, capacité de négocier, sens du compromis, appréciation de la diversité dans la différence. Le soutien du professionnel s'adresse aux individus mais aussi à leur famille, à leur communauté. Une attention particulière est à consacrer aux personnes dans l'incapacité de communiquer ou dépourvues d'un soutien de proximité du fait de leur isolement. Respecter la personne, c'est reconnaître que, malgré son extrême vulnérabilité, la personne malade reste souvent la plus à même d'envisager les décisions qui la concernent personnellement. C'est dans tous les cas maintenir un dialogue avec la personne en accordant du crédit à ce qu'elle exprime et souhaite partager ; c'est admettre aussi que sa volonté et ses attentes puissent varier dans leur intensité et dans le temps. La profondeur de la relation appellera l'autre à exister encore au plus fort de sa vulnérabilité.

« Soigner, c'est chercher à libérer : car c'est faire renaître et vivre l'espérance ; car c'est aider celui qui souffre à sortir de son isolement pour bâtir un projet ; car c'est par la parole, chercher à dissiper l'angoisse qui naît du silence ; car c'est refuser une relation infantilisante, bienveillante et paternaliste, en aidant l'autre à assumer ses propres choix d'adulte. Soigner, c'est encourager le malade à faire de sa maladie un moment de vérité et de connaissance de soi » (Keller et Pierret, 2000, p.137).

Soigner, c'est tendre vers un idéal : la santé, accomplissement ultime de l'être humain, en sollicitant sa capacité à changer la situation négative dans laquelle il se trouve. C'est ce qu'a voulu considérer l'Organisation Mondiale de la Santé (2016) en donnant cette définition : *« la santé est un état harmonieux de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*. Voilà pourquoi, en désaccord avec une médecine qui ne veut que guérir, certaines personnes vivent une existence harmonieuse tout en étant atteintes d'une maladie chronique, tel le diabète, des séquelles de cancer ou d'une maladie neurologique. Pour Canguilhem (1966), la santé est liée à la capacité d'adaptation et d'innovation du malade : guérir, c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes mais jamais identiques. Les soins infirmiers visent par un accompagnement de qualité, à renforcer les capacités des personnes à améliorer, à conserver, à retrouver la santé, à faire face aux problèmes et à atteindre une qualité de vie optimale,

quelque soit la maladie ou le handicap, et ce jusqu'à la mort : la relation est ainsi capitale en soins palliatifs, en cancérologie, face à des patients âgés, des patients sujets aux addictions, des patients handicapés, des patients psychiatriques.

Tous les soins sont-ils relationnels ? Derrière cette question un peu provocante se cache une réalité : la rencontre soignant-soigné est un soin exigeant.

« Sans doute, au gré du temps, les actes ont-ils pris plus d'importance que l'intention qui les anime, conduisant aujourd'hui à ce paroxysme qui se traduit dans de nombreuses structures de soins par une « frénésie du faire » où la finalité première de l'action semble celle de faire quelque chose et d'attester que cela a été fait plus que de réfléchir, d'interroger et la nécessité de ce faire et le sens qu'il prend pour les personnes qu'il concerne » (Hesbeen, 2012, p. 67).

Relevant de compétences, de savoirs, de pratiques, le soin d'accompagner sollicite les normes et les références, qu'elles soient techniques, psychologiques, juridiques, déontologiques, culturelles et philosophiques. Si le cadre législatif et déontologique est relativement clair, la réalité est plus complexe et ouvre souvent sur un débat. Un infirmier s'interroge : *« les soins relationnels existent-ils ? »* (Menaut, 2009, p. 78-83). L'auteur, qui travaille en psychiatrie, veut définir ce soin méconnu et défendre ce soin malmené : est-ce que tous les soins sont relationnels puisque l'infirmier est en relation avec le malade ? Faut-il être un expert pour proposer un soin relationnel ? Est-ce que la présence d'un infirmier ou d'un aide-soignant lors d'un geste suffit à en faire un soin ? Il est intéressant de se retourner vers un soignant de psychiatrie pour qui la relation avec le patient demeure primordiale. Le soin relationnel est complexe et il ne suffit pas de porter une blouse blanche pour l'exercer. *« Il n'y a pas de réflexion préalable sur notre action relationnelle : la relation est souvent informelle, spontanée, sans objectifs définis, sans démarche ou stratégie, mais avec des intentions faisant appel à des aptitudes de communication... plus qu'à des aptitudes relationnelles susceptibles de nous interroger sur la relation qui se déroule »* (ibid.). L'auteur nous rassure tout de suite : cela ne veut pas dire qu'entrer en relation entraîne de ne pas réfléchir. Bien au contraire, il s'agit de faire preuve de discernement pour ne pas *« céder aux sirènes du vite exécuté »* (ibid.). Ainsi, le soignant doit être capable de saisir le moment opportun où le malade désire être écouté ; mais cela est-il toujours compatible avec la charge de travail ?

Dans le prolongement de ce qui précède il est possible d'avancer trois affirmations. Tout d'abord, ce n'est pas la personne qui est soignante mais la qualité de la relation qui permet de mettre en place les conditions nécessaires au patient pour prendre soin de lui-même émotionnellement et intellectuellement. Est soignant en ce sens toute personne de l'entourage capable de jouer ce rôle. Lorsque mon père s'est retrouvé porteur d'une stomie ³, un voisin a su, à sa façon, l'accompagner. Cette personne venait tous les jours voir comment il allait et, éventuellement, l'aidait dans son soin de stomie. Cette situation m'amenait à prendre conscience de la lourdeur d'un handicap dont mon père parlait peu et ne se plaignait jamais. La simple présence, spontanée et bienveillante, de cette personne témoignait du soutien que chacun peut accorder à l'autre. Le travail du soignant professionnel consiste à créer ce climat propice. Deuxièmement, la relation aidante repose sur l'engagement d'une équipe à dépasser la seule relation technique pour rester à l'écoute. C'est en quelque sorte un « *supplément d'âme* », un don d'humanité qui vient enrichir la relation soignant-soigné (Robin, 2015, p. 319). Troisièmement, « *un soin relationnel fait appel à des compétences professionnelles et pas seulement à des aptitudes communicationnelles* » (Menaut, 2009, p. 78-83). Les simples aptitudes ne suffisent pas, il faut développer ses compétences : l'étude et l'expérience sont donc indispensables. La gentillesse, la bonne volonté doivent être mises au service d'une réflexion et d'un réel savoir professionnel en sciences humaines. C'est un volet souvent méconnu de la formation : le savoir existentiel : qu'est ce que je fais de ce que je suis de ce que je suis (Niewiadomski, 2012) ? Le temps de la relation, s'il manque souvent au soignant, n'est pas seul en cause.

L'accompagnement que le soignant sera amené à entreprendre avec telle ou telle personne sera nécessairement connoté par sa conception du soin et sa vision de la vie et de l'homme. Il s'agit bien d'un engagement individuel, avant même d'être collectif. Cet engagement est d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit de situations complexes engendrées par la maladie grave qui constituent des raisons de tension. C'est dire que l'accompagnement en tant que soin relationnel repose sur un choix éthique et anthropologique.

³ Une stomie digestive est l'abouchement d'un morceau d'intestin à la peau, permettant l'évacuation des selles qui se fait dans une poche de recueil.

2.3. Les 7 types de relations de soins.

Selon Formarier (2007, p. 36-40), on retrouve dans les écrits soignants différents types de relations de soins.

1. La relation de civilité. Cette relation comprend des obligations sociales pour le soignant : courtoisie, politesse, bonne présentation ;

2. La relation pendant le soin. Cette relation est la plus fréquente en milieu hospitalier. Support d'échanges entre le patient ou son entourage, elle est mise en œuvre par le soignant pendant les soins techniques ou de confort. Elle est essentiellement de type informatif. Centrée sur l'activité en cours, elle peut néanmoins aider les soignants à établir une relation avec les patients ;

3. La relation d'empathie. L'empathie dont il est question dans la relation de soins est de type cognitive. Il existe une empathie de type affective utilisée en thérapie. L'empathie ne se limite pas à l'expression verbale, mais elle porte également sur les comportements. *« Les résultats montrent que plus les infirmières font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux. Autrement dit, non seulement l'empathie favorise le traitement thérapeutique, mais elle facilite la relation thérapeutique (Jorland, 2006, p, 65) ;*

4. La relation d'aide psychologique. Il est question ici de la relation d'aide auprès de patients. Ce type de relation ne peut pas être exercé par l'aidant sans un apprentissage qui dépasse largement le cadre théorique et qui nécessite un profond travail sur ses affects. La relation d'aide est-elle une relation pratiquée par les infirmiers ? Oui, seulement si ces derniers reçoivent une formation complémentaire ;

5. La relation poursuivant une ambition relevant de la psychothérapie. Cette relation est plus particulièrement utilisée en psychiatrie, ce qui la situe pour une part hors de notre champ d'activité ;

6. La relation éducative. Elle consiste pour le soignant à communiquer des savoirs médicaux à un patient. Elle comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage, une approche cognitive - ce que la personne peut s'approprier - et une approche technique. La relation éducative ne relève pas seulement d'un transfert de savoir mais également d'un soutien et d'un accompagnement pour que le patient retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui ;

7. La relation de soutien social. Le soutien social est apporté par l'entourage, les professionnels de santé et les travailleurs sociaux. Le soutien social a comme finalité d'aider et de soutenir un patient, une famille, un ami, à mobiliser toutes leurs ressources.

Ces différentes relations montrent l'étendue du travail relationnel et les limites qui s'imposent au rôle infirmier. Cette réalité est-elle trop grande pour le soignant paramédical ? A-t-il les moyens, de par sa formation et avec le temps dont il dispose, pour remplir encore ce rôle qui a toujours constitué une dimension centrale du soin ? La sociologue F. Acker (2005, p. 48) constate qu'une partie de plus en plus importante des soins relationnels n'est plus assurée par les infirmiers des services qui pratiquent les soins techniques, mais par des infirmiers spécialisés, des psychologues, des bénévoles. Même si cette évolution est à rapporter au contexte spécifique de la recherche de cette sociologue, il n'en reste pas moins que cette tendance pourrait être contagieuse. Le cadre de travail infirmier à l'hôpital s'est modifié : une place de plus en plus grande accordée aux soins sur prescription, un secteur fortement administré et contrôlé par les réglementations. Ceci se traduit par une « industrialisation » du travail déterminé en fonction de critères médicaux et techniques. Dans le contexte actuel de pénurie d'effectifs soignants, de quête d'efficacité maximale, les soins relationnels se vivent de moins en moins au quotidien. Le challenge est de faire concorder travail technique et temps relationnel. Si cette possibilité n'est pas prise en compte, deux solutions se présentent au soignant : ne pas se montrer disponible pour écouter le patient ou adresser ce dernier à un psychologue ou à un bénévole. Ces derniers ont indéniablement leur place mais ils ne peuvent pas remplacer, par commodité, la relation aidante qui fait partie du rôle de tout paramédical. On peut poser comme hypothèse que le soin relationnel peut constituer « *une activité empêchée* » pour reprendre l'expression de Clot (2017) et qu'elle est source de souffrance au travail.

A quel moment peut-on parler d'un accompagnement réussi ? Le succès d'un accompagnement ne dépend pas d'une relation sans accroc mais d'une relation authentique qui aura permis au malade de cheminer à travers les étapes du deuil, quelque soit le stade de ce travail auquel le patient aura accédé. Ce succès repose sur l'engagement du professionnel mais aussi sur l'existence d'un collectif de travail qui permet de maintenir cet engagement. Le travail infirmier à l'hôpital est un travail d'équipe. Il est nécessaire de s'interroger sur les

conditions de l'existence de ce collectif et des conditions nécessaires pour le créer et le faire vivre.

« Du temps requis pour élaborer des apprentissages partagés, partageables. Du temps que réclame une progression professionnelle personnelle et collective. Il s'agit d'un temps pour dire les soins, s'interroger sur l'objet des soins, en situation, réarticuler ce projet avec l'environnement et les ressources organisationnelles et professionnelles, un temps pour constituer et revisiter la mémoire du service. Ce temps n'est pas un temps de confort, mais un temps indispensable qu'il est difficile de faire reconnaître par une institution, car ce temps ne se mesure pas, le retour sur investissement est différé » (Acker, 2008, p. 66).

Les contextes ne sont pas toujours propices au développement des collectifs de travail. « *Un management désincarné* » (Dujarier, 2015) impose ses règles, rendant de plus en plus difficile l'exercice du métier. C'est la raison pour laquelle il importe de conduire toute une réflexion sur le contexte organisationnel et humain de l'hôpital.

Rappel : la pratique réflexive permet d'approfondir « *la pensée infirmière* ». Le savoir infirmier est ainsi riche de conceptions et de théories diverses qui contribuent à l'émergence de connaissances sur le soin relationnel et qui sont susceptibles de transformer la pratique. L'accompagnement que le soignant sera amené à entreprendre avec telle ou telle personne sera nécessairement connoté par sa conception du soin et sa vision de la vie et de l'homme. Cet engagement est d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit de situations complexes engendrées par la maladie grave.

3 - Le contexte du soin.

Il existe des réalités très différentes : la rencontre avec un patient venu pour une « petite intervention », nécessitant une journée d'hospitalisation, ne présente pas, le plus souvent, le même contexte relationnel que le soin adressé à un patient hospitalisé depuis des semaines pour un cancer. Dans ce dernier cas, le soignant est en présence d'une histoire clinique caractérisée par des situations vécues par les patients comme des ruptures brutales et traumatisantes. A cause de leur singularité, certaines de ces histoires cliniques sont parfois exposées, commentées lors des réunions du groupe de réflexion en chirurgie viscérale. Nous allons en dire quelques mots et reprendrons ultérieurement ces matériaux, les comptes rendus de réunions, dans cet écrit.

3.1. Histoires cliniques.

La parole dans le groupe de réflexion en chirurgie viscérale a donné lieu à des écrits (2003-2008), que nous qualifierons de comptes rendus, au plus près des dires des participants. Voici quelques extraits de ces récits :

Récit n°1 :

« M.A. ne maîtrise plus la commande anale de son corps, sans raison pathologique selon les médecins. Il exprime explicitement par là qu'il veut « emmerder » les soignants pour reprendre ses propres mots. C'est une situation aiguë pour laquelle une soignante compare le patient à son propre fils de deux ans. Le patient dit son ras le bol d'être hospitalisé depuis plusieurs mois. Il rêve, au contraire, de faire un tour du monde en compagnie de son fils : il s'y projette en écrivant sur des destinations lointaines, en traçant des listes de courses pour le départ. C'est un homme divorcé dont l'ex-femme le présente comme ayant souvent un comportement provocateur. Il est diabétique mais ignore fréquemment son régime alimentaire. Ancien entrepreneur, il a dû fermer son entreprise après des poursuites judiciaires. Il s'agit d'un malade très particulier, imprévisible, qui cherche à échapper à toute forme de contrôle. Le psychiatre ne le considère pas atteint d'une maladie psychiatrique. Le malade effectue un travail de deuil, de sa vie sociale et familiale, extrêmement compliqué, dysfonctionnel, à respecter mais aussi à contrôler vu son comportement excessif.

L'accompagnement pose question, alternant fermeté et douceur, mise à distance des émotions et rapprochement soutenant. Les soignants se sont sentis mal à l'aise face à une relation soignant-soigné potentiellement conflictuelle durant toute l'hospitalisation ».

Récit n°2 :

« Une jeune fille anorexique est hospitalisée pour quelques jours dans le service. Nous nous sommes interrogés sur le sens de cette maladie qui « flirte » avec la mort et sur notre responsabilité. Les patients anorexiques sont rares dans nos unités. Connaissons-nous suffisamment cette pathologie pour accompagner cette personne le mieux possible ? ».

Récit n°3 :

« Une soignante témoigne des propos de Me. T. Cette femme, atteinte de myopathie, a demandé expressément à des soignants comment faire pour être aidée à mourir. Me T. avait peur de perdre la vue, après un épisode de cécité temporaire. Que dire pour que l'écoute ne soit pas banalisante ? ».

Récit n°4 :

« Melle B., 21 ans, subit une intervention mutilante en raison d'un cancer du péritoine. En l'espace de quelques jours la patiente va vivre plusieurs deuils à un âge où l'on entend mener une existence pleine, où l'on est confiant dans l'avenir, où rien ne semble devoir entamer l'éclat de la jeunesse. L'atteinte profonde à l'image corporelle, le rejet du monde des bien-portants, la perte d'autonomie, créent une grave blessure narcissique. La patiente exprime la difficulté d'accepter ce nouveau corps qui porte atteinte à sa féminité dans deux de ses aspects : la maternité et la vie affective. L'annonce du diagnostic s'est révélée particulièrement traumatisante ; Melle B. est seule, à ce moment-là, avec le chirurgien qui lui annonce l'existence d'un cancer, de son extension, des suites de ré-intervention et de chimiothérapie. Sa mère qui voulait être présente n'a pas été prévenue de cette rencontre. En même temps que la patiente, le soignant ressent avec inquiétude la tension insoluble entre les douleurs provoquées par les soins et son souci de bienfaisance. A divers degrés, les soignants et les soignantes ont été touchés par cette histoire : la jeunesse, l'atteinte à la féminité de Melle B. ont éveillé en eux et en elles un sentiment très fort de solidarité. « C'est quelqu'un de mon âge » pour les un(e)s, « ce pourrait être ma fille » pour les autres. L'identification peut constituer un piège pour le soignant qui risque ainsi de perdre son objectivité et la bonne distance thérapeutique ».

Récit n°5 :

« Avec le vieillissement de la population et les progrès de la médecine, nous rencontrons des fins de vie médicalisées jusqu'à l'extrémité de la vie. Deux personnes de 90 ans sont hospitalisées. L'une décède deux jours après son arrivée. Il est difficile pour les soignants d'accompagner un malade qu'ils connaissent à peine. Les enfants de cette personne ne voulaient pas être dérangés la nuit. Comment éviter une mort anonyme, dans la solitude d'une chambre d'hôpital ? L'autre personne est décédée à minuit. Le soir venu, ses proches sont partis. L'équipe de nuit, qui a pris soin d'un malade en état de coma, fait part de ses impressions : les soins ont été simples : mettre le malade en position demi-assise pour soulager sa gêne respiratoire, surveiller les signes de douleur, laisser une petite lumière, prendre la main du patient pour signaler notre attention. C'était un début de nuit fort occupé. Avons-nous été à la hauteur de notre mission d'accompagnement en réalisant ces gestes si simples ? Avons-nous préservé cet espace de dignité que nous voudrions pour toute personne ? Nous nous sentions démunis mais conscients de l'importance de notre manière d'être. Chaque fin de vie nous rend à la fois plus vulnérables face à la souffrance humaine et plus forts dans notre capacité à aider ».

Récit n°6 :

« Mme R., 94 ans, est hospitalisée à nouveau après une première intervention qui a nécessité une colostomie ⁴. Son état est précaire en raison d'un cancer à un stade évolué : elle mange très peu, se déplace avec beaucoup de difficulté, est incontinente, ne parle presque plus. La malade passe la plus grande partie de son temps au lit, sans activités, sans visites. Mme R. donne l'impression d'un refus de vivre. Pour explorer son inappétence le médecin décide de pratiquer une laryngoscopie au lit de la malade. Le soignant, qui assiste le médecin pendant ce geste traumatisant, s'interroge : pourquoi cet examen chez une personne en fin de vie ? Pourquoi lui imposer un tel examen alors que son visage exprime la douleur ? On comprend aisément, toutefois, que le médecin veuille savoir si un obstacle empêche la déglutition. Les bras de Mme R. n'en veulent plus d'être piqués pour une énième prise de sang : l'infirmière du soir décide d'attendre le lendemain, ce qui provoque le sourire de la malade. Que faire quand une personne âgée, en fin de vie, refuse de s'alimenter ? Faut-il respecter son désir ? Faut-il au contraire lui imposer toute une batterie d'examens ? Ce sont

⁴ colostomie : la stomie est placée au niveau du colon gauche le plus souvent.

autant de questions qui amènent un soignant à réfléchir sur le sens de ses actes. Les situations professionnelles sont souvent marquées par la complexité, l'incertitude, l'instabilité, le particularisme, les conflits de valeurs et les dilemmes éthiques ».

Ce dernier récit nous interpelle particulièrement pour deux raisons : la stomie et une situation que l'on peut qualifier d'extrême.

3.2. La stomie.

L'infirmier, qui travaille dans un service de chirurgie viscérale, soigne des patients stomisés à la suite d'une intervention. La stomie digestive est l'abouchement d'un morceau de l'intestin à la peau, permettant l'évacuation des selles qui se fait dans une poche de recueil. La stomie peut être provisoire ou définitive. La pose d'une stomie représente une intervention dont les conséquences sont lourdes physiquement et psychologiquement pour le patient. Le malade subit des répercussions dans sa vie sociale, professionnelle, familiale. Il doit aussi affronter une grande modification de son image corporelle à laquelle personne n'est préparé ; le patient a besoin d'appivoiser cet « anus artificiel », moteur d'un profond dégoût. La merde, comme toutes les excréments intimes de notre être, tombe sous le coup de la répugnance et chacun se doit d'éviter aux autres le spectacle honteux de cette part de lui-même. La philosophe Julia Peker (2010, 4ème de couverture) dit que *« s'intéresser au dégoût, c'est alors paradoxalement contribuer à agrandir les frontières de l'humain ».*

« Un homme qui retire son dentier pour l'immerger dans un verre d'eau, une femme ôtant sa perruque ou son œil de verre, une opération chirurgicale qui laisserait voir des organes portés au grand jour : en faisant effraction dans l'enveloppe corporelle, blessures et prothèses lèvent brusquement le voile sur une multiplicité organique profuse ou sur une défaillance de la norme commune. Si le dégoût surgit pour détourner le regard c'est parce qu'elles réveillent la douleur de voir la peau comme un frêle écran sur lequel se projettent nos illusions d'unité » (Peker, 2010, p. 65).

L'épanchement des excréments fait jaillir le spectre de la décomposition. Le dégoût a pour fonction de préserver cet équilibre fragile du corps en tenant en retrait cette vision de blessure incontrôlable. La stomie est l'extériorisation d'une partie du corps qui n'aurait jamais dû en sortir et apparaître aux yeux des autres. Une blessure est beaucoup plus supportable tant

qu'elle reste dans des limites localisables qu'on peut recouvrir d'un pansement, tandis qu'une plaie béante est la cicatrice douloureuse d'une effraction. La révélation de la stomie, prothèse improbable, fait apparaître une faille physique par l'intrusion d'une présence artificielle au cœur de la matière organique. Face à de telles interventions, la réorganisation de la vie psychique diffère selon les individus et dépend de leur histoire individuelle. Il est nécessaire de respecter ce temps d'adaptation qui suit le rythme du malade. Une histoire s'invente quotidiennement entre le soignant et le patient : c'est un temps complexe afin que le malade se réorganise et découvre un chemin pour s'orienter et la relation aidante n'est jamais établie, n'est jamais gagnée d'avance par le surgissement du mot « miracle ».

Récit n°7 :

« M. M., 47 ans, a été opéré pour un cancer du rectum. La stomie a constitué pour le malade un traumatisme créant pour les soignants une situation délicate à gérer, à la fois pesante et exaspérante. M. M. quitte brutalement le monde de ceux qui ont encore un avenir pour subir la menace des incertitudes, des bouleversements radicaux, des renoncements à ses projets, de la mort possible. Cela se traduit chez lui par une perte d'espoir manifestée par une angoisse profonde, permanente ; il pleure, gémit, se cache dans son lit à longueur de journée, appuie sans cesse sur la sonnette d'appel. La place de la souffrance est prépondérante chez ce malade, envahissant ses jours comme ses nuits ».

« La poche », c'est à dire le collecteur de selles, a suscité une angoisse incommensurable. La vue des replis de l'organisme creuse un vide sans fond où viennent s'engouffrer les craintes les plus irrépressibles. « Même si l'apparence d'unité que nous projetons sur nos corps n'est qu'une fine pellicule, cet écran n'est pas moins nécessaire à l'ordre des apparences, car c'est ainsi seulement que nous pouvons parler d'un corps et le reconnaître en dépit de toutes ses altérations » (Peker, 2010, p. 67).

3.2.1. « L'esprit du ventre ».

La chirurgie digestive cherche à pallier les dégâts de pathologies intestinales. L'imaginaire puise abondamment dans ce que peut représenter ces organes issus du système digestif (Riedel, 2007). Le mot « intestin » signifie en latin « intérieur ». Les intestins constituent l'espace qui se trouve à l'intérieur du corps humain. Son rôle est de digérer ce qui convient à l'organisme pour le nourrir et expulser ce qui n'est pas assimilé. Le travail des

intestins évoque les processus psychiques intérieurs. Ce que nous vivons entraîne des ressentis, plus ou moins conscients, que nous allons garder ou rejeter. Le rejet s'effectue par les excréments au sens latin : « ex » signifie la sortie, « cernere » veut dire trier. Comme pour les matières excrémentielles, il est impératif de faire le tri dans le monde psychique entre ce qui est à garder et ce qui est à expulser. Ce travail consiste à sortir dans le monde extérieur des contenus intérieurs jusque-là invisibles. Riedel (2007) parle de « *rêves d'excréments* » pour monter l'analogie qui existe entre la fabrication des excréments et celle des rêves : « *ces productions, venues de l'intérieur, recèlent l'esprit du ventre* ». Les désagréments que sont la diarrhée et la constipation témoignent de la variation de nos états intérieurs. Toucher aux intestins peut être assimilé à toucher à la vie intime. Mais il y a plus étonnant : la valeur symbolique rejoint les découvertes scientifiques récentes. On sait que ce que l'on ressent peut agir sur notre système digestif ; on découvre aujourd'hui que l'inverse est aussi vrai : notre ventre joue avec nos émotions. Notre ventre contient en effet deux cents millions de neurones qui veillent à notre digestion et échangent les informations avec notre tête (Neulist, 2016). Les chercheurs commencent à peine à décrypter cette conversation secrète. Ils se sont aperçus, par exemple, que notre cerveau entérique produisait 95% de la sérotonine, un neurotransmetteur qui participe à la gestion de nos émotions. Plus surprenant encore, les intestins abritent une colonie spectaculaire de cent mille milliards de bactéries dont l'activité influence notre personnalité, nos choix, nous rend timides ou, au contraire, téméraires. Les scientifiques ont ainsi découvert qu'il existe en chacun de nous un deuxième cerveau.

Sorti en 2014, l'ouvrage « *Le charme discret de l'intestin* » est devenu rapidement un bestseller. Enders, son auteure, entraîne le lecteur dans un périple au fil de l'intestin. Les intestins sont une partie de notre corps dont nous avons peu conscience. Ils évoquent le passage peu glorieux aux toilettes et c'est à peu près tout. Aujourd'hui, en tant que deuxième système nerveux de notre organisme après le cerveau, on le voit subitement d'un autre œil. Notre cerveau centralise toutes les informations puis les structure mais il faut bien que ces informations viennent de quelque part. L'intestin doit être considéré comme notre organe sensoriel le plus important. Il compte plus de cellules nerveuses que nos yeux, nos oreilles ou notre peau. Il produit une vingtaine d'hormones et il active deux tiers de notre système immunitaire. Si vous stimulez le nerf qui relie l'intestin au cerveau avec différentes fréquences, vous provoquez des réactions qui vont de la peur au bien-être. On dit souvent que

l'on ressent les choses avec ses tripes : cette expression prend une toute nouvelle dimension. La thématique de l'intestin a toujours été particulièrement taboue pour les malades mais aussi pour les soignants ; peut-être que dans l'avenir la valeur symbolique attribuée à cet organe passera d'un certain mépris à la « fascination » débutée par le succès du livre d'Enders !

Faut-il donc s'étonner de l'impact très fort de la stomie sur le comportement de M. M. (p. 47, récit n° 7) ? Le malade stomisé subit non seulement un bouleversement physique mais aussi émotionnel sans doute difficilement pensable pour le bien-portant. Un système protecteur est perturbé, quelqu'en soient les causes, imaginaire, hormonale ou psychique. Ajoutons que la stomie renvoie au stade de l'apprentissage de la propreté et est vécue comme une régression d'une grande violence : est-ce l'explication de l'attitude infantile de M. M. entre pleurs, gémissements, troubles du sommeil, refus de bouger et de se lever, position fœtale au lit ? Comment le malade parvient-il à se reconnaître dans cette image blessée appartenant à un univers étrange et inquiétant ?

Suite du récit n°7 (p.47) :

M. M. se sent exclu, incompris et parfois rejeté. Il exprime qu'il ne se sent pas assez fort pour affronter cette nouvelle réalité et craint que son comportement soit interprété comme de la comédie. Il parle de sa culpabilité à l'égard de son entourage : sa femme et ses trois enfants pour lesquels il n'est pas présent. La maladie brouille la communication au sein de cette famille très unie, à l'image des familles du sud de l'Europe puisque M. M. en est originaire. La famille s'épuise à se montrer très présente du matin au soir, voire la nuit à la demande de M. M. Les enfants n'acceptent pas le mal-être de leur père, pleurent dans la chambre, détournant leur regard de leur père.

Dans ce climat de tension émotionnelle, le questionnement des soignants est multiple au vu de la « souffrance totale » du malade telle que l'a développée Saunders (1994). La plainte du patient, liée à la douleur, est exacerbée par la peur, l'anxiété, la perte d'espoir. La prise en compte du contexte psychologique, social, familial fait partie intégrante de l'approche globale du soin. Saunders souligne cette approche multi-factorielle. On combat la douleur avec des antalgiques mais ceux-ci ne soignent pas la souffrance due à la perte du contrôle sur sa vie. Les soignants se trouvent confrontés au paradoxe de ces deux vérités, médicale et subjective, souvent opposées. Des mécanismes psychologiques si complexes

blesent bien souvent l'entourage et plongent soignants et familles dans l'incompréhension. Si la maladie crée du non-sens pour le patient, cela est aussi vrai pour le soignant.

3.2.2. « Cet obscur objet du dégoût ».

Comment les soignants font-ils pour lutter contre leur propre dégoût ? Pourquoi ne seraient-ils pas sujets, comme toute autre personne, à un détournement du regard, une mise à distance de l'objet répulsif ? Le dégoût échappe au contrôle volontaire et conscient, ses manifestations sont difficilement répressibles. Il est intéressant de s'interroger sur les espaces sociaux, tels les établissements de santé, où le dégoût fait l'objet d'« *entreprises de réduction* » : « *quels effets produisent l'odeur nauséabonde du staphylocoque ou la vue des vers grouillants sur une plaie jusqu'à l'os sur des professionnels de santé voués à soigner et à mettre à distance leurs affects ?* » (Memmi, Raveneau et Taïeb, 2011, p. 5-16). Le dégoût sera d'autant plus vivement ressenti qu'il se doit d'être occulté par les professionnels. Comment accompagner un patient en étant confronté à ce qui nous répugne ? Nous savons tous qu'il est impossible de ne pas être débordé, à un moment ou à un autre, par une émotion négative. Pourtant nos modèles ignorent le plus souvent cet affect en se montrant conformes à l'image du soignant maître de ses émotions suscitées par la répugnance de certains soins. D'ailleurs, en plus de 32 ans d'exercice soignant, je n'ai jamais entendu parler de ce qu'il faut considérer comme une part aveugle de notre profession. Si le dégoût est bien réel, le silence qui l'entoure laisse penser que son influence n'est pas primordiale dans l'exercice du soin. L'infirmier travaille tous les jours avec ses émotions et doit donc inventer solitairement et parfois collectivement des stratégies pour que sa pratique soit la moins perturbée possible par ses ressentis. C'est peut être la fonction remplie par un groupe dédié à la parole et étudié dans cette thèse.

Un souvenir personnel m'a toujours accompagné dans ma vie professionnelle. Après la découverte tardive d'un cancer du côlon, mon père, à l'âge de 49 ans, s'est retrouvé porteur d'une colostomie (stomie placée au niveau du côlon). J'étais à cette époque un jeune homme d'une vingtaine d'années, complètement dérouté par ce coup du sort. Ma rencontre avec des personnes très handicapées, dans des associations, lors de camps de vacances, aurait pu me préparer à ce deuil familial qu'est la maladie grave d'un parent. J'étais embarrassé devant cette situation parce que la maladie m'empêchait de voir le malade. Il m'était impossible de

discuter avec mon père : comment en parler ? Quel soutien lui apporter ? La présence de cette stomie me paralysait : pourquoi celle-ci ? N'est-elle pas un mauvais augure ? Nous étions en 1972 et je garde l'image de cette cicatrice dont il a été porteur pendant 6 mois avant de décéder. Le métier de soignant nous révèle des histoires dont la similitude avec les nôtres nous renvoie à notre propre souffrance. La mémoire des émotions est intemporelle : elle peut être réactivée à tout moment, à proximité de l'événement comme à distance.

3.3. Les situations extrêmes.

Qu'est-ce que l'extrême ? Les soins palliatifs ont particulièrement insisté sur la notion de « *situations extrêmes* », à l'initiative de la SFAP, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. « *Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle* » (SFAP, 2016). Nombre de situations extrêmes relèvent des soins palliatifs pour des personnes en fin de vie mais pas seulement : des situations dramatiques surviennent après tout événement aigu ou inattendu qui bouleverse un équilibre fragile ; nous venons d'en donner un exemple avec l'irruption d'une stomie rappelant ici l'existence d'un cancer à un stade évolué. La situation extrême a un caractère unique, en partie inédit pour les acteurs, qui ne leur permet pas de s'appuyer uniquement sur leur expérience (SFAP, 2007). Le caractère de cette situation relève d'une position subjective : elle est d'abord un vécu face à un accompagnement difficile. Les affects sont poussés à l'excès. Les soignants peuvent s'identifier au malade ou à la famille, aux proches et leur ambivalence augmente la complexité. Les enjeux ne sont pas nécessairement perçus de la même manière par le malade, chaque personne de son entourage et les différents soignants. Les tensions sont toujours fortes, manifestant des sentiments de solitude, d'impasse, d'enfermement. La situation est ressentie comme problématique du fait d'un enchevêtrement de questions médicale, psychologique, familiale, sociale, spirituelle pour lesquelles des réponses ne peuvent être univoques. Dans la situation extrême, le sens est menacé : sens entendu comme but à atteindre et comme signification, cette menace instaurant

un questionnement sur la condition humaine. Au fil du temps, la situation devient difficile à vivre pour le malade, la famille ou les soignants, pour des raisons propres à chacun.

Cette situation attend une réponse et, cependant, aucune décision ne peut être prise sereinement et aucune ne paraît bonne. En résumé, une situation extrême est une situation exceptionnelle. Cela ne signifie pas qu'elle soit forcément rare mais qu'elle tranche par sa singularité. C'est le cas de l'histoire de Mme R. (p. 45, récit n°6). La situation présente un conflit de valeurs et de devoirs incompatibles entre eux, tels que le devoir de soigner et celui de respecter la décision de la patiente. Il en résulte une situation d'incertitude due à des désaccords sur la conduite à tenir. Au fil des jours, la situation devient difficile à tolérer pour le malade et les soignants. L'absence de famille déclarée renforce le manque de repères pour prendre des décisions. Les soignants sont seuls pour décider, sans être unanimes sur les décisions à prendre. La décision d'explorer l'inappétence de Mme R. est une solution unilatérale et par défaut en l'absence de l'avis clair de la patiente. Que veut la patiente ? Pressent-elle qu'elle est au bout du voyage ? Une décision devrait être prise mais elle se situe toujours dans un dilemme : la valeur de la vie et le comportement de la patiente qui semble exprimer son désir de quitter la vie ; la nécessité de soigner et le souci de ne pas nuire. Certains facteurs ici présents sont propices à favoriser une situation qui pourrait devenir extrême :

- l'absence d'espoir de guérison pour la patiente ;
- une impression de fin sans accomplissement : les acteurs ne trouvent plus aucun sens, ni à ce qui est fait, ni à la vie ;
- une impression d'anomalie dans une société où la norme et l'obligation de maîtrise gouvernent le système de pensée ; ce qui sort de la norme ou échappe à la maîtrise apparaît comme extrême. La situation extrême nous envoie à nos limites et à notre impuissance. Le développement des soins palliatifs se heurte bien souvent à la toute-puissance des soins curatifs. La dimension curative vise à lutter contre la maladie, ses causes, ses conséquences et à supprimer ou limiter ses manifestations. La différence soin curatif/soin palliatif prend le pas sur leur complémentarité, notamment dans les services de chirurgie qui représentent un des triomphes de la médecine scientifique.

La situation de Mme R. se caractérise par sa complexité. Le danger serait de recourir à une obstination déraisonnable pour tenter de guérir la patiente ou au contraire, par un constat

d'échec des soins, d'abandonner ces derniers. Toutes les conditions sont réunies pour que d'une situation compliquée nous passions à une situation « extrême ». Nous savons que chaque soignant, formé pour guérir, doit renoncer, à un moment donné, à la toute-puissance sur la maladie. Un soignant en désaccord sur l'attitude thérapeutique à adopter vit un malaise. La décision de limiter ou d'interrompre les traitements est toujours un moment délicat pour l'équipe soignante. Des différences d'appréciation surgissent chez les membres de l'équipe et nécessitent la possibilité de les exprimer. On sait que, pour soigner le mieux possible, les soignants doivent comprendre les décisions thérapeutiques. Cette compréhension passe par un questionnement éthique : « *l'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées* » (ANESM⁵, 2010, p. 14).

Rappelons que le terme soins palliatifs est utilisé pour considérer une prise en charge globale où sont essentiels (SFAP, 2016) :

- une compétence médicale, aide-soignante, infirmière,
- un accompagnement,
- un soulagement de la douleur et des symptômes,
- une prise en compte de la personne malade et de son entourage,
- un questionnement,
- un travail pluridisciplinaire.

En dehors des soins palliatifs et de la fin de vie qui y est souvent associée, la gestion de la douleur représente une autre figure de situations extrêmes comme en témoigne ces deux récits suivants. Une douleur importante, tenace, récidivante, et en cela angoissante, rend difficile la coopération du malade au soin pour la poursuite de sa vie, la communication avec l'entourage familial et soignant. Sans oublier que les soignants subissent émotionnellement les effets négatifs de la douleur de leurs patients, quand celle-ci reste mal contrôlée.

Récit n° 8 :

M. F., sans famille, 66 ans, a été opéré d'un cancer du rectum. Trois opérations successives ne viennent pas à bout d'un délabrement de la paroi abdominale et de fistules

⁵ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

digestives ⁶. Associée aux antalgiques classiques, la pose d'un cathéter péridural améliorera considérablement ses douleurs, sans les calmer totalement. Aux douleurs abdominales s'ajoutaient celles dues à plusieurs escarres chez un patient amputé des deux jambes. En raison d'une hyperalgie lors des pansements, ces derniers seront pratiqués au bloc. Une odeur nauséabonde s'échappait des plaies. Agressif, recroquevillé sur lui-même quand il avait mal, M F. était transformé, allant jusqu'à chanter quand la douleur s'estompait. M F. est décédé au bloc après un mois et demi d'hospitalisation. La prise en charge de cette douleur par les médecins, aidés par les référents de l'Unité Mobile de Soins palliatifs, n'a donc pas permis un soulagement total et durable des épisodes douloureux. Pourtant, ce dernier a bénéficié d'un large éventail thérapeutique et d'une évaluation indispensable pour une prise en charge la plus efficace possible. Quand M F. est décédé, les soignants ont disposé de deux heures pour effectuer la toilette mortuaire et le nettoyage de la chambre, avant un nouvel arrivant. Des liens s'étaient tissés au jour le jour entre malade et soignants. Le soignant a besoin de prendre soin de lui pour se détacher complètement d'une relation interrompue, avant de continuer à accompagner. Qu'induit le refoulement des émotions?

Récit n° 9 :

M. L., 82 ans, est atteint d'un cancer du caecum, porteur d'une colostomie et d'une iléostomie ⁷, la paroi abdominale délabrée avec des zones de nécrose et d'infection. Cela nécessite des pansements longs (3/4 d'heure à 1 heure) et douloureux. Aucune amélioration n'apparaît. Le malade perd peu à peu espoir d'une possible guérison. Les douleurs physiques deviennent pour lui insupportables malgré le recours à l'Unité Mobile de soins palliatifs. Les pansements seront effectués au bloc, sous anesthésie générale. Progressivement, M. L. s'enferme dans son monde intérieur, parle peu, refuse les soins. Son état de santé décline. Après un ultime pansement, il décédera, accompagné par ses enfants. Durant les dernières heures, ces derniers exprimeront avec agressivité leur refus de voir leur père souffrir. Ils demanderont une analgésie plus efficace. A la morphine, s'ajoutera un traitement sédatif.

⁶ Les fistules digestives sont une communication anormale entre le système digestif et la surface cutanée donnant lieu à l'extériorisation du liquide digestif.

⁷ Iléostomie : une partie de l'intestin grêle, appelé iléon, est amenée à la surface de l'abdomen pour former une stomie.

Les interrogations des soignants sont multiples. Ces malades ont connu après leur intervention beaucoup de souffrance : douleurs physiques manifestes et rebelles, repli sur soi signant une grande souffrance existentielle. Beaucoup de douleurs peuvent être calmées mais certaines se révèlent rebelles. Une semaine avant son décès, M. L. (récit n° 9) veut qu'on le laisse tranquille, refuse les soins, l'alimentation, toute surveillance. Quatre jours plus tard, au moment de la toilette, il parle de conditions inhumaines et insupportables. Quelle stratégie thérapeutique, dans la mesure où elle a été prescrite avec raison et suivie avec rigueur, permet de soulager efficacement ? Le cathéter péridural ⁸ aura apporté temporairement à M. L. un confort certain. Comment agir sélectivement sur la douleur tout en respectant l'état de conscience des patients, notamment pendant la phase terminale ? Comment un soignant peut-il trouver la distance aidante avec le malade souffrant, sans être submergé par ses émotions négatives ? Comment aborder des situations de non-sens où la dignité du malade est questionnée par lui, par son entourage, par l'équipe de soins ? En acceptant l'opération, ces malades ne s'attendaient pas à une telle issue. En donnant leur accord, les malades pouvaient-ils imaginer s'engager dans cette voie ? Quand parle-t-on d'acharnement thérapeutique ? A partir de quel moment, pour quelles raisons, passe-t-on des soins curatifs aux soins palliatifs ? La veille ou quelques jours avant ou très en amont ? Les deux types de prise en charge ne sont-ils pas combinés et en évolution constante durant le processus de la maladie ? Dans ces aventures humaines, où une impasse thérapeutique se présente, surgissent des conflits décisionnels. Sans doute faut-il préserver des moments pour identifier les contradictions : cette étape peut permettre d'envisager des stratégies possibles qui respectent les valeurs de chacun. Elle permet de poser, à un moment donné, une réponse qui semble être la meilleure possible mais qui demain peut être ne sera plus adaptée et qu'il faudra donc réévaluer. Comment permettre aux soignants de rester motivés si ce n'est en les laissant s'exprimer sur leurs craintes, leurs doutes, leurs questions, leurs propositions et leur découragement ?

3.4. Le dialogue éthique.

La notion d'éthique ne peut être définie sans faire référence aux notions de morale, de droit, de déontologie. « *La morale se fonde sur une définition du bien et du mal et se traduit*

⁸ tuyau fin et souple délivrant des antalgiques en continu.

par des injonctions, des interdits, des prescriptions catégoriques » (ANESM⁹, 2010, p. 15).

Le droit est l'ensemble des règles régissant la vie en société. La déontologie est l'ensemble des règles d'exercice d'une profession. Voisine de la morale et de la déontologie, l'éthique, contrairement à celles-ci, ne donne pas de réponses absolues, mais met en question la façon dont les principes sont actualisés dans les situations rencontrées. L'éthique désigne le questionnement individuel et collectif sous l'angle des valeurs propres à chaque personne. Les valeurs correspondent alors à une vision personnelle de ce que serait une vie meilleure. La finalité de l'éthique est donc pratique.

Pour la philosophe Johanne Patenaude (1999), dialogue et éthique sont intimement liés : l'éthique est nécessaire au dialogue et le dialogue à l'éthique. Le modèle dialogique représente la partie pratique de la négociation qui cherche à aboutir à un accord librement consenti des acteurs impliqués, lorsqu'une décision finale doit être prise et appliquée en équipe, par exemple lors de situations extrêmes. La prise de décision comprend aussi bien la procédure qui conduit à la décision que la décision elle-même. Ce modèle me paraît fécond par son caractère pragmatique : rechercher, parmi les propositions un accord tout en tenant compte des différentes sensibilités qui peuvent s'exprimer de façon contradictoire. La décision n'intervient qu'au terme d'un processus collectif de délibération où, après avoir présenté la situation, il s'agit de clarifier les valeurs conflictuelles. La balance doit parfois finir par peser d'un côté ou de l'autre, et cela c'est le dialogue qui est en mesure de l'accomplir. Mais le modèle dialogique peut être aussi utile pour comprendre une situation problématique qui n'appelle pas de la résoudre mais d'avancer ensemble vers des perspectives nouvelles ; il permet aussi aux interlocuteurs de se sentir écoutés et respectés quelles que soient leurs divergences. Nous devons donc maintenant définir sur quelles règles de communication repose le dialogue éthique. Nous nous référerons à plusieurs auteurs : Buber, Habermas, Patenaude, Malherbe.

Le propre de la démarche éthique est de dépasser les réactions purement affectives pour entrer dans un processus commun de raisonnement et d'objectivation. L'inquiétude causée par l'incertitude est partagée. Les propos de Martin Buber sur la réciprocité furent mes premières références. Les paroles de l'auteur reflétaient une pensée nouvelle où la spiritualité

⁹ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

prend une large place. Buber (1969) fonde la relation sur une égalité des personnes qui s'adressent l'une à l'autre. Habituellement, notre relation à l'autre est inégale. Nous percevons l'autre à travers nos propres points de vue. Buber propose, pour sortir de cette réduction d'autrui, un acte radical de revirement, véritable conversion de l'être. Le « *je-tu* » désigne et induit une relation entre un sujet et un autre sujet. Toute vie véritable est rencontre et question de dialogue, de liberté, de respect. La relation devient création. Chacun éprouve la présence de l'autre au-delà de son personnage social et reçoit confirmation par l'autre de ce qu'il est ; il devient un sujet, un « *je* » s'éveillant grâce au « *tu* » qui lui parle et prends essor en disant « *tu* » à son tour. Le dialogue est événement toujours nouveau, expérience d'une rencontre entre le soignant et le soigné mais aussi entre tous les soignants.

Selon Habermas (1992, p. 17-34), le caractère multiculturel de notre société, qui marque profondément nos systèmes de valeurs, rend difficile la référence à des normes reconnues par tous lorsqu'il est nécessaire de prendre une décision qui engage de multiples acteurs. Cette difficulté apparaît notamment dans les domaines de la vie. Elle est toutefois particulièrement sensible dans le domaine de la santé et singulièrement lorsqu'il s'agit de prendre des décisions à l'égard de la mise en œuvre des techniques biomédicales. Face à cette difficulté bien réelle, il est apparu de fonder de telles décisions sur le consensus des personnes directement concernées. Cette problématique a été particulièrement débattue dans le courant de « *l'éthique de la discussion* » dont Habermas est l'un des représentants les plus connus. Habermas considère que toutes les morales se rejoignent pour tirer leur normativité de la communication rationnelle entre les êtres. Nous déterminons si une règle de conduite ou un comportement est moral par une discussion qui doit ressembler, autant que possible, à une situation de liberté de parole. Autrement dit, le philosophe présuppose que ce sont les structures universelles de la pratique sociale du langage, de la discussion argumentée en raison, qui servent d'appui à l'universalisation des intérêts singuliers de l'action. C'est pourquoi, l'éthique qu'il propose est une « *éthique de la discussion* ». A quoi s'engage concrètement un sujet qui participe à une discussion rationnelle ? L'auteur apporte différentes réponses :

- tous les participants à la discussion prennent part, libres et égaux, à une recherche coopérative de la vérité, dans laquelle seule peut valoir la force sans contrainte du meilleur argument ;

- tous les participants acceptent d'élucider sur le mode critique les intérêts qui les portent à agir de telle ou telle façon et de soumettre ceux-ci à la critique intersubjective. Habermas insiste sur la délibération prudentielle. La première forme de prudence cherche l'action la meilleure au milieu de l'incertitude. La deuxième forme de prudence est celle qui intervient lors de l'élaboration des règles procédurales du dialogue et de l'argumentation : ainsi accueillir la parole de l'autre et comprendre ce que cette autre personne énonce ;

- seules peuvent prétendre à la validité les normes acceptées par tous les participants à la discussion ;

- c'est la participation active à la discussion argumentée qui est la seule véritable pédagogie de l'éthique dans la société ; en effet, seule la procédure du discours prend en compte le respect de l'autonomie d'individus insubstituables.

On pourrait considérer que les procédures de la discussion rationnelle sont suffisantes pour résoudre tous les conflits de valeur que peut recéler la vie pratique. Cette prétention est tenue en échec par l'existence de situations comportant un conflit de valeurs impossible à surmonter à partir de la seule raison du discours. La réalité nous en offre de nombreuses illustrations en révélant le rôle des affects. Cependant, cette vision habermassienne constitue une indispensable garantie à l'égard de bien des procédures arbitraires. Mais cette théorie se cache par trop derrière le masque de la rationalité. Rendre raison, certes, mais sans refuser de voir que la transparence rationnelle intégrale n'est pas possible.

La philosophe Johanne Patenaude (1996) parle du « *dialogue comme compétence éthique* ». La formation morale prend souvent la forme de transmission de connaissances. Le but de la formation est alors d'apprendre les comportements défendus et ceux qui ne le sont pas. Cependant, qui peut dire quelle théorie morale est la bonne ? L'éducation morale relève de choix dont on ne peut faire l'économie des justifications. Un lien unit compétence éthique et communication. La compétence éthique vise, en conséquence, le développement des habiletés nécessaires à l'élaboration du discours, c'est à dire comme entreprise d'élaboration conjointe de sens. Patenaude réfléchit aux conditions de possibilité du dialogue. Le dialogue est le produit d'une interaction entre des personnes et prend en compte la coopération mise en œuvre : il fait intervenir des notions éthiques essentielles, telles l'égalité et la réciprocité. L'enjeu est radical : ou le dialogue n'est qu'une figure de style ou il parvient à produire du sens. Patenaude considère que le dialogue n'est pas d'abord une transmission de savoirs

théoriques mais apprentissage du jugement : il est raisonnable et non seulement rationnel. En vertu du caractère fondamentalement éthique du dialogue, celui-ci a une fonction d'éducation ; auquel cas, dialoguer permet en même temps de se doter de compétences morales. On ne le dira jamais assez : par lui-même, aussi bien dispensé soit-il, le savoir ne suffit pas au développement éthique de la personne.

Finalement, le dialogue est le lieu où s'incarnent trois valeurs essentielles : la solidarité, l'humilité et la liberté (Malherbe, 1997, p. 40-45). Par la solidarité, nous advenons à nous-mêmes les uns par les autres, chacun accueillant ce qui lui vient de l'autre. Cela renforce les relations entre les participants. L'humilité nous apprend à recevoir des autres et à créer des liens. La liberté nous rend capables de nous laisser remettre en cause par l'autre, en déplaçant nos certitudes. Mieux se comprendre, donc mieux communiquer, donc mieux se reconnaître les uns les autres, tel est l'enjeu. Les contraintes du dialogue exigent des interlocuteurs de s'écouter ou, à tout le moins, de s'entendre sur leur désaccord. Plusieurs obstacles potentiels empêchent cette démarche. Le tout premier se présente quand les interlocuteurs prennent leurs opinions pour un fait établi, une vérité. Un autre obstacle survient quand le processus de questionnement glisse de l'interrogation à l'interrogatoire. C'est le cas lorsque la question suppose déjà la réponse. Il est donc moins superficiel qu'il n'y paraît de reconnaître que toute forme de communication instituée, toute espèce de négociation, appellent un consentement préalable à l'écoute avant de s'engager.

Ces quatre auteurs nous éclairent sur l'éthique comme quête du sens commun dans l'action. Ainsi, il apparaît nécessaire d'aménager des espaces collectifs pour que des confrontations aient lieu au cours desquelles différentes propositions sont argumentées, discutées. De cette confrontation ne surgit pas obligatoirement une unanimité mais plutôt une diversité. Et cependant, chacun se range à la décision estimée la plus raisonnable, même si ce n'est pas la sienne. Expérience de vérité où chacun s'engage dans sa proposition, l'argumente avec passion et reste capable de se ranger à une autre si elle apparaît finalement plus raisonnable. C'est aussi cela l'éthique : tenter d'imaginer une solution créatrice sans se laisser enfermer dans une opposition apparaissant sans issue qui amènerait des décisions néfastes pour tous. Il faut continuer de s'interroger même lorsque la décision est prise. Les conditions d'un vrai dialogue sont par conséquent exigeantes : le soignant s'engage dans une recherche de sens qui demande toute son implication ; si le soignant doit reconnaître les valeurs

professionnelles de ses collègues, il ne pourra le faire que s'il est capable de les reconnaître chez lui-même. Ce regard sur soi implique une volonté d'évoluer dans la réflexion avant de prendre position ; car, comme nous l'avons dit, le métier de soignant expose à des questionnements éthiques au cœur des pratiques.

Résumons cette première partie. Par le rôle propre, l'infirmier a l'initiative de soins qui relèvent de sa compétence. La démarche infirmière est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes de la maladie. Les infirmiers ont une « carte à jouer » qui contribuerait à fortifier leur rôle propre mais le vécu professionnel quotidien confronte les soignants à de nombreuses situations susceptibles de tension. La pratique réflexive permet d'approfondir « *la pensée infirmière* ». L'accompagnement que le soignant sera amené à entreprendre avec telle ou telle personne sera nécessairement connoté par sa conception du soin et sa vision de la vie et de l'homme. Cet engagement est d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit de situations complexes engendrées par la maladie grave. La pose d'une stomie représente ainsi une intervention dont les conséquences sont lourdes physiquement et psychologiquement. Il existe aussi des situations extrêmes ressenties comme problématiques du fait d'un enchevêtrement de questions médicale, psychologique, familiale, sociale, spirituelle pour lesquelles des réponses ne peuvent être univoques : la fin de vie, les douleurs rebelles en sont des illustrations. Il apparaît alors nécessaire d'aménager des espaces collectifs où prévaut un dialogue éthique comme quête du sens commun dans l'action.

Partie II : un espace de réflexion sur la pratique par le dire.

« Comme la nature des savoirs change, l'heure étant à l'apprendre autrement, l'apprentissage informel devient central » (Muller, 2016, p.10).

4 - Un travail émotionnel, cognitif, individuel et collectif.

L'apprentissage professionnel confronte le soignant à un triple travail qui repose sur la compréhension de son action, seul et en équipe. Aujourd'hui, les sciences cognitives reconnaissent que les processus affectifs contribuent à l'adaptation de l'individu à son milieu et font donc partie intégrante de sa cognition.

4.1. Un travail émotionnel.

Selon Wittorski (2007, p. 151), la composante affective est l'un des moteurs de l'action. Toute activité est composée de tâches organisées de manière rationnelle et d'une activité relationnelle dominée par les affects et l'émotion. La composante affective regroupe trois éléments (ibid. p. 151) : le rapport à l'image affective de soi ; l'investissement affectif dans l'action, c'est à dire le fait de vivre l'action entre plaisir ou souffrance ; la motivation.

Force est de constater que l'insistance sur le souci de mettre en œuvre la réflexivité au cœur de la pratique infirmière privilégie la dimension cognitive, c'est à dire l'ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la connaissance : dans un service de chirurgie l'attention des infirmiers est absorbée par l'aspect technique.

« Il est vrai que les pratiques soignantes sont aujourd'hui très orientées vers des soins techniques, lesquels attirent parfois plus dans le métier que les soins éducatifs et relationnels. Le rôle infirmier sur prescription, en collaboration avec le médecin, semble alors prépondérant dans les journaux de bord ; le nombre d'apprentissages en lien avec cette dimension est en tout cas majoritaire » (Muller, 2016, p. 130).

Cependant, toute relation comporte une dimension émotionnelle qui participe totalement de la qualité des soins.

« Les émotions appartiennent à la palette des états affectifs (...) Pour Honoré (2005), l'émotion surgit lorsque nous sommes surpris par quelque chose d'inattendu ou dans l'incertitude de ce qui va advenir, comme une manifestation interne provoquée par les situations dans lesquelles il n'y a pas de réponses préalablement élaborées » (Paul, 2016, p. 176-177).

Il y a beaucoup de similitudes entre les émotions et les sentiments : les émotions sont des réactions spontanées (peur, colère, tristesse, dégoût, joie) à une situation tandis que les sentiments (mélanges d'émotions) représentent un état affectif plus durable qui évolue avec le temps. Mais émotions et sentiments sont liés : les sentiments font vivre toutes sortes d'émotions et vice-versa. Ainsi, le sentiment de culpabilité est fait de peur et de colère retournée contre soi (Filliozat, 2013). Lorsque nous parlerons d'émotions, par souci de simplification c'est donc à ce duo complexe que nous ferons appel. L'affect est un état de l'esprit influencé par les émotions, les sentiments, les sensations, les humeurs.

Selon Drulhe (2000, p. 17), l'activité émotionnelle est considérée comme un travail d'autant plus important pour les soignants que ces derniers sont confrontés à des situations à forte charge émotionnelle. Le soignant peut être déstabilisé par ses propres émotions face au malade, à l'agressivité que lui renvoient un patient, une famille, un collègue. Le soignant attend des patients les comportements qui lui paraissent acceptables et supportables. Rien n'est plus déroutant qu'un malade qui traverse les étapes du deuil en désordre et avec fracas ! Mais le soignant peut aussi ressentir de la joie après le rétablissement d'un malade. La gestion de l'émotion, autant négative que positive, est un élément de l'activité infirmière, elle est à réguler dans le cadre d'une relation soignant-soigné, soignant-soignant.

L'activité réalisée dans un service de chirurgie est tournée vers l'efficacité avant tout. La peur du soignant existe : peur de ne pas être assez compétent, de ne pas répondre aux attentes du malade. Cela veut dire que l'activité réalisée n'est pas toujours le réel de l'activité : elle n'est qu'une partie de ce qui aurait pu être. L'activité réalisée cache tout ce que le soignant n'a pas fait, ce qu'il voudrait faire ou aurait pu faire. La souffrance au travail tient autant au travail qui n'est pas fait qu'à ce qui est fait. L'une des caractéristiques des métiers adressés à autrui est de travailler un objet imprévisible. Pour Clot (2010, p. 39), c'est d'abord la « *qualité empêchée* » qui est la source du malaise lorsque l'acteur est plongé dans une insatisfaction grandissante sur la qualité de son travail. Les histoires cliniques dont nous témoignons montre que ce « *non réalisé* » (ibid.) est néanmoins toujours actif dans le psychisme de l'acteur. Des souvenirs vifs et douloureux peuvent resurgir des années après les événements. Ils sont une source de ressentiments, remords, regrets. L'activité est toujours reliée à la subjectivité des acteurs. Les sujets mettent beaucoup d'eux-mêmes dans ces situations plus ou moins empêchées. Il en résulte un conflit sous-jacent. Ce fardeau relève de

la culpabilité de ne pas avoir assez fait ou d'avoir mobilisé des pratiques en contradiction parfois avec ses propres valeurs ; il est possible que ces groupes dédiés à la parole soient l'occasion de déposer ce fardeau afin de ne pas être submergé par des mécanismes de défense. Toute situation d'impuissance, de malaise, d'incapacité de répondre à ses propres espérances ou à l'attente d'autrui, engendre chez le soignant des mécanismes psychiques qui, s'instituant à son insu, revêtent une fonction adaptative, protectrice, et le préservent d'une réalité vécue comme intolérable parce que trop douloureuse (Ruzniewski, 1995, p 15). Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, sont des phénomènes normaux avec pour but de réduire les tensions et l'angoisse. Citons parmi ces mécanismes, le mensonge, la banalisation, l'esquive, la rationalisation, la contre-identification. S'il est important de prendre en compte la position du malade, la position personnelle du soignant est aussi à questionner. C'est l'alchimie de cette rencontre qui fonde un dialogue mettant en présence deux personnes dans leur humanité, leur vulnérabilité.

Le malaise des soignants touche autant les paramédicaux que les médecins. Les infirmiers ont tendance à considérer que les chirurgiens ne peuvent pas connaître une baisse de régime. En effet, la plupart des médecins ont appris qu'il leur fallait prendre sur eux et ne pas demander d'aide. On retrouve ici « *l'idéologie sacrificielle du métier* » (Dejours, 2015). Ils redoutent d'être jugés négativement s'ils avouent qu'ils souffrent. Faire son métier doit s'entendre au sens fort. Il ne s'agit pas seulement de faire ce qui est à faire mais d'éprouver les limites du métier lui-même afin de pouvoir se reconnaître dans ce qu'on fait ; et ce, en développant le répertoire d'actions possibles, en repérant les sous-entendus des comportements. Dans cet investissement personnel qui se trouve parfois contrarié réside un potentiel de développement des soignants. Ce travail là est forcément personnel et singulier, propre à l'histoire de chacun, à sa culture, à ses représentations. Le collectif n'est pas un système d'appartenance ou un cocon : c'est d'abord la possibilité entre tous les professionnels d'échanger, de partager les accords et désaccords, de se soutenir. Il serait regrettable de craindre le partage de ces difficultés en équipe : la verbalisation des questions et des doutes, la reconnaissance des réussites, vont amorcer une réflexion sur les liens solidaires d'entraide. L'insuffisance de la communication en équipe interdisciplinaire est l'un des nœuds du problème constitué par un déficit de travail émotionnel. Les collectifs sont dotés d'une

dynamique potentielle en mesure de renouveler les règles qui constituent le cœur du métier. C'est tout du moins une hypothèse forte dans ce travail.

L'hôpital ne déroge pas aux règles sociétales de dissimulation et de maîtrise des affects : « *le travail émotionnel appartient à la face cachée du travail infirmier. Travail implicite, non reconnu donc non rétribué, il est pourtant indispensable au bon déroulement des soins* » (Mercadier, 2002, 4ème de couverture). Lorsque l'écoute et la mise à distance des émotions ne sont plus suffisantes pour amortir la déstabilisation provoquée par une situation, que se passe-t-il ? Dans le quotidien, la répétition de soins difficiles met à rude épreuve les ressources de l'agent de santé et risque de rompre l'équilibre psychique qui lui permet de continuer à soigner sans fuir. C'est ainsi, par exemple, que le regard de l'expert, paramédical ou médical, centré sur les compétences techniques, protège des affects que pourrait susciter le rapport à la personne malade et cette approche scientifique commande une attitude de neutralité émotionnelle. Malgré une évolution certaine, le soignant reste peu enclin à manifester ses émotions. Ce silence autour des émotions vécues par les soignants laisse croire qu'ils n'en ont pas. Comment les soignants déterminent-ils les critères d'un bon soignant ? L'image est souvent celle d'un soignant souriant, aimable, disponible, qui ne pleure pas ni ne se met en colère, maîtrisant toutes les situations, sans avoir peur, sans plaisir ni dégoût au contact du malade : le bon soignant est très proche de la neutralité émotionnelle et, paradoxalement, sans être totalement neutre, sous peine d'être accusé d'indifférence, de froideur. Le soignant retient ses émotions, afin de ne pas provoquer celles du malade ou, tout du moins, de les atténuer. Il le fait aussi pour lui-même dans le but de ne pas se laisser submerger par un comportement qui l'empêcherait d'agir et pour offrir le visage d'un professionnel digne d'appartenir au groupe.

Le travail émotionnel, tel que l'a conçu la sociologue Arlie Hochschild (1983) fait références aux efforts déployés par l'acteur pour afficher les émotions que lui dictent les normes culturelles et sociales plutôt que celles qu'il éprouve réellement, en étant de ce fait dans l'incapacité de les exprimer. L'infirmier rencontre une réelle difficulté à faire preuve d'authenticité émotionnelle s'il n'effectue pas une réflexion sur ses propres émotions. Les groupes dédiés à la parole que nous allons étudier sont peut-être l'occasion de mettre au travail ce registre émotionnel.

A travers ces matériaux recueillis, peut-être montrerons nous que l'élément déclencheur de l'apprentissage est le travailleur lui-même, comme a pu le montrer le courant de « *la clinique de l'activité* » (Clot, 2010). « *Si l'on épouse la thèse de la clinique de l'activité, analyser le travail, c'est donc prendre en compte les désirs, les affects, les réactions du travailleur confronté à son activité et en proie aux effets que celle-ci produit sur lui-même* » (Maubant, 2013, p. 85).

Aller à la rencontre de la personne soignée, c'est se tenir à juste distance pour être véritablement aidant. « *C'est une question d'ajustement permanent, lequel signe la capacité du professionnel à être très près du malade, sans l'être trop, à être suffisamment distant de lui, sans l'être trop également* » (Hesbeen, 1997, p. 104). Faute de repères, certains soignants renforcent leurs défenses. Si la joie, le plaisir, la satisfaction existent dans le face à face malade-soignant, ils peuvent être insuffisants à certains moments pour compenser un vécu émotionnel de dégoût, de honte, de colère, d'antipathie, de peur, de tristesse, d'humiliation, de gêne, d'impuissance, qui provoque la souffrance au travail.

La psychodynamique du travail étudie les rapports entre l'organisation du travail et la santé des acteurs. Cette approche développée en France par Dejours identifie le travail comme étant inéluctablement une source de souffrance pour le travailleur et analyse les stratégies mises en œuvre par celui-ci afin, en préservant sa santé, de continuer à travailler avec satisfaction. Mais parfois, les émotions peuvent se métamorphoser en violence. Nous appelons violence l'utilisation, par un individu, de la force, physique ou psychologique, à quelque degré que ce soit, dans le but de contraindre un autre individu. Il est probable que, enfermés dans une expérience émotionnelle douloureuse, certains soignants n'aient pas d'autres issues pour en sortir que l'indifférence due à la perte d'intérêt envers le travail ou l'agressivité engendrée par des conflits apparaissant insolubles. L'éthique professionnelle proscrie toute forme de violence ; elle existe malgré tout, elle est, certes, sporadique mais non exceptionnelle. On peut même parler d'une « violence ordinaire », d'une maltraitance qui s'insinue dans des situations banales : violence invisible ou admise socialement, dont le soignant n'est pas toujours conscient.

Nous distinguons violence des malades et violence des soignants. Le malade a besoin de faire confiance à l'équipe soignante ; quand le malade demande des informations sur les examens qui lui sont prescrits, il exprimera son insatisfaction si ces informations sont

défaillantes. Autre illustration : la vie quotidienne du malade est réglée par l'organisation hospitalière et faute d'être en accord ce dernier développe des stratégies d'adaptation personnelle qui dérangent le déroulement habituel des activités soignantes. Ce n'est pas généralement la violence du malade lui-même qui provoque chez le soignant un sentiment de malaise, même si elle existe, mais la situation de souffrance du malade : l'impuissance du soignant à lutter contre certaines douleurs en est une illustration.

L'origine de la violence des soignants est diverse : individuelle, institutionnelle, sur prescription, liée à l'organisation du travail.

La violence individuelle est le plus souvent imputable à un sentiment de grande solitude de la part d'un soignant. Des cas tristement célèbres rappellent combien le manque de soutien peut conduire à des excès. Christine Malèvre, infirmière, a été condamnée en 1998 pour euthanasie sur une trentaine de malades en phase terminale de maladies incurables. L'euthanasie est un acte d'une grande violence visant à supprimer la souffrance du soignant ; à l'inverse, la déshumanisation va jusqu'à nier la souffrance du malade pour la supporter. Il existe des violences plus banales consistant à diminuer la personne, à l'infantiliser, conduisant à ce qu'on a pu appeler la violence « ordinaire ». Ne rien expliquer à un malade ou ne pas lui expliquer en langage compréhensible signifie ne pas le reconnaître comme un sujet autonome, capable de décisions. Cela transforme une relation soignant-soigné en une relation de pouvoir et d'autorité qui vise à convaincre le malade qu'il n'est pas capable de comprendre ce qui lui arrive et que les soignants savent ce qui est bon pour lui. Tout soignant peut se retrouver, quand son souci de l'autre est mis en question, à même de pratiquer cette violence banale plus ou moins visible, plus ou moins acceptée par les règles d'un service. La vigilance du soignant vis à vis de ses attitudes lui permettra de continuer à être bien traitant.

La violence institutionnelle débute par la dépersonnalisation qui contribue à mettre une distance disproportionnée entre soignant et soigné. Le malade devient un numéro parmi d'autres : nommer un patient par son numéro de chambre, un symptôme ou un organe en fait un être anonyme. Toute résistance de la part des patients est appelée de la non observance, a une origine psychologique et se traite par la psychiatrisation. Les soignants peuvent donc recourir à toutes les formes de violence pour arriver à leurs fins, pour effectuer le travail requis. Prenons l'exemple de la toilette qui peut être effectuée « à la chaîne » et vécue comme une intrusion.

La violence sur prescription existe aussi ; ainsi, quand un patient refuse un traitement, le soignant peut être tenté d'avoir recours à la ruse ou à la force. L'acte empreint de violence réside dans le traitement quand celui-ci s'avère particulièrement pénible pour le patient. Sous l'autorité du médecin, le soignant ne peut se soustraire à l'exécution de la prescription. Il arrive alors que cela le mette en position inconfortable par une prescription pour laquelle il n'est pas d'accord car contraire à ses principes éthiques. Dans le cas de violences thérapeutiques, la violence est difficilement interrogée en tant que telle parce qu'elle est légitimée par la médecine. Cette légitimation conduit à accepter la violence et à la banaliser, protégeant les soignants d'une certaine culpabilité. Si exécuter une prescription entraîne un comportement violent, le soignant peut aussi requérir une autre prescription : un tranquillisant, notamment, pour un malade jugé dérangeant peut relever de la violence si ce traitement n'est pas absolument nécessaire.

L'organisation peut contraindre les soignants à exercer une certaine violence sur les malades en fermant les yeux. Lorsque le temps de repas prévu est trop court pour que les soignants fassent décentement manger des malades dépendants, l'organisation apporte sa caution à ce dysfonctionnement. Être contraint de mal faire son travail est une source majeure de souffrance. Afin de le supporter le soignant met en place des stratégies pour rendre acceptable ce qui ne devrait pas l'être : un retour de la violence, une maîtrise de soi qui peut cacher soit un sentiment d'impuissance soit, pour s'isoler de la souffrance de l'autre, une indifférence apparente, un « blindage ». Cette dernière réaction est à rapprocher du « burn out », syndrome défini comme une perte d'intérêt envers les patients et caractérisé par un épuisement professionnel.

La violence est un signe observable du processus de dé-professionnalisation caractérisé principalement par un mouvement de régression professionnelle. Cela témoigne d'un déficit problématique de sens et de valeur chez le professionnel. La violence est révélatrice d'un ressentiment accumulé, d'une gestion émotionnelle inaboutie. L'impossibilité d'effectuer son travail de soignant idéalement et la non reconnaissance de toute une partie du travail émotionnel, moins apparente, pourraient fournir une explication au moins partielle de ce phénomène de régression professionnelle. Tout soignant est potentiellement déviant au regard de son éthique professionnelle. Aucun soignant n'est, en effet, à l'abri de commettre cette forme de violence. Mais est-il facile d'en parler ? Il peut apparaître plus facile de

contrôler ses émotions en les refoulant. Cette attitude crée davantage de perturbations qu'elle n'apporte de solutions durables. Prendre en compte l'impact émotionnel du soin, c'est donner au soignant le moyen d'en évacuer les affects négatifs et de reconstituer un état émotionnel positif qui lui permette de soigner avec bienveillance.

« La bienveillance relève d'une culture partagée du respect de la personne et de son histoire, de sa dignité et de sa singularité (...) Pour le professionnel, il s'agit d'une manière d'être, de dire et d'agir, soucieuse de l'autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus (...) La recherche de bienveillance est une démarche continue d'adaptation à une situation donnée. Par essence, elle est sans fin. Elle implique une réflexion et une collaboration incessantes entre tous les acteurs d'un accompagnement, à la recherche de la meilleure réponse possible à un besoin identifié, à un moment donné » (ANESM¹⁰, 2012, p. 1).

La bienveillance retient l'héritage de Rogers (1991) en matière de communication (ANESM, 2008, p. 12) afin d'éviter de mettre l'autre en accusation. Quatre dimensions de la communication participent à une démarche bienveillante. La première consiste, pour le professionnel, à éviter les jugements de valeur ; la deuxième, dans la reconnaissance par le soignant de ses propres sentiments, ce qui permet au soigné de trouver plus facilement un espace pour exprimer également les siens ; la troisième, quand le soignant prend conscience de ses propres besoins et les exprime, ce qui facilite la compréhension des besoins de l'autre ; la quatrième, enfin, lorsque le professionnel de soin sait formuler une demande et indique à l'autre quels actes concrets peuvent contribuer à son bien-être. Ce sont donc la faculté d'empathie et la posture de négociation qui doivent être retenues chez le professionnel. La bienveillance résulte d'un apprivoisement des propres émotions du soignant : c'est un travail de développement personnel mais c'est aussi le fruit d'une réflexion collective qui vise à soutenir les professionnels dans leur démarche. La maltraitance est rarement le résultat d'une démarche solitaire, c'est le fruit du dysfonctionnement de toute une structure. De même la bienveillance ne peut se construire qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs afin qu'ils fassent part de leurs observations, réactions et interrogations suscitées par l'accompagnement des malades.

¹⁰ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

4.2. Un travail cognitif.

Les émotions sont une dimension importante du soin : la communication est au cœur de l'expérience émotionnelle, cette dernière participant aux prises de décision. Le propre du domaine relationnel, c'est d'être un processus meublé d'actions diverses et concomitantes ; si certaines sont étiquetées comme des émotions, d'autres relèvent du savoir et de la connaissance : ainsi communiquer des informations ou aider un patient confronté à un problème de sa nouvelle vie après la maladie. Des situations porteuses d'émotions s'enchâssent dans des situations rationnelles, qui nécessitent d'argumenter et de comprendre. La position de paramédical est de réfléchir à toutes les conditions nécessaires pour qu'un accompagnement soit effectif dans diverses situations. L'accompagnement est un cheminement beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît à première vue : cela suppose que tout soignant engage une réflexion qui dépasse la vision simpliste d'un accompagnement ramené à sa seule dimension de présence physique. Accompagner, c'est s'engager en affirmant des valeurs de solidarité capables d'être défendues (Fustier, 2000, p. 116). A partir de son expérience, le soignant se construit des savoirs pratiques, plus ou moins efficaces pour agir.

La composante cognitive demande de différencier certains termes : savoir/ connaissance, savoir théorique/savoir d'action, expérience (Wittorski, 2007, p. 149-150).

Le savoir est « *un énoncé communicable socialement validé* » (ibid, p.149). C'est un énoncé descriptif ou explicatif d'une réalité : savoir théorique, savoir d'action, savoir professionnel. Le savoir est dit théorique lorsqu'il est établi et reconnu selon un critère de vérité ; le savoir d'action est validé par les titulaires d'une même activité selon le critère de l'efficacité de l'action ; le savoir peut être dit professionnel lorsqu'une communauté professionnelle le valide selon le critère suivant : légitimité et meilleure reconnaissance, l'enjeu résidant dans la production d'une identité professionnelle. Les critères ne sont pas exclusifs : par exemple, certains savoirs théoriques remplissent un critère d'efficacité.

Une connaissance est un construit social désignant le processus d'intériorisation et d'intégration par l'individu de ses savoirs et/ou de ses connaissances et le résultat de ce processus. Ce résultat est un processus de compréhension et de mémorisation qui permet à l'individu de dégager de ses actions des conclusions qui vont constituer le patrimoine de son

expérience. L'expérience, au sens de l'expérience « sue », consiste à dégager des connaissances de ses actions. *« De la même façon qu'il existe un lien étroit entre compétence et identité, il y a un lien étroit entre connaissance, savoir et identité. En effet, les savoirs et les connaissances sont constitutifs d'une situation de communication sur et pour l'action, les êtres et constituent ainsi, en quelques sorte, « des marqueurs » et des faire-valoir identitaires »* (ibid. p. 150).

Nous mettons le doigt sur une première difficulté des savoirs d'action : mettre en mots un discours qui peut rester à l'état d'intuition ou d'imprécision, éventuellement relié à des savoirs théoriques. Agir n'est pas obligatoirement être capable de dire ce qu'on fait et pourquoi très précisément on le fait, à la recherche de quelle identité.

« La nature des savoirs infirmiers est plus proche d'un savoir d'action que d'un savoir théorique, parce que ces savoirs, donnant lieu à apprentissage, sont appris dans la pratique en soignant. L'approche de ces apprentissages est empirique, comme l'attitude à avoir envers les collègues, les patients, les familles. Les savoirs d'action sont donc des savoirs informels d'habiletés acquis dans et par l'action, des savoirs expérientiels à partir des situations de soins rencontrées, des savoirs cachés, incorporés, qui relèvent de l'habitus, de la culture » (Muller, 2016, p. 110).

Sur quelles connaissances acquises ou à acquérir les soignants peuvent-ils se reposer pour développer la compréhension des situations ? Bien des savoirs restent tacites : c'est ce que l'on nomme *« les savoirs cachés dans l'agir professionnel »* (1983) pour reprendre l'expression de Schön tirée du titre même de son célèbre ouvrage. L'action n'est pas réductible à sa part d'exécution. Les infirmiers et aides-soignants sont peu préparés à cette élaboration qui exige d'exposer ce qu'ils font, de tenter d'en comprendre les détours et de rechercher des connaissances en sciences humaines. D'une part, la pratique, particulièrement lorsqu'on touche à l'humain, relève souvent de l'incertain ; d'autre part la théorisation des savoirs peut faire peur aux soignants : ont-ils toutes les connaissances suffisantes en psychologie, en sociologie, en éthique ou autres pour comprendre les comportements ? Ne vaut-il pas mieux s'en remettre sagement aux spécialistes ? N'est-il pas plus raisonnable de conserver les savoir-faire habituels ? Appliqué au soin infirmier, le recours à l'abstraction relève parfois du défi pour une profession considérée à tort comme essentiellement pratique,

notamment à cause de la fonction technique en chirurgie. Comment dépasser les résistances que tout soignant peut éprouver ?

L'étymologie des termes « expliquer » et « comprendre » permet de préciser les contours de cette recherche (Lalande, 1972). Le verbe expliquer, du latin explicare, signifie déployer, débrouiller, en opposition au verbe plicare, plier. Expliquer privilégie donc la raison, la cause, en rendant clair, par des développements, ce qui paraît obscur. D'un autre côté, le verbe comprendre, du latin comprehendere c'est à dire prendre ensemble, s'attache à saisir globalement. Comprendre, c'est faire entrer dans un ensemble, rassembler, au contraire d'une décomposition analytique ; comprendre, ce peut être aussi appréhender d'emblée par une connaissance intuitive. On associe aussi l'explication à la recherche des causes et la compréhension à la recherche des raisons, des motifs et du sens. Nous n'allons pas nous retourner vers des vérités intangibles parce que nous ne les possédons pas : existent-elles d'ailleurs lorsqu'on évoque l'humain ? C'est donc beaucoup plus un effort de compréhension qui attend les soignants. La compréhension participe à identifier les limites de la conceptualisation, notamment parce qu'elle tient compte du sens donné par les acteurs à leurs actions dans une situation donnée. Cette réalité est complexe car elle tient compte du caractère subjectif de toute représentation. La démarche compréhensive s'intéresse à la signification de l'expérience vécue par les acteurs. La compréhension ne fournit pas une explication unique, elle supporte plusieurs interprétations ; elle ouvre la porte à plusieurs cadres théoriques pour exposer quels types de mécanismes sont à l'œuvre et rendent compte des comportements des acteurs.

« Cette forme d'anthropologie interprétative qu'est la démarche clinique est en définitive une science dont le progrès se traduit moins par la perfection du consensus que par le raffinement du débat. Ce qui progresse, ce n'est pas la vérité, mais la précision avec laquelle on se contrarie mutuellement » (Gaulejac de, Hanique et Roche, 2007, p. 111).

Cette démarche autorise des souplesses dans les réponses apportées. Les soignants sont tournés vers une recherche volontairement modeste, du sens multiple de l'accompagnement. L'explication, aussi rationnelle et précise soit-elle, ne convient pas exclusivement au domaine du soin qui relève de la complexité. *« Le principe de la pensée complexe est qu'un système vivant doit à la fois être abordé de façon globale sans ignorer les éléments qui le composent et surtout, sans négliger les multiples interactions qui se*

produisent constamment entre ces différents éléments » (Hesbeen, 1997, p. 32). Hesbeen précise combien l'approche scientifique réduit le champ de vision et la capacité à interpréter ce qui se passe dans la situation complexe de l'humain. La science explique le compliqué : ce dernier est maîtrisable et duplicable ; de ce fait, il fait appel à des connaissances sophistiquées ce qui le rend spectaculaire : Hesbeen prend comme exemple la construction d'un Boeing 747. Au contraire, chaque situation de soin rencontrée par le professionnel est singulière et les moyens qu'elle nécessite sont dès lors très différents. S'il existe toujours un besoin de réflexion, le soignant renonce à un savoir total : l'idée même de complexité comporte une part d'incertitude et apparaît comme une difficulté impossible à résoudre dans sa totalité. Se confrontant à l'indécidable, infirmiers et aides-soignants peuvent malgré tout agir en recourant à la responsabilité de chacun et à la discussion. Une interrogation éthique rappelle l'importance d'une pensée de la singularité et qu'il s'agit de poursuivre une quête du mieux faute de certitude. Le savoir se construit à coups d'approximations, voire d'erreurs. C'est de la pratique souvent imprévisible que part cette interrogation dont le but premier est d'enclencher un processus de problématisation.

4.3. Un travail en équipe.

Le travail en groupe est une nécessité. Les soins sont permanents et seul un groupe supplée aux inévitables absences des soignants pour assurer la continuité des soins. Ce roulement de personnel fait intervenir des soignants qui n'ont pas tous la même expérience, la même compétence. Les relations d'équipe existent dans le cadre d'un groupe composé de plusieurs compétences organisées de façon hiérarchique : chirurgien, assistant social, kinésithérapeute, psychologue, agent d'entretien, aide-soignant, infirmier. Qu'est-ce qui fait qu'un groupe devient une équipe ? Quel intérêt y-a-t-il à travailler en équipe pour le soignant ? Quels sont les ajustements nécessaires au bon fonctionnement d'une équipe ?

4.3.1. Vivre en équipe.

Mucchielli (1995, p. 104) donne du groupe cette définition : « *un agrégat de personnes n'est groupe que si des liens de face à face se nouent entre les personnes, mettant de l'unité dans leur « être là ensemble »*. Le groupe n'est donc pas simplement un agrégat car

il implique une relation sociale entre les individus. Le groupe est une réalité dans la mesure où il y a interaction entre les personnes et une participation de tous, même si cette participation groupale n'est pas consciente. On parle de groupe primaire quand ses membres entrent en relation de face à face. Les membres déterminent entre eux, notamment, des règles informelles. Ces normes sont puissantes et obligent chaque membre à s'y conformer au risque d'être exclu (Anzieu et Martin, 2007). Dans un groupe secondaire (Mucchielli, 1995), les relations sont moins proches et plutôt de type utilitaire. De plus, les individus peuvent travailler dans le but d'accomplir des objectifs personnels ; de ce fait, le temps alloué pour construire des relations et améliorer l'efficacité du groupe devient « secondaire ». Une équipe, dans un service de soins, répond aux caractéristiques des groupes primaires mais elle est autre chose qu'un groupe. C'est une variété originale qui possède une caractéristique supplémentaire qui peut échapper au groupe : celle de la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune. Plus un soin devient complexe, plus les acteurs ont besoin les uns des autres et de travailler en équipe.

Une équipe s'entend alors comme un groupe de personnes qui a le désir de communiquer, de se soutenir et de travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient, malgré les différences de compétences. Le fait de se retrouver entre pairs est un immense avantage de cohésion puisque tous parlent généralement à partir d'une conception du soin. Il y a, toutefois, autant de façon d'accompagner que d'accompagnants. « *L'art infirmier s'inscrit dans un projet de soins, projet signifiant tant pour les personnes soignées que pour les personnes soignantes. Seul un tel projet permet la complémentarité des acteurs, dont les différentes interventions ne se déclinent pas en tâches à effectuer mais bien en compétences particulières vis-à-vis d'une personne donnée* » (Hesbeen, 1997, p. 95). Contrairement à un groupe, une équipe rassemble des individus qui se réunissent pour atteindre ensemble un objectif clairement exprimé, que ces individus ont participé à définir. Les membres d'une équipe collaborent alors qu'un groupe peut s'installer dans un climat de compétition et de rivalité.

Certes, il ne s'agit pas de gommer les compétences individuelles au profit d'une culture professionnelle commune mais désincarnée. Le soignant construit, d'une façon qui lui est propre, son savoir dans l'action à laquelle il intègre les connaissances théoriques acquises en formation, initiale et continue, se constituant ainsi des savoirs sur l'action. Dans l'analyse

de la pratique, la pratique c'est la manière de faire singulière d'une personne. La distinction élaborée par Benner (1995) note le lent processus de maturation du soignant. L'auteure retrace les étapes possibles de la carrière d'infirmier en faisant intervenir cinq niveaux de compétence inducteurs d'une transformation de soi : novice, débutant, compétent, performant, expert. Ces niveaux témoignent chacun de l'acquisition croissante de connaissances, de ressources, d'attitudes, permettant une démarche relationnelle de plus en plus authentique et d'une compréhension de plus en plus fine des situations vécues. Dans une équipe, l'homogénéité n'est pas la règle, c'est la diversité des membres qui prime. Cette pluralité est un gage d'ouverture de l'équipe et de la richesse des échanges : les participants expriment leurs pensées comme des convictions et non comme une allégeance à la parole d'autrui. Si la compétence se décline le plus souvent à l'échelon individuel, l'acteur est en attente d'une reconnaissance et d'un soutien de son action par l'équipe et par l'institution.

Quelles sont les compétences que la culture d'équipe veut favoriser ? La compétence n'est pas acquise pour toujours, il faut la développer par une remise en question permanente. Chaque membre, quelque soit son niveau, détient une compétence dont le patient a besoin. Mais aucune compétence n'est suffisante quand elle est isolée. Dans une équipe, la mise en synergie de ces multiples compétences est l'occasion de discussions, de recherches pour le mieux-être du patient mais aussi de conflits possibles. Les échanges autoriseront la comparaison, la confrontation et l'évolution des idées. L'accord sur le sens de certains mots comme fusion, distance, limite, écoute, affectivité, émotion, permet un meilleur partage des normes et des valeurs. L'apprentissage du travail en coopération nécessite le respect du rôle et de la complémentarité de chacun : tolérance, non jugement, humour et disponibilité participent à cette ouverture d'esprit. Connaissance de soi et remise en question personnelle sont les garants d'un langage authentique. Une condition essentielle au bon fonctionnement de l'équipe passe par la définition claire des règles du groupe et le respect de ses règles.

De ces échanges, la compétence de chacun s'enrichit progressivement, à travers les réussites, les expériences diverses mais aussi les difficultés, les échecs. L'équipe est un moyen de ressourcement indispensable car personne ne peut prétendre travailler seul. La responsabilisation accordée à chacun favorise les initiatives. « *Etre autonome, c'est être par soi-même, par et avec autrui, responsable de soi et de l'autre dans un environnement peuplé de sujets autonomes, de sorte que l'activité des uns et des autres rende la cité socialement*

habitable pour les personnes » (Labelle, 2017, p. 36). Mais de l'équipe idéale à l'équipe réelle, il y a souvent un abîme. Les limites d'une équipe se révèlent dans la potentialité de certains risques, à la manière des dangers d'un groupe : absence de vision critique, domination par une minorité, tendance au conformisme, rivalité, dilution des responsabilités, surinvestissement affectif, mythe de l'équipe idéale. Une équipe dysfonctionnelle est une équipe dans laquelle la communication se limite aux nécessités de l'organisation du travail, où les soignants ne reconnaissent pas les compétences de leurs collègues, où la motivation des professionnels à entrer en dialogue est faible. C'est pourquoi des ajustements permanents sont nécessaires au bon fonctionnement de l'équipe. Vivre en équipe, c'est une façon d'être, de devenir, de grandir dans le respect de soi-même et des autres : c'est un chemin d'autonomie. Une équipe de soin peut devenir un lieu d'évolution personnelle et professionnelle, un lieu de partage de connaissances où chacun se met à l'école et au service des autres. Le management participe particulièrement à l'instauration d'un tel climat en faisant le choix d'un système participatif et non pas prescriptif. Élément indispensable à l'exercice de l'acte de soin, l'équipe peut être un lieu de bienveillance ou non, un lieu d'épanouissement ou d'épuisement, un lieu d'entraide ou de concurrence. L'équipe permet à chacun d'être soi-même tout en apportant sa contribution personnelle au groupe. Il en résulte créativité, efficacité et qualité de vie au travail. Cette description quelque peu idyllique ne peut faire l'impasse sur les jeux de pouvoir et de contre pouvoir qui menacent tout collectif, transactions souvent motivées par des enjeux inconscients.

Mais lorsque les conditions sont réunies pour faire émerger un travail d'équipe, alors les interactions des participants permettent de raconter une histoire, de cibler une question, de formuler des hypothèses, des contradictions, d'apporter des précisions, de lancer des pistes de recherche. Parler des savoirs d'action, notamment, c'est donc s'interroger ensemble : qu'est-ce qu'une action efficace ? Cette prise de recul bouleverse les évidences, les idées reçues, le « bon sens », les habitudes. Le questionnement est un chemin de tâtonnement, introduisant l'incertitude et de nouvelles possibilités. L'équipe est le lieu qui permettrait au travail émotionnel et cognitif de se réaliser : cela ne peut se faire sans une bonne entente au sein de l'équipe, sans une volonté de coopérer et de se soutenir, qui réunissent les soignants devant l'adversité. L'équipe n'est pas seulement un mode obligatoire de répartition des tâches, c'est également le lieu de vie au travail qui doit trouver sa pleine mesure en instaurant des moments

de communication entre soignants. C'est d'autant plus essentiel que le métier infirmier est fondé en grande partie sur l'oralité. Dans son étude sur les savoirs professionnels infirmiers, Muller (2016, p. 135) note que les sources d'apprentissage sont essentiellement orales (82% des personnes interrogées) et émanent surtout des collègues que sont les paramédicaux et les médecins. « *Le langage est un élément incontournable dans la relation soignant-soigné, ce qui renforce le caractère d'oralité des apprentissages* » (ibid. p. 136). La recherche du dialogue s'avère donc le chemin privilégié par les infirmiers et les aides-soignants pour développer leurs compétences.

Parler avec le patient est une activité première du métier de soignant. Parler entre soignants existe, certes, lors des transmissions. Avec la technicisation de l'hôpital ces moments sont devenus de plus en plus courts et ne concernent pas en même temps tous les soignants, deux ou quelques personnes tout au plus. Il existe bien sûr d'autres moments moins formels, les pauses. Ce sont ces premières étapes qui créent des liens et des soutiens professionnels indispensables pour faire exister une équipe. Une équipe ne saurait exister sans cette entente préalable qui rapproche des soignants tous concernés par les mêmes préoccupations. Il manque à ces discussions souvent précipitées entre deux ou trois personnes le temps de revenir sur un événement. De plus, aucun soignant ne connaît tous les détails d'une hospitalisation qui se prolonge : le travail de compréhension ne peut se mener qu'avec un maximum de soignants, chirurgiens et paramédicaux, pour bénéficier de regards croisés. Les situations quotidiennes présentent le risque d'être considérées comme allant de soi. Le sens commun est souvent trompeur en avançant des certitudes reçues sans jugement. La routine nous empêche bien souvent de distinguer ce qui relève de l'ordinaire et ce qui relève de l'extra-ordinaire. Ainsi l'activité est ramenée à des gestes répétitifs. La force du collectif ne décharge en rien chaque soignant de sa responsabilité personnelle : dans les métiers de l'humain, il faut reconnaître que chacun fait partie du problème.

Se rapprocher des autres est indispensable pour réaliser quelque chose qui n'est pas possible seulement par soi-même. Proposition est faite d'instaurer des espaces de parole : à quelles conditions ces espaces favorisent-ils véritablement la circulation de la parole ? La nécessité de travailler en équipe pluridisciplinaire constitue une idée forte de ma recherche. L'objectif de cette approche est d'affirmer que la pratique réflexive, en tant que démarche possédant une dimension éthique, est synonyme de rencontre et par conséquent de

délibération. Il n'y a pas d'éthique solitaire, ce qui impose de s'interroger sur la notion d'espace de parole.

4.3.2. Savoir converser.

On invoque souvent le dialogue sans trop le distinguer de la conversation, entendue dans son sens le plus banal, ou de la négociation. Loin d'un seul échange de paroles ou d'opinions, d'un simple outil de communication, le dialogue est un exercice éthique : il ne s'agit pas de « parler à » mais de « parler avec » quelqu'un. Pour cela, un certain nombre de conditions sont nécessaires car les faux dialogues sont fréquents : monologues, discussions techniques qui se bornent à la transmission d'informations ; tout en argumentant nos convictions et en les soumettant en partie à la discussion, nous cherchons à convaincre l'autre, car nous estimons connaître la solution. Prendre la parole n'est pas la confisquer, la parole n'est pas séductrice ni réductrice. S'il y a besoin de dialogue c'est parce que nous ne sommes pas spontanément des êtres de dialogue. L'effet dialogique n'est pas donné, il se construit par une recherche partagée. Sa difficulté vient du contexte car tout dialogue peut se mêler ou non parmi d'autres formes de relations : séductrices, stratégiques, hiérarchiques, violentes, à sens unique. La difficulté à dialoguer est le point de départ du dialogue. Le dialogue commence comme il peut, dans l'état présent d'individus qui ont tout d'abord le désir de converser.

« L'ouverture d'un champ de parole vise à délier des représentations, à dénouer des liens qui captent, à s'aventurer à la recherche d'un sens inédit. Mais, pour que survienne de l'inattendu, encore faut-il solliciter la parole à commettre des écarts de langage par rapport à ce qui semble convenu (...) c'est seulement quand elle est dégagée du souci de maintenir un fil univoque et de répondre à des attendus (réels ou présumés) que la parole s'aventure à dire ce qu'elle n'avait pas prévu de dire » (Paul, 2016, p.186).

Loin d'être inutile, la conversation est un point de départ qui instaure le loisir de parler. La conversation se présente comme une « *approche non directive* » qui se distingue par « *son caractère improvisé* » (ibid.). La discussion est un cas particulier de conversation portant sur un sujet précis. La première qualité de la conversation est d'être désintéressée, sans recherche immédiate d'efficacité, comme l'occasion se présente. Elle naît du plaisir de partager des idées avec le seul objectif d'un parler libre et ouvert. Une situation, un comportement, un livre, un film, un tableau, une musique, un article de journal : tout sujet est

prétexte à rentrer en conversation. Il est, en effet, important de parler à l'autre sans complexe, de façon spontanée en acceptant éventuellement de se montrer malhabile. C'est un saut dans l'inconnu : que puis-je dire ? Qu'est ce que l'autre va en penser ? Que va dire l'autre ? Une conversation est toujours un imprévu qu'on engage sans pression d'un résultat. Le point de départ de la conversation entre locuteur et interlocuteur naît dans la confiance en leur capacité de dire et de dire mutuellement. L'habitude de la conversation permet de ne plus craindre l'espace public. Celui qui s'exprime s'aperçoit qu'il brise les asymétries sociales, au nom de « *l'égalité première* » pour reprendre l'expression de Rancière (2012). L'égalité se joue dans l'écoute réciproque qui accompagne le respect mutuel : je t'écoute, tu m'écoutes, quels que soient nos divergences, notre statut, nos compétences, nos connaissances.

Benmakhlouf (2016, p. 41-42) parle de « *la conversation comme manière de vivre* » :

« *La conversation s'oppose au besoin de théoriser. Mais elle n'est pas pour autant une pure oisiveté ou une errance sans but. Au contraire, elle peut être de cette façon très subversive. Certains athéniens reprochent à Socrate de prendre comme exemple les artisans (...) Décrire les pratiques humaines, inviter dans le discours le cordonnier, le charpentier, le forgeron, les faire figurer dans la conversation, voilà le défi qui se tient au plus près des lèvres et de la vie de la cité* ».

La conversation adopte le parler de tous les jours, ce qui en fait la richesse : discours simple, sincère, qui parle de ce que les hommes font et comment ils le font. La conversation vise à transmettre ce qui est vu et entendu, non à juger ou à démontrer mais à exercer l'esprit. La conversation considère tous les thèmes à égalité ; ce qui compte, c'est « *la pertinence du propos, mêlée de bonté, de franchise, de gaieté et d'amitié* » (ibid., p. 25). C'est tout l'intérêt des moments de rencontre entre soignants durant leur activité : pause-café, transmission, discussion de couloir ; moments aujourd'hui si décriés car constituant une perte de temps et un bavardage improductif au nom du « *Lean management* ¹¹ ». Certes, la conversation comporte des risques : incohérence, dispersion, manque de clarté, fausseté empirique, généralisation immotivée, dispute inépuisable et stérile, injure, attitude solipsiste, ton sentencieux et enfin la sottise de ne pas souffrir un avis différent du nôtre. Il importe donc de bien comprendre, comme le souligne Benmakhlouf (ibid.), que converser avec soi-même est

¹¹ Les techniques du « *lean management* », mode d'amélioration continue de l'organisation du travail issue de l'industrie, sont loin de faire l'unanimité. Efficace pour réduire les coûts, il serait, pour certains, un danger pour les salariés.

tout sauf un acte privé. « *Pour franchir cette distance de moi-même à moi-même, je mobilise les autres* » (ibid., p. 108). Notre esprit est organisé comme une société et porte la trace de toutes les conversations que nous avons eues avec les autres. Pour répondre à ceux qui trouvent creux le marché de la conversation, il existe une conversation féconde, « *ce lien humain qui nous fait tenir les uns aux autres par la parole* » (ibid. 4ème de couverture).

Comme nous le verrons à travers les entretiens recueillis, la lecture est comme une conversation, « *comme si le premier pas vers la lecture solitaire avait besoin de garder le lien avec la conversation, mieux-même, de retrouver celle-ci dans celle-là* » (ibid., p. 133). Est-ce à dire que la lecture constitue une suite à la conversation et vice-versa ? Le manque de conversation dans nos services n'est-il pas une des explications au désintérêt pour la lecture ? La motivation des soignants à converser avec les livres ne se nourrit-elle pas de ces échanges constitutifs de la vie sociale ? Qui n'a pas eu le plaisir de la conversation fait à la fois de courtoisie et de curiosité ? Quoi de plus intéressant que de débiter ou prolonger un échange oral par la conversation avec l'auteur d'un livre ? Quoi de plus stimulant que de retrouver dans un ouvrage le ton de la conversation ? Certaines œuvres, écrites ou filmées, ont cette qualité de s'adresser à tous sous le signe de la rencontre ; de même la spontanéité de nombre de témoignages de malades possède ainsi la capacité d'accrocher notre attention et de mobiliser notre désir d'apprendre. C'est dire toute l'importance que ce que les divers médias sont à même d'apporter aux lecteurs et aux spectateurs curieux de converser.

La conversation devient une recherche partagée où l'échange n'est pas déterminé à l'avance, mais défini continuellement. On peut partir d'une idée très simple et on converse pour l'affiner par jeu. Ce peut être parfois le seul moyen d'aborder une question difficile à formuler : la conversation est une porte d'entrée accueillante où chaque idée peut se faire entendre. Point n'est besoin de démontrer sa science, ou alors faisons le d'une façon agréable. Rien n'empêche de mettre de l'esprit dans la conversation. « *Tout l'art réside dans la création des conditions de fluidité des échanges au cours desquels quelques étincelles créatives imprévues peuvent jaillir* » (Paul, 2016, p. 187). Le dialogue est une forme aboutie de conversation mais une conversation n'est pas toujours un chemin de dialogue. Ce sont seulement les relations de travail qui sont abordées dans une conversation professionnelle, ce qui crée une différence importante avec le dialogue. Converser, c'est éviter de tout dire, conformément à l'économie qu'exige la conversation alors que « *le dialogue fait sortir de soi*

pour aller vers la vraie pensée » (ibid., p. 22). Si la conversation se déroule à bâtons rompus, sans autre règle que de stimuler avec douceur l'attention, quelles sont les conditions afin qu'elle devienne un dialogue constructif pour chaque participant, c'est à dire rigoureux et éthique ? Nous devons nous pencher sur cette question.

Toutefois, lorsque la conversation n'existe pas préalablement entre des êtres, grande est la difficulté de dialoguer. La conversation rapproche et révèle les hommes : « *c'est ainsi que se testent la confiance en l'autre, sa capacité à mentir ou à s'inscrire dans le parler vrai* » (ibid., p. 36). Nous faisons facilement cette expérience de l'incapacité de dialoguer avec un collègue qui fuit toute conversation. Qui ne s'est pas trouvé embarrassé devant une conversation qui n'arrive pas à exister ? Peut, cependant, surgir, à partir de la conversation, un nouveau type de relation axé sur la collaboration : le dialogue.

Le dialogue exclut la recherche d'accaparement de l'initiative du sens par chacun en imposant son point de vue ; il ne s'agit pas de signifier sans tenir compte de l'apport de l'autre, de ce qu'il comprend. Dialogue et éthique sont intrinsèquement liés du moment où on reconnaît que l'éthique relève d'un partage de sens. Pour être effectif, le dialogue suppose comme conditions, de la part de chacun des interlocuteurs, la reconnaissance de la pensée de l'autre et son respect, l'acceptation de sa différence et de son équivalence. Respecter l'autre, c'est refuser un triple interdit : interdire à l'autre de parler ; manipuler l'autre en utilisant sa parole pour prendre pouvoir sur lui ; estimer que l'autre n'est pas digne d'une vraie parole.

Un espace de parole en équipe peut faciliter l'expression de cette parole : libre, encouragée, éloignée du jugement et des discours normatifs, la parole est engagée, responsable ; elle est reconnaissance des échecs et des réussites professionnels. Il s'agit de dépasser les opinions convenues, les préjugés, qui ne souffrent d'aucune remise en cause parce que le temps les a fixés comme des vérités intangibles. Dans un espace de parole entre soignants, chaque participant reconnaît que la plupart du temps les problématiques sont les mêmes pour tous : ce qui était ressenti comme de la peur, de la faiblesse et qui était immédiatement interprété comme la preuve d'une certaine fragilité, devient un vécu partagé par tous ; de ce fait, ce vécu devient tout d'un coup moins lourd à porter. Les personnes peuvent alors parler plus librement de leur vécu proprement dit. La parole tente de mettre en mots l'absurde, l'indicible, l'incompréhension, la douleur du patient et le mal-être de celui qui soigne.

Que change un groupe d'expression ? En faisant le geste volontaire de déposer sa parole, le soignant inscrit ses émotions dans un lieu d'écoute, de partage et de sens. Cette écoute est modeste et non miraculeuse ; elle ne donne pas de réponse à tous les problèmes, elle suscite la mise en mots ; elle ne propose pas des recettes, juste des repères pour prendre conscience de la pertinence ou non de certaines attitudes. Nous sommes là dans ce que Bion (1965) nomme la « *fonction contenant* » : ce qui apaise, c'est de se décharger d'une tension par la parole dans un espace où elle puisse être reçue et contenue. L'expérience douloureuse est contenue lorsqu'elle est comprise. Il est possible que l'écoute, faite d'attention, d'acceptation et de non jugement, offerte par d'autres soit une façon de résister à l'usure professionnelle et permette de continuer à éprouver du plaisir, du désir, dans la relation soignante. Dire l'expérience, les conflits de valeurs, les perturbations cognitives et affectives, rassure et aide le sujet à revenir sur les situations pour les dédramatiser, pour identifier sa part d'acteur et les limites qui s'imposent à toute action. C'est ensuite à chacun de se demander pourquoi il réagit de telle ou telle façon face à un malade, où cela le touche ; à chacun de choisir s'il veut retomber dans ses routines ou tenter de les modifier. En n'apportant pas de réponses toutes faites, la démarche participative demande un travail sur soi de la part des participants.

On retiendra que le processus dialogique poursuit une finalité : l'élaboration du sens que peut revêtir toute action ; c'est pourquoi le dialogue est intrinsèquement éthique. La démarche éthique n'est possible que s'il existe des conditions préalables à celle-ci, notamment un environnement où la relation existe ou au moins est possible entre les différents acteurs. Promouvoir le dialogue, c'est développer avant tout la faculté de jugement et susciter en chacun un être à la fois en quête du sens de son action et capable d'y apporter non pas toujours des solutions mais au moins des esquisses de réponses ; un être qui ne cesse de s'interroger sur la qualité de l'action humaine. « *Le travail de problématisation est donc une opportunité pour que le sujet redécouvre son pouvoir créateur : il peut déconstruire les significations qu'il a lui-même construites* » (Paul, 2016, p. 212). C'est probablement par ce travail d'élucidation que le premier objectif de cette démarche vise à la professionnalisation des acteurs.

Rappel : l'activité émotionnelle est considérée comme un travail d'autant plus important pour les soignants que ces derniers sont confrontés à des situations à forte charge émotionnelle. La souffrance au travail tient autant au travail qui n'est pas fait qu'à ce qui est fait. Le danger serait que ces émotions débordent sur le versant de la violence. Des situations porteuses d'émotions s'enchâssent dans des situations rationnelles, qui nécessitent d'argumenter et de comprendre. Ainsi naissent des savoirs d'action à expliciter. Enfin, le travail est affaire d'équipe : se rapprocher des autres, grâce à la conversation et au dialogue éthique, est indispensable pour réaliser quelque chose qui n'est pas seulement possible par soi-même.

5 - La pratique.

La pratique se présente comme un processus de transformation d'une réalité en une autre réalité, mentale ou matérielle, requérant l'activité d'un opérateur humain qui a la possibilité de se transformer par la même occasion. Cela appelle une compréhension des projets et des intentions de cet acteur. S'il y a plusieurs façons de définir la pratique, nous retiendrons cette définition (Altet, 2000, p. 32-33) : « *activité professionnelle située, orientée par des fins, des normes, celle d'un groupe professionnel, traduisant les savoirs, les procédés et compétences - en actes - d'une personne en situation réelle* ». A la fois discours sur une activité réalisée et pour organiser l'activité, la pratique est aussi une forme d'interprétation de l'agir humain. « *Appréhender la pratique, pour la décrire et l'analyser, pose la question du rapport entre conception et action. La pratique évoque l'idée d'application. Dans cette perspective, la pratique se pose en interface de la théorie* » (Maubant, 2013, p 74). La pratique est tout la fois les règles de l'action et sa mise en œuvre, avec une dimension sociale.

Comment saisir la pratique ? Concevoir l'agir professionnel demande qu'on le pense comme un rapport entre savoirs théoriques et savoirs pratiques, ce qui conduit à penser la pratique comme nécessairement articulée à un travail d'analyse (ibid. p. 74-75). Nous ferons appel à l'analyse de la pratique en tant que modalité de la pratique réflexive. Ce modèle présente un grand intérêt pour affronter la complexité de l'activité, en permettant au soignant d'acquérir des savoirs d'action. C'est ainsi, dirons-nous, qu'un apprenant devient acteur de son parcours de professionnalisation.

5.1. Les trois apprentissages.

Un solide savoir théorique qui éclaire l'action est indispensable mais insuffisant pour être pleinement acteur ; la pratique ne se réduit pas à une simple application de la théorie. L'activité soignante apporte avec elle beaucoup de contingence et donc de prise de responsabilité, de souci éthique qui réclament un savoir-faire et un savoir-être. Il existe de nombreuses situations où il faut établir un diagnostic avant d'agir ; un grand nombre de paramètres entre en compte qui nécessite alors l'acquisition de savoirs en action. Cela nécessite une part importante d'adaptation aux circonstances à chaque fois différentes : on

recourt à la compétence attribuée à l'agent pour que ce soit lui qui choisisse le bon mode opératoire. La compétence ne se réduit donc pas à une somme de savoirs. Le rôle de l'expérience est primordial. Les règles, les normes, les standards, si utiles soient-ils, guident seulement les professionnels dans leur exercice quotidien. La formation, l'une des sources de l'expérience, ne peut se limiter aux seules formations initiale et continue et se prolonge par l'évolution permanente des compétences du professionnel sur son terrain d'exercice. Le terme de formation contient en lui-même les germes de son insuffisance à décrire l'apprentissage : « *former, c'est former à, c'est à dire rendre conforme à un modèle ; ce n'est plus prendre forme, mais prendre la forme de ; l'uniforme n'est pas loin, dans le vêtement comme dans la pensée* » (Labelle, 2017, p. 38). C'est pourquoi, cet auteur préfère le mot d' « *éducation* » à celui de « *formation* » (ibid.).

« *S'éduquer soi-même, c'est l'acte, sans cesse répété et sans cesse inédit, par lequel la personne assure de manière autonome son développement, physique, affectif, intellectuel, social, moral... S'éduquer, comme se nourrir pour le petit enfant, c'est à la fois recourir partiellement à l'action d'un autre et ne s'en remettre qu'à soi pour grandir, se conduire et s'épanouir* » (ibid. p. 35).

La formation, au sens de l'éducation, ne produit pas toutes les compétences mais montre le chemin pour les acquérir. En ce sens, il est particulièrement pertinent d'établir une différence entre des formations professionnelles et des formations professionnalisantes. Une formation professionnelle émet des savoirs généraux, abstraits, décontextualisés, difficiles à transférer dans l'activité quotidienne ; au contraire, la formation professionnalisante cherche à développer des capacités d'éducation mobilisables en situation de travail. En exigeant une compétence d'ajustement permanent, l'exercice professionnel rend le travail plus riche en même temps que plus complexe. Le but que poursuit la formation professionnalisante durant toute la vie professionnelle est celui de contribuer au développement d'un soignant responsable, en devenir permanent, dont le profil est déterminé par des connaissances, par des habiletés, des savoir-faire, et par des qualités humaines, des savoir-être. L'accompagnement des patients se nourrit ainsi de l'expérience acquise tout au long de la vie professionnelle : le soignant construit sans cesse, par l'apprentissage, son savoir dans l'action. Ces savoirs d'action s'enrichissent avec le temps et la multiplicité des situations vécues. La professionnalisation est donc inhérente au travail infirmier : elle repose sur la motivation des

soignants à tirer, avec plus ou moins de conviction et de savoirs, des leçons d'éducation par l'expérience.

« Nous considérons que la notion de pratique professionnelle est au coeur du professionnalisme. Nous entendons par pratique professionnelle le déroulé de choix, de décisions et d'actions mis en œuvre par le professionnel pour faire face aux exigences d'une situation professionnelle à gérer. Celle-ci peut être complexe, évolutive et inédite. C'est donc une activité réelle en contexte et devant s'adapter à l'évolution de ce dernier. Chaque professionnel construit ses propres pratiques. Elles ne doivent pas être confondues avec les activités prescrites qui, elles, sont communes pour tous les professionnels qui doivent les effectuer » (Le Boterf, 2007, p. 42).

Le métier s'apprend par, dans et après l'action et non seulement par l'assimilation de cours théoriques ou par l'imitation de collègues chevronnés. Il existe trois grandes formes d'apprentissage (Rey, 2007, p. 171-190) : le plus simple est l'apprentissage « sur le tas » qui ne comporte aucun dispositif. Cet apprentissage, dont la conceptualisation est implicite, comporte ses limites, notamment d'éluder l'entrée progressive dans la complexité des situations ; apprendre seulement sur le tas peut, ainsi, conduire à ne pas dépasser les activités prescrites. Pourtant, dès qu'il y a activité, il y a apprentissage par lequel l'acteur commence à acquérir expérience et compétence. Il s'agit, cependant, d'un apprentissage informel, non intentionnel de la part de l'apprenant. La part de compréhension peut être extrêmement réduite au profit de l'exécution de l'action. Faut-il en conclure de suite que l'action ne nous apprend pas grand chose, ce qui autoriserait de facto la supériorité des savoirs scientifiques ? *« Il est utile de revoir certaines définitions trop évidentes et de considérer qu'il y a du savoir dans le faire, que l'action est une forme de connaissance, que l'expérience est aussi culturelle et organisée et que ce qui constitue l'action est formé et de concepts et de connaissances sur le monde »* (Perrenoud, Altet, Lessard et Paquay, 2008, p. 15). Par conséquent, cet apprentissage intuitif peut se révéler beaucoup plus sophistiqué qu'il n'y paraît : ainsi, la pratique d'un infirmier ou d'un aide-soignant aguerri peut relever de cette logique de l'action démontrant une intelligence du contexte venant de l'enregistrement de situations types qui permettent de faire un diagnostic plus rapide (Wittorski, 2007, p. 114).

Néanmoins, l'action devient encore plus enrichissante si elle dépasse ce premier stade. La deuxième forme d'apprentissage existe par tutorat auprès de soignants en place depuis un

certain nombre d'années : c'est un apprentissage par imitation dans lequel le tuteur peut donner des explications à son collègue sans se lancer obligatoirement dans une théorie de la pratique. Passage de témoin précieux dans des unités de chirurgie où, parfois, vous devenez un « ancien » au bout de deux années d'activité, tellement la rotation de personnel est importante. En situation de travail une grande partie de l'apprentissage s'effectue par cette transmission orale des savoirs.

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

C'est dire l'importance d'avoir affaire à un tuteur ayant une réelle expérience du terrain. Cette expérience s'appuie sur la capacité du tuteur à avoir entrepris lui-même une activité d'explicitation.

Enfin, soulignons l'apprentissage le plus complet qui cherche à articuler explicitement activité en situation et savoir à mobiliser ; c'est ce dernier qui institue une entrée dans la complexité. Faute de cette étape, le soignant privilégie les savoirs procéduraux et développe une pratique plus proche de celle du technicien. Au contraire, le but est de comprendre un peu du pourquoi et du comment, en prenant de la distance par rapport à la pratique. Les pratiques soignantes se déroulent dans des situations plus ou moins complexes, interactives et jamais entièrement répétitives. Dans le feu de l'action, il est difficile de prendre le recul nécessaire mais c'est souvent dans l'action que l'acteur amorce une réflexion sur l'action. Cet apprentissage réfléchi, après l'action, a pour objectif de prendre conscience des manières d'agir et de réagir propre à chaque soignant, afin d'être en capacité de les modifier. Les logiques qui guident l'action restent en partie opaques au soignant lui-même. Nombre de situations demeurent énigmatiques au moment où il les observe et seul un temps de réflexion amorce un temps de réflexivité qui permet peu à peu d'en révéler le sens. Selon Morisse et Lafortune (2014, p. 12-13), la réflexivité est liée à la réflexion : la réflexion est considérée comme le retour de la pensée sur elle-même en vue d'examiner et d'approfondir des actes spontanés. La leçon de réflexivité qu'entreprend le sujet serait de modifier sa connaissance, sa

pensée ou son action, en vertu de cette prise de conscience. C'est ce double retour sur soi-même, réflexion puis réflexivité, qui enclencherait un véritable développement professionnel et personnel. C'est tout du moins l'une des thèses que nous soutiendrons.

L'activité soignante comporte une grande partie d'inconnu : l'acteur compétent est celui qui choisit le bon mode opératoire ne se limitant pas à la seule rationalité à caractère essentiellement technique. L'exercice infirmier nécessite par conséquent un questionnement sur l'orientation et le sens de l'action. L'activité infirmière peut constituer, de ce fait, un important facteur d'apprentissage : ceci est particulièrement vrai lorsque l'infirmier veut jouer toute la gamme du rôle relationnel qui lui est dévolu pour aller à la rencontre de tous ceux qui l'entourent, le malade ainsi que l'entourage de ce dernier, l'équipe soignante, les membres de l'organisation. Les simples aptitudes ne suffisent pas, le développement des compétences par un exercice de réflexivité s'avère nécessaire tout au long d'une vie professionnelle. Cependant, nous avons dit qu'entrer en relation n'est pas obligatoirement être capable de dire ce qu'on fait. La nature tacite des savoirs infirmiers est assez souvent plus proche d'un savoir en action que d'un savoir théorique. Or, ce rôle plus ou moins tacite est fondamentalement multidimensionnel : il tient compte des composantes psychologique, sociale et culturelle pour une approche globale. Comment développer ces savoirs de l'action en action ? Comment articuler théorie et pratique sans tomber dans le piège d'une abstraction qui n'aurait plus rien à voir avec la réalité ?

Rendre explicite tout ce savoir ne va pas de soi ; tout d'abord, plus il y a d'informations à traiter, plus le temps fait défaut, plus il est inévitable de fonctionner sans penser, par routine ; le soignant, d'autre part, est exposé au danger de servir la technique plutôt que d'être servi par elle, en n'identifiant pas toujours les conflits de valeurs qui interviennent dans bon nombre de situations professionnelles. Les tâches se ressemblent ce qui peut laisser penser que les actions sont aussi relativement les mêmes. Moins on réfléchit et plus on a l'impression de voir toujours la même chose : des malades, des gestes. La méthode de la pratique réflexive entraîne l'acteur sur un chemin différent : c'est un travail par lequel le praticien instaure une distance critique avec l'action en se regardant agir.

« La Pratique Réflexive est un processus mental qui vise à apprendre à partir des expériences vécues, par un retour de la conscience sur elle-même, de manière régulière et volontaire, avec le but de prendre conscience de sa manière d'agir et de réagir, dans les

situations professionnelles ou formatives. Ce retour réflexif a pour finalité de réinvestir dans la pratique à venir les enseignements tirés de cette expérience et de construire ainsi les compétences professionnelles attendues » (Balas-Chanel, 2014, p. 31).

Le courant du praticien réflexif initié par les travaux de Schön (1983/1984) s'est imposé comme modèle dominant. Pour cet auteur, la pratique réflexive « *c'est tout le processus de réflexion en cours d'action et sur l'action qui se situe au cœur de l'art de « tirer ses épingles du jeu » dans des situations d'incertitude, d'instabilité, de singularité ou de conflit » (ibid., p.77).* Il existe donc deux voies de réflexion par rapport à l'action mais c'est la réflexion sur l'action qui permet le plus souvent une meilleure compréhension de l'action pouvant entraîner l'acquisition de savoirs. Le praticien réfléchit une situation et il réfléchit sur cette situation ; le praticien réflexif se regarde agir et questionne ce que lui suggère le reflet d'une pratique ou d'un agir. La réflexivité poursuit donc la réflexion et concerne le retour de la pensée sur elle-même. Le praticien réflexif cherche alors à identifier notamment les savoirs tacites ou cachés dans l'agir professionnel, ce qui permet d'établir des rapports entre savoirs académiques et pratique professionnelle.

Le sujet essaie de percevoir sa propre façon d'agir. Ainsi la réflexion sur sa pratique est une position métacognitive pour un apprenant qui, non content d'apprendre, cherche à comprendre comment il apprend en s'intéressant autant aux réussites qu'aux erreurs ou aux difficultés. La pratique réflexive s'attache à comprendre le contexte dans lequel s'est déroulée une activité mais aussi et surtout l'activité mentale de l'acteur. Ce modèle présente un grand intérêt pour affronter la complexité de l'activité dans son contexte. Le praticien réflexif questionne ses propres interprétations, recourt à des savoirs formalisés, devenant acteur de sa pratique. C'est en s'exerçant à la réflexivité que l'acteur devient compétent dans cet exercice. Selon Balas-Chanel (2014, p. 32),

« la posture réflexive est une posture mentale nécessaire à la Pratique Réflexive qui est loin d'être spontanée (...) Cette posture nécessite de « parler en je » (...) car chaque personne est seule à connaître son expérience singulière (...) C'est une posture qui requiert de la curiosité et de la bienveillance à l'égard de soi-même. Accepter de se regarder tel qu'on est et tel qu'on a agi ».

Nous allons désormais nous centrer sur l'expression de la réflexivité en groupe puisque c'est précisément ce dispositif mis en place avec des soignants d'un service de chirurgie que nous voulons étudier dans cette thèse.

5.2. L'analyse de la pratique.

L'analyse de la pratique est une modalité de pratique réflexive qui réunit des pairs exposant leurs pratiques à partir de situations concrètes et les analysant ensemble. A la différence de certaines analyses de la pratique qui se centreraient sur le point de vue exclusif du sujet, l'analyse de la situation se centre aussi sur la situation dans son déroulement. Cette dernière analyse est une réflexion à partir de faits observables dans la situation mais elle n'exclut pas la prise en compte de données subjectives. Selon Lamy (2014, p. 52-53), le narrateur de la situation

« décrit spontanément essentiellement le contexte de la situation, dit ce qu'il en pense, mais ne dit que très peu ce qu'il a fait, ou bien il le dit indirectement à travers ce qu'il pense de ce qu'il a fait (commentaires, jugements sur soi, action)... De même, toujours spontanément, il dit peu de choses de ses buts ou de ses référents, ni même de ce sur quoi il s'appuie pour agir ».

C'est justement parce que l'action s'effectue le plus souvent sans y penser que l'acteur n'en parle pas spontanément ou de façon trop implicite. Pour accéder au stade de la réflexivité, Lamy (ibid. p. 54) propose de *« passer progressivement de l'analyse de situations professionnelles à l'analyse de pratiques en situation professionnelle »*. Cette progression ne va pas de soi mais elle vise à enrichir la capacité à questionner la pratique et va mobiliser davantage le sujet. Pour ce faire, les participants vont questionner le narrateur d'une situation.

L'analyse de la pratique est une méthode permettant de comprendre les composantes des métiers de la relation comme c'est le cas dans les métiers de la santé. Or, cette méthode en plein développement n'atteint pas tous les lieux où elle mériterait d'être connue : on la repère encore difficilement comme une nouvelle conception de l'apprentissage entraînant de nouvelles compétences (Pineau, 2013) ; phénomène étonnant puisque la formation initiale infirmière s'en est emparée bien avant de l'inclure dans la dernière réforme des études en

2009 (arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'état d'infirmier) qui met l'analyse de la pratique au centre de l'orientation des études d'infirmier.

Il existe différents types d'analyse de la pratique ; celle dont nous voulons parler vise à construire collectivement des compétences professionnelles et consiste à apprendre à partir des expériences vécues. L'analyse permet aux soignants de prendre conscience de leurs manières d'agir et de réagir afin d'être en mesure de les transformer. Nous retiendrons la distinction faite par Altet (2000, p. 26) quand nous utiliserons l'expression « analyse de la pratique » dans le sens d' « *analyse de pratiques* », et non « *des pratiques* », « *suggérant plutôt un travail sur des pratiques effectives observées ou rapportées, toujours singulières et conceptualisées, la pratique particulière d'une personne, la formulation « analyse des pratiques » correspondant à des pratiques en général* ». Au cours de ce travail d'analyse, un formateur, expert des situations cliniques, occupe un rôle de médiateur. Le praticien est lui considéré comme l'expert de la situation qu'il a vécue et qu'il présente. L'idée est qu'il faut partir non pas des savoirs scientifiques et techniques mais des situations. Cette démarche est (ibid. p. 27-29) :

« 1- *groupale* : un membre du groupe d'une douzaine de personnes au maximum exprime son action vécue et avec l'aide de ses pairs tente de l'élucider pour lui donner du sens ; face à lui, le groupe de pairs pose des questions, exprime des points de vue pour rendre intelligible ce qui s'est produit dans l'action analysée : l'analyse de pratiques n'est ni une conversation, ni un simple échange ou une simple confrontation de points de vue, c'est un véritable questionnement collectif sur le sens de l'action ;

2- *accompagnée* : le formateur donne des cadres de lecture, fournit des repères théoriques ; il aide à dégager une compréhension de la situation ; il n'est pas là pour apporter des solutions ou des recettes mais pour faciliter la conscientisation de ce qui est dit ;

3- *instrumentée* : les savoirs théoriques formalisent la pratique, ouvrent des pistes de réflexion, aident à poser les problèmes, permettent la création de nouvelles représentations ; ces savoirs ont une dimension heuristique ;

4- *finalisée* : elle vise la construction de l'identité professionnelle, la professionnalisation ; c'est une démarche de formation menée par des membres d'un groupe de pairs, qui réfléchissent avec l'appui de professionnels, de formateurs ».

L'analyse de la pratique « *a pour particularité de transformer les pratiques en connaissances individuelles sur l'action (chacun apprend individuellement de ses pratiques car il les met en mots, parfois pour la première fois), en connaissances partagées sur l'action (les uns et les autres apprennent de l'écoute des autres) et à produire de nouveaux savoirs pour l'action... Il s'agit, dans le premier cas, de connaissances car elles conservent une validité individuelle et, dans le second, de savoirs car ils font l'objet d'une élaboration et d'une validation collectives* » (Wittorski, 2005, p. 42).

L'un des objectifs de l'analyse de la pratique est de partir des situations pour analyser les événements uniques qui les caractérisent, faire émerger l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, élucider les logiques personnelles et sociales des professionnels, aider au changement. L'analyse de la pratique est une « *analyse compréhensive* » (Altet, 2000, p. 3-4) qui comprend deux moments : une phase préalable d'observation qui questionne et objective une situation professionnelle et une seconde phase d'interprétation qui tente de comprendre le sens des actions menées et des prises de décision. Seul un temps de distanciation révèle peu à peu un sens au milieu de la complexité car il ne suffit pas d'avoir vécu une expérience pour la connaître de manière consciente. Ce travail d'élaboration collective permet de mettre en avant les enjeux psychiques mais aussi organisationnels, institutionnels, qui participent de la compréhension des situations.

L'expérience, et en particulier celle du soignant, n'est pas un processus automatique enclenché par le temps mais une volonté et une capacité à réfléchir qui se bonifie avec le temps. La réflexivité est en premier lieu synonyme de capacité à juger par soi-même. La parole commence avec l'expression de soi pour prendre conscience de soi. Mais cette parole a besoin d'être protégée et encouragée par le groupe : principe de confidentialité, non jugement, bienveillance assurent la libération de la parole. Chacun est amené à jouer un rôle actif dans l'analyse de sa propre pratique. Nul ne s'engage dans la voie de la réflexivité s'il n'espère pas devenir plus performant, plus cohérent, un meilleur professionnel. Pourquoi entrer dans un tel espace s'il n'existe pas de problèmes à résoudre et de situations à comprendre ? Chaque participant se sent mû par un sentiment d'insatisfaction qui demande à être éclairci et par l'espoir de dépasser cette impuissance. La place du sujet est essentielle dans la construction de l'apprentissage professionnel en analyse de la pratique.

Les soignants sont immergés dans des situations professionnelles et ils ont besoin de l'aide des autres participants pour expliciter leurs pratiques. Apprendre avec les autres et par les autres : cette dimension collective, interne, constituée par l'engagement des acteurs de terrain, est bien souvent ignorée au profit d'un recours à un apprentissage extérieur au cadre de travail. Le groupe est là pour affirmer que les soins sont, par définition, collectifs et qu'ils combattent l'isolement dû au manque de concertation. Une équipe construit une pratique partagée où chacun, à son rythme, développe sa capacité de compréhension. La mise à distance des situations devient alors propice à l'émergence de nouvelles interprétations individuelles et collectives.

C'est précisément, parce que cette voie répond à un besoin naturel de soignants de terrain de s'exprimer sur leur vécu, que des professionnels infirmiers et aides-soignants de chirurgie viscérale se sont engagés dans un espace de réflexion de ce type, par des chemins qui leur sont propres et pas toujours formalisés. Sans doute les tenants de l'analyse de la pratique au sens académique y verront-ils une certaine forme d'amateurisme et d'improvisation : comment faire, en effet, lorsqu'un formateur, possédant cette compétence spécifique, n'est pas présent ? Car, d'une part, n'est pas formateur qui veut, d'autre part, les conditions peuvent ne pas être réunies pour la venue d'un formateur : refus d'une autorité extérieure, manque de budget pour le rémunérer, incapacité de trouver la personne compétente, refus de personnes sollicitées, expérience malheureuse avec un formateur, période d'attente avant l'arrivée d'un formateur, ou tout autre raison. Si le rôle du formateur semble nécessaire en tant que garant des règles de fonctionnement et du respect de la parole de tous, qui peut se substituer symboliquement et pratiquement à cette place ? En l'absence de cette personne médiatrice faut-il s'abstenir de retirer les bénéfices de toute analyse de la pratique alors que des soignants sont demandeurs ? Certes, réfléchir à toutes les implications susceptibles de mener à bien une telle démarche est nécessaire. Mais les conditions optimales de réalisation ne sont pas systématiquement réunies, comme nous le montrerons dans la seconde partie qui présente une expérience spontanée de pratique réflexive.

La mise en œuvre de la pratique réflexive questionne : peut-elle prendre des directions moins formelles, voire non formelles, tout en s'inscrivant dans une réelle dynamique d'apprentissage ? Ne peut-on pas envisager des étapes permettant de construire en premier lieu les bases d'une réelle analyse de la pratique ? En commençant par exemple par parler

d'analyse d'une situation de la pratique ? Ce qui est certain c'est que la pratique réflexive, quels que soient les chemins qu'elle emprunte, interroge la notion de posture d'un professionnel : pour Perrenoud (2001b, p. 42-45), « *la posture réflexive passe par un aller et retour permanent entre la théorie et un réel* » mais va bien au-delà de simples moments éphémères où le praticien se questionne sur sa pratique. Il s'agit d'un choix de l'acteur, là où il se trouve, confronté à des réalités socioprofessionnelles qui lui sont plus ou moins favorables. Si l'analyse de la pratique pose comme principe que le sujet est lui-même son propre sujet d'étude, tout sujet peut commencer ce travail de construction de sens, en y étant aidé.

5.3. Les savoirs d'action.

L'accompagnement des patients, constitutif de la pratique soignante, se nourrit de l'expérience acquise tout au long de la vie professionnelle : le soignant construit sans cesse, par l'apprentissage, son savoir dans l'action à laquelle il intègre les connaissances théoriques acquises en formation initiale et continue, constituant ainsi ses propres savoirs d'action. Les savoirs d'action bénéficient de l'expérience du soignant au point de les appeler indifféremment savoirs d'action ou d'expérience.

« *Les savoirs d'expérience sont acquis à l'occasion d'une démarche mentale (...) au sujet d'une action de nature affective, relationnelle, technique ou organisationnelle. Ces savoirs laissent des traces et s'enrichissent avec le temps et la multiplicité des situations vécues* » (Phaneuf, 2011, p.1).

La pratique réflexive crée des liens entre savoirs et actions en interrogeant leur rapport. Le terme de savoir-faire signifie qu'il y a du savoir dans le faire. Ce que nous apprend l'analyse du travail, c'est que les critères de validité de l'action tendent à masquer la part conceptuelle de l'action. En agissant, nous visons avant tout l'efficacité pratique. Ainsi, les savoirs scientifiques appris ont-ils pour destin d'être oubliés et de subir une transformation pragmatique. Si l'action n'est pas réductible à son exécution, comment reconnaître, insérer ou développer du savoir dans le faire ?

En matière d'explicitation (Vermersch, 1994), le constat du résultat final est insuffisant pour rendre compte de la richesse du processus et pour saisir les actions

matérielles et mentales. Le travail d'explicitation se veut donc une occasion de prise de conscience, de recherche des éléments constitutifs de l'action de manière à comprendre de quoi est faite l'action soignante dans sa dimension humaine. Expliciter l'action est donc la verbalisation d'une partie non consciente pour en faire un objet de connaissance. Expliciter, c'est expliquer à partir du point de vue du sujet en considérant que cette pensée privée reste accessible au sujet qui en fait l'expérience. L'intérêt de l'explicitation est de permettre un retour réflexif du professionnel aussi bien sur son fonctionnement cognitif que sur son vécu. Ce sont ces savoirs enchâssés dans l'action que nous voulons identifier en repérant également en quoi leur explicitation participe à la professionnalisation des infirmiers et aides-soignants.

L'interprétation des faits peut en rester, cependant, à un premier niveau : la connaissance intuitive est seulement une réponse singulière au pourquoi des actes d'un individu alors que ce dernier ressent la pertinence d'agir comme il le fait. Cette conception est une première approche expérientielle qui se complète par un savoir théorique. Ces deux types de savoirs n'ont pas d'autre choix que la complémentarité. Les enseignements théoriques accordent une place importante aux sciences humaines et sociales de façon à acquérir plusieurs compétences : accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin, analyser la qualité des soins, évaluer une situation clinique. La formation initiale se révèle très vite insuffisante si l'on considère la complexité de la réalité du terrain. Il apparaît nécessaire d'activer des théories, des concepts, proches des préoccupations des soignants et susceptibles de leur montrer de nouveaux questionnements, d'autres stratégies. La connaissance liée à la pratique se veut une adaptation au réel qui se manifeste sous deux formes : une forme épistémique, abstraite, où règnent les concepts, dont le but est d'agir sur le réel pour le connaître, et une forme pragmatique, concrète, dont le but est d'agir sur le réel pour le transformer. C'est la pratique soignante qui va le plus souvent à la rencontre des concepts par une méthode inductive qui vise à rester au plus près de la pratique où le soignant s'efforce de dire les choses telles qu'il les rencontre. Un solide savoir théorique est indispensable si l'on veut approfondir le sens des soins infirmiers. La connaissance procède de l'action permettant de faire le pont entre l'implicite empirique et l'explicite conceptualisé. Faut-il y voir un peu rapidement la vieille opposition théorie/pratique ? Comment, au contraire, ces deux modes s'articulent-ils ?

Le courant cognitiviste (Bourgeois et Durand, 2012, p. 70-71) distingue deux formes principales de savoirs : les savoirs déclaratifs, souvent conscients, sont stockés dans la mémoire des individus et portent sur des contenus ; les savoirs procéduraux, moins accessibles à la conscience, sont stockés sous formes d'instructions, de règles ou d'ordres. Dans le travail, les savoirs mutent généralement du déclaratif vers le procédural. La procéduralisation nécessite une certaine quantité de pratique : obtenir des savoirs sur le travail puis, par et dans le travail, les transformer en savoirs pour agir. Ces savoirs opératoires sont laconiques, lacunaires et déformés car tournés vers l'action : ce sont des images simplifiées de la réalité. Les dimensions logiques, pragmatiques, organisationnelles des savoirs d'action sont difficiles à décrire faute d'être formalisées car le soignant fait le plus souvent appel à son intuition. En se pragmatissant, les savoirs d'action deviennent moins propices à des transferts : c'est ce qu'on observe dans des situations nouvelles.

L'analyse de la pratique est un espace d'auto-formation à partir de toutes les ressources que le praticien a à sa disposition : recherches et écrits personnels, films ou émissions télévisées, conférences, lectures. On peut parler d'une opération de construction de sens : la connaissance permet une fonction adaptative en réponse à des obstacles et c'est comme cela qu'elle devient opératoire. Si la théorie donne du sens aux situations, elle en acquiert en même temps grâce aux situations. Il est possible que le recours à un ouvrage qui se situe dans la sphère immédiate de l'activité soignante représente une aide efficace de compréhension en même temps qu'un aiguillon pour poser des questions, fournir des hypothèses avant même de fournir des réponses toutes faites.

L'idée n'est pas de vérifier une théorie mais d'y faire appel pour que la compréhension avance. La connaissance clinique est le fruit de la confrontation, à chaque fois renouvelée, entre connaissances modélisantes et connaissances pratiques acquises en situations réelles de soin. Ainsi naissent des grilles d'interprétation qui se substituent peu à peu, avec l'expérience, aux connaissances théoriques et alimentent l'expérience du soignant par l'acquisition de connaissances personnelles. Ainsi peut-on parler de « *concepts pragmatiques* » (Pastré, 1999, p. 42) : « *l'identification de la structure conceptuelle d'une situation professionnelle, c'est le processus par lequel un agent se rend maître d'une situation, c'est à dire parvient à organiser son activité de manière à orienter de façon efficace la situation par rapport à ses propres buts* ». L'action est organisée et, au cœur de cette organisation, les concepts jouent un rôle

essentiel. La nature et le niveau de conceptualisation sont en relation étroite avec ce que l'on appelle la compétence d'expert.

Une réflexion sur les soins infirmiers se réalise par une synthèse entre les situations et une rencontre avec des textes particulièrement éclairants. Le savoir infirmier favorise un regard sur les pratiques en permettant de les analyser, à condition de conserver un lien étroit entre théorie et pratique ; sans quoi, l'intérêt pour des savoirs académiques décontextualisés serait fortement réduit. Cependant, aucune théorie ne peut dicter la marche à suivre car le soignant rencontre des situations toujours beaucoup plus complexes et éloignées des règles générales enseignées. Comment insérer ou développer du savoir dans le faire ? S'agit-il d'un savoir abstrait éloigné des préoccupations de terrain ? Doit-on privilégier le savoir qui vient de l'expérience ? N'y-a-t-il pas un risque de méprise sur les relations à entretenir entre deux univers pourtant complémentaires ? La place de la théorie peut constituer un différend permanent en restant un objet de connaissances entièrement fermé sur lui-même. A quoi cela servirait-il d'acquérir un bagage théorique qui ne serait d'aucune utilité dans l'action ? Nous défendons la thèse suivante : il n'y a « rien de plus pratique qu'une bonne théorie » (Vinatier, 2011, p. 48-49).

La compréhension est conduite à l'aide de modèles conceptuels tirés de la psychologie, de la psychanalyse, de la sociologie, de la philosophie ou de tout autre modèle ayant pour fonction de restructurer la pensée initiale de la pratique, de la voir autrement. L'analyse de la pratique est une voie de compréhension, de formulation et de résolution de problèmes. La recherche de la connaissance demande de problématiser : problématiser, c'est poser un problème, de manière méthodique, en vue de le construire pour le comprendre. Réfléchir à partir des expériences vécues, c'est monter des hypothèses, relier des observations, mobiliser des connaissances, en vue de la compréhension d'un problème.

« Le questionnement n'est pas « un mal nécessaire : ce qui est « naturel », c'est de questionner, de chercher, de nourrir les efforts pour trouver, car rien n'est donné (...) Au fond, il n'existe de situation problématique que résultant d'un sujet qui la problématise. Ainsi, problématiser est « rendre problématique » au sens de « remettre en question » les affirmations (opinions, préjugés, convictions, certitudes, croyances), c'est à dire la part de subjectivité qui maintient une situation en état » (Paul, 2016, p. 205-206).

La mise en récit de situations cliniques est à même de rendre compte de tout cet effort d'explicitation des facteurs contextuels auxquels sont confrontés les soignants dans leur agir professionnel. Cette mise en mots pourrait favoriser le retour réflexif qui vise à réinvestir dans la pratique les enseignements tirés de cette réflexion. La pratique de terrain fournit pour un soignant un réservoir inépuisable de sujets de réflexion et d'écriture : la prise de décision, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'agressivité des patients et des familles, la dépression, la douleur, le travail en équipe, le deuil, en sont quelques illustrations. L'analyse de la pratique a une double fonction, concrète et théorique. Elle permet de découvrir et de formaliser les savoirs qui sont issus de la fréquentation du terrain. Prenons conscience de l'immense champ qui s'ouvre devant les soignants pour aborder tous les aspects insoupçonnés de l'accompagnement (Altet, 2000, p. 26-29).

L'apprenant cherche à tisser des liens entre des connaissances académiques et l'activité par un va et vient permanent. Ce passage nécessite des transitions plus ou moins complexes. Ces savoirs nouveaux peuvent être aussi sources de déstabilisation chez des soignants qui n'en verraient pas la pertinence. L'objectif de compréhension se réalise en inventant un large espace où cohabitent théorie, réflexion, intuition, expérience professionnelle. Les compétences professionnelles ne sont ni la juxtaposition ni la somme des savoirs pragmatiques et théoriques mais leur amalgame dans l'action. Certes, cela suppose des lectures diversifiées. Il y a une telle richesse dans la littérature professionnelle, philosophique, psychologique, anthropologique, historique, romanesque, à côté de textes apparentés aux sciences biomédicales. La lecture de contributions majeures renvoie parfois à des livres qui délivrent, précisément parce qu'ils ouvrent de nouveaux horizons de sens.

Rappel : l'apprentissage le plus complet cherche à articuler explicitement activité en situation et savoir à mobiliser. La méthode de la Pratique Réflexive entraîne l'acteur sur un chemin par lequel le praticien instaure une distance critique avec l'action en se regardant agir. L'analyse de la pratique est une modalité de Pratique réflexive qui réunit des pairs exposant leurs pratiques à partir de situations concrètes et les analysant ensemble : les savoirs théoriques formalisent la pratique, ouvrent des pistes de réflexion, aident à poser les problèmes, permettent la création de nouvelles représentations ; ces savoirs ont une dimension heuristique. C'est précisément, parce que cette voie répond à un besoin de soignants de terrain de s'exprimer sur leur vécu, que des professionnels infirmiers et aides-soignants se sont engagés dans un espace de réflexion de ce type, par des chemins qui leur sont propres et pas toujours formalisés.

6. La professionnalisation.

La réflexion et la circulation de la parole, à l'intérieur d'un travail d'analyse de la pratique, permettent de développer des savoirs sources de professionnalisation. L'expression de professionnalisation se trouve en concurrence avec d'autres termes : pourquoi ne pas parler de compétence, de performance, de capacité ? La professionnalisation est un processus qui permet de construire et de développer la compétence, la performance, la capacité, en situation réelle. C'est cette notion de développement par l'action qui nous paraît importante autant que le résultat lui-même, au travers de l'apprenance. La professionnalisation insiste sur la continuité d'un mouvement jamais terminé, toujours remis en question.

6.1. Quand est-ce qu'une parole devient professionnalisante ?

Selon Maubant et Piot (2011, p. 7-11), la professionnalisation des métiers adressés à autrui se traduit par une injonction de mettre en évidence les compétences requises pour conduire des activités professionnelles. Le terme de professionnalisation prend des sens différents. Lorsqu'il est utilisé au sens anglo-saxon, le processus de professionnalisation renvoie à une dynamique d'autonomisation, de reconnaissance sociale et statutaire par un groupe socio-professionnel donné. De leur côté, les organismes de formation professionnelle mettent en avant la formation comme moyen et levier de professionnalisation, de façon à rendre les acteurs plus employables. Une autre définition de la professionnalisation, note Wittorski (2007), est la recherche d'une meilleure efficacité au travail dans un monde du travail en mutation post-industrielle. Il s'agit, en effet, pour le professionnel de comprendre les caractéristiques d'une situation singulière et d'agir avec une certaine autonomie : c'est le cas des activités adressées à autrui où les prescriptions sont toujours en retrait par rapport à la complexité de l'activité. L'activité observable masque la partie cognitive de l'activité : percevoir des informations pertinentes, les organiser et les interpréter pour leur donner du sens, prendre des décisions et en évaluer les résultats. Ce sont à la fois les sujets individuels et les collectifs qui cherchent à développer leur « *pouvoir d'agir* » (Clot, 2008). Le vocable professionnalisation apparaît dans un contexte marqué par des valeurs d'autonomie, de responsabilité, d'adaptabilité en même temps que d'efficacité. Le processus de

professionnalisation conduit au rôle de professionnel, c'est à dire d'une personne qui est dotée de la professionnalité requise : « *exerce une profession, par rapport à un métier, un praticien qui a acquis par de longues études le statut et la capacité à réaliser en toute autonomie et en responsabilité des actes intellectuels non-routiniers dans la poursuite d'objectifs en situation complexe* » (Lemosse, 1989, p. 55-56).

Wittorski (2005, pp. 27-28) établit une distinction sur les effets recherchés et produits :

- la professionnalisation des activités, voire des métiers : création de règles d'exercice de ces activités, reconnaissance sociale de leur utilité, construction de programmes de formation à ces activités ;

- la professionnalisation des acteurs, au sens à la fois de la transmission de savoirs et de compétences, et de la construction d'une identité de professionnel ; la professionnalisation participe à la construction d'une identité professionnelle, non pas d'un individu qui agirait isolément, mais d'un individu appartenant à un groupe professionnel porteur d'une culture ;

- la professionnalisation des organisations.

Les enjeux des acteurs se trouvent parfois en tension avec les enjeux des organisations, avec la culture professionnelle dominante. La professionnalisation des acteurs rencontre inévitablement l'institution, la hiérarchie mise en place, le fonctionnement d'une équipe, c'est à dire l'environnement ; de ce fait, cela génère des résistances groupales et individuelles à tous les niveaux d'une organisation. Il ne saurait y avoir de professionnalisation par la seule volonté d'un individu. L'exercice du métier se réalise en référence aux conduites professionnelles jugées légitimes par le groupe professionnel en relation avec l'organisation. L'institution tient un discours à destination du sujet à propos des qualités attendues et considérées comme les compétences du bon professionnel. Le choix d'une approche institutionnelle techniciste et sous l'emprise du paradigme de la gestion (Gaulejac de, 2005) néglige alors les problèmes induits par la dimension clinique des situations de travail, lesquelles questionnent en retour le sujet sur son histoire, ses savoirs, ses valeurs. Cette situation est conditionnée par l'idée que se fait l'institution du type de professionnel qu'elle souhaite recruter, définition qui n'est pas toujours en concordance avec la représentation que se fait le professionnel de son métier. Si l'on veut promouvoir l'émergence de soignants destinés à être partenaires, il vaudra mieux choisir un

environnement ouvert aux initiatives : en expérimentant les débats pluridisciplinaires où l'on s'approprie la méthodologie, en mettant l'accent sur les situations exposées et critiquées par les participants, en découvrant que, devant la complexité de certaines histoires, chacun partage la même incertitude, en créant des modes de fonctionnement transposables aux situations professionnelles.

« La professionnalisation est donc un processus de négociation, par le jeu de groupes sociaux, en vue de faire reconnaître l'autonomie et la spécificité d'un ensemble d'activités et un processus de formation d'individus aux contenus d'une profession existante » (Wittorski, 2005, p. 28).

Il y a indéniablement adressé à l'institution une quête, plus ou moins consciente et donc affirmée, de valorisation et de reconnaissance du groupe professionnel par son activité : quête de reconnaissance par l'attribution d'une compétence. Il s'agit là d'un enjeu car l'emprise d'un *« management désincarné »* (Dujarier, 2015) sur la définition du métier tend à réduire le processus de professionnalisation.

La professionnalisation ne se décrète pas, elle se construit en suivant des voies complexes qui mettent en lumière *« l'importance de dispositifs langagiers à visée réflexive qui aident les futurs professionnels à s'inscrire dans une démarche de formalisation réflexive de leur expérience des situations professionnelles réelles, au contact des collectifs de travail »* (Maubant et Piot, 2011, p. 7-11). Cette perspective inscrit l'acteur, qui effectue une critique de sa propre connaissance et remet en question ses propres points de vue et ses comportements, dans une logique de développement professionnel et personnel. Nous avons dit que la résolution de problèmes ne peut se faire sur le modèle d'application d'une théorie à la pratique. Il n'y a pas de solution type. Il faut à chaque fois se laisser interpeler, réaliser une démarche spécifique, participer à une prise de décision originale, l'assumer et l'évaluer. *« La professionnalisation est une intention de transformation continue de compétences en rapport avec une intention de transformation continue d'activités »* (Barbier, 2011, p. 106).

Par l'analyse de la pratique, il s'agira de se demander quels sont les effets recherchés et quels sont les effets induits. Il n'existe pas un seul processus de professionnalisation. Suivant les objectifs, les intentions des participants, les enjeux, le contexte, les modalités de fonctionnement et les résultats, la professionnalisation prend des couleurs différentes : elle participe au développement de l'identité individuelle et/ou collective, à la description des

situations vécues, à la recherche de savoirs théoriques, à l'analyse de savoirs d'action, au transfert des savoirs dans la pratique. En fonction des options choisies, de leur mise en tension ou de leur inclusion, la professionnalisation s'oriente dans des voies diverses.

6.2. « L'apprenance ».

Comment envisager et développer la professionnalisation ? Deux principes directeurs dirigent le dispositif (Le Boterf, 2007, p. 96-97) :

- on ne peut pas professionnaliser les gens, seuls les individus sont à même de le faire s'ils le souhaitent et si on leur en donne les moyens. On ne peut pas obliger les gens à construire des compétences ;

- la professionnalisation ne se réduit pas à la formation. Elle se fait généralement en situation de travail.

Le déclenchement de la professionnalisation repose par conséquent sur la volonté des soignants s'exprimant sur leur vécu professionnel. Un apprenant devient acteur de son parcours de professionnalisation par la mobilisation des ressources à sa disposition et l'engagement qu'il met à la construction de ses connaissances. Cet engagement plus ou moins profond des professionnels bénéficie, à des degrés variables, de l'appui des instances institutionnelles qui leur sont proches (les responsables d'équipes) et de celles qui sont plus éloignées (la direction générale). Comment devient-on acteur si ce n'est en cultivant son « *élan d'apprenance* » (Carré, 2005) ? Tout en reprenant les grands principes de la professionnalisation, l'apprenance repose sur l'attitude indéfectible d'un apprenant tout au long de sa vie.

Pour indiquer la place non reconnue de l'apprenant, Carré (ibid. p. 87) parle du « *chaînon manquant : l'apprenance* ». Pour l'auteur, la critique des formes traditionnelles, transmissives, de la formation forme le terreau de cette vision. Ce néologisme désigne une attitude de l'apprenant favorable à l'acte d'apprendre dans toutes les situations : « *un ensemble durable de dispositions favorables à l'action d'apprendre dans toutes les situations formelles ou informelles, de façon expérientielle ou didactique, autodirigée ou non, intentionnelle ou fortuite* » (ibid. p. 108). Dans cette optique l'apprentissage en situation de travail et l'auto-formation deviennent sources de professionnalisation.

Dans une société caractérisée par l'hypermodernité, chacun est de plus en plus poussé à apprendre en permanence. Selon Carré (ibid.), nous devons reconsidérer les possibilités d'apprentissage, c'est à dire notre propre rapport au savoir. L'acquisition du savoir apprendre devient l'objectif clé dans un environnement inondé d'informations. La connaissance ne se résume plus à la transmission de l'information. La transfiguration du travail se manifeste par une élévation du niveau de professionnalité : autonomie, improvisation, responsabilité de l'acteur sont désormais exigées. Si la dimension cognitive est au cœur de l'apprentissage, on note également l'importance accordée aux compétences affectives et à la motivation de ces nouveaux « *travailleurs du savoir* » (ibid.). Il ne suffit donc plus de détenir une bonne fois pour toutes les connaissances et les habiletés nécessaires à la maîtrise des activités professionnelles.

« *Le travailleur du savoir* » est non seulement appelé à être un apprenant permanent, mais il est invité à prendre l'initiative du développement de ses compétences dans un processus d'auto-formation. Un des enjeux majeurs des organisations devient d'accompagner les « *travailleurs du savoir* » tout au long de leur activité. C'est en ce sens que la notion de « société apprenante » illustre la nouvelle façon de concevoir la formation qui s'appuie sur des idées-forces :

- la réussite des individus passe par le développement de l'apprentissage et des compétences en permanence ;
- l'apprentissage n'est pas à réduire aux situations formelles d'enseignement mais à s'étendre à toutes les circonstances de la vie professionnelle et citoyenne ;
- l'individu est appelé à devenir un sujet apprenant, à l'initiative du développement de ses compétences.

L'idée d'apprenance implique une réaction positive de l'apprenant à l'idée d'apprendre (ibid.). L'apprenance est vue comme un processus caractéristique du vivant, un acte existentiel. L'élan d'apprenance serait le désir de connaître et de reconnaître qui caractériserait tout être vivant, à travers ses dispositions cognitives, affectives et conatives. Cette attitude se manifeste à travers des représentations positives du savoir et de la formation. Sur le plan affectif, elle se traduit par le plaisir lié à l'apprentissage. Au plan conatif, nous sommes dans le registre des motivations à s'engager dans l'acquisition de savoirs.

« Attitude d'ouverture, de réceptivité, mais aussi de recherche et de création des occasions d'apprendre, l'apprenance recouvre à la fois la posture mentale, la capacité et le désir de tirer de ses environnements les ressources nécessaires au développement de connaissances, habiletés, comportements nouveaux ou à la modification des anciens (...) L'apprenance devient un néologisme nécessaire pour décrire la qualité majeure, sans doute la plus durable, requise des sujets sociaux pour écrire la page encore blanche de leurs avenir dans le tourbillon permanent de nos temps modernes » (Carré, 2005, p. 109-110).

Il y a une telle richesse dans la littérature professionnelle, philosophique, psychologique, anthropologique, sociologique, historique, romanesque, à côté de textes appartenant aux sciences biomédicales. L'attrait d'acquérir de nouvelles connaissances en reliant savoir et savoir-faire, théorie et action, peut mobiliser en permanence la curiosité et l'intérêt pour une profession.

6.3. Un champ de possibles.

Le soignant apprenant en recherche de professionnalité annonce son désir de dépasser la routine dans ses soins. C'est un moment de conflit entre conformité et décalage avec l'environnement. Le soignant annonce non seulement son désir de développer des compétences intellectuelles mais également une attitude de mobilisation, d'initiative, voire de risque en vue de se professionnaliser. C'est une affirmation très forte parce qu'elle engage vers une partie d'inconnu.

Selon le dictionnaire Larousse (2015), la routine est : « *une habitude mécanique, irréfléchie, et qui résulte d'une succession d'actions répétées sans cesse ; un ensemble de ces actions, de ces gestes faits mécaniquement ; un ensemble bien établi d'habitudes qui crée un état d'apathie, une absence d'innovation* ». La routine a un avantage qui nous la fait utiliser quotidiennement : elle permet une meilleure maîtrise d'un geste, d'un comportement ; mais, en même temps, elle enferme dans un cadre qui refuse la nouveauté, l'expérience. La routine est une habitude insidieuse qui crée, tôt ou tard, perte d'intérêt et de motivation au travail. Eviter la routine représente paradoxalement plusieurs risques : perdre son efficacité dans certaines situations ; menacer une légitimité en éloignant le soignant du rôle qui lui revient ; voir sa légitimité remise en cause en n'arrivant pas à mettre en œuvre de nouveaux objectifs ;

par conséquent, pour toutes ces raisons, être isolé, mis à l'écart. Et pourtant, « *les apprentissages comme la relation soignant-soigné ne suivent ni protocole ni routine car, (...) l'on ne sait jamais ni la nature de l'apprentissage, ni son intensité, ni le moment auquel il sera effectué* » (Muller, 2016, p. 191). Pourquoi donc des soignants s'écarteraient-ils d'un chemin tout tracé et rassurant ? Le désir de devenir un meilleur professionnel serait-il plus fort que le conservatisme ?

Rœlens (2009, p. 169-178) présente l'expérience comme une épreuve. L'auteure oppose, en premier lieu, les deux expressions qui marquent l'ambivalence de l'expérience : « avoir l'expérience de » désigne l'expérience constituée ; « faire l'expérience de » désigne au contraire l'expérience comme confrontation à quelque chose de nouveau pour le sujet. La thèse de Rœlens consiste à dire qu'il faut partir de cette seconde modalité pour comprendre de quoi l'expérience est réellement faite : l'expérience est pour un sujet la problématisation d'aspects encore inconnus du monde par leur irruption dans une situation. Problématiser, c'est poser un problème, de manière méthodique, en vue de son analyse. Pour construire de l'expérience professionnalisante, la première condition consiste à « *éviter l'évitement* » (ibid.) face à la nouveauté, autrement dit à accepter l'épreuve quand elle se présente. L'expérience et les savoirs associés ne tombent pas du ciel. Une tendance naturelle est de se protéger contre l'épreuve. C'est ainsi qu'il existe une expérience qui enferme et une expérience qui ouvre le champ des possibles.

Dans quelle mesure le soignant est-il capable de se laisser surprendre, au sens d'interroger par lui-même, par les événements issus de son expérience ? Nous avons fait le choix d'une réflexion collective dans un espace dédié à l'explicitation d'une parole qui serait facteur de professionnalisation. Nous allons rencontrer quelques soignantes ¹² ayant participé à un groupe de réflexion. Ce sera l'objet de notre troisième grande partie : passer à l'illustration concrète de l'instauration d'un espace de parole entre pairs. Dans quelle mesure le lieu que nous allons évoquer a-t-il pu être un lieu de professionnalisation ? Quels enjeux ? Quelles sont les intentions des actrices ? Quelles sont les conséquences positives comme négatives de ce dispositif pour les actrices ? Il est donc nécessaire de se tourner vers elles afin de connaître leur point de vue.

¹² Ce groupe ne comprendra que des participantes, à part ma présence ; c'est pourquoi je parlerai dorénavant de soignantes en évoquant ce groupe.

D'octobre 2003 à décembre 2008, j'ai participé à un groupe de réflexion entre pairs sur l'accompagnement, dans le service hospitalier où je travaillais en tant qu'infirmier. J'ai tout de suite adhéré à cette opportunité qui répondait à un projet que je portais depuis longtemps en moi : trouver un lieu collectif de soutien et d'apprentissage ; partager avec des pairs lorsque je rencontre des situations relationnelles qui me posent problèmes ; acquérir, avec et grâce à d'autres, des connaissances à partir des questions soulevées par la pratique quotidienne ; réfléchir à la richesse de l'activité soignante au lit du malade en reconnaissant à cette activité un potentiel d'évolution personnelle et professionnelle. Comment ce groupe a-t-il pu durer cinq années malgré le caractère improbable de son existence ? Qu'est-ce qui fait qu'il a pu représenter pour certaines un espace indispensable ? Il aura bien fallu l'implication de certaines participantes pour que les réunions existent. Que révèle le travail d'écriture constitué par les comptes rendus rédigés après chaque réunion ? Autre précision d'importance, le groupe a existé jusqu'en 2008 et ma recherche débute officiellement en septembre 2016 : je ne suis plus en activité depuis janvier 2012 et c'est à la fois rétrospectivement et dénué de toute référence par rapport à une quelconque activité soignante actuelle que je me situe.

Dans quelle mesure le lieu que nous allons évoquer a-t-il pu être un lieu de professionnalisation ? Nous le ferons par un retour sur deux terrains d'observation : les entretiens d'aujourd'hui et les comptes rendus d'hier. Il me paraît important de recourir aux traces laissées par les comptes rendus ; je les ai conservés comme témoignages du travail de questionnement effectué mais aussi comme souvenirs de ma propre activité puisque, à l'exception des deux premiers sur 23 comptes rendus, j'en ai été le rédacteur.

Voilà pourquoi, en tant que professionnel du soin, il m'a paru judicieux, mais sans doute très incertain, de partir d'un exemple vécu : qu'est-ce que ce groupe nous apprend sur l'instauration d'un espace de parole entre pairs ? Nous savons que la satisfaction au travail s'appuie sur la concordance entre les valeurs personnelles de l'infirmière et de l'aide-soignante, leur contexte de travail ainsi que les souhaits et attentes que celles-ci placent dans leur activité.

Le recueil de données est une préoccupation majeure du chercheur. Je compte sur les sujets de la recherche, c'est à dire mes anciennes collègues, pour me donner leur point de vue. Ayant quitté mon établissement hospitalier en 2012, j'ai gardé certains contacts mais il me

faudra néanmoins commencer par retrouver certaines participantes que je n'ai pas revues depuis mon départ. Si les entretiens seront ouverts à l'expression de toutes les réflexions, avec une volonté d'écoute et de bienveillance, le caractère spécial de cette étude appelle quelques remarques. Un lien existe entre les membres du groupe et moi-même puisque nous avons trouvé dans cet espace un lieu de convivialité particulier ; je n'ai aucune idée de l'importance que pouvait revêtir cet espace pour elles : tout au plus puis-je imaginer qu'elle était réelle sans en préciser la qualité. Cette proximité ne doit pas empêcher l'authenticité des propos des personnes interrogées : ne pas vouloir me faire plaisir mais rester authentiques. Sans doute est-il important de préciser par écrit le cadre de cette recherche en laissant aux interviewées le temps d'y penser avant de se rencontrer. Je ne doute pas de l'effet de surprise de celles qui seront amenées à me rencontrer : la suite donnée à cette aventure par un parcours de recherche après quelques années est plutôt inattendue.

En résumé de cette deuxième partie, nous disons que l'activité soignante comprend un triple travail : émotionnel, cognitif, collectif. L'activité émotionnelle est considérée comme d'autant plus importante pour les soignants que ces derniers sont confrontés à des situations à forte charge émotionnelle. La souffrance au travail tient autant au travail qui n'est pas fait qu'à ce qui est fait. Des situations porteuses d'émotions s'enchaînent dans des situations rationnelles, qui nécessitent d'argumenter et de comprendre. Enfin, le travail est affaire d'équipe : se rapprocher des autres, grâce à un dialogue éthique, est indispensable pour réaliser quelque chose qui n'est pas seulement possible par soi-même. Concevoir l'agir professionnel demande qu'on le pense comme un rapport entre savoirs théoriques et savoirs pratiques, ce qui conduit à penser la pratique comme nécessairement articulée à un travail d'analyse. La méthode de la Pratique Réflexive entraîne l'acteur sur un chemin par lequel le praticien instaure une distance critique avec l'action en se regardant agir. C'est précisément, parce que cette voie de professionnalisation répondait au besoin de soignantes de chirurgie viscérale de s'exprimer sur leur vécu, que des professionnelles infirmières et aides-soignantes se sont engagées dans un espace d'analyse de la pratique, par des chemins peu académiques. La professionnalisation des actrices rencontre inévitablement l'institution, la hiérarchie mise en place, le fonctionnement d'une équipe, c'est à dire l'environnement. Mais le déclenchement de la professionnalisation repose tout d'abord sur la volonté des soignantes s'exprimant sur leur vécu professionnel. Nous devons reconsidérer les possibilités d'apprentissage, c'est à dire notre propre rapport au savoir. « *Le travailleur du savoir* » est invité à prendre l'initiative du développement de ses compétences dans un processus d'auto-formation. L'idée d' « *apprenance* » implique une réaction positive de l'apprenant à l'idée d'apprendre.

Partie III : un groupe de réflexion : approche phénoménologique.

« Chacun d'entre nous a la possibilité d'utiliser sa liberté pour continuer à créer les conditions de l'apprentissage (Crozier, M. *L'entreprise à l'écoute*, 1989, p. 203) ».

7 - Le groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs.

Dans le service de chirurgie viscérale auquel j'ai appartenu, un groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs s'est mis en place à l'initiative d'infirmières et d'aides-soignantes. La démarche de se réunir ne répondait pas à l'attitude attendue dans le service : l'environnement allait-il se révéler accueillant, indifférent ou opposant ? Nous allons revenir sur cette expérience originale à plus d'un titre : son origine, sa durée, l'absence de formateur, l'implication des participantes, l'écriture de comptes rendus à partir d'histoires cliniques. Quels sont les enjeux auxquels se trouve confronté ce groupe ?

Une formation dédiée aux soins palliatifs a été proposée en octobre 2003 à tous les soignants, médicaux et paramédicaux du service de chirurgie viscérale. En voici l'intitulé : « Accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille ». Cette formation, animée par une psychologue clinicienne, avait la particularité d'être dite de « service ». Une telle modalité permet à plusieurs soignantes d'une même unité (le service en question se décompose en quatre unités) de partir en même temps à la même formation dans le souci d'une meilleure efficacité de la formation. C'est évidemment la source d'une complexité supplémentaire dans l'organisation des unités mais l'avantage d'une sensibilisation élargie est réel : permettre aux soignantes de réfléchir ensemble sur des problématiques communes, favoriser la création d'un esprit de groupe, éviter la solitude et le découragement des lendemains de formation qui viennent bousculer la motivation au changement souvent réamorcée pendant ces heures de questionnement. Plusieurs soignantes pourront communiquer de nouvelles connaissances à un plus grand nombre de collègues et se sentiront plus fortes pour engager d'éventuels changements de comportement individuel et collectif.

7.1. L'origine.

L'arrivée de cette formation ne tenait pas du hasard, à un moment où le développement des soins palliatifs et de support, à l'écoute du malade, se heurtait à la toute-puissance des soins curatifs. Leur différence prenait le pas sur leur complémentarité alors qu'un vaste mouvement national et citoyen, suscité par les malades atteints de cancer et leur

entourage, appelait enfin à leur mise en place, notamment dans les services de chirurgie qui représentent le triomphe de la médecine scientifique. L'Institut National du Cancer (2016) donne cette définition des soins dits de support : *« la prise en charge d'un cancer ne s'arrête pas au traitement de la seule maladie (...) les soins de support sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques »*. Les soins de support répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant la maladie et lors de ses suites et qui concernent la prise en compte des problèmes physiques mais aussi des difficultés sociales, de la souffrance psychique.

Qui pouvait mieux que les malades, avec les mots justes, parler du cancer, cette maladie que l'on soigne de mieux en mieux, mais qui, pour tous, évoque mort, angoisse, traitements longs et douloureux ? C'est ce qu'a voulu la Ligue Nationale Contre le Cancer en organisant, en novembre 1998, les premiers Etats Généraux des malades atteints de cancer. Trois mille personnes, malades, proches et soignants, ont pu s'exprimer et réfléchir ensemble. Les attentes sont multiples : comment améliorer l'annonce du diagnostic, la relation avec les soignants, l'information, l'accueil, les traitements, la lutte contre la douleur, le suivi psychologique dans des structures de soins ? Comment organiser le quotidien avec les proches ou les employeurs au plus près d'une vraie vie de tous les jours ? Des témoignages de patients, proches et soignants ont été rassemblés par la Ligue dans un ouvrage retentissant : *« Les malades prennent la parole »* (Compagnon, 1999). De leur côté, les soignantes prenaient de plus en plus conscience qu'il n'y a pas de services hospitaliers où les artisans de la médecine peuvent se permettre de négliger la dimension humaine du métier.

« C'est d'ailleurs à partir des préoccupations scientifiques et techniques, volontairement ou involontairement séparées des préoccupations de soins et d'accompagnement, que la médecine s'est déshumanisée jusqu'à ne plus connaître et nommer le malade que sous l'angle de la pathologie. C'est sur ce terrain miné de la déshumanisation de la médecine que, comme l'on sait, les soins palliatifs se sont mobilisés en faveur de l'écoute et de l'accompagnement des grands malades en fin de vie. Mais ceci étant, la tentation existe pour la médecine curative d'enkyster la mort dans des lieux spécifiques, ce qui la dispense d'avoir à se soucier d'un accompagnement qu'elle juge ou qu'elle croit n'être réservé qu'à des malades en fin de vie. Il en résulte une dichotomie entre médecine curative et

médecine palliative dont les patients, et jusqu'aux familles, font les frais. Non qu'ils se plaignent d'être mal soignés, mais bien peu d'être accueillis, mal écoutés, pas compris en tant que personnes à part entière » (Kebers, 2005, 4ème de couverture).

C'est forts de leur vécu quotidien que six infirmières et aides-soignantes de chirurgie viscérale, et moi-même, participions à cette première promotion de la formation. L'objectif était de tenter de répondre à trois questions en partant d'un constat initial : si le problème de la mort et de l'accompagnement de la personne en fin de vie se pose à tous les soignantes, comment aider sans désespérer ? Comment répondre autrement que par la fuite ? Comment l'équipe peut-elle être un lieu d'échanges, de ressourcement et de recherche par la confrontation des points de vue ? Les méthodes pédagogiques comprenaient des travaux de groupe s'appuyant sur l'expérience des participantes, des études de cas, des mises en situation, des apports théoriques. Le but de cette formation était de susciter la prise de conscience de conflits cognitifs et émotionnels chez des soignantes qui vivent les mêmes situations. Une formation de six jours peut, cependant, rapidement déboucher sur l'oubli de bonnes résolutions car le confort de ce temps de formation est rapidement remplacé par la réalité moins protectrice du terrain. Aux dernières heures de ce parcours éclairant pour le vécu des participants, une aide-soignante de chirurgie viscérale a émis l'idée, vite reprise par quatre soignantes de son service, de poursuivre la réflexion dans nos unités. Puisque nous avons réussi à partager nos expériences en ayant la capacité de nous écouter, puisque nous sortions plus riches de ces moments en commun, pourquoi ne pas installer dans nos unités de tels échanges ? Pourquoi, tout au moins, ne pas tenter en conditions réelles de renouveler cette réflexion commune à laquelle les soignantes n'étaient pas du tout habituées ? Chacune se connaissait, travaillait dans le même service, rencontrait des situations semblables : autant de raisons rassurantes et motivantes. Cet exercice collectif a donc commencé sous le signe de la conversation ; les craintes d'aborder des sujets ardues ont trouvé dans la conversation une forme d'acclimatation qui leur ôtait leur caractère inquiétant. La mise en conversation de sujets qui pourraient sembler être réservés à des experts déploie une rationalité que tout un chacun retrouve dans ses activités. Toute conversation comporte par nature beaucoup d'implicite, fait renoncer à toutes les raisons qui sont laissées dans l'ombre, mais c'est cet implicite qui sera moteur et non obstacle au démarrage de réunions sur le lieu de travail.

En participant à cette formation, les soignantes révélaient leur manque de ces moments où chacune peut s'exprimer sur son vécu professionnel, ses difficultés comme ses satisfactions, en toute liberté, sur le mode de la conversation qui ne saurait dégénérer en dispute. Face à des situations remplies d'incertitude, il est souvent difficile de prendre le temps de s'arrêter et de trouver sur le champ une oreille attentive ; il n'est pas, non plus, toujours possible pendant l'action d'appréhender tous les ressorts de la situation. De plus, aucune soignante ne connaît tous les détails d'une hospitalisation qui se prolonge : le travail de compréhension ne peut se mener qu'avec d'autres pour bénéficier de regards croisés. Prendre du recul après l'action s'avère donc une nécessité afin de tenter de mieux comprendre ce qui a été fait, ce qui s'est passé : quel est le sens final d'une histoire qui s'est déroulée sous les yeux des soignantes ? Quels ont été les intentions, les raisonnements, les motivations, les attentes, les croyances mis en jeu par les différentes actrices ?

Selon Paul (2016, p. 165) « *la phénoménologie appartient donc au paradigme qui suggère une vision du monde dans lequel la réalité est multiple et s'attache à conscientiser les processus par lesquels un sujet construit la réalité (...) Elle est essentiellement descriptive et la manière dont la personne décrit la situation porte la marque de sa subjectivité* ». Cette démarche est en même temps compréhensive dans sa recherche d'un sens à l'action, en sollicitant une dimension réflexive et critique. Le premier temps permet au sujet de rendre compte de son expérience ; or, selon Paul (ibid., p. 166), il est beaucoup plus difficile qu'il n'y paraît de décrire le vécu. Le danger serait d'avancer des explications qui prennent la forme de généralités, de considérations superficielles. C'est pourquoi le second temps insiste sur la qualité de description de l'expérience qui permet d'accéder à une compréhension signifiante. « *La compréhension ne va pas sans l'interprétation* » (ibid. p. 170) : comprendre c'est expliciter le sens du vécu tandis qu'interpréter consiste à déchiffrer ces données objectives, ce qui conduit par conséquent à différentes significations plus ou moins pertinentes. Une interprétation n'est jamais close puisqu'elle comporte une multiplicité de points de vue. Interpréter demande alors de prendre parti, d'élaborer une ou plusieurs hypothèses de compréhension. L'attitude interprétative nous entraîne à questionner et à discuter une histoire qui ouvre sur différentes perspectives interprétatives.

Nous confrontant fréquemment à l'indécidable, nous pouvons agir en recourant à la discussion. Une interrogation éthique rappelle l'importance d'une pensée de la singularité et

qu'il s'agit de poursuivre une quête du mieux faite de certitude. Le fait de travailler dans des unités à haute valeur curative, en étant soumis aux divers protocoles qui caractérisent leur activité, pouvait contribuer à éloigner les soignantes d'un questionnement dégagé de l'aspect technique. Cependant, la bonne volonté et l'enthousiasme des membres du groupe suffiraient-ils ? Seraient-elles capables de maintenir ce niveau de discussion vécu en formation et avec l'aide de quel médiateur ? Cette initiative de constituer un groupe de réflexion était parfaitement improvisée, sans avoir peut-être estimé totalement les conditions de sa faisabilité et de sa réussite : même si les soignantes se sentaient un peu plus expertes de leurs expériences, cela leur donnait-il la capacité à ouvrir un champ de parole ? L'enjeu était de taille alors que ces soignantes baignaient dans un univers de travail fortement prescriptif laissant peu de place à la prise d'initiatives : auraient-elles toute latitude pour monter et poursuivre ce projet ? L'envie de continuer l'aventure fut plus forte que les bonnes raisons qui disaient de rentrer dans le rang. La force du groupe se manifestait, chacune bénéficiant pour l'instant du soutien de l'autre pour affirmer sa capacité à réfléchir par elle-même.

La collègue reste toujours une inconnue et la rencontre peut créer des effets imprévisibles. Quels sont exactement les attentes et les désirs de chacune ? Beaucoup de groupes se constituent dans l'enthousiasme mais combien réussissent à durer ? Était-il suffisant de réunir des professionnelles ayant une certaine expérience pour s'assurer de la réussite d'un tel projet ? L'effet contenant du groupe pendant la formation allait-il se poursuivre dans un autre environnement ? La formation de service présentait l'avantage d'avoir fourni un cadre définissant les règles et les objectifs permettant les conditions nécessaires à un travail de groupe : confidentialité, non jugement, bienveillance, ouverture, réflexion et recherche de sens à propos de situations professionnelles et non personnelles.

Quatre soignantes de chirurgie viscérale, auxquelles je m'étais adjoint, ont ainsi démarré, de leur propre chef, des réunions de type analyse de la pratique débutée en formation. Il me paraît important de revenir sur cette expérience inédite dans notre environnement le plus proche et jamais explicitée, dans un premier temps en m'appuyant sur tous les comptes rendus écrits à la suite de chacune des réunions puis en réalisant des entretiens avec des soignantes ayant participé aux réunions. C'était la première fois qu'une telle instance existait dans nos unités, ce qui peut sembler étonnant dans un milieu confronté quotidiennement à la maladie grave et à la fin de vie. La naissance d'un groupe de soignantes

qui s'attachent, sans y être directement sollicitées, à une œuvre de réflexion dans leur milieu de travail n'est donc pas anodin. Pourquoi un tel espace de parole est-il arrivé à exister et à s'inscrire dans la durée ?

7.2. Le souvenir n'est pas la restitution du passé.

Une particularité s'attache à cette recherche : les faits étudiés ont eu lieu entre 2003 et 2008, ce qui suppose un exercice de mémoire ; quelle confiance attribuer à la mémoire ? Le souvenir est lacunaire parce que la mémoire cognitive n'enregistre pas indéfiniment l'ensemble des informations sous peine de s'épuiser ; le souvenir est aussi trompeur parce que la mémoire émotionnelle déforme les événements en les amplifiant ou en les négligeant. Van der Maren (2010, p. 42) réfléchit sur les remaniements de la mémoire en parlant de scénarios imaginaires, c'est à dire non réalisés, mais répondant aux désirs et aux attentes non formulés du sujet.

« Tous les humains, obligés de fournir un récit intelligent (...) cherchent à composer une narration qui se tient, qui pourrait être comprise sans évaluation négative. Pour soi-même, l'être humain, surtout l'Occidental élevé dans la tradition gréco-judéo-chrétienne posant l'unicité de la personne, cherche à se retrouver devant un scénario cohérent et légitime lorsqu'il se regarde dans le miroir ; c'est une question de santé mentale. Mais, si cette réorganisation temporelle est une clef de la réassurance humaine, c'est aussi la source d'une difficulté quand on veut retrouver le passé » (Van der Maren, 2010, p. 42) .

Le chercheur doit être conscient qu'il n'y a pas restitution du passé mais reconstruction du passé, en vue d'un avenir espéré qui remodèle à son tour le travail de la mémoire. Les effets de la mémoire représentent des pièges : raccourci temporel, réorganisation des événements, redistribution des rôles des actrices. Mais en revenant sur des faits qui ont pu certainement s'estomper, les soignantes se trouvent dégagées de toutes les contraintes qui pesaient sur elles à l'époque, tout en ayant acquis par leur expérience une meilleure connaissance des enjeux professionnels et personnels passés. Ce qui importe ce sont moins les faits que leur portée et le changement individuel et collectif s'il a eu lieu.

Il apparaît utile d'associer à l'entretien des traces laissées par les événements, d'autant plus quand ce passé s'avère relativement lointain. C'est ce rôle que peuvent jouer les comptes

rendus. Ces comptes rendus, les interviewées les ont reçus à la suite des réunions, peut-être les ont-elles gardés, peut-être ont-elles éprouvé le besoin de les relire ; ces documents ont-ils fait resurgir la trace de quelques commentaires significatifs pour elles ? Cette proposition d'un retour en arrière n'a constitué en aucun cas une obligation. Nous aurons deux terrains d'observation : les entretiens d'aujourd'hui auxquels nous associerons les comptes rendus d'hier qui constituent autant de traces possibles de la réflexivité non pas d'une soignante mais de soignantes ayant eu le souci d'apprendre ensemble.

Ce lieu d'échange entre pairs visait à montrer l'image d'une praticienne désireuse de réfléchir sur sa pratique, et non pas seulement exécutante, mais capable de questionner et de formaliser son expérience dans un souci de professionnalisation. Devant la richesse des échanges lors des réunions du groupe et pour partager leur enthousiasme à leurs collègues, l'idée de comptes rendus qui pourraient être consultés par l'équipe, fondés sur les études cliniques ayant donné lieu à discussion, s'est spontanément imposée. 23 comptes rendus sont ainsi nés de 23 réunions, remplissant 151 pages d'un format serré. Les comptes rendus constituent des traces laissées par une réflexion collective sur des événements passés. Depuis les premiers comptes rendus très courts à la recherche de nos objectifs, le discours s'est complexifié au fur et à mesure des réunions. Ecrire, c'est vouloir accéder au savoir et se révéler de mieux en mieux capable de le dire grâce à un effort dont nous verrons dans quelle mesure il porte témoignage d'un souci de réflexivité.

Ces écrits ont valeur de témoignages, au plus près des faits ; leur but est de révéler le questionnement, les réflexions, les propositions des soignantes et non d'être la tribune d'une ou de quelques personnes. Les soignantes faisaient généralement face au même questionnement : quel est le vécu explicité dans cette situation particulière ? Pourquoi tel malade réagit-il de cette façon ? Qu'est-ce qui peut expliquer ce genre de comportement ? Pourquoi avons-nous été touchées ? Comment avons-nous réagi ? Quelle serait éventuellement la meilleure attitude soignante à adopter ? Ecrire sur les situations professionnelles révèle plusieurs dimensions : cognitive, morale, institutionnelle, affective et éthique. Dans cet aller-retour pratique-théorie-pratique, il s'agit de savoirs qui partent de la pratique, la formalisent et reviennent à une pratique dite réfléchie pour en prendre conscience et la modifier éventuellement ; les savoirs professionnels ont besoin d'un texte qui les rend réels et identifiables. Mais de quelle façon ces textes révèlent-ils la posture réflexive des

soignantes : simple restitution de faits ou réflexion critique de professionnelles examinant leur identité paramédicale ?

7.2.1. L'implication du chercheur.

Qui a pris en charge le travail d'écriture constitué par les comptes rendus rédigés après chaque réunion ? A partir de la troisième réunion j'ai accepté cette charge, à la fois comme l'opportunité de transformer ma propre perception de l'expérience quotidienne et comme un défi lourd de travail et de conséquences sur la vie d'une équipe. J'attendais ce moment depuis longtemps, persuadé que chaque individu peut se construire un espace de liberté pour penser sa profession au milieu des nécessités du travail. Alors que les premiers comptes rendus étaient réservés aux soignantes présentes aux réunions, chaque participante a donné son assentiment pour leur diffusion à tous les soignants du service qui le demanderaient ; diffusion limitée au seul service, sauf raison exceptionnelle, en respect de la règle de confidentialité et du secret professionnel. En 2008, le nombre de comptes rendus distribués, uniquement sur demande des soignants, avoisinait les cinquante parmi la centaine de soignants répartis sur quatre secteurs de chirurgie viscérale.

Quelle fut ma participation à la vie de ce groupe ? J'occupe à la fois une place d'objet de recherche et de chercheur. La séparation est d'autant plus difficile à tenir que mon implication de sujet se prêtant à la recherche est grande. C'est autant la recherche qui m'amène à me pencher sur mon implication de soignant que cette même implication qui me pousse vers la recherche. Comment articuler ces deux orientations qui oscillent entre engagement et distanciation ? Ces deux rôles sont séparés par de nombreuses années : le groupe a existé de 2003 à 2008 et ma recherche débute officiellement en septembre 2016 même si cette idée de recherche a germé bien avant ; autre précision d'importance : je ne suis plus en activité et c'est à la fois rétrospectivement et dénué de toute référence actuelle par rapport à un quelconque activité soignante actuelle que je me situe. Mon implication est présente à deux niveaux bien séparés dans le temps : tout d'abord celui de clinicien et, dans un deuxième temps, celui de chercheur. Cette situation me permet maintenant de me concentrer sur ma posture d'apprenti-chercheur.

Le groupe de réflexion en question existera sans animateur professionnel, faute de pouvoir trouver une aide extérieure. Les soignantes se partageaient la responsabilité de

l'animation au départ puis, après une année, il est apparu nécessaire pour que le groupe continue que l'un ou l'une d'entre nous s'engage à prendre en charge son organisation. De nouveaux soignants manifestaient leur intérêt pendant que les cinq initiateurs du projet n'étaient plus présents à chaque réunion ; il fallait qu'au moins un soignant pense aux modalités d'un avenir possible pour ce projet. Faisant partie des soignants dits expérimentés, j'ai donc occupé officieusement cette place en mesurant la tâche importante qui m'incombait si nous voulions donner à cet espace une fonction durable et professionnalisante. Mon image de soignant expérimenté est née de ma longue présence dans ces unités, de ma participation à différents groupes de travail, de mon parcours universitaire. Le passage de participant à animateur officieux s'est fait naturellement, d'autant que je n'avais jamais caché mon souci de formaliser mes propres savoirs d'expérience de soignant clinicien : parlons d'explicitation des actes professionnels de façon à rationaliser une pratique dans laquelle chaque professionnel peut se reconnaître. La cadre supérieure m'a chargé, au bout de deux années, d'animer les réunions afin qu'elles ne tombent pas aux oubliettes : cette décision, qui n'avait rien d'officiel, ne faisait qu'entériner un état de fait. J'ai toujours affirmé que si ma présence était utile pour que ce groupe existe et continue à exister, cela devait se concevoir non pas parce que je savais, l'illusion de mon savoir prétendu ne pouvant pas durer longtemps, mais parce que je voulais savoir en restant suffisamment proche des problématiques quotidiennes.

Dans ce groupe, quel est mon rôle, qui s'est affirmé au fil des réunions ? Annoncer les réunions, les préparer en réfléchissant à des cas cliniques, organiser les débats, susciter les réflexions de tous, écouter, ne pas donner de leçon, respecter les différences, proposer éventuellement des pistes, effectuer des recherches pour apporter si possible des connaissances (séquences de films, livres, articles), rédiger, interroger, photocopier et distribuer les comptes rendus majoritairement de main à main. Suis-je en situation de pouvoir ? Sans doute, mais de quel pouvoir ? Le pouvoir de faire preuve d'initiative, de chercher des réponses partielles face à des problèmes complexes, d'affirmer une attitude de débutant-chercheur sur l'action sans craindre certains regards condescendants, finalement le pouvoir de s'autoriser à mettre en avant, sans forfanterie, des compétences acquises et à ouvrir sans cesse un champ référentiel. Un pouvoir qui s'accompagne surtout d'une immense responsabilité : participer à lever nos inhibitions quant à notre légitimité de parler en notre

nom, dire et élaborer, en y étant aidé, ce qui devait nous permettre de prendre cette place de praticiens réflexifs.

7.2.2. L'implication de l'équipe.

L'espace de parole, dont nous parlons, constitue indéniablement une effraction dans le paysage organisationnel où il s'insère et mon propos actuel, centré sur l'espace de parole, consiste à le décrire, à en comprendre les tenants et les aboutissants, sur le mode rationnel plutôt que sur le mode revendicatif. Je veux insister sur mon désir d'une démarche autant que possible dépassionnée, sans préoccupation autre que celle de comprendre. Si l'organisation se trouve présente dans cette thèse c'est parce que le groupe de réflexion s'y inclut.

Il est toujours délicat de parler de soi : c'est osciller, en la circonstance, entre les dangers de la reconnaissance affichée et ceux de la fausse humilité. Etre observateur et observé peut constituer, cependant, une chance par la connaissance du terrain de recherche. J'étais engagé, de par ma fonction, dans une relation très forte avec les personnes observées. Ces soignants avaient-ils les mêmes intérêts que moi dans l'existence de ce groupe de réflexion ? Quelle lecture faisaient-ils de ce lieu ? Nous n'avons jamais posé la question aussi clairement : ce silence nous protégeait-il d'un doute qui aurait pu être fatal à l'existence du groupe ? L'existence de ce groupe relevait-il d'une recherche de soignantes préoccupées du sens de leur action ou d'une coïncidence heureuse ? Néanmoins, une chose est sûre : je n'aurai jamais effectué seul un travail d'écriture aussi long et aussi prenant ; je n'aurai jamais accepté l'organisation des réunions sans un soutien ; il me fallait une motivation supérieure à la mienne, celle du groupe. Le retour positif de mes collègues, exprimé ou supposé, exerçait une puissante stimulation sur ma réflexion.

Cette recherche soulève la difficulté chez le chercheur de rester à juste distance de son objet d'étude : j'interroge d'anciennes collègues à l'occasion d'une expérience dans laquelle j'étais fortement investi. Une recherche se doit de respecter le critère d'objectivité. Mais le chercheur est soumis malgré lui à commettre des déformations car le chercheur est le premier objet de sa recherche : « *ce n'est pas l'étude du sujet, mais celle de l'observateur, qui nous donne accès à l'essence de la situation d'observation* » (Devereux, 2012, p. 19). Ce qui signifie que le chercheur commence par l'analyse de soi. Comment est-ce que je vois ce groupe ? Quelle place occupe-t-il dans mon esprit : suis-je là pour le défendre, le promouvoir,

l'idéaliser ? Est-ce que je ne suis pas en train de sélectionner seulement les bons côtés d'une expérience ? Connaissance de soi et remise en question personnelle sont les garants d'un langage authentique. Pour cela, la démarche utilisée est celle de la clinique dialogique qui considère les sujets, étudiés dans leur histoire, comme des partenaires d'une recherche effectuée, non sur eux, mais avec eux (Lani-bayle, 2007). Il s'agit d'un travail conjoint dialogué dit de co-construction entre un narrateur qui parle et un narrataire qui accueille le récit. Le narrataire met à l'épreuve ses propres idées, ses propres convictions, en écoutant l'autre. Il procède en annonçant la règle qui favorise la communication entre les partenaires : l'éthique du dialogue.

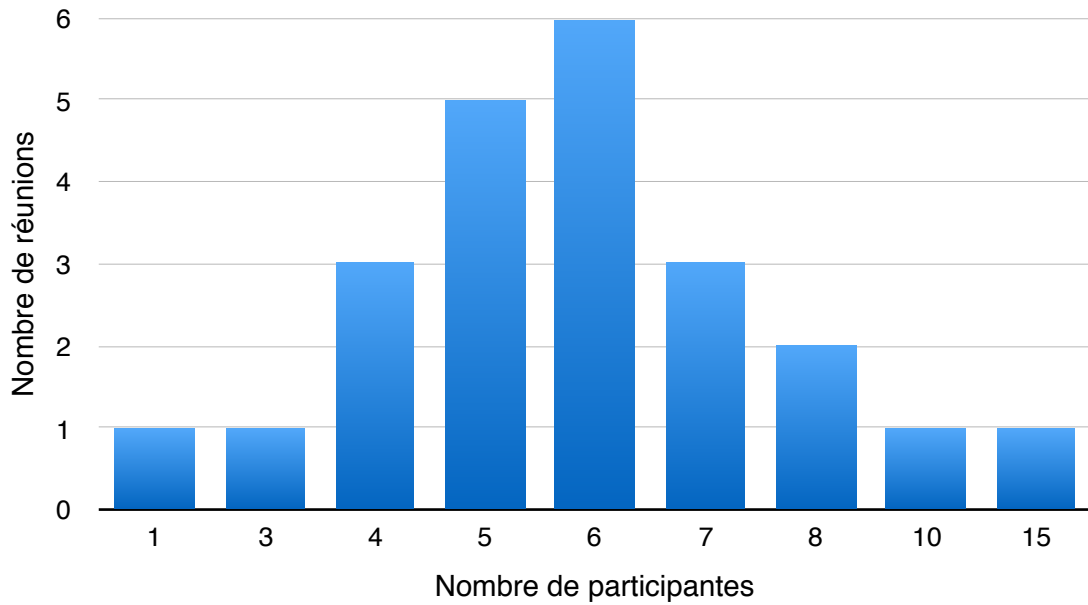
Patenaude réfléchit aux conditions de possibilité du dialogue, comme nous l'avons déjà dit (chapitre 3.4. Le dialogue éthique, p. 55). Le dialogue est le produit d'une interaction entre des personnes et prend en compte la coopération mise en œuvre : il fait intervenir des notions éthiques essentielles, telles l'égalité et la réciprocité. Le dialogue est le lieu où s'incarnent trois valeurs essentielles : la solidarité, l'humilité et la liberté (Malherbe, 1997, p. 40-45). Par la solidarité, nous advenons à nous-mêmes les uns par les autres, chacun accueillant ce qui lui vient de l'autre. L'humilité nous apprend à recevoir des autres et à créer des liens. La liberté nous rend capables de nous laisser remettre en cause par l'autre, en déplaçant nos certitudes. Les contraintes du dialogue exigent des interlocuteurs de s'écouter. En effet, plusieurs obstacles potentiels empêchent cette démarche. Le tout premier se présente quand le narrataire prend ses opinions pour un fait établi, une vérité. Un autre obstacle survient quand le processus de questionnement glisse de l'interrogation à l'interrogatoire. C'est le cas lorsque la question suppose déjà la réponse. Toute forme de communication appelle alors un consentement préalable à une éthique de l'écoute avant de s'engager. Les conditions d'un vrai dialogue sont par conséquent exigeantes : le narrataire s'engage dans une recherche de sens qui demande toute sa capacité d'écoute. L'écoute active, basée sur le questionnement et la reformulation, a été particulièrement développée par le psychologue Carl Rogers. Les deux attitudes de la non-directivité et de l'empathie sont fondamentales pour que celui qui est écouté puisse s'exprimer le plus librement possible. Le but de ces entretiens est donc de me décentrer de ma propre position d'observateur privilégié pour aller à la rencontre d'avis complémentaires. C'est ainsi que la tension vers l'objectivité devient possible. Je ne

demande pas aux soignantes interviewées de s'exprimer pour me faire plaisir mais d'être en contact avec un langage authentique qui reflète le fond de leur pensée.

Pourquoi des soignantes s'écartent-elles d'un chemin tout tracé ? Personne ne leur a demandé cet investissement supplémentaire. Ce sera une question à poser aux participantes de ce groupe de réflexion : quelles sont leurs motivations pour se retrouver avec des pairs ? Les réunions ont lieu dans la bibliothèque du service, tous les deux ou trois mois, de 14h30 à 16h30 au plus tard. Le total des réunions s'élève à 23 entre février 2004 et décembre 2008. Le nombre de participantes, toutes volontaires, a varié de un à quinze : par exemple, six réunions ont réuni six participantes (figure a, p. 123). La participation libre a été choisie par le groupe pour permettre à chacune d'approprier un lieu nouveau. La plupart des participantes assistent aux réunions après leur journée de travail : elles commencent leur activité du matin à 6h30 et terminent à 14h20 ; une deuxième équipe travaille de 13h30 à 21h30 avant d'être rejointe par l'équipe de nuit qui sera présente 10 heures, de 21h à 7h. Il est très difficile, et par conséquent aléatoire, pour une soignante de l'après-midi d'être présente à ces réunions en confiant sa tâche à une collègue. Les soignantes participent à ces réunions après leur journée de travail ; faire l'effort d'assister signifie un réel intérêt pour cet exercice et l'espoir d'y retirer des bénéfices. Les soignantes du groupe de réflexion travaillent toutes en chirurgie viscérale : appartenir au même service peut créer une proximité intellectuelle et sociale entre les participantes et présente donc un avantage de cohésion.

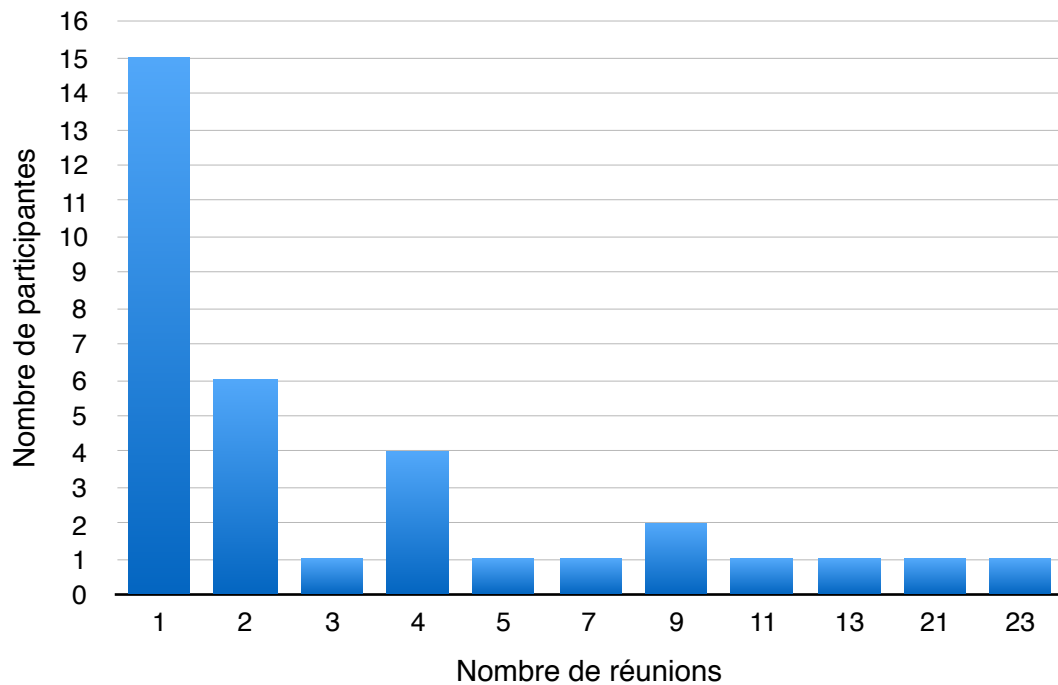
Il s'est révélé possible d'évaluer la participation puisque au début de chaque compte rendu était répertoriée l'identité des participantes. Ont participé à au moins une réunion : 20 infirmières, 13 aides-soignantes et une kinésithérapeute, soit 34 personnes sur un total d'environ 90 infirmières et aides-soignantes. La figure a (p. 123) indique, par exemple, qu'à 5 réunions étaient présents 5 participantes ; une fois je me suis retrouvé seul au moment où la restructuration du service et son déménagement dans de nouveaux locaux, restructuration tant redoutée, occupait les esprits des soignantes et entraînait de nouvelles réunions. La figure b (p. 123) nous apprend la fréquentation par participante : quatre soignantes ont atteint ou dépassé 11 réunions, 6 soignantes ont participé à 2 réunions. Rapportés aux quelques 100 soignants du service (chirurgiens compris) ces chiffres apparaissent modestes ; cependant, 34 soignantes sont venues pendant cinq années partager leur expérience et ce groupe a pu compter sur la présence régulière de quatre soignantes particulièrement motivées.

Figure a : nombre de participantes à chaque réunion



Le nombre de réunions par participante montre que 15 soignantes ont participé à au moins 1 réunion, 6 soignantes à 2 réunions, 4 soignantes à 4 réunions (figure b).

Figure b : nombre de réunions par participante



Certaines personnes sont venues régulièrement : deux à 9 réunions, une à 11 réunions, une à 13 réunions, une à 21 réunions, une à 23 réunions (figure b).

7.3. Les débuts.

Le service de chirurgie viscérale comprend trois unités d'hospitalisation et une unité de consultation. Environ quatre-vingt dix paramédicaux, infirmiers et aides-soignants, y travaillent auxquels s'ajoutent un kinésithérapeute et une diététicienne. On compte une dizaine de chirurgiens. La chirurgie viscérale ou digestive est une branche de la chirurgie traitant des affections abdomino-pelviennes : appendicite, occlusion, hernie, hémorroïde, affection de la vésicule biliaire, cancer des intestins et du pancréas, sont quelques-unes des pathologies prises en charge par cette chirurgie. Le service reçoit des malades pour des interventions dites simples comme pour des interventions importantes nécessitées, par exemple, par un cancer. La durée d'hospitalisation peut aller d'une journée à plusieurs semaines, voire à plusieurs mois.

Pourquoi infirmières, aides-soignantes, médecins, kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales, devraient-ils arrêter leur travail pour s'asseoir autour d'une table et discuter (Ruzniewski, 1999, p. XV) ? Pourquoi aménager un moment particulier pour parler, en groupe, alors que les soignants travaillent ensemble toute la journée ? N'existe-t-il pas des moments où l'information s'échange entre soignants ? Il y a des dossiers médicaux, des réunions, des visites quotidiennes auprès des malades. Des rencontres d'équipe multidisciplinaire existent parfois : elles émergent de façon ponctuelle à partir de situations difficiles pour tous les soignants et restent liées à la disponibilité de l'équipe médicale. L'information circule déjà. Les unités fonctionnent. Ne peut-on pas déjà améliorer la communication ? La mécanique de l'hôpital est suffisamment compliquée : pourquoi lui rajouter une pièce un peu bizarre qui ne s'emboîte pas bien avec les autres ? Nous parlons d'un espace de parole différent, inédit dans ce service, répondant à certaines règles ayant donné lieu à un consensus de la part des participantes. Il ne s'agit pas d'échanges de convivialité entre soignantes, de « discussions de couloir » ou de bavardages amicaux. Ces moments sont importants, nécessaires et souvent satisfaisants pour régler des problèmes mineurs mais insuffisants lorsqu'on veut parler d'une décision difficile à prendre.

La première réunion (compte rendu du 06/02/2004) rassemble quatre soignantes, infirmières et aides-soignantes, parmi les sept qui participaient à la formation (rappelons que le groupe ne comprendra durant toute son existence que des soignantes, mis à part ma

participation à toutes les réunions). Les soignantes y évoquent deux situations bien différentes qui témoignent des raisons de leur présence.

« Mme N. se sait en fin de vie : l'écoute des désirs de la malade et de la famille, l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs, ont permis de négocier un projet de soin. Le décès a été anticipé, avec le sentiment exprimé par les soignants qu'il s'agissait d'un véritable accompagnement. M. P. est lui aussi en fin de vie mais, malgré un pronostic défavorable, l'objectif médical est de continuer à agir de façon curative. Une intervention chirurgicale est prévue, quand le malade décède brutalement. La famille n'était pas du tout prévenue de cette probabilité. L'accompagnement s'est révélé maladroit par refus de voir l'état de santé très précaire de ce patient et le manque de communication avec lui et ses proches : précipitation et manque d'anticipation ».

Le compte rendu, très bref, évoque simplement ces deux situations. Cet écrit reste réservé aux cinq participants. Quel message pouvons-nous y voir au-delà de ces quelques lignes ? De par sa position de proximité avec le malade, l'infirmière se trouve proche de ces questions essentielles que sont, par exemple, la vérité au malade, le consentement du malade, le respect de la dignité humaine avec la prise en compte de la souffrance du malade, la place de la famille. Pourquoi le médecin décide-t-il seul sans reconnaître à une paramédicale la connaissance spécifique de la situation d'un patient et sans s'appuyer sur cette complémentarité ? Un problème est esquissé : le processus de prise de décision représente une des difficultés importantes de l'exercice médical, situé entre discussion et procédure.

Ce texte souligne que l'accompagnement suppose que la soignante engage une réflexion éthique sur ses actes. Toutes les soignantes sont amenées à s'interroger sur les enjeux relationnels mais sont-elles prêtes pour un travail d'approfondissement ? Ce n'est pas seulement par manque d'intérêt, car les soignantes sont peu préparées à cette élaboration qui exige, notamment, d'exprimer des ressentis et de rechercher des connaissances en éthique ; aussi ce premier compte-rendu de réunion se contente-t-il de décrire des situations, en ne s'y attardant pas ; les faits sont rappelés en les mettant en opposition : une bonne expérience et une expérience malheureuse. C'est l'expression d'une posture relevant du seul témoignage à partir d'une analyse, non pas de la pratique mais de la situation. Mais ces témoignages ne sont pas dénués d'émotions. Comment appréhender la brutalité des événements et la détresse de la famille ? Rien n'est exprimé mais ce simple énoncé est déclenché par une intensité affective

implicite ; ce que le compte rendu traduit dans l'immédiat, c'est que l'action n'est pas réductible à sa part d'exécution. Il y a quelque chose qui appartient à ces soignantes, quelque chose de présent dans leurs gestes professionnels, qui reste à délivrer. Comment rendre compte de la nature du soin, de son côté observable et de ce qui ne l'est pas ? Comment rendre compte des savoirs qui sont déjà présents dans le faire ? Ce premier temps de partage, qui cherche sa voie, aura été suffisamment productif pour que les soignantes prennent la décision de fixer des réunions tous les deux à trois mois et prévoient la prochaine date.

Par une lettre affichée à la vue de tous, dans la salle de soins de chaque unité, les soignantes ont voulu répondre, après ce premier rendez-vous, aux interrogations suscitées par l'apparition d'un espace inhabituel :

« Un cadre infirmier nous a demandé de faire un compte rendu de cette formation mais il nous paraît difficile de transmettre des expériences personnelles. Cette formation demande un investissement important. Elle se passe dans un climat de non-jugement, de respect, d'écoute, qui facilite les échanges. Nous ne pouvons que vous encourager à suivre cette formation enrichissante et à vous joindre à nous pour poursuivre, dans nos unités, la réflexion débutée en formation » (compte rendu du 06/02/2004).

La démarche de se réunir ne répondait pas à l'attitude attendue dans le service : cette démarche inhabituelle était menée à l'initiative des soignantes, sans la demande de leur hiérarchie de proximité ; la démarche reposait sur la capacité des soignantes à prendre en main leur formation ; la présence des cadres était donc facultative, relevant de leur choix personnel ; la participation à la formation ne comprenait pas la constitution d'un groupe de réflexion en prolongement du travail commencé à l'extérieur du service ; pourtant, cette décision de continuer n'était-elle pas un aboutissement normal qui manifestait, d'une certaine façon, la réussite de cette formation ? Quel pouvait être l'avenir d'un lieu improbable, qui n'avait encore jamais existé dans notre service ? L'environnement allait-il se révéler accueillant, indifférent ou opposant ? L'incrédulité était manifeste : *« vous vous retrouvez pour prendre le café ? »*. On y parle de quoi ? Dans quel but ? De quoi cet espace était-il révélateur ? Quel défi professionnel pouvait se cacher derrière cette proposition étrange ? Autant de questions renvoyées à des participantes qui pouvaient s'interroger à leur tour : étaient-elles irresponsables pour ne pas voir le côté périlleux de l'entreprise ? N'allaient-elles pas lamentablement abandonner une aventure qui dépasserait leurs capacités ?

La deuxième réunion rappelle, dès le début du compte rendu, que ces temps font suite à la formation de service de 2003. Les soignantes éprouvent le besoin de préciser la première information quelque peu laconique en développant le sens de leurs rencontres.

« Qu'est-ce que l'accompagnement ? Cheminer avec quelqu'un de malade par une présence bienveillante et une écoute sans préjugé. Soignant = accompagnateur. Le but de nos rencontres est de relier les connaissances acquises en formation à la pratique et de perfectionner nos pratiques quotidiennes par la réflexion, afin d'améliorer très concrètement cet accompagnement sans s'installer dans la routine. Il s'agit de prendre conscience de la valeur de l'accompagnement dans le caractère spécifique du métier de soignant. Chacun (tout personnel confondu, y compris les médecins) peut éprouver le besoin de se ressourcer face à des situations difficiles : un temps et un lieu de réflexion, d'écoute, dans un esprit de tolérance, s'ouvre où chaque soignant aura la possibilité de trouver sa place » (compte rendu du 23/04/2004).

L'expression de tous est visée : cela veut dire qu'un appel du pied est fait aux médecins habituellement éloignés des préoccupations infirmières ainsi qu'aux cadres continuant à s'interroger sur le contenu des réunions. Ce deuxième compte rendu a donc été distribué à chaque cadre d'unité et à la cadre supérieure de chirurgie viscérale : c'est une invitation appuyée pour que ces responsables rejoignent les soignantes en réunion. C'est aussi une façon de montrer que ce temps relève d'un cadre professionnel, ce qui a permis à chaque participante de bénéficier, dorénavant, d'une prise en charge sur le temps de travail pour le temps de réunion.

Ce message rappelle que la réflexion d'un tel groupe s'inscrit dans la continuité et dans la cohérence de la formation demandée par les responsables infirmiers et médicaux du service. Les soignantes redisent la valeur de l'accompagnement comme un caractère spécifique, et donc identitaire, du métier de soignant tourné vers la position de vulnérabilité de la personne soignée. En fin de compte rendu, des pistes de réflexion appuyées sur la pratique, sont avancées : la décision thérapeutique, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'agressivité du patient et de la famille, la douleur, l'anxiété face à la maladie... en ajoutant que ces thèmes fournissent un réservoir inépuisable de situations à penser, à témoigner. La notion d'accompagnement ne s'applique pas seulement aux malades atteints de maladie grave ou en fin de vie mais à tout malade, quelque soit sa pathologie. Comment est-il possible

d'accompagner au mieux toute personne soignée si ce n'est par une attitude permanente qui ne dépend pas de certaines circonstances, comme la délivrance de soins palliatifs ? Ceci explique le choix de l'appellation de ce groupe séparant accompagnement et soins palliatifs, en reconnaissant à l'accompagnement dans le soin une valeur universelle dépassant le cadre d'une spécialité : « groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en chirurgie viscérale ». Cependant, ce groupe reste à construire totalement : il n'en est qu'aux fondations.

Pour la première fois, la cadre supérieure du service a participé à la troisième réunion du 04/06/2004. Elle expose sa volonté de développer la connaissance et la pratique des soins palliatifs au sein du service. La formation « accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille » restera une formation de service pour permettre au plus grand nombre de soignants d'y participer. Elle fait part de sa conviction que le regard des chirurgiens, confrontés au même questionnement que les paramédicaux, a évolué au fil du temps vers une meilleure reconnaissance de la dimension palliative, ce qui ne peut que renforcer l'investissement des participantes à travailler dans ce groupe et, si possible, en équipe pluridisciplinaire. Le compte rendu se conclut par une proposition de travail sur le deuil lors de la prochaine réunion ; deux livres sont proposés à la lecture : l'un sur le deuil, l'autre sur l'annonce de mauvaises nouvelles ; qui veut lire ? Qui les possède ? Qui veut en emprunter ? Ce ne sont que des propositions lancées aux soignantes.

La constitution de ce groupe continue à étonner, si bien qu'on lui demande de s'expliquer à nouveau. La quatrième réunion (extraits du compte rendu du 05/10/2004) se veut une interrogation, à la demande de la cadre supérieure, sur les répercussions concrètes de la participation de nouveaux soignants à la formation de service sur l'accompagnement : y-a-t-il eu des changements visibles dans l'accompagnement des malades ? La réponse du groupe se résume en deux points : améliorations, insuffisances. La première remarque est qu'une telle formation, qui correspond à une remise en question des mentalités et des comportements, donne des résultats sur le long terme ; la demande d'inscription de nouveaux soignants paramédicaux à chaque session de cette formation indique leur intérêt pour se perfectionner mais il y a beaucoup d'attente avant de pouvoir suivre cette formation. L'accompagnement apparaît de plus en plus comme un soin à part entière, un soin riche et complexe, au même titre que les soins techniques. C'est le fruit d'un échange entre tous les acteurs qui se traduit,

dans les dossiers de soins infirmiers, par un écrit tendant à devenir plus riche, plus précis, parce qu'il prend mieux en compte les dimensions psychique et sociale, comme le rapporte la cadre supérieure à la lecture de certains dossiers infirmiers. Ceci n'est pas entièrement nouveau mais les membres du groupe pensent que la formation a joué un rôle stimulant en mettant l'accent sur la nécessité de repenser un accompagnement de qualité et d'en renouveler les moyens. N'oublions pas, d'autre part, la modalité de prise de décision d'une formation de service qui favorise une prise de conscience collective : la formation est décidée conjointement par les représentants infirmiers et les représentants des chirurgiens car tous les soignants, sans exception, sont invités à y participer. Il y a donc une information adressée à tous, après discussion sur les raisons de cette orientation : qu'est-ce qu'une médecine plus humaine ? Quelles attitudes apportent ou non du réconfort au malade, à la famille ? Ce quatrième compte rendu invite, à suivre, certaines histoires cliniques révélatrices d'une réelle volonté d'accompagnement dans une relation soignant-soigné à chaque fois particulière :

« Un climat de confiance s'est installé entre Mme X. et les équipes médicale et paramédicale. Cela s'est fait au fil du temps chez une malade hospitalisée depuis plusieurs mois alors que la situation était tendue au départ. Les soignants ont écouté la souffrance de la patiente, sans la nier. La malade, à qui la sévérité du diagnostic n'a pas été cachée, a pu régler ses affaires personnelles avant de décéder. Est-ce le souci de dire la vérité qui a apaisé la patiente ? Nous sommes persuadés que cette attitude y a contribué ».

« M. Y. semblait nier la gravité de sa maladie dont il ne cherchait pas à parler ; sa femme, de son côté, ne voulait pas qu'on lui dise la vérité. Dire ou ne pas dire ? M. Y. parlait facilement, par contre, de la mort de sa fille, mère de quatre jeunes enfants : peut-être était-ce une façon de dire ce qu'il savait déjà ? M.Y. est mort calmement, sans avoir jamais évoqué sa propre mort. M.Y. se disait prêt à mourir et avait revu pour cette raison tous ses enfants. Le traitement de sa maladie nécessitait d'arrêter toute alimentation orale alors que le désir du patient était de recommencer à manger. Le chirurgien a pris le temps d'écouter le malade en fin de vie pour finalement accepter sa demande ».

Nous écrivons que *« le meilleur moyen d'améliorer l'accompagnement reste la communication entre tous les participants à la relation de soins »*. Le compte rendu mentionne qu'un point très positif a été évoqué : *« la prise en compte de la nécessité de l'accompagnement par les chirurgiens et les anesthésistes. Cela se traduit dans leur*

comportement, leur expression verbale avec les patients, les familles ou lors de réunions de service. Le malade reste aujourd'hui libre d'accepter ou non les traitements, après une information adaptée qui en précise les bénéfices attendus mais aussi les limites ». Mais, deuxième remarque, il y a encore beaucoup de points à travailler dans le domaine de l'accompagnement comme le montrent, notamment, trois exemples cités : le premier pointe le désaccord exprimé entre médecins qui plonge le malade dans une incertitude difficile à vivre pour lui ; le second rapporte une longue hésitation du chirurgien retardant la mise en place de soins palliatifs ; enfin, le troisième pointe l'annonce du diagnostic qui ne peut se faire par un bref échange entre deux portes.

En conclusion, ces réflexions et ces exemples montrent, s'il en était besoin, la place de la dimension psychologique et sociale dans le soin. Un travail de recherche sur le deuil est toujours envisagé par les membres du groupe afin de mieux comprendre ce passage traumatisant de la vie et d'exprimer avec plus de précisions des observations infirmières.

« Chaque soignant avance à sa vitesse dans ce climat d'incertitude qui entoure la maladie, au sein d'un service marqué par sa vocation curative où le corps-objet a tendance à primer sur le corps-sujet. Notre objectif demande du temps, de la patience, un effort de compréhension mutuelle, ce qui suppose d'essayer de vivre dans un climat cordial, de non-agressivité. Nous avons évoqué le cas d'un chirurgien pris à parti pour ses positions, lors d'une réunion consacrée aux soins palliatifs, et qui a très mal vécu cette situation. Toute relation, si elle se veut aidante, est indissociable d'un dialogue constructif ouvert à l'expression de toutes les opinions et au dialogue » (compte rendu du 05/10/2004).

Ce quatrième compte rendu, à partir de plusieurs situations précises, émet des questionnements sur des décisions médicales. Le groupe passe progressivement de la description à la prise de position, des faits à ce qu'ils nous ont fait. Il s'agit d'un programme de travail qui témoigne de ce que les soignants jugent importants et qui comprend trois étapes (Lani-Bayle, 2006, p. 129) : les faits, ce qu'ils nous ont fait, enfin ce que l'on en fait. Le soignant paramédical ne se voit pas comme un exécutant mais comme un professionnel capable de prendre position en défendant des valeurs personnelles et professionnelles. Quant aux comptes rendus, ils ne sont toujours distribués en priorité qu'aux participants, c'est à dire aux quatre soignantes fidèles depuis la première réunion.

La cinquième réunion (extraits du compte rendu du 13/12/2004) confirme la méthode du groupe de réflexion : partir de situations concrètes qui permettront d'échanger des points de vue. Voici quelques extraits dont l'intérêt est de montrer la variété des préoccupations des participantes :

« Mme M. a été hospitalisée pendant plusieurs semaines après une intervention pour un cancer anal. Devant la prise en charge difficile de cette patiente sur le plan relationnel, une réunion de synthèse a été envisagée. Cette synthèse n'a pas pu avoir lieu avant le départ de Mme M. sur l'unité intensive de chirurgie viscérale puisqu'elle a dû subir une seconde intervention. Un « malentendu » aurait laissé croire que tous les soignants ne désiraient plus ce temps de réflexion. Pourtant, certains soignants continuaient de croire en l'utilité de ce temps malgré le départ de la patiente ».

Des soignantes s'interrogent : l'enjeu d'une telle réunion se mesure-t-il à court terme ? Cette situation précise est révélatrice de la difficulté d'instaurer parfois une relation constructive entre soignants. La réunion de synthèse aurait pu permettre l'expression de toutes les questions suscitées par un climat conflictuel.

« Mme S. est en attente d'un transfert dans un centre de convalescence. IL s'agit d'une malade qui demande des soins importants : trois heures journalières réparties entre les pansements complexes et les soins nécessaires à une personne dépendante. Sa prise en charge relève-t-elle ou non d'un service de chirurgie ? Les suites opératoires compliquées doivent-elles être assurées par le service où s'est effectuée la chirurgie ? Ce sont des questions qui reviennent régulièrement. Peut-on écarter un malade avec la seule raison qu'une nouvelle intervention n'est plus programmée ? ».

Le débat s'est focalisé sur le lieu le plus à même d'accueillir Mme S. Parfois, le séjour en chirurgie ne peut pas se limiter à un laps de temps le plus court possible après une intervention. Cette malade ne peut être accueillie que par une équipe techniquement compétente et disposant du temps nécessaire à de longs soins. Il n'est pas non plus possible de concentrer les malades dits « lourds » dans un centre de convalescence alors qu'il est connu que le centre en question « croule » régulièrement sous le poids de patients très demandeurs en soins. La solution consiste donc à ne pas exclure cette catégorie de malades d'un service de chirurgie. Existents-ils d'autres institutions équivalentes aux moyens techniques de l'hôpital pour les accueillir ? Le souci du bien-être du malade est-il préservé ?

(Suite de l'histoire clinique précédente, p. 131) « *La famille de Mme. S. souhaiterait un retour à domicile plutôt qu'une convalescence. Ce souhait peut sembler démesuré : son mari est âgé de 78 ans et l'entourage sera très sollicité ; est-ce une demande recevable ? Toute demande mérite d'être bien comprise avant d'être acceptée ou refusée. La famille avait déjà bénéficié d'une aide à domicile. Le retour à domicile représente un acte capital pour le malade et la famille. Il a été souvent noté qu'il fallait être optimiste pour les retours à domicile quand ils sont préparés et adaptés. Chacun y gagne en sérénité, les complications (problèmes de pansement, chutes, escarres) ne sont pas systématiques et la qualité de vie est incomparable. Alors pourquoi ne pas accéder à cette demande quand l'entourage se mobilise pour ce retour ? Quel est l'avenir de Mme. S. ? Est-elle en fin de vie ? Sa désorientation annonce-t-elle une fin imminente ou s'agit-il d'un moment passager ? Est-ce que son incohérence n'est pas porteuse de sens ? Mme S. délire parfois en parlant d'« accouchement » : de qui, de quoi veut-elle accoucher ? De la vie, de la mort, de la souffrance, de la solitude ? Est-ce un passage, une renaissance ? Comment appréhendons-nous cette incohérence vraie ou apparente ? ».*

« *Mme X. a été hospitalisée pour une intervention après la découverte d'un cancer à un stade avancé. Elle est mère de deux jeunes enfants de 4 et 8 ans. Ces derniers ont bénéficié du groupe de parole pour enfants, institué quand l'un des parents est atteint d'une maladie grave. Les deux enfants ont particulièrement bien vécu cette aide psychologique dont nous découvrons seulement aujourd'hui l'existence. Chaque malade vient avec, dans sa valise, une histoire personnelle à la fois individuelle, familiale et sociale. Le deuil, du point de vue de la famille, est une dimension à prendre en compte. La santé d'un malade ne s'enferme pas dans les murs d'un hôpital ».*

Nous avons conclu la réunion en disant combien « *s'occuper de ce qui est humain entraîne un enrichissement des soignants : chaque événement contient une part de vérité à découvrir par un temps de réflexion, d'expression où tous les avis exprimés sont pris en compte* ». L'intérêt d'un tel groupe est de dépasser les freins habituels d'expression : il ne s'agit pas de dire n'importe quoi mais de se sentir suffisamment libre pour exprimer des avis divergents.

Après 9 mois de maturation, depuis la première réunion, un groupe est né. Alors qu'un nouveau membre est accueilli, plusieurs soignantes hors du groupe ont manifesté leur intérêt

pour recevoir un compte rendu. Notre discours commence à se structurer : de la simple description factuelle du départ, nous sommes passés à une posture de questionnement, à la recherche d'explications, de causes, de propositions, par une expression singulière qui commence à détruire certaines barrières. Ces barrières enlèvent au soignant paramédical de terrain le droit d'exprimer devant la collectivité, y compris médicale, son propre avis. Les sujets de discussion sont extrêmement variés : un malentendu, un retour à domicile, un groupe de parole pour enfants. Est-ce que cela nous concerne ? Non, s'il s'agit seulement d'en rester dans la limite de notre stricte activité sur la maladie, oui, si c'est la prise en compte de la santé du malade, dans sa dimension bio-psycho-sociale, qui nous pousse à nous exprimer. Cet appel au partage exige un engagement de la soignante à soigner son langage : justesse des mots, justesse des vécus, justesse des connaissances, qui démontre un désir de transformation. Soigner, c'est ressentir et penser ; c'est aussi une responsabilité pour éviter les maux qui nuisent au dialogue. Le danger serait que le groupe ne continue pas dans cette voie, en n'élevant pas la qualité d'analyse de son discours ou en commençant à donner de mauvais signes de lassitude. Le groupe décide, pour la prochaine fois, de réfléchir à la notion de deuil à partir des observations de chacune parce que c'est un phénomène commun à tous les malades. Nous prévoyons aussi de réfléchir sur la communication de mauvaises nouvelles aux malades ; une proposition de lecture est fournie : « *S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades* » (Buckman, 2001).

7.4. Les enjeux.

Qu'est-ce qui caractérise ce groupe après presque un an d'existence ? Les soignantes ont clairement annoncé dans leurs premières propositions le désir de dépasser la routine dans leurs soins. La routine permet une meilleure maîtrise d'un geste, d'un comportement, mais, en même temps, elle enferme dans un cadre qui refuse la nouveauté. La routine est une habitude insidieuse qui crée, tôt ou tard, perte d'intérêt et de motivation au travail ; la routine mène à la désubjectivation, c'est à dire à l'affaiblissement d'un sujet qui n'est plus capable d'agir car incapable de se penser et de s'engager comme acteur. La routine devient un frein pour gérer des situations inconfortables ; Argyris et Schön (1996, p. 140) avancent la notion de « *routines organisationnelles défensives* » : ce sont

« des actes et des politiques dont le but est d'empêcher les individus de connaître les situations de gêne ou de menace, tout en les empêchant, ou éventuellement, en empêchant l'organisation tout entière, de repérer les causes de la gêne ou de la menace, ce qui permettrait de corriger les problèmes en questions ».

De quelle routine parlons-nous ? De celle qui s'attache à un fonctionnement personnel aveugle devant la détresse des malades et timoré dans ses réponses ? De celle qui provoque un défaut de renouvellement de certains savoirs ? De celle qui touche à la gestion quotidienne des soins, à la vie d'une équipe, aux relations avec les médecins, à l'organisation ? Que faisons-nous de nos expériences si nous voulons échapper à la routine ?

Le groupe de réflexion met l'accent sur des situations quotidiennes qui relèvent du renseignement (Lani-Bayle, 2006, p. 129) ; elles présentent, cependant, le risque d'être considérées comme allant de soi. La routine nous empêche de différencier ce qui relève du normal et ce qui relève de l'extra-ordinaire en ramenant toute l'activité à des gestes répétitifs. Dans les histoires cliniques présentées, ont émergé des appréciations, des attitudes, des décisions, des intentions, des questions éthiques, qui sont au contraire à chaque fois particulières face à des situations plus ou moins complexes, jamais routinières, demandant le discernement du soignant. La vérité au malade, le consentement du malade, la place de la famille, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, appartiennent au processus de décision médicale et constituent les premiers sujets de réflexion significatifs ; d'autres ont suivi : l'interrogation des cadres, un espace de réflexion, l'expression du paramédical, la prise en charge de la douleur, la formation de service, le retour à domicile, un groupe de parole pour enfants. A partir de là des thèmes émergent : la communication entre soignants, l'identité professionnelle des paramédicaux, l'accompagnement, un espace de réflexion.

Le relevé des différentes thématiques permet d'avancer l'idée suivante : le sens ne peut être produit que par les acteurs qui se questionnent à partir de leur récit d'expérience et en tirent un enseignement (ibid., p. 129). *« Questionner, c'est faire le pari d'un saut dans l'inconnu. Le contraire de la problématisation, c'est la routine ou l'explication par la tradition ou l'habitude. Dire que la réalité est problématique n'est pas seulement souligner qu'elle est ce sur quoi on s'interroge. Sans questionnement, il n'y a pas de construction de la réalité »* (Paul, 2016, p. 205). La posture de questionnement s'enrichit d'interprétations.

Dépasser la routine dépourvue de signification pour s'ouvrir à des actes porteurs de sens, c'est ouvrir sur la création de l'inédit.

Ces premières réunions ont été une prise de conscience de l'immense champ qui s'ouvre devant les participantes pour aborder tous les aspects connus ou insoupçonnés de l'accompagnement ; mais des questions restent en suspens : à quelles conditions exprimer tout ce vécu ? Les soignantes sont-elles en mesure de passer de la description d'expériences à une réflexion sur celles-ci qui témoigne d'une véritable recherche de transformation ? La formation des soignantes leur permet-elle d'accéder à ce statut ? Ce groupe peut-il avoir une influence auprès des collègues ? Auprès de l'organisation ? Comment ce groupe, qui cherche sa voie, peut-il se maintenir dans la durée et remplir sa fonction d'espace de réflexion ?

7.4.1. Une insuffisance de formation.

Sans doute, chaque participante est mue par un sentiment d'insatisfaction qui demande à être éclairci et par l'espoir de dépasser cette impuissance. Comment s'impliquer dans un service alors qu'on peut avoir l'impression que rien ne nous y aide ? Pas de temps de parole institué, pas de staff pluridisciplinaire régulier, pas de lieu d'échange officiel à l'intérieur du service pour créer un mouvement et un brassage d'idées, pas de véritable bibliothèque de service, pas d'abonnement permanent à une revue professionnelle ? La formation initiale ne représente au mieux qu'une initiation, de plus en plus discrète dans la mémoire des soignants au fil des années. Après avoir duré deux années et demi, la formation initiale infirmière dure 3 ans depuis 2009 ; elle se prépare dans des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et s'inscrit dans la réforme LMD (Licence-Master-Doctorat). A côté des sciences biologiques et médicales, des sciences et techniques infirmières, les enseignements théoriques accordent une place de plus en plus importante aux sciences humaines et sociales de façon à acquérir plusieurs compétences : accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, communiquer et conduire une relation dans un contexte de soin, analyser la qualité des soins, évaluer une situation clinique. La formation se révèle très vite insuffisante si l'on considère la complexité de la réalité du terrain ; la formation initiale reste lacunaire et limitée, même si elle prépare aussi bien que possible au métier.

La compréhension du soin n'est pas la vérification d'une théorie mais il s'agit d'y faire appel pour que la compréhension avance. La recherche de sens résulte de lectures post-

étudiantes sans lesquelles il manquerait aux soignantes de nombreuses notions en sciences sociales et humaines pour penser l'action. Une réflexion sur les soins infirmiers se réalise par une synthèse entre le terrain et une rencontre avec des textes particulièrement éclairants. Cependant, comme nous l'avons dit, aucune théorie ne peut dicter la marche à suivre.

Quant à la formation continue, si son utilité ne peut être remise en cause, son efficacité peut certainement être améliorée. Les formations dans le domaine relationnel ne manquent pas mais sont-elles toujours reliées à la pratique ? Certes, c'est au soignant de prendre l'initiative de rapprocher ces savoirs avec leur pratique. Pour avoir très largement profité de ces formations spécifiques, elles m'ont le plus souvent paru généralistes, orientées vers la transmission scolaire de théories au détriment des corrélations nécessaires avec le vécu de soignant. C'est ainsi que, de 2003 à 2008, notre cahier de formation n'a jamais proposé de réflexion sur les concepts infirmiers, les différentes écoles de pensée infirmière, la recherche au service de la pratique, l'auto-formation, les communautés de pratique, tout ce qui peut créer des liens concrets et à notre portée entre la pensée infirmière et les différents champs d'activités infirmiers, au nom d'un savoir expérientiel.

« Ecart grandissant entre la formation et la pratique, collaboration interprofessionnelle et complexité des soins ne sont que quelques-uns des points soulevés pour inciter la profession à une transformation majeure. Si la pratique infirmière est la raison d'être de la profession, la formation, quant à elle, est le moyen de préparer les professionnels à exercer cette pratique avec compassion et justesse, et de façon sécuritaire. Nous soutenons que le changement en profondeur doit passer par une formation inspirée de la pensée infirmière. En effet, les savoirs fondamentaux (...) offrent aussi une ligne directrice pour la structure des programmes de formation (...) Nous affirmons également que le changement doit passer par une approche éducative cohérente avec la pensée infirmière qui soutient le développement professionnel, et ce, tant en formation initiale qu'en formation continue et avancée » (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010, p. 153).

Si la formation continue existe bel et bien et reste une vraie ressource, une ressource utile et sans nul doute enrichissante, encore faut-il pouvoir y accéder ! En se différenciant des formations traditionnelles, qu'apporte de nouveau un espace de parole entre pairs ? Si l'on prend l'exemple des soins palliatifs, un groupe de réflexion peut être en capacité de jouer un rôle indéniable, comme le décrit le rapport Sicard (2012).

Différents plans publics, rapports et circulaires (2002, 2005, 2008) soutiennent le développement des soins palliatifs, notamment en favorisant une meilleure formation des professionnels et l'information du grand public. Parmi ces travaux, le rapport de la « Commission de réflexion sur la fin de vie en France » a été remis par le professeur Sicard au président de la République en décembre 2012. Pourquoi cet énième rapport ?

« De nombreux travaux d'envergure nationale se sont succédé afin d'analyser les conditions du mourir en France et de proposer des axes d'amélioration. Tous ces rapports faisaient le constat d'un certain déni de la mort en France. Ils attestaient d'une piètre qualité du mourir, y compris dans les structures de soins. Ils soulignaient une méconnaissance et un manque d'application de la loi, une insuffisance de développement des soins palliatifs et une carence de formation des soignants » (Mallet et Jacquemin, 2013, p. 53).

En étudiant ce rapport, ces deux auteurs (ibid., p. 53-90) évoquent bien des défaillances : les médecins qui n'abordent pas les questions de fin de vie, l'hôpital tourné vers la technique et l'action curative, la loi de 2005 méconnue par les professionnels et qui n'offre que des réponses partielles, les acteurs de soins palliatifs qui n'écoutent pas les demandes d'euthanasie. Les citoyens ont intégré les possibilités médicales de prolongation artificielle de l'existence. Ils se disent inquiets sur la qualité et le sens de ce temps vécu. D'une manière générale, la réflexion éthique sur la pertinence d'utiliser ou non certains traitements prolongeant l'existence est limitée. La méconnaissance de la loi par tous les acteurs et l'insuffisance d'application de la loi sur la fin de vie sont soulignées. En ce qui a trait aux décisions de limitation et d'arrêt des traitements lorsque la personne malade ne peut s'exprimer, la loi impose au médecin une délibération sous forme de consultations des soignants et d'un autre médecin. Cette procédure collégiale ne semble pas entrée dans les mœurs puisque l'équipe soignante n'est consultée que dans environ 30% des cas. La loi se révèle insuffisamment appliquée et, de plus, elle est loin de répondre à chaque fois au vécu de la personne malade. Le constat des auteurs est catégorique et rappelle le but de la formation.

La loi n'est pas tout, elle est à comprendre dans ses visées et non comme une procédure à appliquer : elle invite plutôt à dialoguer avec le patient sur son devenir et ce qui semble faire sens ou non pour lui ; c'est une parole partagée et beaucoup reste à faire. La commission Sicard insiste sur le rôle de levier que pourrait jouer la formation prodiguée à tous les professionnels de santé. L'objectif n'est pas seulement le renforcement de la

formation en soins palliatifs ; c'est aussi le développement d'une réflexivité continue sur les pratiques soignantes en s'appuyant sur les sciences humaines et sociales. La formation gagnerait à s'extraire d'une focalisation excessive sur une compétence techno-scientifique pour favoriser conjointement des compétences relationnelles, éthiques, coopératives, nécessaires à la pratique actuelle dans sa complexité.

Parler de formation en soins palliatifs, c'est revenir sur deux insuffisances majeures : le manque de connaissances dans les domaines législatifs, éthiques, déontologiques, philosophiques ; l'absence de moments dédiés au partage de ces connaissances et aux débats. Ces deux insuffisances sont liées car le dialogue se nourrit d'arguments étayés par un savoir que l'on possède, que l'on partage et que l'on acquiert. Qu'une première aide-soignante de notre service débute en 2007 un diplôme universitaire en soins palliatifs est un acte symbolique : chaque soignant est appelé à participer, de sa place, à l'accroissement des compétences. Mais cet appel a une contre-partie : l'engagement des paramédicaux à s'exprimer avec d'autres pairs autrement qu'en pointant du doigt le manque de dialogue avec les chirurgiens ! Revendiquer une prise de parole suppose un travail de réflexion qui permet de ne plus être simplement un exécutant mais un soignant qui propose. Si des soignants veulent engager le débat, un champ immense s'ouvre devant eux qui permettra d'enrichir leur action et par là même leur profession.

7.4.2. Un espace à inventer.

Quelle est la vocation du « groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs » qui est à inventer totalement ? La dénomination « groupe de réflexion », ni staff, ni groupe de parole, ni débriefing, ni supervision, ni groupe Balint, est apparue comme l'expression adéquate : elle caractérise, d'une façon générale, un ensemble de soignants dont le seul but est de mettre en commun leurs pensées ; sage précaution, en n'imposant pas un cadre trop strict ou trop ambitieux. D'ailleurs, comment aurait-il été possible de dénommer ce rassemblement de soignantes plus simplement et plus clairement, alors qu'aucune participante ne connaissait les démarches académiques comme les entretiens le montreront. C'est ce qui fait l'originalité de ce groupe de réflexion : son côté non académique de s'intéresser à l'activité individuelle et collective en libérant la parole.

Cette expression « groupe de réflexion » recouvre une pratique qui existe déjà dans le monde infirmier. On retrouve cette méthode, par exemple, en majorité dans certains Instituts de Formation en Soins Infirmiers : le groupe de réflexion ou groupe d'analyse de la pratique valorise l'expérience vécue par l'étudiant (Balas-Chanel, 2013). Le groupe repose sur l'analyse de situations professionnelles étudiées au sein d'un ensemble de pairs animé par un formateur infirmier et un tuteur de stage. La méthodologie est à orientation réflexive pour s'enrichir des erreurs commises, déterminer des limites et les faire reculer, savoir réagir face à des situations nouvelles. La création d'un espace de délibération doit amener progressivement les futurs professionnels à élargir leur cadre de référence de la pratique soignante en y intégrant d'autres dimensions que la gestion technique. C'est aux paramédicaux qu'il revient d'aborder la question de l'intégration des savoirs de la recherche aux savoirs de leur pratique. Le modèle coopératif nécessite une culture commune dans un climat d'échanges indispensable pour mener à terme un projet d'équipe. Il fallait donc une convergence suffisamment évidente entre les besoins d'expression des participantes au groupe et une telle approche pour que les soignantes s'approprient naturellement cette démarche, alors que tous les membres du service chirurgical baignent dans un environnement transmissif et prescriptif.

Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale se distingue pourtant des groupes d'analyse de la pratique : aucun formateur n'en assure l'animation. Cette responsabilité aurait pu être confiée à un cadre mais les cadres concernés se tenaient volontiers à l'écart : était-ce pour laisser la parole circuler librement ? Était-ce parce qu'ils s'étaient aperçus, au fil du temps, du sens des responsabilités des participantes ? Était-ce par manque de temps ? Était-ce pour toute autre raison ? Il nous suffisait de savoir qu'ils étaient invités, qu'ils recevaient les comptes rendus, qu'ils pouvaient en parler avec les soignantes de leur service respectif, pour ne pas chercher à en savoir plus. Seule la cadre supérieure est venue assister à 8 réunions, jusqu'en février 2007, avant de quitter le service ; malgré son assurance qu'un cadre d'unité la remplacerait, aucun cadre par la suite n'a jugé utile de participer. Pourtant leur présence a été sollicitée puisque les membres du groupe considéraient l'accord et le soutien de la hiérarchie comme un élément indispensable du travail collectif. Toutefois, le groupe, malgré des hauts et des bas, ne s'est jamais désuni : cette ambiguïté entre reconnaissance et mise à distance a atteint les participantes sans les décourager. Le terme de conflit qualifie ce genre de désaccord qui ne donne pas lieu pour autant à un combat.

En préambule de notre onzième réunion, la cadre supérieure envisageait la possibilité d'obtenir l'intervention, permanente et non plus ponctuelle, d'une psychologue dans nos unités en adressant sa demande au directeur des ressources humaines. Celle-ci aurait un rôle auprès des patients et du personnel. Ce projet d'avoir une psychologue disponible n'aboutira pas.

A la réunion de mars 2008, la cadre supérieure fera une dernière et brève apparition avant son départ de l'hôpital pour délivrer ce message (extraits du compte rendu du 11/02/2008) :

« Elle encourage le groupe de réflexion à continuer dans cette voie. Ces rencontres lui paraissent nécessaires pour enrichir la connaissance et la pratique des soins infirmiers. C'est aussi un lieu qui doit rester une possibilité, parmi d'autres, de ressourcement pour les soignants régulièrement confrontés, auprès de patients atteints de maladie grave, à un difficile cheminement au quotidien » .

Ce groupe de réflexion occupe donc une position marginale sécante dans l'organisation et cette reconnaissance reste précaire. Pourtant, ce groupe ne se veut pas un simple moment d'échanges autour d'un café, comme certains ont pu le penser au départ. C'est une démarche qui vise à mener une véritable analyse de la pratique, certes sans formateur dès le départ, ce qui a pu laisser croire à un travail non formel, voire informel, mais sympathique, sans souci de réflexion approfondie. Savoir-faire et faire savoir : le « groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs » a été officialisé par sa présentation en juin 2005 à un Conseil de service. Ce dernier est régi par le Code de la santé publique (article L 6146-2). Dans chaque service ou département, un Conseil de service a, notamment, pour objet :

- de permettre l'expression des personnels ;
- de favoriser les échanges d'information ;
- de participer à l'élaboration du projet de service et du rapport d'activité ;
- de faire toute proposition sur le fonctionnement du service.

Le Conseil de service est constitué, selon l'importance du service, soit des personnels médicaux et non médicaux, soit des représentants des unités fonctionnelles. Devant une assistance composée de cadres, de représentants médicaux et paramédicaux constituant le Conseil de service de chirurgie viscérale, trois participantes du groupe de réflexion ont donc expliqué les objectifs actuels qui les réunissaient avec d'autres et le mode de fonctionnement

qu'elles avaient peu à peu développé. Les chirurgiens étaient représentés par l'un des leurs dont l'accueil a pu étonner. En effet, le médecin a considéré que la réflexion engagée dans le groupe relevait du « *bavardage philosophique* » (sic) plus que d'un acte strictement professionnel relié à notre rôle propre. Sans doute ce chirurgien attendait-t-il que nous soyons de sages exécutants de ses prescriptions. Peut-être refusait-il à nos concepts du quotidien, tournés vers la simplicité et le concret, le sens accordé à ses concepts scientifiques et abstraits ? On peut penser que ce chirurgien n'a pas été convaincu de la pertinence de notre initiative, notamment parce que la particularité de ces moments de réflexion est d'être promue par des paramédicaux et non par l'organisation, ce qui peut créer doute et suspicion dans un univers très hiérarchisé. Cet environnement très hiérarchisé explique-t-il l'absence des médecins durant cinq ans ? Ou faut-il y voir d'autres raisons : une charge de travail importante et éprouvante ? Le monde médical se prête-t-il mal à ce type de démarche ? Les médecins se heurtent pourtant aux mêmes obstacles que les infirmières et aides-soignantes : peur de ne pas être à la hauteur, peur des réactions émotionnelles, culpabilité de ne pouvoir sauver la vie, anxiété à l'annonce de mauvaises nouvelles. Il y a une collaboration complémentaire à développer, un rapprochement à construire ensemble. Cette absence médicale est dommageable à la vie de l'équipe, notamment quand il s'agit de débattre sur les décisions affectant des patients atteints de maladies graves.

Le groupe défendait le point de vue d'un apprentissage construit en grande partie par le soignant lui-même et non comme le fruit unique d'un enseignement imposé de l'extérieur. C'est une position qui repose sur un engagement à mettre en avant le questionnement personnel. La pratique se construit en prenant le risque d'expérimenter et d'explicitier. Tous les soignants ne sont pas forcément d'accord avec cette position qui s'écarte des procédures habituelles. Il ne s'agit pas de faire bande à part, comme nous l'avons entendu, puisque les soignantes tendent à s'inclure sans réserve dans la vie de l'hôpital. C'est pourquoi la dixième réunion (extraits du compte rendu du 12/10/05) a eu lieu dans la salle de documentation de l'Unité mobile de soins palliatifs du centre hospitalier. Cette salle est à la disposition de tout soignant aux heures ouvrables. Ce rappel est utile car très rares sont les professionnels à s'y rendre. Il est possible de consulter et d'emprunter des livres, des vidéos ainsi que des mémoires de diplôme universitaire en soins palliatifs. Les mémoires représentent une source d'informations enrichissantes car, écrits par des soignants pour des soignants, ils traduisent les

réussites et les difficultés rencontrées dans l'exercice des soins palliatifs, en tentant d'apporter des explications et des solutions concrètes ; ils sont un exemple d'analyse cherchant à approfondir la pratique et une source d'inspiration pour nos comptes rendus. Un compte rendu de nos réunions était d'ailleurs envoyé régulièrement à cette équipe dont le rôle d'équipe ressource apparaissait nécessaire.

La venue de bénévoles spécialement formés aux soins palliatifs a été évoquée en réunion. (Extraits du compte rendu du 08/10/2007) « *La présence de bénévoles suscite des interrogations sur leur rôle : quelle étendue et quelles limites ? Qu'apporte le bénévole, par son écoute, alors que le soignant exerce déjà une relation d'aide ? Pour certains, ce travail interdisciplinaire ne peut être que riche de coopération (...)* La présence de bénévoles exige une réflexion en profondeur et l'analyse des modalités sur lesquelles se basent ces échanges s'avère une nécessité. C'est pourquoi, la rencontre avec des bénévoles constituerait une étape préliminaire incontournable, avant toute décision définitive d'ouverture du service à des personnes non-soignantes ». Alors que des contacts avaient été pris, donnant lieu à des informations précisant leur rôle et diffusées dans les comptes rendus, le projet s'est arrêté avec le départ de la cadre supérieure.

Après un moment de stupeur qui aurait pu arrêter l'élan de ses débuts, le groupe a voulu que cet événement négatif du Conseil de service incite les soignantes à développer mieux et plus leurs savoirs d'expérience. Beaucoup d'approximations entourent les savoirs d'action infirmiers chez certains médecins mais aussi chez des soignants. La rencontre avec des soignantes ayant vécu cette expérience de pratique réflexive en chirurgie viscérale, lors des entretiens, permettra de préciser la réponse à notre sujet : à quelles conditions et pour quels bénéfices un espace collectif de parole, dans les structures de soin, participerait-il à une aide cognitive et émotionnelle pour les soignantes lorsque celles-ci sont confrontées à des situations humainement difficiles ? Si des soignantes s'écartent du chemin habituel d'apprentissage, qu'est-ce qui les rend insatisfaites ? Les soignantes trouvent-elles dans ce groupe une richesse qui peut leur manquer dans des formations conventionnelles ? Comment voient-elles le rôle du groupe de réflexion qui s'instaure ? Est-ce un lieu facultatif puisqu'il n'existait pas auparavant ? Quelle place peut-il prendre dans l'organisation ? L'absence d'animateur désigné a-t-elle été un handicap ? L'institution devrait-elle soutenir et développer

ces lieux, dans un souci de professionnalisation ? Telles sont les premières questions qui surgissent et qui obligent les participantes à prendre position pour elles-mêmes mais aussi face à leurs collègues, face à la hiérarchie. Après une année de fonctionnement comme une mise à l'épreuve, une autre question s'impose très vite : qu'est-ce qui contribue à la vie d'un groupe de réflexion ? L'une des clés est peut-être d'utiliser un mode de fonctionnement original qui suscite l'intérêt : nous allons présenter deux réalisations, le compte rendu et le recours à d'autres formes d'expression comme le livre, le film.

Rappel : la formation débutée en octobre 2003 a montré le chemin à quelques soignantes qui ressentaient le manque de ces moments où chacune peut s'exprimer sur son vécu professionnel, ses difficultés comme ses satisfactions. La constitution d'un groupe de réflexion étonne dans un environnement transmissif et prescriptif inhabitué à ce genre d'initiative. Ce lieu d'échange entre pairs visait à montrer l'image d'une praticienne désireuse de réfléchir sur sa pratique, et non pas seulement exécutante, capable de questionner et de formaliser son expérience dans un souci de professionnalisation. Le groupe défend le point de vue d'un apprentissage construit en grande partie par la soignante elle-même et non comme le fruit unique d'un enseignement imposé de l'extérieur. 23 comptes rendus sont ainsi nés de 23 réunions.

8. L'écriture du soin dans les comptes rendus.

L'écriture est à la portée de chacun. La professionnelle soignante n'est pas la seule à utiliser la page blanche dans le milieu hospitalier. Le malade s'en empare et chaque groupe de mots fait soudain un peu plus de sens. Si la maladie est un non-sens pour le patient, cela est aussi vrai pour la soignante. Nous allons voir qu'écrire sur le soin devient alors la possibilité de révéler toutes les dimensions, cognitive, affective, du soin réel : ces écrits ont valeur de témoignages, au plus près des faits, et de questionnements, au plus près de la singularité des situations rencontrées. La lecture, l'audio-visuel participent à enrichir les interprétations de ce que nous appellerons les comptes rendus. Ces derniers disent que l'un des moyens d'améliorer le rôle relationnel reste la réflexivité de soignantes communiquant entre toutes les participantes à la relation de soins, qui s'aventurent dans un espace de parole.

8.1. Les comptes rendus instruments de réflexion.

Les écrits des malades peuvent montrer le chemin pour dire et interpréter le vécu. Il existe, en premier lieu, une écriture professionnelle présente dans ce que les soignantes appellent le dossier de soins, dont le but est d'assurer la continuité des soins : ce dossier nominatif trace les soins techniques et les différents traitements, témoigne de la diversité des intervenants, à la recherche de l'efficacité des soins et de la sécurité des malades. C'est le principal outil d'information sur les patients, à côté du dossier médical. Le dossier de soins comporte des renseignements infirmiers sur le comportement du malade, sur le respect des prescriptions remplies par les médecins, sur les actions infirmières. Si les aspects techniques des soins y sont représentés par nécessité, il est beaucoup plus difficile d'y trouver les aspects psychologiques présents chez les patients. En effet, la technique prend une place de plus en plus importante au point qu'elle peut masquer l'écriture de la dimension relationnelle du soin. De plus, la rédaction de ces dossiers répond à des exigences contraignantes : le support papier ou numérique oblige à un important travail d'écriture qui doit rester compatible avec le peu de temps à disposition de la soignante ; le contenu suit une organisation prédéterminée, donnée-action-résultat, pouvant limiter toute digression réflexive. Même s'il est souvent l'affaire des infirmières et des aides-soignantes, cet écrit est une œuvre collective puisque plusieurs

auteurs y contribuent (médecin, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute) et dialoguent entre eux. Selon Friard (2016),

« Signalements, prescriptions, instructions, sont des actes de langage qui charpentent l'activité infirmière et accomplissent un travail d'articulation central. De la fiabilité de leur transmission dépend la sécurité du travail thérapeutique (...) Pourtant leur seule présence ne suffit pas à en assurer l'efficacité (...) L'écrit infirmier ne se limite pas à ces fonctions d'information à court terme, de feed-back et de traçabilité. Il est aussi le premier temps d'une mise à distance par rapport à ce qui s'est vécu et échangé dans un soin, et temps thérapeutique lui-même. Nous postulons que toute clinique se constitue à partir de l'observation et de l'écoute mais également à partir de l'inscription de ce qui est observé, entendu, partagé par le soignant et le soigné. Dans ce premier temps du soin, le soignant découvre le patient ».

Le dossier de soins est un outil indispensable qui ne demande qu'à être perfectionné. Il rencontre des limites liées à sa qualité de moyen d'information plus que de communication, il va droit au but avec un souci d'efficacité qui contraint la réflexion. A mesure que la pratique devient répétitive et routinière, la praticienne rate des occasions de penser à ce qu'elle écrit et de changer sa manière de faire. Ecrire sur le soin autrement qu'en rendant compte, c'est prendre le risque de donner un autre image du soin que celle qui est attendue.

Ecrire sur le soin, c'est révéler toutes les dimensions, cognitive, affective, du soin réel. Avant tout, il s'agit bien de décrire la réalité vécue et de la comprendre. Dans cet aller-retour pratique-théorie-pratique, il s'agit de savoirs qui partent de la pratique, la formalisent et reviennent à une pratique dite réfléchie pour en prendre conscience et la modifier ; les savoirs professionnels ont besoin d'un texte qui les rend réels et identifiables. Il faut reconnaître qu'il existe une réelle difficulté à laisser la soignante, prise par l'action, s'appropriier par elle-même le processus d'analyse de sa propre pratique. De plus, les soignantes n'ont pas toutes les mêmes modes d'accès au savoir : certaines soignantes sont peu attirées par les échanges conceptuels et se réfèrent avant tout à l'action, d'autres attendent un apport de concepts. C'est pourquoi, c'est le groupe de réflexion qui mène l'analyse et le compte rendu doit jongler entre la fidélité au jeu des interactions dans l'inter-locution et le déplacement vers l'inter-textualité qui concerne les relations avec les auteurs académiques. L'écriture n'est pas seulement un moyen de s'adresser aux autres pour dialoguer, c'est aussi un moyen pour clarifier, ordonner,

enrichir, structurer une pensée. Parce qu'elle oblige à chercher l'expression juste, l'écriture présente une cohérence supplémentaire ; l'écriture contribue à la compréhension par son côté argumentatif. La soignante acquiert par cet exercice une plus grande capacité à mettre à distance son savoir, ses affects, pour mieux les appréhender. Au-delà de rendre compte de l'application des prescriptions, l'écriture infirmière a la possibilité de mentionner tout ce que dit ou fait le personnel infirmier et qui relève de sa propre initiative. Peut-on alors réfléchir sans passer par l'écriture ? Cet écrit ne clôt pas la parole, il la suscite au contraire en remettant en cause les convictions personnelles.

Le dossier de soins n'est donc pas le seul travail d'écriture possible. Devant la richesse des échanges et pour partager leur enthousiasme, l'idée de comptes rendus, appuyés sur des études cliniques, s'est spontanément imposée aux soignantes. Il sera important d'expliquer en quoi ce passage en toute transparence est significatif d'une nouvelle posture aux yeux des soignantes : il s'agit d'une conception sociale du discours offrant un autre espace de dialogue. Cela permet éventuellement d'en discuter avec des collègues et, ainsi, d'améliorer collectivement la pratique. Ecrire, c'est vouloir accéder au savoir et se révéler de mieux en mieux capable de le dire, grâce à la réflexivité : c'est à la fois une pratique professionnelle révélatrice du travail réel et une contribution à la professionnalisation en développant et en enrichissant l'exercice du métier. Cet écrit peut, en effet, permettre de passer de la réflexion à la réflexivité. Pour Donnay et Charlier (2008, p.60-61), la réflexion ne fait que refléter la réalité, ce qui est fréquemment le cas du dossier de soins. La réflexivité correspond à l'idée de retour de la pensée sur elle-même, elle est une réflexion sur la pensée, elle peut mettre en doute la réflexion. Ces deux significations doivent être utilisées simultanément pour comprendre le processus d'innovation que représente, toute raison gardée, le « groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en chirurgie viscérale » en promouvant, notamment, ce travail d'écriture. Nous y reviendrons.

L'écriture est une activité complexe que Cros (2009, p. 43) définit « *comme processus ayant pour effet de laisser une trace sur un support à des fins de communication soit pour soi-même soit pour autrui* ». Ecrire pour garder des traces lorsqu'arrive un jour où il est possible de revenir sur un cheminement, comme c'est le cas pour ces comptes rendus relus à plus de dix années d'intervalle. Revenir sur ces écrits, pour la première fois, est essentiel pour démarrer la démarche critique. Se souvenir avec un long recul donne un regard moins précis

mais aujourd'hui, si l'émotion est moins vive, l'œil s'avère plus critique, plus aiguisé. Il ne s'agit pas seulement de porter un regard sur les idées exprimées mais aussi de retracer le cheminement d'une pensée qui prend le risque de s'autoriser à écrire. En divulguant ces pensées, n'était-ce pas révéler un langage ordinaire, considéré comme inférieur, souvent impuissant à expliquer le réel ? Ces connaissances ne se limitaient-elles pas à des bribes de savoir ? Mais l'objectif était-il de trouver l'idée de génie ? Ou tout simplement de s'écarter un peu des chemins habituels ? Intuitivement ces professionnelles savaient peut-être que la peur de manquer de langage n'avait pas vraiment de sens dans un contexte où le groupe s'adressait autant à la sensibilité des acteurs qu'à leur raison :

« J. Schlanger fournit une contribution intéressante avec le concept de « sens inventé ». Pour elle, l'idée nouvelle apparaît dans une différence, si minime soit-elle, qui s'est intégrée en modifiant partiellement le sens antérieur. Démystifiant une vision de la recherche qui en fait un surgissement, un déclic ou une illumination personnelle, ce point de vue en fait apparaître au contraire sa dimension rationnelle, laborieuse et sociale » (Aumont et Mesnier, 1995, p. 110-111).

C'est la particularité de ce qu'on appelle les « métiers de l'humain » que de se confronter à des situations complexes où le savoir scientifique ne peut fournir qu'une partie de la réponse. Les soignantes pressentaient que la richesse de leurs réflexions dépendait avant tout de leur intelligence pratique à décrire les situations et à proposer des clés de compréhension, en laissant le lecteur réaliser le caractère complexe et multiple d'une réalité représentée par différents discours possibles. La distinction entre expliquer et comprendre peut nous aider à mieux appréhender cet enjeu. L'explication nous enferme dans une recherche sans fin et hasardeuse des causes tandis que la compréhension ouvre le sens des possibles dans ce que dit le sujet ou dans ce qui s'échange dans le groupe. La voie compréhensive s'avère stimulante pour construire une suite. Néanmoins, comme nous l'avons souligné, il serait dommageable de s'en tenir uniquement à des appréciations qui relèvent du sens commun et d'une évidence parfois trompeuse. Comment ne pas tomber dans des commentaires remplis de banalités ou de redondances ? Sans doute en acceptant de recourir à des lectures, des auteurs permettant de vivre une certaine altérité.

Le compte rendu permet de réfléchir, à tête reposée, avec le nécessaire recul. Il touche des soignants non participants aux réunions mais intéressés. Le texte reprend le contenu des

réunions qui, au bout de quelques rencontres, se sont déroulées toujours de la même façon : tout d'abord, sont présentées des informations diverses (conférences, livres, films), suivies par un partage de réflexions sur des accompagnements qui ont été marquants. J'ai été rapidement chargé par mes collègues de rédiger ces comptes rendus, au nombre de 23 soit 151 pages, d'un format serré pour limiter le nombre de pages photocopiées à distribuer aux soignants des unités qui en sont demandeurs. J'ai accepté cette charge, à la fois comme l'opportunité de transformer ma propre perception de l'expérience quotidienne et comme un défi lourd de travail et de conséquences. Les savoirs d'action présentés dans ces comptes rendus sont le résultat des synthèses développées de façon rétrospective à la suite des réunions. Les écrits reviennent sur des moments spécifiques de l'activité quotidienne retenus en raison de leurs particularités dans le but de les expliciter. Cette démarche de réduction ne vise pas à simplifier la réalité mais à mettre à jour la question d'un sens explicite et implicite.

« Il est de toute première importance au plan méthodologique d'avoir conscience qu'il est toujours possible de faire émerger à la conscience réfléchie rétrospective plus d'informations que ce que je crois en posséder, dans la mesure où il m'est toujours possible rétrospectivement de déplacer mon rayon attentionnel et prendre pour thème des aspects de mon vécu vers lesquels je n'étais pas tourné de façon prioritaire au moment où je les ai pourtant vécus » (Vermersch, 2001, p. 24).

En tant que rédacteur unique des comptes rendus, je fais obligatoirement, consciemment ou non, des choix épistémologiques, éthiques qui n'engagent que ma sensibilité. Cependant régulièrement, je suis retourné valider des éléments d'interprétation auprès des personnes concernées, solliciter des commentaires, des explications, avant de poursuivre sereinement un long travail de reproduction et de différenciation. Si ces informations recueillies relevaient un tant soit peu de la manipulation, la sanction tomberait bien vite par la désapprobation de soignantes que je croise chaque jour. Pendant la réunion, je prends un maximum de notes de façon à faire confiance à ces traces plutôt qu'à mon imagination. L'écriture commence tout de suite après la réunion, sans délai, pour rester fidèle au message délivré. Ma seule ambition est d'être un porte-parole pour promouvoir une pratique réflexive et co-constructive respectueuse de l'authenticité des propos. Ma première responsabilité consiste donc à reproduire fidèlement nos conversations en les reformulant du style oral au mode écrit : c'est la transcription. Mon deuxième travail me permet, par

déconstruction, de mettre en ordre le discours, d'opérer un classement d'idées parfois décousues, de reconnaître des thèmes et donc de réaliser un écrit le plus cohérent possible. Cet écrit se présente sous la forme d'une reconstitution synthétique du discours collectif. Enfin, je tente parfois d'apporter quelques précisions théoriques, par un exercice de recherche à travers des ouvrages. Mon rôle consiste moins à transmettre un savoir qu'à détecter, au milieu des situations vécues, le moment où des commentaires peuvent aider à avancer dans la compréhension, à prendre confiance dans notre capacité à décrire nos savoirs d'action. Mais ces commentaires, les plus concis possible, ne peuvent venir qu'en seconde main, en complémentarité, par petites touches.

Alors que les premiers comptes rendus étaient réservés aux soignantes présentes aux réunions, chaque participante a donné son assentiment pour leur diffusion limitée, sauf raison exceptionnelle, à notre service, en respect de la règle de la confidentialité et du secret professionnel ; ainsi, l'équipe mobile de soins palliatifs, extérieure, recevait un exemplaire. En 2008, le nombre de comptes rendus distribués sur demande avoisinait les cinquante parmi la petite centaine de soignants répartis sur quatre secteurs. Les soignants les attendaient, certains les réclamaient de peur d'être oubliés. Une inquiétude concernait le principe de confidentialité à partir du moment où des comptes rendus ont commencé à être distribués : la première règle du vivre en complète sécurité voudrait que rien de ce qui se dit ne doit filtrer à l'extérieur de la salle de réunion. Cette règle absolue garantit le climat de confiance qui règne entre les participantes. N'y-a-t-il pas alors une contradiction éthique à retranscrire et diffuser des vécus subjectifs soumis à la confidentialité ? Etait-il approprié de transférer sur le papier les échanges oraux ? Le recours à ce type d'écriture n'a jamais été remis en question, chaque réunion a donné lieu au dévoilement de notre cheminement. Il n'était pas rare d'ailleurs que, lors d'une réunion, des soignantes prennent au vol des notes pour retenir certains acquis de ce travail collectif. Si l'un des buts de ces moments de réflexion est d'aboutir à des connaissances nouvelles et à des changements de pratique, chaque soignant peut être à même d'en être informé. Ce qui s'y dit fait écho à l'expérience de tous. Chacun peut se reconnaître dans les questionnements de ses collègues, peut prendre conscience de ce que la pratique réflexive d'un groupe provoque. Ce qui est confidentiel n'en reste pas moins partageable, avec l'accord de chaque membre du groupe de réflexion et en restant dans l'enceinte du service. J'ai longtemps hésité avant d'écrire et de diffuser ces comptes rendus, puis j'ai acquis

la certitude qu'il était indispensable de garder une trace écrite et donc partageable de nos réflexions soignantes.

Ecrire sur les situations professionnelles révèle plusieurs dimensions, en dehors de sa dimension cognitive : morale, institutionnelle, affective et éthique. Dans la dimension morale, la pratique est sous contrôle d'obligations et de prescriptions, c'est la déontologie. Dans la dimension institutionnelle, c'est l'analyse des conditions de travail qui prime. Dans la dimension affective, les émotions jouent un rôle important : pourquoi cette situation est-elle déstabilisante pour le sujet ? La dimension éthique consiste à interroger le sens que revêt l'action engagée. Pour Ricœur, le code est à la morale ce que le sens est à l'éthique (Abel, 1996, p. 40-41).

De la pensée de Fortin (1995, 2004), nous pouvons retenir la substance de ce qui constitue selon cet auteur le souci éthique : l'éthique se distingue de la morale en se référant à des valeurs plutôt qu'à des obligations. Ainsi, elle situe les décisions d'agir par rapport aux valeurs que nous devons mettre en pratique. L'éthique appliquée est une éthique dans laquelle la situation occupe la première place. Les questions éthiques y apparaissent toujours dans le feu de l'action, au cœur de la pratique, c'est à dire en situation. C'est dans une situation complexe - personnelle, institutionnelle et sociale - que se pose le choix d'agir. Il faut choisir une solution et la décision prise aura des conséquences sur soi, sur les autres et sur l'organisation. La question éthique s'énonce alors ainsi : est-ce la meilleure chose à faire dans les circonstances ?

L'écriture met à jour les quatre dimensions de l'activité. Moralement, je dois prendre soin de chaque malade, quelles que soient les raisons personnelles qui s'y opposent : divergences de points de vue, agacement, fatigue, désintérêt. Je dois être courtois, je dois aider le patient, je dois l'écouter, je dois l'informer. Dans le discours moral prévalent les lois, les règles, les normes, les règlements qui guident, orientent, encadrent l'action individuelle et collective. La morale porte sur l'action à partir d'une distinction du Bien et du Mal ; elle demeure un point de repère indispensable à la vie en société mais insuffisante face à l'incertitude des situations : comment dois-je, par exemple, dire la vérité à tel malade sans le blesser ? A quel moment ? La deuxième dimension concerne l'organisation : pourquoi le chirurgien ne vient-il pas répondre aux interrogations pressantes d'un malade qui va sortir ? Pourquoi l'institution ne forme-t-elle pas suffisamment les professionnels de santé aux soins

palliatifs ? La dimension affective et émotionnelle occupe une grande place dans tout métier consacré à l'humain. Face à la douleur, à la souffrance, à la mort, à la déchéance physique, le soignant est confronté à un intense travail émotionnel dont il n'a pas toujours conscience. On comprend facilement qu'une soignante puisse, à un moment donné, demander d'être remplacée parce qu'elle éprouve une grande difficulté à prendre soin d'une jeune maman en fin de vie. La manipulation qu'exercent certains malades suscitent des réactions irrationnelles : comment gérer ces situations fortes en émotions ?

Enfin, l'éthique se distingue de la morale : l'éthique peut être considérée comme une recherche d'un art de vivre, au delà des exigences de la morale. L'éthique nous aide à répondre à la question : comment vivre ? Agir éthiquement, c'est se comporter envers l'autre de manière à ce que l'activité garde tout son sens au regard d'une conception du métier dans laquelle on se reconnaît. Ainsi, la présence de malades de plus en plus âgés soulève parfois un problème d'hospitalisation déraisonnable. Quel est le sens d'une entrée dans un service de chirurgie chez une personne manifestement en fin de vie ? La question n'est pas de refuser un traitement utile mais de s'interroger sur une situation pouvant relever de l'acharnement thérapeutique : que veut dire s'obstiner à maintenir la vie au détriment d'une qualité de fin de vie, sans l'espoir d'un bénéfice même minime ? Comment dans ces conditions de faiblesse et de vulnérabilité du patient accompagner tout simplement, sans abandonner ?

« Mme R. (extraits du compte rendu du 12/10/2005) donne l'impression d'un refus de vivre. *« Son état est précaire depuis sa première hospitalisation. Actuellement, son visage est souvent inexpressif, elle parle très peu, mange, quand elle le désire, de minimes quantités, elle a une mobilité extrêmement réduite, elle est incontinente. Elle passe la plus grande partie de son temps au lit, sans activités, sans visites. Mme R. donne l'impression de refuser de continuer à vivre.*

Pour explorer son inappétence le médecin décide de pratiquer une laryngoscopie¹³ au lit de la malade. Le soignant, qui assiste pendant ce geste traumatisant, s'interroge : pourquoi cet acte chez une personne en fin de vie ? Pourquoi lui imposer un tel examen alors que son visage exprime la douleur ? On comprend aisément, toutefois, que le médecin veuille savoir si un obstacle empêche la malade de manger. Les bras de Mme R. n'en veulent plus

¹³ Introduction d'un tube souple par le nez ou la bouche pour explorer le larynx.

d'être piqués pour une énième prise de sang : l'infirmière du soir décide d'attendre le lendemain ; à cette nouvelle, la malade sourit.

Que faire quand une personne âgée refuse de s'alimenter ? Lorsqu'elle sera à nouveau « malade » dans sa maison de retraite, envisagera-t-on une nouvelle hospitalisation ? ».

Ce sont autant de questions qui amènent un soignant à réfléchir sur le sens de ses actes. Adopte-t-on la bonne attitude ? Une décision, issue d'un travail de concertation entre médecins et paramédicaux, faciliterait l'acceptation par les soignants des soins prodigués. Peut-on exécuter avec toute l'humanité nécessaire un geste qui nous semble, à tort ou à raison, déplacé ? Il est important que tout le monde sache ce que l'on fait et pourquoi on le fait.

« Tous les soignants le disent : lorsqu'ils comprennent le pourquoi des traitements, ils assurent plus sereinement leur mission d'accompagnement... Il faut être conscient qu'au sein d'une équipe tout le monde ne partage pas les mêmes points de vue sur le sens et la valeur de la vie qui reste à vivre, dès lors que la médecine ne peut plus guérir. Une discussion doit être possible, permettant l'expression des divergences éventuelles et la tentative d'harmonisation du regard et de l'attitude de l'équipe vis-à-vis de ce temps du mourir » (De Hennezel, 2004 a, p. 73).

Ces écrits, chargés de leur expérience, constituent la partie visible des savoirs en situation des soignantes et participent de l'analyse de la pratique : les lecteurs considèrent-ils que ces comptes rendus sont révélateurs de l'étendue du soin relationnel ? Le dévoilement de la parole, par l'écriture, contribue-t-elle pour une part à la construction de la professionnalisation ? Cette dernière passe-t-elle aussi par un détour, à savoir le recours à des auteurs, des lectures ? C'est la question qui sera traitée dans le prochain paragraphe.

8.2. Intégrer de nouveaux savoirs à l'action : la lecture, l'audio-visuel.

Trois exemples vont nous permettre d'illustrer que ces nouveaux savoirs sont à notre portée.

Le premier exemple nous est fourni par la sixième réunion (extraits du compte rendu du 08/02/2005) qui commence par une brève présentation faite par les participantes de leur choix de livres ou de films ayant trait au thème de l'accompagnement :

« le livre du Dr Chaussoy (2004), « Je ne suis pas un assassin », par le médecin qui a accompagné Vincent Humbert dans ses derniers instants ; le livre de Eric-Emmanuel Schmit (2002) « Oscar et la dame Rose », ou le dialogue émouvant d'un enfant, atteint d'une leucémie, qui rencontre une visiteuse bénévole ; le livre « les ressuscités » (Meyer et Kerdellant, 2004) permet à des personnes connues de raconter le combat qu'elles ont mené et gagné contre le cancer.

Le film « mar adentro » passe en ce moment sur les écrans et raconte la véritable histoire de Ramon Sampedro qui, devenu paraplégique à 25 ans à la suite d'un accident de plongée, revendique le droit de mourir après 28 ans d'immobilité forcée. R. Sampedro demande à la justice que soit respecté son désir de mourir. Sa requête, largement médiatisée au niveau national et international, est étudiée pendant plusieurs années, sans donner les résultats escomptés par le demandeur. En 1996, R.Sampedro publie ses écrits dans un livre retentissant, « Lettres depuis l'enfer ». Face au refus final des juges, il finit par obtenir l'aide de son entourage pour s'empoisonner au cyanure. Ce film ouvre, une fois de plus, le débat sur l'euthanasie. La demande de R.Sampedro est celle d'un suicide assisté. Le film renvoie inévitablement à l'affaire Humbert. Le réalisateur montre les différentes facettes du dilemme. Chaque personnage incarne les différentes solutions : refuser la mort, soulager les souffrances, accepter le deuil, aider à mourir. Le film permet de regarder la mort en face et pose la question du cadre légal. Un D.V.D. du film est à la disposition des soignants et il commence à circuler ».

La lecture, comme la vision d'un film, sont une bonne entrée en matière pour lancer les commentaires des membres du groupe.

Deuxième exemple : des extraits du compte rendu du 12/12/05 (neuvième réunion) nous permettent d'illustrer le souci d'aller chercher des informations là où elles se trouvent. Cette réunion a eu lieu dans la salle de documentation de l'Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (U.M.A.S.P.) du centre hospitalier. La rencontre a commencé par un exposé des possibilités offertes par cette structure méconnue ; en effet, rares sont les soignants

qui connaissent les fonctions de ce lieu ouvert à tous les soignants et pourtant très peu fréquenté, puis la réunion s'est déroulée sur le mode habituel :

« Rappelons que cette salle est à la disposition de tout soignant, aux heures ouvrables. Il est possible d'y consulter des livres et des mémoires de diplôme universitaire en soins palliatifs. Ces ouvrages peuvent être empruntés trois semaines. Les mémoires représentent une source d'informations enrichissantes car, écrits par des soignants, ils traduisent les difficultés rencontrées dans l'exercice des soins palliatifs et tentent d'apporter des solutions concrètes. Des cassettes vidéo peuvent aussi être visionnées sur place.

(...) Le livre de Martin Winckler (« Nous sommes tous des patients ») circule. Sa facilité de lecture, sa pertinence face aux questions que nous nous posons, intéressent les lectrices. Nous aurons certainement l'occasion d'en parler ultérieurement. « Le souci de l'autre » de Marie de Hennezel est en cours de lecture pour l'une d'entre nous. J. peut prêter son exemplaire à tout soignant intéressé. « Les ressuscités » proposé par S. raconte comment des personnes connues ont mené le combat contre le cancer et l'ont gagné. Pour celle qui l'a lu, c'est une formidable leçon de courage et d'espoir où la foi dans une puissance supérieure ou plus simplement dans la vie permet de triompher. Chacun puise les ressources pour se battre, là où il l'entend, et cela semble donner, parfois, des résultats étonnants.

Nous sommes plusieurs à avoir vu sur Arte, le 1 novembre, un documentaire : « La mort n'est pas à exclure ». Film sobre, sans effet, dans un service qui s'attache à cultiver l'humanité. Un éditorial paru dans « Infirmière magazine » résume ce souci permanent de l'accompagnement. La photocopie de cet éditorial est jointe au compte rendu. J. et I. tiennent à votre disposition l'enregistrement de cette émission. Enfin, nous aurons, la prochaine fois, l'occasion d'entendre les impressions de celles qui auront vu au cinéma « Le temps qui reste », un film de François Ozon. Romain, un photographe de mode de 30 ans, vit tambour battant. Victime d'un malaise, il apprend brutalement de son médecin qu'il n'a plus que quelques mois à vivre : un cancer généralisé ronge son organisme. Comment imaginer quelle serait notre réaction si l'on apprenait notre mort prochaine ? La plupart d'entre nous y ont pensé, sans trouver la réponse. Avec « Le temps qui reste », François Ozon met en scène une vision de la vie juste avant la mort ».

La suite de cette réunion a été consacrée au visionnage d'une vidéo appartenant au centre de documentation de l'U.M.A.S.P. : « En équipe avec le malade », film de 1996 édité

par la Fondation de France et autres ; durée : 30 mn. Ce film a été tourné en 4 lieux de soins différents : la maison médicale Jeanne Garnier (Paris), les Urgences de l'hôpital Saint-Louis (Paris), le réseau ville-hôpital Paris Rive gauche et l'antenne François Xavier Bagnoud à Sion en Suisse. Le sujet du film est résumé sur le livret qui l'accompagne :

« Aucune de ces équipes n'est parfaite. L'équipe idéale n'existe pas ; elle se construit au jour le jour, grâce à la détermination de ses membres et grâce aux malades, qui souvent la suscite. Ce film voudrait encourager chacun à travailler de concert avec d'autres, à l'hôpital comme à domicile, sans déployer pour autant des moyens extraordinaires ».

Ce film a donné lieu à des commentaires des cinq soignants présents : sur ce documentaire tout d'abord puis à propos de deux histoires cliniques vécues dans le service :

« Les soignants interrogés dans le film insistent sur la notion d'équipe, pour apporter l'aide la plus efficace possible aux malades. L'équipe est un lieu de partage, d'écoute, de recherche, de découverte, de soutien mais c'est un lieu à construire. C'est un moyen de ressourcement indispensable car personne ne peut travailler seul, en prétendant tout connaître. Il faut, cependant, que l'équipe trouve le mode de fonctionnement le mieux adapté à ses objectifs. Nous sommes frappés par ces équipes assez rodées, semble-t-il, pour éviter les pièges de la communication. Cohérence et cohésion nous sont apparues les mots les plus appropriés. La complémentarité des rôles est plus forte que les antagonismes. L'une d'entre nous disait qu'il n'existe pas de « petit personnel » en réponse à ce qu'elle avait entendu dans son service. Les 5 soignants ont reconnu que l'absence de réunion d'équipe, dite « éthique », caractérisée par la présence d'un maximum de soignants au côté des médecins, est un manque en chirurgie viscérale » (compte rendu du 12/12/05).

Par la suite, quelques histoires cliniques sont racontées dont celle qui suit :

« Mme B., 46 ans, sort du bloc opératoire ; elle est porteuse d'une stomie, pour laquelle elle n'avait pas été prévenue. Cela s'explique, en partie, par le caractère imprévisible de cette intervention, exécutée dans une relative urgence à cause de certaines difficultés de programmation. Le chirurgien référent a fait preuve d'une grande disponibilité et d'une proximité chaleureuse. La malade n'a pas, cependant, accepté cette mutilation et s'est installée en elle un syndrome dépressif sévère. De plus, Mme B. apprend, avec consternation, qu'elle sera peut-être adressée à un service spécialisé de Rennes. La visite du psychiatre a été nécessaire. Il est difficile d'être soignant face à une telle situation génératrice

d'émotions fortes. La détresse d'une femme de 46 ans rencontre inévitablement l'affectivité des soignants. Il s'agit alors de trouver la juste distance, la distance qui permet de faire face avec humanité ».

Comme l'écrit de Hennezel (2004 a, p. 71-76)), il faut aider les soignants à exprimer ce qu'ils vivent, dans un cadre sécurisant. Ils découvrent alors qu'ils ne sont pas seuls à être affectés, mais qu'ils peuvent apprendre à travailler avec cette sensibilité sans qu'elle les submerge. Cette mise en commun, au sein d'une équipe, des vécus subjectifs finit par construire ce que l'auteure appelle une compassion d'équipe.

Troisième exemple : la projection d'un film et de documentaires qui interrogent. (extraits du compte rendu du 06/03/2006, onzième réunion).

« La télévision a proposé plusieurs reportages sur la fin de vie ; leurs enregistrements et les articles qui s'y rapportent sont à la disposition des soignants qui le désirent. Nous sommes plusieurs à être allés voir en salle le film de F. Ozon « le temps qui passe » : dans ce film, une question est posée à Romain, 30 ans : que faire alors que la mort est proche ? Le jeune malade refuse toute forme de traitement, en considérant que ce n'est plus la quantité de vie qui lui importe mais la qualité de vie. Le spectateur aurait envie de conseiller à cet homme de tenter le traitement de la dernière chance, même si, comme le dit le médecin, les chances sont minimales ; il refuse. Les avis des participantes, qui ont pu voir le film, sont partagés sur la qualité du film : pour certaines, il est irréaliste, simpliste, voyeur ; pour d'autres, c'est un appel à la tolérance, au respect de toutes les décisions au nom de la dignité humaine. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que nous rencontrons de très beaux moments de vérité, notamment dans la scène où le médecin annonce le diagnostic. Nous ressentons, face à cette injustice de la vie, la même rage que Romain ».

Voilà des pistes (annexe 8, p. 441) pour réfléchir seul et en groupe car le témoignage porte en lui un sens que le raisonnement théorique à lui seul ne peut combler. Comment dégager des règles à partir de cas toujours spécifiques ? Une histoire singulière « apprend à faire avec l'émotion, à ne pas croire qu'en matière de justice les idées peuvent suffire. Elle empêche d'en rester à des réponses trop tranchées, oblige sans cesse à déplacer le regard, invite l'inquiétude et le doute à la table des décideurs » (Leichter-Flack, 2012, p. 15). La présentation d'ouvrages, de documentaires télévisés, de films, de cassettes vidéo en rapport

avec le domaine de la santé parsème les comptes rendus. Ce sont des propositions faites aux soignantes par leurs collègues et certains de ces documents sont susceptibles d'être empruntés par des membres du groupe. Personne n'a l'obligation de s'y rapporter. Il est certain que le recours à un ouvrage, à un film, qui se situe dans la sphère immédiate de l'activité soignante représente une aide efficace de compréhension en même temps qu'un aiguillon pour se poser des questions, formuler des hypothèses avant même de fournir des réponses toutes faites. Toutefois, la référence à un ouvrage, par exemple, doit répondre à un choix judicieux en restant suffisamment accessible pour que le soignant se l'approprie. Qu'il n'existe pas de véritable bibliothèque sur le soin dans notre service demeure un handicap, en n'aidant pas le questionnement et en ne participant pas à la diffusion d'un savoir infirmier.

8.3. Deux ouvrages éclairants.

De nombreux livres relatifs à l'expérience de la maladie ont été proposés par des soignantes au cours des réunions et répertoriés dans les comptes rendus (annexe 8, p. 441). Ces livres ont circulé entre les mains des soignantes intéressées. Nous allons nous pencher sur deux ouvrages qui montrent comment la lecture participe à l'interprétation : « *Diagnostics infirmiers et interventions* » (Doenges et Moorhouse, 1994) et « *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades* » (Robert Buckman, 2001).

Revenons au compte rendu du 08/02/2005 (sixième réunion) : « *comme nous l'avions annoncé lors de la précédente réunion, nous avons réfléchi sur le diagnostic de deuil et de deuil dysfonctionnel* ». Une longue citation, tirée d'un livre de M. Hanus, intitulé « *La mort retrouvée* » (2000), proposé à la lecture de chacun, a précisé la teneur du débat. En effet, la maladie engendre un processus de deuil que le soignant doit être en capacité de reconnaître pour être en mesure d'apporter avec pertinence son aide. Comme de nombreuses notions relatives au soin infirmier le deuil fait partie de ces savoirs implicites qui marquent fortement l'univers hospitalier mais qui se révèlent difficiles à définir. De nombreux ouvrages traitent de ce sujet mais un rapide sondage en réunion nous apprend que peu de soignantes en ont lu ou se souviennent de leur lecture. Le savoir livresque n'est, certes, pas la connaissance mais reste, néanmoins, une référence indispensable pour mieux se représenter et affronter le deuil,

épreuve de la vie à laquelle personne ne peut échapper. Pour réaliser cette synthèse sur le deuil, le recours à un ouvrage présent dans chaque unité de soins, mais oublié sur les étagères, a été fort utile : « *Diagnostics infirmiers et interventions* » (Doenges et Moorhouse, 1994) à qui nous empruntons la définition du deuil dysfonctionnel, les interventions infirmières pour évaluer les facteurs favorisant ce deuil dysfonctionnel et aider le patient face à sa perte.

Cette recherche riche sur le deuil a ouvert le débat qui s'est poursuivi par des illustrations tirées de notre expérience. Nous réalisons combien chaque patient progresse à son propre rythme et d'une façon qui n'appartient qu'à lui, à travers les étapes du processus de deuil : dénégation, colère, marchandage, dépression, acceptation. La perte subie par le patient est singulière, ainsi un patient a évoqué la peur de perdre son chien, ce qui mérite d'être entendue, à côté de la maladie, sans être considérée comme incongrue. La soignante se trouve confrontée à une incompréhension du comportement du malade si elle ne le rapporte pas au travail de deuil de ce dernier : les refus, le repli sur soi, les contradictions, l'altération du niveau d'activité, deviennent significatifs d'une colère ou d'un épisode dépressif. L'écoute peut se manifester plus efficacement si elle tient compte de ce processus : inciter le patient à exprimer sa colère ou sa peur, le laisser verbaliser ses sentiments en les acceptant, rechercher et soutenir les personnes clés dans sa vie qui doivent composer avec ses réactions, respecter ses désirs et son besoin d'être seul. Nous redisons combien il est important d'inscrire toutes ces données dans le dossier de soins. Cette vision n'est pas nouvelle mais la discussion entre collègues permet de mettre au clair des savoirs tacites ou nouveaux qui vont à leur tour renouveler la façon d'agir.

« Une soignante témoigne des propos de Me T. : cette femme, atteinte de myopathie, a demandé très clairement à des soignants de chirurgie viscérale, pendant son hospitalisation, comment faire pour être aidée à mourir. Me T. (...) avait peur de perdre définitivement la vue. Que dire en dehors d'une écoute non banalisante ? Quelle est notre attitude devant une demande d'aide à mourir ? Qu'est-ce que l'euthanasie évoque pour nous ? Autant de questions qui révèlent la difficulté de prendre soin » (compte rendu du 08/02/2005).

Notre tendance spontanée est de placer des mots rassurants souvent éloignés des préoccupations de la personne malade. Rassurer l'autre pour se rassurer soi-même et éviter d'être envahi émotionnellement. « *Le silence est-il compatible avec la vision du soignant qui a réponse à tout, se montre toujours en activité ? Lorsque les mots ne suffisent pas, le silence*

peut-il être paradoxalement une réponse ? ». Cette question, adressée au groupe, peut sembler incongrue si l'on pense que le soignant s'affaire en permanence ; aussi est-il indispensable de s'arrêter et de s'interroger sur la place de l'attente : le silence peut exprimer la chaleur de la présence du soignant devant une détresse. Le silence peut être, en effet, autre chose que l'expression d'une fuite par l'absence de paroles. Il est aussi fait d'intérêt et d'attention pour ce que communique la personne à aider.

« L'acte de silence laisse la place à l'autre : c'est l'attente patiente de l'accompagnant, le respect d'un humain pour un autre humain, la prudence du soignant qui choisit ses mots. Le silence fait partie de l'espace de parole, c'est le temps de la réflexion à partir duquel naîtra un espace relationnel où la personne en situation de crise pourra s'autoriser à aborder des questions fondamentales qui lui posent problème : la vie, la mort, la souffrance. Le silence laisse le temps de différencier l'appel de la demande, l'appel d'une mort rapide et la demande d'être écoutée, entourée, aidée à surmonter un moment très difficile. Le silence peut être fécond, à l'opposé de ce que nous faisons le plus souvent en comblant ce temps. Ce rôle d'écouter appartient, dans la limite de ses compétences, à tout soignant qui ne peut s'y dérober en renvoyant la patiente questionner le médecin » (compte rendu du 08/02/2005).

S'il revient au chirurgien de dire la vérité au malade, il y a ensuite tout un travail d'explicitation, d'écoute, où le silence peut exister, auquel le soignant est confronté et qu'il va apprendre à apprivoiser. Depuis combien de temps, poussés par la frénésie de l'activité, n'avons-nous pas réfléchi à tout ce que recouvre l'intervention infirmière ? A ce moment de l'évaluation des facteurs favorisant ou non le travail de deuil, plusieurs questions vont aiguiller les réflexions des participantes à cette sixième réunion dans leur recherche collective : quel est le degré de fonctionnement et d'autonomie du patient ? Est-il possible de déceler des personnes clés dans la vie du patient ? Une fois certaines réponses obtenues, il est envisageable d'aider le patient à faire face à sa perte en pratiquant l'écoute, en l'incitant à recourir aux stratégies d'adaptation qui se sont révélées ou se révéleront efficaces pour lui, en discutant avec lui de ses projets d'avenir, en dirigeant au besoin le patient vers d'autres sources d'aide (psychothérapie, groupe de soutien, relaxation, massage, par exemple). A partir de cet exemple nous disons comment le travail de groupe enclenche une dynamique de recherche appuyée par la consultation d'un ouvrage qui jusque là languissait sur les étagères.

A la fin de cette réunion, proposition est faite aux participants de la prochaine rencontre de lire les deux premiers chapitres du livre de Robert Buckman (2001) : « *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades* ». L'intérêt de se référer au même ouvrage est de permettre une lecture critique plus profonde grâce aux éclaircissements apportés par les unes et les autres. C'est aussi l'occasion de découvrir ce livre, recommandé lors de certaines formations, qui est inconnu de l'ensemble des soignantes présentes.

Les participantes à la septième réunion du 04/04/2005 parlent des deux premiers chapitres du livre de Buckman (ibid.) : selon elles, c'est un texte clair, pédagogique, pratique, offrant des repères lors de moments dramatiques. Ces professionnelles de santé reconnaissent qu'elles sont peu formées à entrer en relation avec un patient qui a reçu un message difficile à entendre. Que dire et ne pas dire ? C'est l'un des exercices les plus complexes ; or, la plupart des professionnelles n'ont presque rien appris, au cours de leur formation, concernant ce qui fait aujourd'hui partie intégrante du travail : elles se sont formées « sur le tas ». Le dialogue avec le malade occupe une place primordiale, surtout dans les moments critiques. Chacune des participantes se rend compte qu'il n'existe pas de formule infaillible qui permette à tous les coups de faire passer en douceur un message difficile à entendre. Néanmoins, annoncer de mauvaises nouvelles peut en partie s'apprendre et s'appliquer dans le travail quotidien. Ce livre présente l'intérêt de faire réfléchir, ensemble et maintenant, à la façon dont, qu'il le veuille ou non, tout professionnel transmet constamment des messages. En la circonstance, c'est la vérité qui crée le problème car le soignant a l'obligation légale et éthique d'annoncer la vérité, si pessimiste soit-elle.

En fait, nous dit Buckman (ibid.), ce n'est pas dire ou ne pas dire qui constitue la question mais comment dire. Si réticence il y a à dire la vérité, elle se trouve selon lui du côté du professionnel plus que du patient. Les soignantes s'entendent sur la nécessité d'annoncer la vérité malgré le malaise que cela peut susciter.

« *Quand Me M., 40 ans et mère d'une fillette de cinq ans, a appris son cancer anal, sa colère fut d'une grande violence. Les soignants déclarent s'être sentis très mal à l'aise face à une relation soignant-soigné conflictuelle durant toute l'hospitalisation. Tout en comprenant la détresse de cette femme, le soignant peut-il en rester à une attitude froide et indifférente pour*

se protéger ? La colère est l'expression saine d'un désespoir. A notre étonnement, la patiente est revenue en consultation en présentant un tout autre visage. La maladie éveille un mélange unique de peurs et d'inquiétudes irraisonnées. C'est alors la place que le soignant va occuper dans ce drame qui alimente notre raisonnement » (extraits du compte rendu du 04/04/2005).

Selon les participantes à la réunion, il s'avère important de connaître ce que le médecin a expliqué au malade. Pour certaines il est préférable que le chirurgien soit seul avec le malade pour annoncer la mauvaise nouvelle, pour d'autres la présence d'une soignante est recommandée, après avoir reçu l'accord du malade. C'est alors à la soignante de proposer au chirurgien de s'adjoindre à lui au moment crucial de l'annonce : cette proposition témoigne d'un regard nouveau qui mérite d'être débattu. La soignante craint, tout comme le patient, les mauvaises nouvelles et peut exprimer ses peurs : la peur de faire mal, la peur des reproches du malade, la peur d'être envahie par l'émotion, la peur de ne pas savoir, la peur de déclencher des réactions de colère ou de désespoir de la part du malade. La première annonce de mauvaises nouvelles ne relève pas des fonctions paramédicales mais la soignante peut-elle se retrancher par la suite derrière la parole médicale en oubliant son rôle d'accompagnatrice des bonnes comme des mauvaises nouvelles ? Cette démarche qui consiste à réfléchir sur l'étendue des compétences paramédicales, sans les dépasser, est inhabituelle dans notre secteur : pour quelle raison ? Manque de confiance ? Manque de capacités ? Rôle paramédical strictement réduit à sa dimension technique ? Mauvaise compréhension du terme d'auxiliaire médicale qui n'incite pas à prendre les initiatives pertinentes ? La réflexion en groupe permet de sauter le pas pour aborder et questionner ces champs peu explorés.

Face à la maladie et à la mort, la professionnelle de santé est incitée à analyser et à chercher à comprendre les différentes composantes de son propre malaise. Ce septième compte rendu se clôt en disant que « *la ligne de démarcation entre soignant et autrui souffrant est parfois difficile à tracer* ». Le groupe encourage chacune à aller au-delà de ses hésitations individuelles en exprimant des convictions. La réflexivité obéit alors à trois fonctions : une fonction technique, une fonction délibérative, une fonction éthique. Cette réunion a été suffisamment riche de remarques face aux explications de Buckman (2001) pour que le compte rendu fasse six pages : le compte rendu résume les deux premiers chapitres du livre suivis à chaque fois des commentaires du groupe pour parler du vécu des soignantes. Ce livre occupera les réflexions pendant encore deux séances pour aller jusqu'à la fin de sa

lecture, permettant ainsi d'apprendre, grâce à des explications concrètes, à être un peu plus à l'aise avec un exercice délicat qui sollicite toutes les capacités communicationnelles et émotionnelles du soignant. Les soignantes conviennent que l'information d'un malade atteint d'une maladie grave se gère dans la durée.

Aujourd'hui, la prise de recul aidant, nous constatons que c'est la place de la théorie qui est interrogée dans ces deux derniers comptes rendus : comment insérer ou développer du savoir dans le faire, de façon à comprendre ce qui se joue ? S'agit-il d'un savoir abstrait éloigné des préoccupations de terrain ? Certaines soignantes de terrain se demandent en quoi leur travail se nourrirait bien d'une réflexion réservée à des théoriciens extérieurs. Doit-on alors privilégier exclusivement le savoir qui vient de l'expérience ? N'y-a-t-il pas méprise sur les relations à entretenir entre deux univers pourtant complémentaires ? C'est la place de la théorie qui peut constituer le différend permanent en restant un objet de connaissance fermé sur lui-même, sans être articulé à l'épreuve du réel.

L'ouvrage utilisé sur le deuil (Doenges et Moorhouse, 1994), lors de la sixième réunion, est à la disposition de tous dans chaque salle de soin mais les soignantes du groupe l'utilisent très rarement. Cet ouvrage de référence, tel un dictionnaire, liste tous les diagnostics infirmiers et cherche à faciliter le jugement clinique ; pour chaque diagnostic, on trouve des listes : la définition, les facteurs favorisants et de risque, les critères d'évaluation, les interventions. C'est un recueil extrêmement précis mais en même temps rébarbatif s'il ne s'appuie pas sur la compréhension des situations rencontrées. Combien de soignantes l'ont ouvert pour le refermer bien vite ! A cette occasion d'une recherche sur le deuil, il devient une aide utile auquel on se réfère avec intérêt, précisément parce que l'on y trouve des renseignements pertinents pour la compréhension des situations dans lesquelles les soignantes sont investies.

« Ce qui caractérise les savoirs à l'œuvre dans la conceptualisation des situations de travail et la maîtrise du cours de l'action, c'est leur pertinence et leur disponibilité. Peu importe alors leur source et leur forme de légitimité, l'essentiel est qu'ils soutiennent une action à la fois efficace et juste. C'est là, hors de tout examen et sans effet oratoire, que se manifestent leur présence et leur usage. C'est à ce moment que l'on peut observer qu'une partie des professionnels ne se serve guère des savoirs théoriques qu'ils ont accumulés durant

leurs études. Certains les ont oubliés ou ne les ont jamais assimilés, faute d'y croire. D'autres en disposent, mais sous une forme qui ne les rend pas mobilisables ou induit plus de doutes et de complexité que le praticien ne peut en supporter lorsqu'il est dans l'action. La complémentarité ou l'exclusion mutuelle des savoirs se jouent en dernière instance dans l'esprit, voire dans le corps d'un sujet aux prises avec le réel » (Perrenoud, Altet, Lessard et Paquay, 2008, p. 13).

L'apprenante doit chercher à tisser des liens entre une connaissance académique, tournée vers les sciences humaines, et l'activité par un va et vient permanent. Ce passage nécessite des transitions plus ou moins complexes pour faciliter ce type d'appropriation chez la lectrice. Ces savoirs nouveaux peuvent être aussi source de déstabilisation chez des soignantes qui n'en verraient pas la pertinence. Je me suis souvent interrogé sur la nécessité de recourir à certaines références, non pas en raison de leur manque d'intérêt mais parce qu'elles pouvaient apparaître trop éloignées de la pratique.

Il existe une différence concrète entre l'emploi du mot deuil dans un dossier de soin avec un sens général et cette même expression se référant aux stades du deuil, ciblant la perte et évoquant des stratégies d'adaptation. L'objectif de compréhension est atteint en inventant un large espace de dialogue où cohabitent théorie, réflexion, intuition, expérience professionnelle. Les compétences professionnelles ne sont ni la juxtaposition ni la somme des savoirs pratiques et théoriques mais leur amalgame dans l'action. Certes, cela suppose une quantité plus ou moins importante de lectures en sciences sociales et humaines car il faut des références, des clés de lecture, ce qui peut engendrer craintes et réticences chez les soignantes peu habituées à ce genre de recherches. Mais, d'un autre côté, à quoi cela servirait-il d'acquérir un bagage théorique qui ne serait d'aucune utilité dans l'action ? Il en résulterait bien vite une démotivation des soignantes. Le rapport entre savoirs académiques et savoirs professionnels est affaire de mesure : comprendre pour agir, juste assez pour prélever et interpréter les connaissances pertinentes. C'est là une condition sine qua non de la durabilité de la réflexion dans le groupe de réflexion en chirurgie viscérale. Rien n'empêche, par la suite, les esprits curieux de poursuivre la recherche mais là n'est pas le but premier de l'activité de ce groupe de réflexion. Le danger réel serait de passer plus de temps à dire qu'à faire, dans une surenchère discursive.

L'idée d'un certain rapport au savoir apparaît grâce à ce travail d'explicitation. Nous reprendrons la définition que donnent Charlot, Bautier, Rochex (1992, p. 29) du rapport au savoir : « *relation de sens et donc de valeur entre un individu (ou groupe) et les processus ou les produits du savoir* ». Le savoir que les soignantes recherchent favorise un regard sur les pratiques en permettant de les analyser, à la condition de conserver un lien étroit entre théorie et pratique ; sans quoi, l'intérêt pour des savoirs académiques décontextualisés serait fortement réduit. D'ailleurs est-ce le rôle du groupe de devenir un centre de formation ? Les soignantes sont plutôt dans une dynamique de développement professionnel sur le terrain. Les motivations des soignantes sont probablement très variées à la mesure des différences d'âge, d'expérience, de profil professionnel. Certains soignantes ont une vingtaine d'années alors que d'autres atteignent la cinquantaine. Les professionnelles n'ont pas toutes les mêmes modes d'accès au savoir : certaines peuvent être peu à l'aise avec un travail théorique tandis que d'autres peuvent y rechercher un certain plaisir. De ce fait, chacune en tire les avantages qu'elle désire : des savoir-faire et/ou des savoirs théoriques. C'est cette variété de participantes qui crée la richesse des échanges et qui nécessite en même temps d'être attentif à la singularité du parcours de chaque participante, pour que tout le monde se sente à l'aise.

8.4. Cinq années de partage.

Nous sommes arrivés au terme de notre deuxième année et le groupe se réunira pendant encore trois années. De nombreuses histoires cliniques émailleront les comptes rendus suivants. Le témoignage a laissé une place de plus en plus grande au questionnement, ce qui indique que le groupe ne connaît pas l'essoufflement. Certaines histoires donneront lieu à quelques lignes, d'autres à plusieurs pages. Certaines marqueront fortement les soignantes : une jeune femme de 21 ans est atteinte d'un cancer évolué ; un homme d'origine algérienne de 92 ans interroge la différence de culture ; un jeune père de famille, sans le savoir, rentre à l'hôpital pour mourir un mois après ; une patiente se montre délirante ; une infirmière de 50 ans connaît une lente et très douloureuse dégradation physique. L'un des derniers comptes rendus, celui du 11 02 2008, s'attardera sur une situation complexe qui a donné lieu à un véritable travail pluridisciplinaire entre paramédicaux, médecins et équipe mobile de soins

palliatifs. Une liste des thèmes abordés dans les comptes rendus est placée en annexe 8 (p. 439). J'ai toujours ressenti ce travail de compréhension comme une œuvre intense, accaparante de temps et d'énergie, complexe, étrange, mais combien enrichissante.

Nous avons analysé de façon thématique les comptes rendus. Le terme de contenu désigne l'information transmise à travers le discours.

« Tout document parlé, écrit ou sensoriel contient potentiellement une quantité d'informations sur la personne qui en est l'auteur, sur le groupe auquel elle appartient, sur les faits et événements qui sont relatés par la présentation de l'information, sur le monde ou sur le secteur du réel dont il est question (...) Analyser le contenu, c'est, par des méthodes sûres (...) rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui est présenté, formuler et classer tout ce que contient ce document ou cette communication » (Mucchielli, 1984, p.17).

L'analyse du contenu permettra de déterminer les thèmes développés dans le discours avant de les classer en catégories. La méthode s'inspire, dans ses grandes lignes, de l'analyse par catégories de Mucchielli (1984) : l'auteur procède en deux étapes, la détermination d'unités significatives et leur catégorisation. Chaque unité dégage un thème et l'ensemble des thèmes est regroupé d'abord en sous-catégories puis en catégories. Notre propos n'est pas de faire une étude détaillée des comptes rendus, ce qui représenterait à elle seule une recherche, mais d'établir une liste par catégories des sujets abordés en réunion pour trois raisons : dévoiler la teneur générale des discussions, poser le contexte socio-professionnel et replacer le rôle des comptes rendus dans les entretiens.

23 comptes rendus ont permis d'aborder de nombreux sujets. Les sept premiers ont donné lieu à un développement dans cette recherche, ce qui nous a permis de donner une idée de leur contenu. Les soignantes qui sont interviewées vont évoquer ces comptes rendus qui ont tenu une place dans l'existence du groupe de réflexion : qu'en pensent-elles ? Quel rôle ont pu jouer ces comptes rendus ? Que disent-ils du travail infirmier et de son apprentissage ? Comment apparaît le rôle relationnel à travers les situations évoquées ? Comment ces comptes rendus viennent-ils alimenter cet espace de parole ? Pourquoi peut-on dire qu'ils participent à la professionnalisation des participantes et des lecteurs ?

Nous avons sélectionné trois catégories : la relation soignant-soigné, les soins palliatifs, l'identité professionnelle ; ces catégories sont la synthèse de sous-catégories

constituées à partir des unités significatives relevées dans les comptes rendus. L'identité professionnelle mérite quelques explications car c'est un terme qui fait une apparition plus approfondie à ce stade de la recherche. L'identité est « *ce par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou un individu d'un autre. La différence, qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être* » (Fray et Picouveau, 2010, p.75). Selon Dubar (2015a, p. 109), l'identité se nourrit de trois dimensions : le moi, le nous et les autres. Identité pour soi signifie l'image que l'on se renvoie, identité pour autrui est l'image renvoyée aux autres, identité pour les autres est l'identité renvoyée par autrui. L'identité professionnelle est donc un triple héritage : le vécu du soignant, les relations qu'il entretient avec tous les membres de l'équipe, les résultats de cette interaction. Dubar (ibid., p. 115-117) indique que l'identité professionnelle est le résultat de relations de pouvoir et d'appartenance à un groupe. La construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image. La recherche identitaire introduit la dimension existentielle du travail : la valorisation de l'activité partagée permet la réalisation de soi, c'est à dire que la reconnaissance de soi est aussi une demande qui est tournée vers les autres. Ce travail là, existentiel, est forcément personnel et singulier, propre à l'histoire de chacun, à sa culture, à ses représentations de sujet potentiel ; mais pas seulement : « *L'individu construit également son identité professionnelle à travers l'appartenance à des groupes (...) L'autre est alors une référence à partir de laquelle l'individu pratiquera le mimétisme, la comparaison ou la différenciation, et le contact avec ce groupe détermine donc en partie les caractéristiques de son individualité* » (Fray et Picouveau, 2010, p.78).

La distinction entre rapport de places et rapport de positions est essentielle pour comprendre le phénomène qui conduit les participantes à effectuer un véritable travail de positionnement. Quelle est la place qui convient à cet exercice, appelé groupe de réflexion, venu de nulle part et qui va on ne sait où ? La parole est toujours émise d'une place et convoque l'interlocuteur, et cette inter-locution s'inscrit sous le signe d'une demande, celle de la reconnaissance : qui je suis pour toi et qui tu es pour moi ? Qui nous sommes pour vous et qui vous êtes pour nous ? La spécificité du rapport de places « *repose sur ce trait essentiel que chacun accède à son identité à partir et à l'intérieur d'un système de places qui le dépasse* » (Flahault, 1978, p. 58). L'écriture contribue de ce fait à la construction de l'identité professionnelle. Si la position est occupée par la place, elle comprend également les

caractéristiques de l'individu qui l'occupe. Elle n'est donc pas une assignation à résidence, elle renvoie aussi à une façon de percevoir, de penser et d'agir. Le travail de positionnement conduit la personne réflexive à opérer des choix organisationnel, éthique et théorique, ce qui risque de provoquer des collaborations perçues parfois comme « subversives » par l'organisation. A l'inverse, l'investissement des actrices est susceptible d'offrir des conditions favorables de développement de leur collaboration et de leurs échanges, en créant des espaces de discussion favorisant la pensée sur le travail et sur de nouvelles formes d'engagement possibles ; ces espaces sont la condition nécessaire pour faire advenir les dimensions existentielle, délibérative et critique de la réflexivité. Cette dimension émancipatrice est-elle perçue comme telle par les participantes ? C'est du moins une question qui justifie de réaliser des entretiens auprès de celles qui ont participé à ce projet.

L'identité n'est pas donnée, elle doit se construire et se reconstruire tout au long de la vie. Dans la construction de soi le sujet est confronté à des tensions : celles-ci sont nécessaires pour que le sujet construise sa propre identité. L'identité est un processus de gestion d'écarts et non un état stable. Nous avons dit en introduction de cet écrit (1.3. Les relations dans l'équipe, p. 22-24) que l'image de l'infirmier était en pleine évolution en avançant deux raisons : d'une part, les relations entre le monde infirmier et le monde médical ont subi de profonds changements et d'autre part les valeurs sociétales et culturelles de notre époque ont beaucoup évolué. Les soignantes témoignent que cette situation participe de la construction d'une nouvelle identité professionnelle. Parmi les dimensions de l'identité des individus, la dimension professionnelle a acquis une importance particulière.

Catégorie : relation soignant-soigné.

Sous-catégories	Unités significatives	
Accompagnement du patient	<ul style="list-style-type: none"> - définition de l'accompagnement - écoute - soin global - contexte social du malade - vérité due au malade - annonce, information - bienveillance - travail de deuil - relation difficile - affects du soignant - mécanismes de défense - histoires cliniques - respect du choix du malade - désorientation du malade 	<ul style="list-style-type: none"> - soulagement de la douleur, de la souffrance, douleur extrême - stomie - oncologie - décès, annonce du décès - retour à domicile - place du silence - différence de culture - malades psychiatriques - malades acteurs - travail jour/nuit - histoire personnelle du soignant - distance relationnelle - clore une relation de soin
Accompagnement de la famille	<ul style="list-style-type: none"> - écoute - vérité - travail de deuil - place de la famille - mécanismes de défense 	<ul style="list-style-type: none"> - annonce du décès, annonce au téléphone - information - différence de culture
Equipe	<ul style="list-style-type: none"> - communication entre soignants - cohésion de l'équipe - place de chaque membre 	<ul style="list-style-type: none"> - soutien de l'équipe - attitude commune - regards différents
Ethique, Législation	<ul style="list-style-type: none"> - demande d'euthanasie - droit au refus, au consentement, de soin - autonomie du malade - sens/non sens du soin 	<ul style="list-style-type: none"> - dimension spirituelle du soin - croyances religieuses - valeurs du soignant

Catégorie : soins palliatifs.

Sous-catégories	Unités significatives	
Démarche palliative	<ul style="list-style-type: none"> - rôle de l'équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs - fin de vie - confort du malade, qualité de vie - personnes âgées, jeunes, en fin de vie - bénévoles en soins palliatifs - souffrance psychologique, sociale, spirituelle - soulagement des symptômes - anticipation - passage des soins curatifs aux soins palliatifs - philosophie des soins palliatifs - limites des traitements - attitude vis à vis de la famille - présence de la famille pendant les soins, la nuit 	<ul style="list-style-type: none"> - espace de parole pour soignants - manque de connaissances des soignants en soins palliatifs - formation en soins palliatifs - propositions de livres, films, documentaires, DVD sur les soins palliatifs - sentiment d'impuissance des soignants - douleur extrême - projet commun de soin (soignants, malade, famille) - espace de parole pour enfants d'un parent en fin de vie - appel à projets
Ethique Législation	<ul style="list-style-type: none"> - définition de l'éthique - loi du 4 mars 2002 sur les droits du patient - loi du 22/04/2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie - législation sur la fin de vie en Europe - déontologie - absence de réunions « éthiques » - conflit de valeurs - dialogue - arrêt des soins curatifs - refus d'un soignant d'exécuter un acte 	<ul style="list-style-type: none"> - suicide assisté - refus de soin - humanité - bienfaisance - dignité - autonomie - euthanasie - abandon - acharnement thérapeutique - sens du soin - faits divers : Vincent Humbert, Christine Malèvre, Chantal Sébire

Catégorie : identité professionnelle.

Sous-catégories	Unités significatives	
<p>MOI identité pour soi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - rôle de la formation - relation théorie/pratique - lecture, visionnage de documents - approche globale du soin - valeurs à défendre - écart idéal/pratique - sens et non sens du soin - questionnement sur attitude personnelle - comptes rendus 	<ul style="list-style-type: none"> - créativité - recherche à titre personnel sur le deuil - l'annonce : rôle paramédical - groupe de réflexion non demandé par la hiérarchie - domaine de compétence - réflexion sur soigner : ressentir, penser, communiquer
<p>NOUS identité renvoyée à autrui</p>	<ul style="list-style-type: none"> - lettre d'invitation à rejoindre le groupe - relation avec les cadres, les médecins - communication entre paramédicaux - comptes rendus - rencontre de bénévoles en soins palliatifs - groupe de réflexion : espace inhabituel et interrogateur 	<ul style="list-style-type: none"> - formation de service - présentation du groupe de réflexion dans le service et hors du service - demande d'espace de parole - appel à projets - rôle de l'équipe, projet d'équipe - venue de l'équipe mobile en soins palliatifs à deux réunions
<p>LES AUTRES Identité renvoyée par autrui</p>	<ul style="list-style-type: none"> - absence des cadres d'unité, des médecins aux réunions - des soignants nouveaux en réunions - la cadre supérieur souhaite que le groupe continue après son départ 	<ul style="list-style-type: none"> - présentation du groupe en conseil de service - participation de la cadre supérieure - l'équipe mobile en soins palliatifs estime que le groupe peut fonctionner sans sa présence

La distinction élaborée par Patricia Benner (1995) révèle le lent processus de maturation des savoirs d'action. L'auteure retrace les étapes de la carrière d'infirmier, transposables à celle d'aide-soignant, en faisant intervenir cinq niveaux de compétence mobilisant l'expérience du sujet, ses valeurs, ses intérêts, ses motivations : novice, débutant, compétent, performant, expert. Ces niveaux témoignent chacun de l'acquisition croissante de connaissances, théoriques comme cliniques, d'une démarche relationnelle de plus en plus authentique et d'une analyse la plus fine possible des situations vécues par le soignant lui-même.

La compétence n'est pas acquise pour toujours, il faut la développer par une remise en question permanente. Pour Benner (ibid.), l'expérience est nécessaire parce qu'elle permet l'amélioration des théories en y ajoutant des nuances ou des différences subtiles. Un soignant, en recherche de son expertise, est invité à s'impliquer, seul et en équipe, quelque soit son expérience, dans l'analyse de ses pratiques, en travaillant à la construction du sens de son activité. Ce soignant développe une posture tournée vers une pratique réflexive, comme a tenté de le faire chaque participante du groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en chirurgie viscérale. C'est cette pratique réflexive, nourrie de plusieurs compétences, qui assure, notamment, la créativité soignante et peut valoriser le quotidien.

Ce groupe de réflexion a-t-il contribué à provoquer des changements dans la façon d'envisager et de pratiquer l'accompagnement et les soins palliatifs ? Comment les soignantes participantes évaluent-elles cette contribution ? Les documentaires télévisés, les films, les lectures illustrant la variété et la singularité des situations, donnent matière à penser et à écrire. Cet investissement résulte de l'instauration d'une réflexion d'équipe qui encourage la participation des infirmières et des aides-soignantes à se prononcer sur des décisions relevant de leurs compétences. La revendication d'une communication interdisciplinaire engage la responsabilité des soignantes : jusqu'où ont-elles envie de ce partage de compétences ? S'y préparent-elles ? Comment envisagent-elles cette collaboration ? Il ne saurait y avoir d'avancée sans ce nouvel ordre prôné par « *l'Ethique de la délibération* ». Tout ceci plaide pour la constitution au sein du service d'une équipe de volontaires qui s'investissent plus particulièrement dans ces problématiques centrées sur la relation d'une manière générale et pas seulement sur la fin de vie. Le groupe de réflexion apporte sa modeste pierre à cette construction en proposant des pistes qui se veulent proches de la réalité que les soignantes

vivent. La lecture du compte rendu représente un temps fort qui amène l'actrice à réfléchir plus tranquillement aux situations passées. L'écriture autorise à dépasser les limites sociales : l'autoritarisme de certains, le peu d'intérêt pour ces questions considérées comme des débats inutiles, la remise à plat des compétences.

Les soignantes sont-elles pour autant devenues des praticiennes réflexives ? Selon Perrenoud (2001 a), il arrive à chacune de réfléchir sans devenir pour autant une praticienne réflexive. Il faut distinguer la posture réflexive de la réflexion épisodique de chacun sur ce qu'il fait.

« Pour aller vers la posture réflexive, il faut que chaque posture devienne quasi permanente, s'inscrive dans un rapport analytique à l'action qui devienne relativement indépendant des obstacles rencontrés ou des déceptions. La pratique réflexive suppose une posture, une forme d'identité, un habitus. Sa réalité se mesure non au discours ou aux intentions, mais à la place, à la nature et aux conséquences de la réflexion dans l'exercice quotidien du métier, en situation de crise ou d'échec comme en vitesse de croisière » (ibid., p. 14-15).

Rappelons, ajoute Perrenoud, que Schön (1983/1994) a développé le paradigme du praticien réflexif pour combattre l'illusion que la science offrait une base de connaissances suffisante pour être rationnelle. La référence au praticien réflexif se présente donc comme une forme de réalisme et d'humilité. La formation « traditionnelle » explicite peu les savoir-faire et les fonctionnements mentaux requis par les situations cliniques complexes. Il s'agit de faire vivre ensemble deux tendances qui, seulement au premier abord, pourraient sembler contradictoires : développer les connaissances en soins et en sciences humaines, en montrant l'intérêt de recourir à ces savoirs ; développer une formation qui articule rationalité et pratique réflexive. C'est donc un travail de longue haleine, traversé de tensions, qui conduit à une pratique réflexive toujours en devenir.

« Entre la réflexion à « l'intérieur » de la tâche et du système et la réflexion « sur » la tâche et le système il n'y a pas de solution de continuité. Le praticien réflexif n'est pas un contestataire patenté, porté à chercher d'emblée la faille du système. Il réfléchit plutôt à partir des problèmes professionnels qu'il rencontre, « à son niveau », sans s'interdire, de proche en proche, de lever des lièvres qu'un salarié plus « raisonnable » n'apercevra ou ne poursuivra pas... Telle qu'elle est entendue ici, la pratique réflexive est un « rapport au

monde », actif, critique, autonome. C'est donc une affaire de posture plutôt que de stricte compétence méthodologique. Une formation à la résolution de problèmes, même au sens large, incluant leur identification et renonçant à toute procédure standardisée, ne suffirait pas à former un praticien réflexif » (Perrenoud, 2001 a, p. 61).

Se tourner vers la pratique réflexive, c'est faire preuve de curiosité, d'envie de comprendre, d'obstination, d'autonomie, de confiance. La soignante réflexive s'intéresse à l'ensemble de la pratique professionnelle. Il nous faut maintenant interroger des soignantes ayant participé au groupe de réflexion : sont-elles entrées dans cette démarche réflexive ? Une praticienne réflexive se pose des questions sur sa tâche mais elle s'en pose aussi beaucoup d'autres, par exemple sur la légitimité de son action, le sens de cette dernière, la prise en compte des projets, l'organisation du travail, les savoirs établis, les savoirs d'expérience. Jusqu'à quel point les participantes au groupe de réflexion se sont-elles engagées dans cette voie de professionnalisation ?

Pour résumer cette troisième partie, la formation débutée en octobre 2003 a montré le chemin à quelques soignantes : donner l'image d'une praticienne désireuse de réfléchir sur sa pratique, et non pas seulement exécutante, capable de questionner et de formaliser son expérience dans un souci de professionnalisation. Le groupe de réflexion défend le point de vue d'un apprentissage construit en partie par la soignante elle-même et non comme le fruit unique d'un enseignement imposé de l'extérieur. 23 comptes rendus sont ainsi nés de 23 réunions. Ces écrits ont valeur de témoignages, au plus près des faits ; ils disent que le meilleur moyen d'améliorer l'accompagnement reste la communication entre tous les participants à la relation de soins. Ce passage est significatif d'une nouvelle posture aux yeux des soignantes : il s'agit d'une conception sociale du discours offrant un espace de dialogue.

Ecrire, c'est vouloir accéder au savoir et se révéler de mieux en mieux capable de le dire, grâce à la réflexivité, seule et en groupe : c'est à la fois une pratique professionnelle révélatrice du travail réel et une contribution à la professionnalisation en développant et en enrichissant l'exercice du métier. Le dévoilement de la parole, par l'écriture, contribue-t-il à la construction de la professionnalisation ? L'apprenante doit chercher à tisser des liens entre une connaissance académique, tournée vers les sciences humaines, et l'activité par un va et vient permanent. Les documentaires télévisés, les films, les lectures, illustrant la variété et la singularité des situations, donnent matière à penser et à écrire. Que disent ces comptes rendus du travail infirmier et de son apprentissage ? Suivant la méthode retenue, nous avons sélectionné trois catégories de discours : la relation soignant-soigné, les soins palliatifs, l'identité professionnelle. Etre praticienne réflexive, c'est non seulement occuper une place, l'assumer et s'y tenir, mais c'est aussi prendre position, et par la même participer non seulement à son développement mais aussi à celui des autres ; c'est tout du moins, ce que nous allons essayer de mesurer en analysant les entretiens réalisés auprès des actrices qui ont participé à ce projet.

Partie IV : les entretiens.

« Une forme d'écoute impliquée et impliquante qui vise à la formation d'un savoir nouveau, à la faveur d'une relation dialoguante et questionnante entre deux ou plusieurs personnes » (Lani-Bayle, 2007, p.18).

9. Présentation et étude des entretiens.

J'ai rencontré sept soignantes présentes entre 2003 et 2008 dans le service de chirurgie viscérale, en entretien individuel semi-directif. Ces soignantes ont participé au moins une fois à une réunion du groupe de réflexion. Ce petit nombre s'explique par le fait qu'il ne s'agit pas de généraliser une expérience au statut bien singulier mais de la comprendre. Un guide d'entretien a été envoyé à ces soignantes pour deux raisons : délimiter mon terrain de recherche et les aider à orienter leurs souvenirs et leurs réflexions. La méthodologie des entretiens s'appuiera sur le récit du sujet entre récit d'expérience et récit de formation.

9.1. Le guide d'entretien.

Les interviewées ont reçu la même lettre de présentation de la recherche environ un mois avant le rendez-vous:

« Tu as participé à certaines réunions du groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en chirurgie viscérale. Cette expérience à partir d'échanges entre professionnels s'est déroulée d'octobre 2003 à décembre 2008. Aujourd'hui engagé dans un travail de recherche (thèse de doctorat à Angers/Nantes depuis 2016) en sciences de l'éducation, je réfléchis aux implications d'une telle démarche : pourquoi ? Comment ? Mon objectif est de montrer que, dans un contexte professionnel de questionnement permanent, la formation ne peut se limiter à la seule formation initiale ou continue : est-il possible d'envisager une autre méthode d'apprentissage, plus proche des réalités quotidiennes, sans exclure les autres façons d'apprendre ? Mon hypothèse est qu'un groupe de réflexion entre pairs remplirait ce rôle.

Je me tourne vers quelques actrices du groupe de réflexion en chirurgie viscérale afin de connaître leur point de vue sur l'intérêt d'un tel lieu, en prenant l'exemple du groupe que nous avons connu. Quelle aura été l'originalité de ce groupe ? Pourquoi serait-il, en tant qu'espace de parole, particulièrement adapté à une pratique de terrain ? Quelles ont été les difficultés rencontrées ? Quels en sont les bénéfices pour les actrices, l'équipe ? En quoi a-t-il pu participer à la professionnalisation de ses participantes pour hier mais aussi éventuellement pour aujourd'hui suivant leur parcours professionnel ?

J'envisage de procéder à des entretiens individuels avec des soignantes au nombre de cinq à 10 maximum. Qu'est-ce que le groupe de réflexion t'a apporté ? Pour t'aider dans ce travail de mémoire tu peux t'appuyer sur la lecture des comptes rendus que tu avais reçus à la suite des réunions. Je te propose un premier entretien, d'une durée d'1h30 au maximum, sous la forme d'une discussion semi-dirigée soutenue par une série de questions (pièce jointe) auxquelles tu es libre de répondre ou pas. Ces entretiens seront enregistrés afin que je les retranscrive, les analyse et seront transmis aux interviewées pour recueillir leurs impressions. Un dernier temps est possible pour apporter des précisions ou des modifications aux propos tenus. Ces entretiens confidentiels ne pourront en aucun cas être diffusés en dehors de la recherche et seront détruits par la suite ; toutefois, ils seront inclus en annexe de la thèse, sauf opposition de ta part. Les modalités de ces rencontres (lieu, temps) sont à négocier lors de la prise de contact téléphonique annonçant les entretiens ».

Cette prise de contact est accompagnée d'une série de questions. On ne sait jamais comment l'interlocutrice interprète les questions qui servent à délimiter le champ de la recherche. Cette difficulté tient aussi au fait que celui qui questionne peut avoir du mal à exprimer clairement sa pensée. Par conséquent, le temps pris à expliquer ce que l'on souhaite dire et ce que l'autre a compris participe du temps (1h30 maximum) et de la qualité de l'entretien. Les entretiens ont été, comme prévu, enregistrés afin que je les retranscrive et les analyse puis ont été enfin transmis aux interviewées. Un dernier temps était proposé pour apporter éventuellement des précisions ou des modifications aux propos tenus, que cela vienne de ma part ou de celle de la soignante.

L'approche par entretien me semble particulièrement adaptée à ma recherche. J'ai pu me rendre compte que la seule question : qu'est-ce que le groupe de réflexion t'a apporté ? a suscité la perplexité chez les premières soignantes au moment du contact téléphonique ; l'éloignement des événements n'y est pas étranger ; d'autre part, les soignantes dans l'ensemble sont peu préparées à ce travail d'explicitation. Néanmoins, cela permet à la soignante de commencer un travail de remémoration. Le déroulement des questions exige souplesse de ma part pour laisser celle qui s'exprime aller jusqu'au bout de sa propre pensée. Le guide d'entretien a été testé, de façon exploratoire, auprès de deux infirmières qui ne sont plus en activité depuis quelques années mais qui ont eu une longue carrière hospitalière et connaissent le milieu de la chirurgie viscérale. Ce guide, après quelques modifications, leur

paraît répondre aux préoccupations évoquées par la problématique et l'hypothèse. Il est important d'adresser ce guide à plusieurs profils de participantes, dans la mesure du possible : infirmières et aides-soignantes (les médecins et les cadres d'unité n'ont pas participé aux réunions malgré des invitations, la cadre supérieure a quitté l'établissement), participantes assidues et participantes ponctuelles, participantes restées en chirurgie viscérale et participantes ayant quitté le service.

Ce guide d'entretien, joint à la demande d'entretien, comprend 7 questions :

« 1. *Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ? Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui l'accompagne ? Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les trois niveaux) difficiles ou réussies ?*

2. *Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ? En raison de quel(s) manque(s) et à la recherche de quel(s) bénéfice(s) ? La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans un lieu dédié te paraît-elle nécessaire ?*

3. *Connais-tu l'analyse de la pratique ? As-tu été formée à cette démarche qui vise la réflexion sur la pratique entre les membres d'une équipe ? Le retour sur l'expérience te semble t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation ? Penses-tu que la construction de la compétence suppose tout un travail de réflexion au long d'une vie professionnelle ?*

4. *La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi, au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation) ? Au niveau cognitif (connaissances) ? Peut-on dire que ces échanges t'ont aidée à devenir une meilleure professionnelle (attitudes, comportements, gestes professionnels) ? Peut-on parler de développement personnel ?*

5. *Cet espace précise-t-il quelque chose sur le rôle infirmier et aide-soignant ? Révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ? Cet espace a-t-il eu une influence sur l'équipe ?*

6. *Qu'est-ce que tu peux dire sur ce lieu ? As-tu connu d'autres lieux semblables ? Pourquoi ce groupe a-t-il pu durer cinq ans ? Quelles en ont été les réussites et les insuffisances ? As-tu apprécié les comptes rendus ? Quels rôles ces derniers ont joué ?*

7. *Est-ce que ce groupe peut être considéré comme un exercice de formation continue ? Peut-on parler d'auto-formation, laquelle se caractérise par la prise de*

responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ?

PS. Tu peux t'aider des comptes rendus que tu avais reçus pour rafraîchir ta mémoire ou me demander de t'en faire parvenir ; tu peux aussi faire resurgir à ta mémoire certains commentaires qui auraient été significatifs pour toi ».

Des notions-clés ressortent de la problématique formulée par ma question de recherche : apprendre par la pratique, espace de paroles entre pairs, professionnalisation. Apprendre par la pratique : la première question demande ce qu'est le rôle relationnel, la deuxième question en évoque le vécu. Espace de parole entre pairs : la troisième question regarde comment et pourquoi réfléchir sur cette pratique en groupe, la sixième question cherche à établir des liens entre le groupe de réflexion en chirurgie viscérale et d'autres lieux que les soignantes auraient pu connaître. La professionnalisation renvoie à la quatrième question sur les effets liés à la qualité de la réflexion/réflexivité, à la cinquième question pour les conséquences sur l'identité professionnelle. La septième question instaure une hypothèse dynamique entre les thèmes en proposant la liberté d'apprendre, avec, par et pour les autres, comme le facteur déclencheur de la formation réflexive de l'apprenant.

Le recueil de données est une préoccupation majeure du chercheur. Je compte sur la collaboration de mes anciennes collègues pour me donner leur point de vue. Ayant quitté mon établissement hospitalier en 2012, j'ai gardé certains contacts mais il me faudra néanmoins commencer par retrouver certaines participantes que je n'ai pas revues depuis mon départ. Pour ne pas perdre le fil de chaque entretien, je n'ai pas fait deux entretiens en même temps, c'est à dire qu'aucun entretien n'a eu lieu avant que le précédent ne s'achève, retranscription et analyse comprises.

9.2. Méthodologie des entretiens.

A partir des propos de chaque soignante, nous ferons une analyse en trois temps : tout d'abord en distinguant les indications sur les faits, les ressentis, les réflexions (Lani-Bayle, 2006, p. 128-130). L'analyse se poursuit en travaillant les liens entre renseigner et enseigner : renseigner c'est ce que peuvent nous apprendre les faits, mais ce qui est important c'est de

chercher ce qu'ils nous ont fait, c'est à dire le récit d'expérience laissant remonter les éprouvés ; vient ensuite le récit de formation pour prendre conscience de ce que l'on en fait.

« Il s'agit, pour cheminer du renseignement à l'enseignement, de transformer, via le récit et la mise en forme impulsée par l'écriture, le matériau brut, insignifiant isolément, en une entreprise de mise en sens via la prise en compte des ressentis, ceci au fil de trois étapes non chronologiques ou hiérarchisées, le plus souvent enchevêtrées » (Lani-Bayle, 2006, p. 129).

J'ai donc procédé à une analyse en trois temps respectant la démarche de Lani-Bayle (ibid.) : le rôle relationnel (les faits) est un apprentissage multidimensionnel qui se révèle dans la pratique ; comment la soignante vit-elle ce rôle ? Cela conduit parfois la soignante à être dans le doute et affectée (récit d'expérience).

Ce sentiment de questionnement, voire de mal-être, peut avoir besoin de s'exprimer dans un lieu de parole entre pairs (récit de formation) : ce sera l'objet de la cinquième partie suivante. A ce dernier stade, après avoir tout d'abord brièvement rappelé les faits auxquels sont confrontées les soignantes puis d'avoir recherché ce que ces faits ont produit chez les soignantes, il importera de tenter de comprendre ce que les soignantes en ont fait dans un souci de professionnalisation à l'intérieur du groupe de réflexion.

Nous présentons de façon thématique les deux premiers temps (faits, ressentis) qui ressortent des entretiens. L'analyse des entretiens permettra de déterminer les thèmes développés dans le discours avant de les classer en catégories. La méthode s'inspire de l'analyse de contenu par catégories de Mucchielli (1984) déjà utilisée pour les comptes rendus : l'auteur procède en deux étapes, la détermination d'unités significatives et leur catégorisation. Chaque unité dégage un thème et l'ensemble des thèmes est regroupé sous des sous-catégories appartenant à une catégorie.

9.3. Les sept soignantes.

Les prénoms de ces professionnelles ont été changés. Chaque compte rendu mentionnait les prénoms des participantes, ce qui permet de connaître le nombre de réunions par professionnelle.

Entretien n°1 : Clémence, infirmière, 11 ans d'ancienneté en 2003, a participé à 13 réunions.	Clémence fait partie des cinq soignantes qui sont à l'initiative du groupe de réflexion. Cette infirmière a quitté le monde hospitalier depuis 2008 pour devenir infirmière libérale dans un centre de soins.
Entretien n°2 : Justine, aide-soignante, 24 ans d'ancienneté en 2003, a participé à 18 réunions.	Justine fait partie des cinq soignantes qui sont à l'origine du groupe de réflexion. Tout en changeant de service, elle est restée dans le même centre hospitalier.
Entretien n°3 : Nina, infirmière, 10 ans d'ancienneté en 2003, a participé à 4 réunions.	Nina a quitté la chirurgie viscérale en 2007 et occupe aujourd'hui un poste de cadre de santé.
Entretien n°4 : Vicky, aide-soignante, 18 ans d'ancienneté en 2003, a participé à 9 réunions.	Vicky fait partie des cinq soignantes qui sont à l'initiative du groupe de réflexion. Aide-soignante pendant 15 ans en chirurgie viscérale, elle est maintenant référente logistique.
Entretien n°5 : Irène, infirmière, 14 ans d'ancienneté en 2003, a participé à 8 réunions.	Irène fait partie des cinq soignantes qui sont à l'origine du groupe de réflexion. Elle est depuis 2009 infirmière libérale dans un centre de soins.
Entretien n°6 : Géraldine, infirmière, 16 ans d'ancienneté en 2003, a participé à 2 réunions.	Géraldine est une soignante ancrée depuis toujours dans le monde hospitalier et la spécialité chirurgicale, dont la chirurgie viscérale.
Entretien n°7 : Annie, aide-soignante, 6 ans d'ancienneté en 2003, a participé à 2 réunions.	Annie est devenue aide-soignante en 2004, après avoir été 6 ans agent des services hospitaliers ; elle est arrivée la même année en chirurgie viscérale.

Ces 4 infirmières et 3 aides-soignantes ont accepté spontanément ces entretiens. J'ai ressenti que cela leur faisait plaisir d'évoquer ce lieu particulier qu'était ce groupe de réflexion, pour lequel elles avaient beaucoup à dire. Chacune s'est prêtée sans aucune difficulté à l'exercice de l'entretien à partir du guide qu'elles avaient reçu. La principale difficulté des entretiens a consisté à rester centré sur la période 2003-2008, chaque soignante ayant tendance à parler de son expérience actuelle ; cela s'avère toutefois intéressant pour mesurer l'évolution des pratiques. Quel est le profil des interviewées ? 2 infirmières et 2 aides-soignantes sont à l'origine du groupe de réflexion. 2 infirmières ont quitté le monde hospitalier, les 5 autres soignantes restant dans ce même hôpital ; parmi ces dernières, 2 travaillent toujours en chirurgie viscérale. En 2003, année de la naissance du « groupe de réflexion », 4 soignantes ont plus de 14 ans d'ancienneté, 2 autour de 10 ans, seule Annie débute tout juste sa carrière d'aide-soignante mais a déjà exercé à l'hôpital. Ce sont donc principalement des soignantes qui ont à la fois une ancienneté professionnelle à la naissance

du groupe de réflexion et une connaissance de la chirurgie viscérale. Voilà des infirmières et des aides-soignantes d'expérience : de quelle manière cette expérience manifeste-t-elle chez ces soignantes des capacités de recul par rapport à leur profession ?

Il est à noter qu'aucune soignante n'a demandé à ajouter ni à retrancher des propos dans l'interview ; il en est de même pour les analyses que j'y ai ajoutées sur leur vision du rôle relationnel, sur leurs récits d'expérience et de formation.

Les 7 entretiens transcrits sont placés en annexe. Les extraits cités de chaque entretien renvoient aux numéros de lignes de l'entretien. Nous débutons par la première étape, selon Lani-Bayle (2006) : se renseigner sur le rôle relationnel tel que les soignantes en parlent.

10. Les faits : le rôle relationnel.

Le soin est un travail collectif : si les soignantes travaillent le plus souvent séparément, elles visent un objectif commun qui exige de communiquer entre elles. Comment les soignantes interrogées voient-elles cette rencontre avec le malade mais aussi avec elles-mêmes et tous les acteurs présents ?

10.1. Entretien n°1 : la vision de Clémence, infirmière.

Clémence a choisi ce métier pour son côté relationnel. Lorsqu'elle choisit de changer de service, c'est toujours dans l'espoir d'y trouver la possibilité d'exercer plus fortement ce rôle, notamment dans le domaine des soins palliatifs. Son parcours présente l'intérêt particulier d'établir des comparaisons entre différents lieux d'exercice à l'hôpital.

Analyse de contenu du discours de Clémence :

Le discours de Clémence met en avant l'importance de la relation soignant/soigné qui constitue sa motivation principale à devenir infirmière. Le premier poste de Clémence en oncologie pédiatrique en témoigne. Lorsqu'elle passe de la chirurgie viscérale, son second poste, à l'hématologie, c'est dans l'espoir d'y trouver la possibilité d'exercer plus fortement ce rôle, notamment dans le domaine des soins palliatifs. Après avoir acquis de l'expérience, Clémence se dirige finalement vers une pratique libérale pour être plus proche de ce côté relationnel.

Entrer en relation avec un malade c'est, selon Clémence, le mettre en confiance, l'écouter, éviter tout jugement, ne pas nier sa parole, adopter une attitude empathique, souriante, de façon à le rassurer car la peur de l'inconnu, l'agressivité, qui l'habitent peuvent conduire jusqu'au refus de soin. *« Les gens à l'hôpital se comportent différemment que quand ils sont chez eux. J'ai remarqué en ayant les deux expériences, quelqu'un va paraître complètement différent à l'hôpital alors qu'habituellement, il n'a pas ce comportement là, et à l'hôpital on va se demander pourquoi il réagit comme ça enfin... Et on ne prend pas ça assez en compte à mon avis. On a trop tendance à porter un jugement, il ne faut pas le faire dans notre métier mais voilà, c'est un peu rapide. Dans le milieu de l'hôpital, les personnes*

peuvent être complètement différentes que chez elles. Le fait d'être dans la peur de l'inconnu, de ce qu'elles vont vivre, de ce qu'elles ont. L'inquiétude... (31) ». Cela demande à Clémence d'être attentive à ses propres gestes et paroles, d'être en capacité de gérer ses sentiments et ses émotions.

Cette compétence de la soignante, qui ne se résume pas à des connaissances, vise à développer chez le malade ses capacités lui permettant d'accepter sa maladie. Cette compétence communicationnelle à laquelle tend Clémence est qualifiée « *d'aide psychologique positive (11) : on doit lui transmettre au niveau psychologique les meilleurs moyens pour réussir... Il y a eu des cas difficiles de non acceptation, c'est la mise en confiance qui est importante et la personne va réussir à développer des capacités (3) ». La reprise de l'information, qui permet aux paramédicaux de s'adresser au patient pour l'aider à mieux comprendre sa maladie, est vue comme faisant partie de l'accompagnement. « C'est tout le monde qui participe à l'information (65) ».*

La relation avec le malade dépend aussi des relations en équipe : Clémence juge que la façon dont le soignant communique doit répondre à un objectif commun qui donne une direction. « *Moi, j'avais besoin pour qu'on aille dans la même lignée, qu'on fasse les choses ensemble, qu'on ne soit pas chacun à faire nos petites choses de notre côté même si on les faisait bien, c'était pas suffisant (...) Même vis à vis des chirurgiens, qu'est ce qu'on peut dire pour faire avancer, pour que la personne soit mieux ? (35) ». Travailler en équipe peut, d'après cette soignante, apporter des réponses à des situations difficiles comme la fin de vie, le soulagement de la douleur, l'annonce. Mais travailler en équipe ne signifie pas seulement être exécutante des prescriptions, il s'agit de traduire en acte le rôle propre infirmier dans le domaine relationnel. « On a un rôle propre, complémentaire des autres, indispensable, il faut le développer, mal connu à côté du rôle médical (...) c'est facile d'ignorer le relationnel à l'hôpital, on peut l'ignorer, rôle complémentaire du médecin, oublié à la longue, ça dépend aussi de la charge de travail (87) ».*

Clémence reconnaît qu'à côté de situations difficiles, notamment l'agressivité du patient, le refus de soin, il existe des accompagnements réussis, y compris pour des malades porteurs d'une stomie. La stomie crée un fort impact psychologique chez le malade. Le danger serait que l'hôpital se concentre uniquement sur la guérison physique au détriment de l'accompagnement. Un des progrès à accomplir souligné par Clémence serait que l'hôpital se

rapproche des gens en leur permettant d'être plus eux-mêmes. « *Moi, j'ai le regret aujourd'hui, quand on est à l'hôpital, de ne pas connaître le contexte de vie des gens, justement pour se dire mais si, il pourrait parce qu'il a de la famille, parce qu'il a des intervenants, qu'il est pas tout seul dans la campagne, à vivre à des kilomètres (...) être capable de dire mais si finalement, ils sont capables de rentrer chez eux et au contraire ça va les aider à guérir (23) »*. Le but de tout soin à l'hôpital étant de permettre au malade de rentrer chez lui, comment la relation soignant/soigné prépare-t-elle ce retour ? Par son expérience, Clémence nous rappelle l'importance d'un accompagnement qui unit l'intra et l'extra-hospitalier.

Analyse de l'entretien 1 : catégorie rôle relationnel

Sous-catégories	Unités significatives	
Vision de Clémence	<ul style="list-style-type: none"> - importance de la relation soignant/soigné - intérêt pour les soins palliatifs - vise la compétence communicationnelle : mise en confiance, écoute sans jugement, empathie, présence rassurante - vise le développement des capacités du malade - reprise de l'information : rôle paramédical 	<ul style="list-style-type: none"> - éducation du stomisé - attentive à gérer ses sentiments de soignante - danger : la seule guérison physique - regrette le défaut de lien hôpital-domicile - pas seulement exécutante de prescriptions médicales, exerce un rôle propre
En équipe	<ul style="list-style-type: none"> - influence positivement la relation soignant/soigné - aller vers un objectif commun paramédicaux-médecins 	<ul style="list-style-type: none"> - lieu de partage et d'explication de l'annonce, des informations, des décisions médicales sur la fin de vie, sur le soulagement de la douleur

10.2. Entretien n°2 : la vision de Justine, aide-soignante.

Justine aime ce côté proche du patient que lui permet sa fonction : le malade avant la maladie.

Analyse de contenu du discours de Justine :

Le rôle relationnel de l'aide-soignante est très important : cela lui permet de discuter avec le patient, tout en faisant la toilette par exemple. Justine aime ce côté vraiment proche du patient. « *Moi c'est ce que j'aime en tant qu'aide soignante, ce côté vraiment proche du patient et... d'avoir du temps et... voilà, moi c'est ça en chirurgie viscérale (12)* ». Justine s'attache moins à la maladie qu'au malade. « *En tant qu'aide soignante, il y a la maladie, y a l'écoute de la douleur, y a l'écoute, le côté psychologique aussi (2)* ». L'écoute est une richesse qui tient parfois à de petites choses : le soin de bouche agrémenté de café ¹⁴ en est une illustration. Être à l'écoute pour Justine, c'est prendre le patient dans sa globalité. Alors, l'écoute accompagne le soin ; elle permet dès l'accueil de rentrer en conversation, elle se veut une oreille attentive au besoin réel du patient ; être en relation, c'est apporter une présence qui reconforte, qui comprend et une disponibilité à apporter une aide. L'écoute autorise le patient à exprimer sa douleur, autant physique que psychologique. « *L'écoute demande beaucoup d'énergie de la part du soignant donc pour avoir une bonne écoute, pour avoir de l'énergie, il faut être bien soi-même, si on n'est pas bien soi-même, si on a vécu quelque chose de difficile, si on n'est pas bien, eh bien on peut pas être à l'écoute (8)* ». La relation soignant-soigné suppose un travail émotionnel de cette soignante elle-même pour faire avec son tempérament et ses souvenirs personnels douloureux ; il est parfois salutaire d'accepter de passer le relais à une collègue (8).

Justine constate un contexte peu propice à la pleine expression du rôle relationnel en équipe : une barrière entre chirurgiens et aides-soignantes, un défaut de collaboration infirmières-aides-soignantes, une charge de travail intense.

Face à la maladie, le patient ne peut se battre qu'avec tout son être, soma et psyché mêlés, l'exclusivité accordée au corps menant à une impasse face à cet homme de 32 ans : « *parce que sa douleur était plus psychologique que physique, des douleurs psychologiques en chirurgie y en a plusieurs ; une autre patiente, en chirurgie viscérale, pareil je ne sais plus enfin de quoi elle était opérée (12). Il y a des gens qui ont une maladie, une complication et ce n'est pas anodin et que si on était plus à l'écoute (48)* ». La conception de la santé, telle

¹⁴ Le soin de bouche pratiqué par l'aide-soignante assure l'hygiène bucco-dentaire de patients qui ne peuvent le faire seul. Ce soin relève du rôle propre de l'aide-soignante quand il est exercé avec des produits non médicamenteux comme le café, dans un but de confort.

qu'elle est décrite par cette aide soignante, dépasse la seule notion de maladie et de corps-objet, pour y inclure des aspects sociaux, affectifs, comportementaux et spirituels qui font une personne entière. La personne est respectée dans ses valeurs et ses croyances. Le soin englobe les diverses activités d'accompagnement, de soutien, de facilitation lors de situations tournées vers la recherche par un individu de sa santé.

Analyse de l'entretien 2 : catégorie rôle relationnel.

Sous-catégories	Unités significatives	
Vision de Justine	<ul style="list-style-type: none"> - importance du rôle relationnel, globalité du soin - proximité avec le malade : spécificité du rôle aide-soignant - présence réconfortante, disponibilité à aider - richesse de l'écoute - attention au mal-être du patient, autant physique que psychologique - non résolution d'un problème physique : expression d'un conflit intérieur du malade non écouté 	<ul style="list-style-type: none"> - respect des valeurs et des croyances du malade - importance des petites choses : exemple du soin de bouche au café - la santé : aspects physiques, sociaux, comportementaux, spirituels - beaucoup d'énergie pour jouer ce rôle, être bien soi-même, effectuer un travail émotionnel
En équipe	<ul style="list-style-type: none"> - barrière entre chirurgiens et aides-soignantes 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de collaboration infirmières-aides-soignantes

10.3. Entretien n°3 : la vision de Nina, infirmière.

Infirmière pendant 10 ans à l'hôpital dans le service de réanimation médicale, le service de chirurgie viscérale est son second service. La réanimation médicale lui fournit un premier point de comparaison.

Analyse de contenu du discours de Nina :

Pour Nina, le rôle relationnel s'exerce à deux niveaux : envers le patient et sa famille ainsi que vers les collègues de travail. C'est donc un rôle qui inscrit la relation soignant-

soigné dans un ensemble plus large qui comprend les paramédicaux soignants et cadres, les chirurgiens.

« *Il y a pas que du technique, il y a le relationnel, l'administratif, l'accueil de la famille à côté (36)* ». Nina se sent particulièrement utile et à l'aise quand elle donne des explications au patient et à sa famille à chaque étape de l'hospitalisation. La relation soignant-soigné demande un savoir-être du soignant particulièrement bienveillant ainsi qu'une ouverture d'esprit pour accueillir le malade tel qu'il est, avec ses croyances toute personnelles.

Pour Nina, le travail en équipe repose sur la confiance, le dialogue, l'entraide entre les membres et contribue au bon fonctionnement de l'équipe ; « *ce relationnel-là de soignant, en définitive, il est au service du patient parce que quand ça fonctionne bien dans l'équipe, c'est au service du patient, ça fonctionne mieux pour lui (2)*. Cette infirmière a ainsi connu des binômes efficaces avec des aides-soignantes. Mais, en dehors de cet exemple, Nina est à la recherche d'une culture d'équipe bien précise. « *Il y a une culture d'équipe qui fait que, à mon avis, on est dans un relationnel, un certain type de relationnel ou pas. Cette culture d'équipe, elle s'apprend et elle se cultive (...) à mon avis ça a une répercussion sur comment on prend en charge les patients et comment on communique entre nous (4)* ». Nina constate que le corps médical reste distant des autres soignants de chirurgie viscérale en ne cherchant pas à expliquer le sens de ses décisions :

« *je venais de réanimation médicale et en réa médicale il y avait une autre culture qu'il n'y avait pas en chirurgie digestive (...) le consentement ou la validation médicale, elle est quand même importante dans notre posture de soignant (...) c'est l'absence de raisonnement du médecin... qu'on a l'impression de marcher sur des œufs (...) C'est ça, moi, qui était inconfortable en chirurgie digestive (16)* ».

La communication a aussi du mal à passer avec le reste de l'équipe : les réunions managées par les cadres ignorent le débat ; le questionnement éthique entre paramédicaux ne fonctionne pas. « *Si on n'est pas bienveillant avec les soignants on ne peut pas leur demander de donner, euh, tout ce qu'il faut au patient avec ce petit côté en plus qui dépasse le drap propre, à boire, à manger, enfin c'est à un niveau au-dessus (46)* ».

Selon Nina, le lieu de travail est considéré comme un lieu d'apprentissage de valeurs et de savoir-faire au même titre que la formation continue, externe. La soignante doit faire

avec une culture d'équipe : « *je me suis retrouvée dans un système de fonctionnement où on ne dit pas en chirurgie viscérale la maladie au malade, pas toujours (24)* » ; et en même temps elle peut participer à l'évolution de cette culture d'équipe. La culture d'équipe est appelée à changer en fonction de la préconisation de nouvelles pratiques : c'est par exemple, nous dit Nina, le cas d'un temps d'annonce diagnostique, en cas de maladie grave, qui n'existait pas et qui est devenu aujourd'hui obligatoire et encadré par un protocole. L'amélioration des conditions d'annonce du diagnostic du cancer, avec la présence possible de l'infirmière, est devenue une figure emblématique du plan cancer 2003-2007. Les lois de 2002 sur les droits des patients et de 2005 sur les soins palliatifs ont apporté de nouvelles questions aux soignants pour concevoir leur relation avec le patient, avec une autre vision du travail en équipe qui interroge cette soignante.

Nina nous dit que toute évolution du rôle relationnel n'est possible qu'à deux conditions qui restent à réunir : une assise institutionnelle, c'est à dire un soutien de tous les niveaux de l'institution, et la volonté des soignants de terrain à s'engager dans un rôle qui n'est pas uniquement celui d'exécutants de prescriptions médicales. Ces deux conditions sont étroitement liées et si elles ne sont pas réunies, la soignante peut être ralentie dans son projet.

Analyse de l'entretien 3 : catégorie rôle relationnel.

Sous-catégories	Unités significatives	
Vision de Nina	<ul style="list-style-type: none"> - importance de la communication envers le malade et sa famille - explications données au malade, à la famille : Nina se sent utile et à l'aise - savoir-être, posture de bienveillance envers le malade, accueil, ouverture d'esprit, respect des croyances du malade - recherche une culture d'équipe - a connu des binômes efficaces avec des aides-soignantes 	<ul style="list-style-type: none"> - la technique ne suffit pas - nouvelles pratiques à considérer : annonce diagnostique par exemple - manque d'explications sur les décisions médicales - infirmière pas seulement exécutante, compréhension de la logique médicale - le lieu de travail est facteur d'apprentissage de valeurs et de savoirs

En équipe	<ul style="list-style-type: none"> - importance de la communication pour le travail en équipe : confiance, dialogue, entraide, bienveillance entre membres - binôme possible avec certaines aides-soignantes - réunions descendantes avec la hiérarchie - pas de questionnement éthique entre paramédicaux - pas de temps d'annonce infirmier/ médecin - corps médical distant des autres soignants - la vérité médicale est parfois cachée au malade 	<ul style="list-style-type: none"> - nouvelles questions apportées par les lois : loi de 2002 sur les droits des patients , loi de 2005 sur les soins palliatifs - culture d'équipe reste à construire et à cultiver car bénéfique pour soignants et malades - si culture d'équipe, adhésion du soignant au projet médical, vision commune - Deux conditions à réunir : soutien de tous les niveaux de l'institution et volonté des soignants à constituer une équipe
-----------	--	---

10.4. Entretien n°4 : la vision de Vicky, aide-soignante.

Vicky interroge le véritable rôle de l'aide-soignante dans un contexte de surcharge de travail technique.

Analyse de contenu du discours de Vicky :

Vicky fait un constat amer sur le rôle d'aide-soignante, c'est d'ailleurs ce sentiment d'amertume qui fut à l'origine d'une nouvelle orientation. Entre 2003 et 2008 Vicky travaillait dans l'unité 1, une unité singulière pour sa concentration d'interventions lourdes qui imposait une importante charge de travail, aussi bien pour les aides-soignantes que pour les infirmières contraintes de travailler le plus souvent séparément. Participer à l'annonce était l'apanage des infirmières. Le travail de Vicky était centré sur l'attention apportée à l'environnement matériel du malade (perfusions, drainages, pansements) : le côté technique imprimait le rythme du soin, pendant les toilettes par exemple. Les cadres essayaient, dans la mesure du possible, d'alléger la charge de travail à certains moments.

« C'est vrai que qu'est-ce qu'on a pu courir entre... Le service était divisé en deux branches, qu'est ce qu'on a pu courir oh la la dans les deux sens, donc euh... j'ai pas eu tant

de difficultés que ça, de toute façon à cette époque-là on fonçait, on fonçait, on était toutes en... je trouve qu'il y avait une bonne ambiance sur ce côté-là, on était assez solidaire des deux côtés (11) ».

Malgré la solidarité qui régnait entre les paramédicaux de l'unité 1 et qui permettait parfois de passer le relais entre soignantes, le contexte amputait, selon Vicky, le soin relationnel : une grande charge de travail, à un rythme rapide, créait une fatigue chez cette professionnelle. Néanmoins, Vicky utilisait chaque occasion pour discuter avec le malade : « *Quand c'était plus calme, c'est sûr, euh, bon, on était un petit peu plus, si tu veux, on parlait davantage, on était plus proche du patient mais... c'était très rare (11) » ; « on discutait quand même avec les gens, on rigolait quand même, on était là pour le boulot et puis voilà quoi ; vis à vis du patient moi je sais que on a eu des bonnes doses de rire aussi, on en a eu quand on était avec telle ou telle infirmière, on était très solidaire et puis on le faisait ensemble (19) ».* Vicky reconnaissait, en effet, l'importance de ce rôle relationnel, qui prend soin du malade dans sa globalité, c'est à dire au-delà de la maladie, pour rester proche de ce dernier.

Le toucher-massage représentait la solution de cette aide-soignante pour rentrer en contact avec le malade et lui apporter de l'apaisement. « *Moi après j'ai fait des formations au niveau du toucher (...) Je pense que le fait de soulager, d'ailleurs je sais pas si c'était une spécialité de ma part, je faisais beaucoup de massages bon, je rafraîchissais beaucoup les gens l'après-midi avec un gant etc... Quand je pouvais je faisais des massages et les gens me le demandaient ; si tu veux après j'ai fait une formation avec ça, sur le toucher et même sur le non-dit, c'est à dire que même si tu ne parlais pas tu pouvais aussi mettre ta main pour apaiser (57) ».*

Analyse de l'entretien 4 : rôle relationnel.

Sous-catégories	Unités significatives
Vision de Vicky	<ul style="list-style-type: none"> - unité 1 : environnement dominé par les actes techniques à la suite de grosses interventions - obligation d'agir vite, de foncer - fatigue - importance du soin relationnel, globalité du malade - adepte du toucher- massage, apaisement et confort du malade par le toucher

En équipe	<ul style="list-style-type: none"> - travail séparé infirmières/aides-soignantes - passage de relais entre aides-soignantes - cadres attentifs à la charge de travail 	<ul style="list-style-type: none"> - bonne ambiance, solidarité entre aides-soignantes et avec les infirmières - pas de participation à l'annonce pour l'aide-soignante
-----------	--	---

10.5. Entretien n°5 : la vision d'Irène, infirmière.

Le rôle relationnel n'est pas solitaire, il s'effectue au sein d'une équipe où chacun a son rôle afin d'instaurer de la cohésion. C'est l'un des constats d'Irène qui a travaillé pendant plus de 8 ans en chirurgie viscérale.

Analyse de contenu du discours d'Irène :

Le soin relationnel est spécifique du rôle paramédical et de ce fait il est très important : *« ce qui fait notre particularité par rapport aux médecins, qui sont obligatoirement très techniciens et on leur demande, c'est de faire attention à tout ça, notre rôle relationnel est très important (35) »*. Selon Irène, le soin relationnel permet de créer dès l'accueil une confiance mutuelle entre le soignant et le soigné, ce qui conditionne la suite de la relation. Ce soin dépasse le seul aspect technique et relève du soin global. L'écoute du patient, à chaque fois singulière, consiste à laisser le patient diriger la conversation à partir de ce qu'il a envie de dire. Il est important de laisser le malade exprimer ses émotions, cela suffit parfois à dédramatiser certaines situations. Réexpliquer des informations, transmettre des questions du patient au médecin quand le malade ne peut pas le faire, font partie de l'écoute de cette infirmière. La stomie reste une expérience traumatisante et un deuil, qui exige une préparation particulière du malade.

Mais ce rôle relationnel n'est pas solitaire, il s'effectue au sein d'une équipe où chacun a son rôle afin d'instaurer de la cohésion : *« La notion d'équipe c'est super important (65). Chacun a son rôle et une compétence et on ne peut pas fonctionner les uns sans les autres ; je pense qu'il faut que chacun apporte sa pierre et puis justement qu'il y ait une cohésion, une coordination entre les soignants (73) »*. Irène a travaillé dans les unités 1 et 3 : par rapport à l'unité 3, l'unité 1, malgré sa charge intensive de travail mais avec son nombre

limité de malades, permettait une meilleure communication avec les malades et un travail en binôme infirmière-aide-soignante. Les transmissions, notamment du midi avec la présence des cadres, restent des moments importants, selon Irène, parce qu'elles témoignent d'échanges avec la majorité des membres de l'équipe paramédicale, même si les aides-soignantes n'étaient pas toujours prêtes ; mais ce temps ne permettait que d'aborder certains problèmes.

La disponibilité de certains cadres et de la plupart des médecins rencontrés par Irène lui ont donné une certaine confiance en soi. Cependant, « *les cadres d'unité n'étaient pas impliqués comme nous auprès des patients parce que moi je ne les ai jamais vues beaucoup aller auprès des gens pour discuter ou pour autre chose (91)* ». Si ce dialogue s'avérait possible pendant les visites où la présence des infirmières était obligatoire, le contact avec les chirurgiens restait, pour Irène, mitigé : « *on posait des problèmes, alors c'était pas forcément toujours d'ordre relationnel mais quand on signalait un truc, je me souviens des chirurgiens qui faisaient attention, on disait : je le sens pas trop ou je le sens pas bien, parce que beaucoup de problèmes relevaient du psychologique (15) ; de mon souvenir, l'organisation fonctionnait relativement bien, même si toutefois ce n'est pas forcément évident de rentrer en contact avec un chirurgien ou un anesthésiste (17)* ». Le rôle relationnel exige un travail continu d'Irène sur elle-même pour être en capacité de dépasser la répétition, de se remettre en question et pour surmonter certains obstacles qui tiennent à son histoire personnelle.

Les nouveaux droits des patients renforcent la dimension relationnelle reconnue à l'infirmière : « *C'est vrai que ça (lois de 2002 et 2005 sur les droits des patients) crée un autre climat, ce qui n'est pas anodin et notre formation est arrivée à ce moment-là, quand on y pense, tu vois je me rappelais pas, mais ça joue... oui y a eu une évolution, quand on le vit au quotidien on s'en rend pas compte, avec le recul c'est différent... Y avait des sujets dont on parlait pas avant, je me souviens de la mère de cinq enfants qui avait annoncé et préparé sa mort... c'est donc qu'il y a une évolution (85)* ».

Analyse de l'entretien 5 : rôle relationnel.

Sous-catégories	Unités significatives	
Vision d'Irène	<ul style="list-style-type: none"> - grosse chirurgie, charge de travail importante - importance du soin relationnel - soin spécifique du métier paramédical axé sur l'humain - insuffisance de l'acte technique, globalité du malade - écoute : accueillir, prendre le temps, pas de jugement, réexpliquer, mise en confiance du malade - malade singulier - partir du discours du malade - permettre l'expression des émotions du malade - stomie: éducation, deuil 	<ul style="list-style-type: none"> - annonce : rôle paramédical de réexplication - transmission des questions du malade aux médecins - remise en question de la part du soignant - surmonter deuils personnels - nouveaux droits du patient font évoluer le rôle relationnel - parler avec tout le monde, nécessité du dialogue - chacun a un rôle, une compétence : viser cohésion, coordination de l'équipe
En équipe	<ul style="list-style-type: none"> - binôme infirmière/aide-soignante - la plupart des chirurgiens attentifs aux remarques mais la relation avec ceux-ci reste un challenge - visites avec les chirurgiens - l'écoute des cadres et des médecins entraîne confiance de la soignante 	<ul style="list-style-type: none"> - importance du temps de transmissions, malgré l'absence des médecins - cadres aux transmissions du midi mais éloignés des patients - temps de transmissions important mais début de réflexion seulement - l'organisation fonctionne relativement bien

10.6. Entretien n°6 : la vision de Géraldine, infirmière.

Cet entretien nous montre une soignante ancrée dans le monde hospitalier et la spécialité chirurgicale. Comment aider le patient confronté à la maladie grave qu'est le cancer, à la fin de la vie ?

Analyse de contenu du discours de Géraldine :

Le cadre chirurgical hospitalier amène cette soignante à rencontrer des malades atteints de cancers digestifs qui nécessitent des soins curatifs et/ou palliatifs : « *on avait pas*

mal de soins palliatifs, de cancérologie, les cancers du pancréas, de l'estomac, du colon sans ou avec colostomie, du rectum, si, on en avait beaucoup finalement et puis c'était des gens qui restaient au long cours (28) ». Ces cancers digestifs sont extrêmement agressifs et mutilants ; ce n'est pas la stomie qui est grave puisque par expérience familiale Géraldine sait qu'on peut vivre très longtemps avec une stomie, mais le cancer qui se cache derrière toute intervention. « L'intervention qui m'a le plus marquée c'est celle sur le pancréas, quand ils n'arrivaient pas à opérer, tu savais que pour la personne c'était une histoire de 3 à 6 mois, c'est fulgurant. Le cancer du rectum, l'opération était jamais simple, pour les gens, les proches et j'étais, à cette époque-là, pas assez vigilante parce qu'on est habitué dans le train-train des soins, les gens sentaient leur odeur et ils disaient : je suis en train de pourrir (30) ».

Géraldine nous dit que la dimension curative de la chirurgie ne doit pas faire oublier le malade derrière la maladie. Accompagner un patient qui a reçu une mauvaise nouvelle est difficile. L'infirmière ne participait pas à l'annonce proprement dite. Géraldine s'appuyait sur ses connaissances mais aussi sur son vécu de la maladie grave : *« ce que je trouve d'important surtout quand tu arrives à ce niveau-là, après ça dépend de chacun, tu peux utiliser aussi ton propre vécu, si tu as vécu ça avec un proche où tu t'en as pris plein la figure tout d'un coup ; moi je sais que j'essaie d'être comme ça en me préservant mais en me disant : pour l'avoir vécu, faut pas qu'il se prenne tout, j'essaie de l'apaiser (12) »*.

Le rôle relationnel s'avérait primordial auprès du malade confronté à la douleur, à la souffrance, à la peur, à l'annonce de sa maladie, durant une hospitalisation qui pouvait être longue. Selon Géraldine, le soin relationnel demande de lutter contre certaines habitudes qui peuvent heurter le malade : par exemple les soins d'hygiène et les changements de position quand ils relèvent d'un fonctionnement systématique. La clé de la relation c'est l'écoute dès l'accueil et l'écoute c'est la reformulation. En cas de difficulté avec un malade, Géraldine note qu'il était parfois possible de passer le relais entre soignantes.

Le patient se trouve au milieu d'une équipe dont les différents membres doivent communiquer : c'est le second aspect du rôle relationnel qui s'adresse à l'entourage du patient, à tous les soignants, infirmiers, aides-soignants, anesthésistes, chirurgiens. Géraldine discute avec ses collègues, sans les chirurgiens, au moment des transmissions et lors de quelques réunions, quand des patients posent problème, quand arrive le passage des soins curatifs aux soins palliatifs. Sans ces échanges il n'y a pas d'accompagnement. L'équipe

mobile de soins palliatifs était appelée à la rescousse à la demande des paramédicaux. Pour Géraldine, la famille réclame toute l'attention de la soignante pour ne pas avoir l'impression d'être tenue à l'écart ; le statut de chirurgien intimide certaines familles et le paramédical devient l'interlocuteur privilégié de la famille. Les aides-soignantes, plus proches des malades, sont les collaboratrices des infirmières, plus techniciennes, dans les tâches quotidiennes et cette proximité est essentielle : « *le fait d'être ensemble c'est important, on n'a pas le même ressenti et ça permet de prendre la personne plus dans sa globalité (50)*. Les relations avec les chirurgiens sont bonnes, tant que la discussion se cantonne au domaine curatif, mais elles se heurtent à des différends sur la démarche palliative, sur la prise en charge de la douleur, sur la façon d'annoncer : cela dénote, affirme Géraldine, un manque de cohésion dans l'équipe. « *C'est pas le rôle d'un chirurgien de rentrer dans la phase palliative, il faisait pas intervenir l'équipe mobile de la douleur, des soins palliatifs (22)* ».

Or le métier d'infirmière ne consiste pas seulement à exécuter les prescriptions médicales et à s'installer dans le train-train des soins ; l'infirmière d'après Géraldine, est aussi chargée de mettre en avant son rôle propre.

Analyse de l'entretien 6 : catégorie rôle relationnel.

Sous-catégories	Unités significatives
Vision de Géraldine	<ul style="list-style-type: none"> - auprès de patients atteints de cancer, en soins curatifs ou palliatifs - cancers agressifs et mutilants - soin relationnel primordial et spécifique du rôle paramédical - personne dans sa globalité : le malade et la maladie - écoute, reformulation, envers le patient et son entourage - difficulté de l'accompagnement : mauvaise nouvelle, cancer, douleur, souffrance, peur - but : apaiser le malade - soins curatifs, palliatifs : interrogation sur le passage entre les deux soins - la stomie n'est pas forcément grave - lutter contre certains soins systématiques qui heurtent le malade - ressources : connaissances, leçons du vécu personnel pour se préserver - annonce sans l'infirmière : rôle paramédical d'explication - facile de se laisser porter par le train-train des soins, en étant moins vigilante sur la relation - désir de compréhension des décisions médicales car pas seulement exécutante de prescriptions médicales, existence du rôle propre

En équipe	<ul style="list-style-type: none"> - obligation de la communication entre soignants - proximité entre infirmières et aides-soignantes pour soin global - barrière entre chirurgien et famille - paramédical interlocuteur privilégié des familles - annonce: rôle médical sans présence de l'infirmière - venue de l'équipe mobile de soins palliatifs sur demande des paramédicaux - passage de relais entre soignantes 	<ul style="list-style-type: none"> - discussion sur problèmes pendant les transmissions - quelques réunions au sujet de décisions médicales, sans un chirurgien - difficulté des chirurgiens à parler de psychologie, de soins palliatifs - bonne relation avec chirurgiens si soins curatifs - différends avec chirurgiens sur démarche palliative, sur prise en charge de la douleur, annonce, soit manque de cohésion
-----------	---	---

10.7. Entretien n°7 : la vision d'Annie, aide-soignante.

Annie nous livre sa vision du rôle relationnel en tant que jeune aide-soignante fraîchement débarquée : comment s'insère-t-elle dans une équipe de soins intensifs ? Comment apprend-t-elle une spécialité comme les soins palliatifs qu'elle découvre ?

Analyse de contenu du discours d'Annie :

Annie a travaillé sur le secteur 1 qui concentre de grosses pathologies ; il s'agit d'un secteur intensif caractérisé par un départ assez rapide des malades sur le secteur 2 dès qu'ils ne recevaient plus de soins intensifs. Travaillant surtout le soir en tant que seule aide-soignante, Annie passait d'une infirmière à l'autre dans une unité divisée en deux secteurs. L'unité lui apparaît petite, conviviale, lui procurant un sentiment de « *cocooning* ». Cette situation convient bien à Annie qui vient d'obtenir son diplôme d'aide-soignante et qui apprécie de travailler en binôme infirmière-aide-soignante.

Le travail d'Annie ne se résume pas aux tâches qui concernent le corps du patient : manger, faire la toilette, lever et coucher ; prendre le temps de discuter est indispensable parce que le malade, en tant que personne, ne se résume pas à sa maladie : « *le malade n'est pas seulement une maladie, c'est un être humain, ce qui me parle c'est la personne entière, pas seulement le soin technique (...)* Les infirmières parlaient beaucoup de la maladie avec le patient, de leur diagnostic, des soins techniques et moi je n'étais pas dans cette optique-là,

j'étais sur une relation différente en fait, plus familiale, loisirs, je me disais que reparler de la maladie tout le temps, à un moment donné le patient il va en avoir marre, déjà l'infirmière en parle, le médecin aussi, pourquoi moi j'irai en reparler ? Alors je préférais parler plus de lui, ça c'est aussi important (13) ». Parler avec le malade c'est parler d'autre chose que de la maladie : c'est pour Annie l'une des différences et des complémentarités avec l'activité infirmière beaucoup plus centrée sur la technique.

Cette aide-soignante débutante se préoccupe avant tout de trouver sa place dans l'équipe plutôt que de se poser trop de questions : *« je me posais pas trop de questions, je débute, moi ma première préoccupation, c'était déjà de trouver ma place dans l'équipe, de m'imposer (25) »*. Annie a apprécié de travailler en étroite collaboration avec les infirmières : travailler ensemble, c'est apprendre les unes des autres. *« Sur le plan cognitif, moi j'allais voir les anciennes, je trouvais que l'expérience des anciennes aidait beaucoup plus que d'aller chercher des connaissances sur internet, dans les livres ; je leur posais des questions à propos des malades, de leur agressivité, pourquoi ils étaient comme ça, un peu sur la maladie parce que je débute en chirurgie viscérale, sur les pathologies, si une des pathologies pouvait donner cette agressivité, cette violence (25) »*. La présence des anciennes, infirmières comme aides-soignantes, rassure et soutient Annie qui s'adresse à elles pour obtenir des renseignements sur les pathologies, les comportements des malades, et surtout sur les soins palliatifs qu'elle ne connaît pas, *« parce que on parlait beaucoup des soins palliatifs (33) »*. Elle découvre alors l'existence de l'équipe mobile de soins palliatifs. En cas de soucis psychologiques avec un malade, c'est toujours vers les plus expérimentées qu'elle trouve aide et réconfort. Ses interrogations s'adressent aussi à l'annonce, à la prise en charge de la douleur, aux retours à domicile.

Les échanges professionnels se limitent à l'équipe paramédicale, les médecins restant à l'écart tout comme la direction. En dehors des visites médicales, il n'y a pas de discussion avec les médecins. Annie ne veut pas être une simple exécutante de prescriptions médicales, elle veut jouer son rôle relationnel en étant, selon ses compétences, la plus proche possible des patients : *« moi, en tout cas, je ne veux pas devenir que exécutante, voilà, je suis là en premier pour le patient, je fais mon travail et je prends le temps de discuter avec les patients (63) »*. Le danger, selon Annie, serait de cantonner l'hôpital-entreprise dans un rôle technique adressé non pas à des patients mais seulement à des clients.

Analyse de l'entretien 7 : catégorie rôle relationnel.

Sous-catégories	Unités significatives
Vision d'Annie	<ul style="list-style-type: none"> - grosses pathologies, soins intensifs, soins palliatifs - aide-soignante débutante - besoin d'être rassurée et soutenue par manque d'expérience - cherche sa place dans l'équipe - questions aux anciennes : pathologies, agressivité, psychologie des malades, soins palliatifs - aide des anciennes plus que connaissances sur internet ou dans les livres - prendre le temps de discuter avec le malade d'autres choses que de la maladie - attentive à l'annonce, aux retours à domicile, à la prise en charge de la douleur - soin plus que le soin du corps, globalité du malade - pas seulement exécutante - rôle de conseil, d'éducation auprès des malades - danger : que l'hôpital devienne une entreprise
En équipe	<ul style="list-style-type: none"> - binôme infirmière/aide-soignante, complémentarité - collaboration, réconfort et soutien des anciennes - unité petite, conviviale - importance du travail collectif : apprentissage les unes avec les autres - absence de communication avec les médecins, avec la direction

10.8. Analyse catégorielle du rôle relationnel.

A partir des unités significatives propres à chaque soignante, nous pouvons maintenant décrire la première catégorie représentée par le rôle relationnel et défendue par les 7 soignantes :

- dans un environnement dominé par les actes techniques, en particulier sur le secteur 1, toutes les soignantes reconnaissent, cependant, l'importance du soin relationnel pour accompagner un malade et ses proches confrontés à une épreuve : être atteint d'une maladie grave, un cancer digestif, qui peut être agressif et mutilant à l'exemple de la stomie. Cela questionne le sens des soins et des décisions médicales, particulièrement lorsque les soignantes s'interrogent sur le passage des soins curatifs aux soins palliatifs. Les aides-

soignantes se disent proches du malade tandis que les infirmières sont accaparées par les soins techniques.

- l'attention portée au malade et à son entourage est une caractéristique de l'exercice paramédical à l'écoute du patient et son entourage : cela exige la compétence communicationnelle d'une soignante qui pour écouter l'autre doit pouvoir et savoir s'écouter malgré des souvenirs personnels douloureux. Le soin infirmier associe technique et écoute inconditionnelle par une approche globale de la personne c'est à dire autant physique que psychologique. Le soin consiste, par une oreille attentive au besoin réel du patient, à aider ce dernier et son entourage dans la recherche de la santé qui dépasse les frontières de la maladie aussi grave soit-elle. Face à la maladie, le patient ne peut se battre qu'avec tout son être, soma et psyché mêlés, l'exclusivité accordée au corps menant à une impasse.

- c'est pour cela que les soignantes interrogées accordent de l'importance aux conditions de l'annonce, à l'information, au retour à domicile, à être attentives au soulagement de la douleur, à la prise en compte de la souffrance. Cette conception élargie de la relation soignant/soigné demande des capacités de réflexivité et peut s'appuyer sur la recherche de connaissances en psychologie, éthique, législation.

- mais toutes les soignantes le soulignent, pour exercer au mieux le soin relationnel l'infirmière et l'aide-soignante ont besoin d'une équipe, au sens le plus large, à l'écoute de ses membres. Le soin relationnel s'inscrit à l'intérieur d'un rôle relationnel qui favorise la communication et l'entraide entre professionnels, dans un but de partage réflexif et d'explication des décisions médicales. La façon dont le soignant communique doit répondre à un objectif commun qui donne une direction et qui constitue une culture d'équipe. Si la soignante compose avec cette culture, elle peut en même temps participer à son évolution. Travailler en équipe peut apporter des réponses à des situations difficiles comme la fin de vie, le refus de soin, le soulagement de douleurs rebelles, la recherche des meilleures conditions d'une annonce, l'agressivité du patient, la préparation du retour à domicile. L'exercice du soin présente certains éléments positifs en chirurgie viscérale : des moments de transmissions permettent un début de réflexion, l'équipe mobile de soins palliatifs apporte quelques fois sa compétence et son soutien, les chirurgiens sont dans certains domaines à l'écoute des soignantes, la collaboration infirmière-aide-soignante existe tout en étant inégale, le passage de relais entre soignants est possible. La collaboration infirmière/aide-soignante est d'autant

plus nécessaire quand il s'agit d'accueillir une soignante débutante. Il existe dans ces équipes de chirurgie une différence de compétence entre soignantes expérimentées et soignantes plus novices.

- le corps médical reste distant des autres soignants de chirurgie viscérale en ne cherchant pas à expliquer le sens de ses décisions et en n'invitant pas les paramédicaux à assister à l'annonce. La communication a aussi du mal à passer avec le reste de l'équipe : les réunions managées par les cadres ignorent le débat ; le questionnement éthique entre paramédicaux ne fonctionne pas, un défaut de collaboration infirmières-aides-soignantes persiste. Pourtant, le système fonctionne, malgré une culture d'équipe qui ne privilégie pas le travail coopératif. Il est alors facile de se laisser porter par le train-train des soins, les habitudes.

- travailler en équipe ne signifie pas seulement être exécutante des prescriptions, il s'agit de traduire en acte le rôle propre infirmier dans le domaine relationnel. Le lieu de travail est considéré comme un lieu d'apprentissage de valeurs et de savoir-faire. Les lois de 2002 sur les droits des patients et de 2005 sur les soins palliatifs ont apporté de nouvelles questions aux soignants pour concevoir leur relation avec le patient, avec une autre vision du travail en équipe. La soignante doit faire avec une culture d'équipe et en même temps réfléchir à son évolution.

Catégorie : le rôle relationnel.

Sous-catégories	Unités significatives	
Vision des soignantes	<ul style="list-style-type: none"> - contexte de la maladie grave, du cancer agressif et mutilant - importance de la relation soignant/soigné/famille - intérêt pour les soins palliatifs - le soin relationnel est une spécificité du travail paramédical tourné vers le patient et son entourage - le soin est une approche globale de la personne dans ses aspects physiques, sociaux, comportementaux, spirituels - non résolution d'un problème physique : expression d'un conflit intérieur du malade non écouté - le soin relationnel repose sur une compétence en communication du soignant : présence bienveillante, respect des valeurs et des croyances du malade, disponibilité, écoute, reformulation - le développement des capacités du malade est à viser - importance des petites choses : le soin de bouche au café par exemple - enjeux de soin : mauvaise nouvelle, cancer, douleur, souffrance, peur, retour à domicile, refus de soin - regrets vis à vis du défaut de lien hôpital-domicile - le soignant est au besoin le porte-parole du malade - reprise de l'information donnée au malade au moment de l'annonce : rôle paramédical - Stomie : éducation, deuil 	<ul style="list-style-type: none"> - les paramédicaux manquent d'explications sur les décisions médicales, par exemple lors du passage des soins curatifs aux soins palliatifs, de la fin de vie, mais aussi sur tout ce qui touche à l'accompagnement - composer avec une culture d'équipe mais aussi contribuer à construire une cohésion et une coordination de l'équipe - une aide-soignante débutante trouve soutien cognitif et psychologique auprès des anciennes - pour être à l'écoute la soignante doit être attentive à gérer ses sentiments, ses émotions, à surmonter ses deuils personnels - le soignant doit pouvoir se remettre en question - le toucher-massage est un acte relationnel : apaisement et confort du malade - lutter contre certaines habitudes, certains soins systématiques qui peuvent heurter le malade - le soin réclame des connaissances en psychologie, déontologie, éthique, législation - le lieu de travail est facteur d'apprentissage de valeurs et de savoirs, apprentissage les uns avec les autres - la soignante n'est pas seulement une technicienne et une exécutante de prescriptions médicales, elle exerce un rôle propre - l'hôpital est une entreprise particulière

<p>En équipe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - environnement dominé par les actes techniques : obligation d’agir vite, fatigue - importance de la communication pour le travail en équipe : confiance, dialogue, entraide, bienveillance entre tous les membres - chaque soignant a un rôle dans l’équipe - les relations en équipe influent sur la relation soignant/soigné - l’équipe est un lieu d’explication et de réflexion sur les décisions médicales - culture d’équipe reste à construire car bénéfique pour soignants et malades - des aides-soignantes parlent de barrière avec les chirurgiens - paramédical interlocuteur privilégié des familles - barrière entre chirurgien et famille - la plupart des chirurgiens attentifs aux remarques mais la relation infirmières/ chirurgiens reste un challenge - les infirmières notent les limites de la communication avec les médecins : difficulté des chirurgiens à parler de psychologie, de passage des soins curatifs aux soins palliatifs, de prise en charge de la douleur rebelle, de l’annonce - bonne relation avec chirurgiens si soins curatifs - le manque de réunions entre tous les soignants ne permet pas de débattre sur les prescriptions, sur les informations données aux patients - les transmissions représentent un début de réflexion entre soignants - l’annonce reste un acte purement médical - la venue de l’équipe mobile de soins palliatifs apporte sa compétence et son soutien - la communication en équipe est insuffisante pour donner une direction commune, une adhésion au projet médical, pour impulser un questionnement éthique - la collaboration infirmière-aide-soignante existe mais est inégale et dépend du contexte et du désir des soignantes - une soignante débutante peut compter sur le soutien de certaines collègues - en cas de difficulté avec un patient le passage de relais entre aides-soignantes est possible - les réunions des paramédicaux avec les cadres ne laissent pas de place au débat et au questionnement éthique - les cadres sont présents aux transmissions du midi, attentifs à la charge de travail, mais éloignés des patients - bonne ambiance, solidarité, l’organisation fonctionne relativement bien - nouvelles questions apportées par les lois : loi de 2002 sur les droits des patients , loi de 2005 sur les soins palliatifs - Deux conditions à réunir : soutien de tous les niveaux de l’institution et volonté des soignants à constituer une équipe
------------------	---

10.9. Le cas particulier de la stomie.

J'ai présenté le malade porteur de stomie comme un malade particulier. Cette intervention relève de la chirurgie digestive et représente, par son côté symbolique et pratique, une épreuve pour le patient. J'ai aussi expliqué les raisons personnelles qui me poussaient à interroger mes collègues pour savoir comment elles vivaient cette relation bien particulière. Si à mes yeux il existait un défi majeur dans l'accompagnement du malade stomisé, en était-il de même pour mes collègues ?

Toutes les soignantes reconnaissent l'impact psychologique d'une telle effraction. *« La stomie c'est beaucoup plus un problème psychologique, un deuil, qu'un problème technique. Tu n'abordais pas les gens de la même façon que pour une autre pathologie (...) Le patient stomisé a besoin d'un accompagnement, ne serait-ce que d'être à ses côtés (Irène) »*. Mais cette intervention, d'exceptionnelle par son caractère de gravité à l'époque où je l'ai rencontrée pour la première fois, a perdu son caractère dramatique même s'il ne faudrait surtout pas le banaliser. Le soin de stomie fait partie des gestes effectués par toute soignante dans un service où coexistent différents patients dont certains sont atteints d'autres pathologies graves et mutilantes. L'attention de la soignante se porte sur la préparation du malade à sa sortie de l'hôpital pour qu'il s'adapte le mieux possible à son nouveau corps. L'attitude de l'infirmière libérale, telle que la décrit Clémence, est déterminante vis à vis du malade mais aussi de son entourage. Lorsque mon père s'est retrouvé dans la situation de devoir prendre lui-même en charge sa stomie, un voisin s'est proposé spontanément pour venir le voir régulièrement et l'encourager dans ce difficile travail de reconstruction de soi. Il n'effectuait aucun soin mais sa présence attentive était un soutien pour mon père qui quittait momentanément son seul statut de malade. Ce voisin avait-il pressenti une issue fatale qu'aucun de nous ne pouvions imaginer ?

Evoquant la stomie, Géraldine réunit souvenirs professionnels et personnels :

« J'en parle différemment aujourd'hui parce que les chirurgiens ont évolué dans leur technique ; alors ça c'est pas banalisé mais c'est vrai que j'avais dans l'idée que quand on arrivait à la colostomie c'était grave ; à cette époque-là du groupe de réflexion la colostomie c'était les tumeurs importantes du colon, du rectum, ça c'était ce qui me marquait plus qu'une colostomie. L'intervention qui m'a le plus marquée c'est elle sur le pancréas, quand ils arrivaient pas à opérer, tu savais que pour la personne c'était une histoire de 3 à 6 mois,

c'est fulgurant. Le cancer du rectum, l'opération était jamais simple, pour les gens, les proches et j'étais, à cette époque-là, pas assez vigilante parce qu'on est habitué dans le train-train des soins, les gens sentaient leur odeur et ils disaient je suis en train de pourrir : c'était dur ça, que veux-tu répondre à ça ? J'ai toujours connu mon grand-père, il a presque 95 ans, ça doit faire 40 ans qu'il a sa stomie, il est toujours vivant, donc la colostomie n'a pas pour moi la même image que d'autres cancers ».

Pour les sept soignantes, le soin de stomie nécessite une mise à distance de l'expérience émotionnelle. L'impact du corps dénaturé s'efface devant la rationalité médicale qui prend le dessus. Ce qui est insoutenable devient soudain soutenable. Pour moi, ce soin a toujours revêtu un aspect particulier qui tient au fait que l'émotion a autant d'impact sur l'action que la raison. Chaque soignante fait part de souvenirs personnels douloureux attachés à la maladie d'un proche ou d'un patient. Les soignantes avancent plusieurs solutions pour ne pas être submergées par leurs propres émotions et afficher les émotions que leur dictent les normes professionnelles : faire un travail de soi sur soi en reconnaissant la part de subjectivité qui peut les envahir, établir une barrière entre soi et ces affects dérangeants, en parler avec les anciennes plus aguerries, rester centrées sur les compétences techniques.

Ce qui est certain, c'est que chaque soignant participe à ce rôle relationnel avec ses forces et ses insuffisances, ses questionnements et ses réponses, qui relèvent d'une vision que nous allons continuer d'explorer. Si la stomie et tout ce qui l'entoure n'ont pas systématiquement marqué aussi fortement les soignantes, nous verrons, grâce à leur récit d'expérience, que d'autres raisons les ont poussées à s'interroger et à douter. Cette attitude est favorisée par la posture de personnes qui ne veulent pas être uniquement des exécutantes de prescriptions médicales mais qui restent des soignantes capables d'être affectées, comme nous allons le montrer.

Rappel : le rôle relationnel questionne les soignantes au-delà d'une relation soignant-soigné ramenée à sa plus simple expression. Il n'existe pas de domaine aveugle où la soignante n'a pas la possibilité de rechercher le sens de son activité. Travailler en équipe peut apporter des réponses apaisantes à des situations difficiles comme la fin de vie, le soulagement de la douleur, l'annonce. Mais avant d'arriver à une collaboration réelle avec l'ensemble de l'équipe, chaque soignante reconnaît le chemin qui reste à parcourir. Les actrices viennent de nous exposer l'étendue de leur rôle relationnel où, à côté d'aspects positifs, des difficultés se dessinent qui prennent naissance dans un manque de communication. Comment les soignantes expriment-elles ce qu'elles vivent alors qu'elles se heurtent à la réalité du contexte ?

11. Le récit d'expérience.

Nous en sommes à la deuxième étape (Lani-Bayle, 2006, p. 128-130) : qu'est-ce que les faits ont provoqué chez les soignantes ? Reconnaître leurs interrogations et leurs doutes c'est, pour les soignantes, être en mesure d'agir ensuite sur la dimension cognitivo-émotive de l'action. Certes, tout n'est pas négatif : la solidarité entre collègues, le passage de relais entre soignantes, la demande d'aide auprès de l'équipe mobile de soins palliatifs, le lâcher-prise qui relève du savoir-être de chaque soignante, quelques tentatives de discussion entre paramédicaux lors de réunions.

Mais nous allons voir que le rôle relationnel rencontre un certain nombre de difficultés. Une première source de difficultés chez la soignante provient du malade qui réagit d'une façon qui lui est propre face à une maladie qui bouleverse sa vie. Une autre source de difficultés provient d'un manque de communication entre soignants pour que l'équipe soit totalement au service du malade. Ce sont autant de questions qui remettent en cause l'identité professionnelle.

11.1. Entretien n°1 : Clémence, le manque de direction commune.

Clémence a toujours voulu faire du domicile et voulait d'abord une expérience à l'hôpital : ce passage a duré 14 ans, oncologie pédiatrique d'abord, chirurgie viscérale pendant environ 8 ans, hématologie enfin. Clémence a changé volontairement de service pour connaître différents gestes techniques et espaces de travail.

Analyse de contenu du discours de Clémence :

Cette soignante se trouve face à l'agressivité du patient, à sa panique, à son refus de soin, à sa douleur, à ses silences. « *Quand quelqu'un est agressif, il est bloqué, on ne peut pas refermer la porte en laissant quelqu'un agressif comme ça. C'est quelqu'un qui n'a pas accepté la maladie (29)* ». « *Quand il y avait un blanc, j'étais démunie devant le silence : qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce que je fais ?(31)* ». « *C'est très rare de voir des gens accepter*

(la stomie) au bout d'un mois (...) car là ça touche vraiment la personne au niveau psychologique, il y a là un gros travail à faire (17) (...) ils sont beaucoup plus stressés, beaucoup plus apeurés à l'hôpital (19) ».

Quelle attitude adopter devant le mourant ? *« Il y avait des problèmes qui n'avaient pas de solution pour moi, ça c'est clair. Dans l'accompagnement surtout, en fin de vie par exemple, on en avait et moi c'était plein de questionnements à ce moment là, par rapport encore à la mort, comment préparer les personnes ou pas les préparer si elles n'ont pas envie, psychologiquement je veux dire (...) voilà, les grosses questions (...) Et puis l'information : qu'est-ce que le médecin a dit ? C'était un gros manque, on ne savait pas du coup, même par rapport aux étapes après, quels soins on allait faire. Quels traitements ? (...) après nous, en tant que soignant, on est bloqué, bloqué, on n'est pas bien (25) ».*

Il y a aussi l'information du patient, de la famille : quelle information a été délivrée au moment de l'annonce ? A qui ? Cette information porte-t-elle sur le diagnostic, sur le traitement ? Quels ont été les mots employés ? *« Le manque par rapport à l'annonce au patient. On avait aucun moyen pour savoir... Aucune référence, pas de référence, ça c'était compliqué. (...) Que ça on l'ait de noté aussi parce que il n'y avait rien de noté. Voilà, on reprenait la personne et on était toujours à se demander, à se poser des questions, voilà, l'information, l'annonce (35) ».* *« Quand je suis arrivée en chirurgie viscérale et qu'on savait pas si la personne savait qu'elle avait un cancer ou pas, ah ça m'avait surprise, je comprenais plus, je ne savais plus, il y avait aussi les termes eux-mêmes qui étaient trompeurs (97) ».* Cette situation met Clémence en porte à faux, ce qui crée en elle un malaise.

Le soulagement de la douleur est parfois insuffisant : Clémence se demande ce qu'elle peut faire elle-même ou auprès du chirurgien. *« Qu'est-ce qui est légal de faire? La douleur ? On donnait de la morphine à toute petite dose, toute petite dose, et des fois les gens souffraient terriblement. Cela aussi, qu'est-ce que nous on peut faire vraiment pour soulager et qu'est ce qu'on a le droit de dire ? Même vis à vis des chirurgiens, qu'est ce qu'on peut dire pour faire avancer, pour que la personne soit mieux ? (...) pour le bénéfice de travailler en équipe (35) ».*

Clémence exprime son besoin d'une direction unique alors que la situation illustre le défaut de visée commune à l'ensemble de l'équipe où les relations avec les chirurgiens restent *« compliquées (63) ».* *« Moi, j'avais besoin pour qu'on aille dans la même lignée, qu'on fasse*

les choses ensemble, qu'on ne soit pas chacun à faire nos petites choses de notre côté même si on les faisait bien, c'était pas suffisant. Il fallait qu'il y ait une direction : où on va (...) voilà, on reprenait la personne et on était toujours à se demander, à se poser des questions, voilà, l'information, l'annonce ? (35) ».

La réalisation des actes techniques prend beaucoup de place dans l'activité de la soignante au point de prendre le pas sur la relation : *« On peut être très vite prise par la technique en chirurgie viscérale, vu le travail qu'il y avait, la technique, elle peut très vite nous emporter (...) pour moi en faisant ce métier là, c'était la relation qui comptait pour moi (...) Il y a la pression des actes quand même, beaucoup de pression par rapport à ça, terminer à l'heure avant les transmissions, c'était chaud (81) ».* Clémence redit pourtant que c'est cette relation qui l'a attirée vers le métier d'infirmière. Ces tensions entraînent un sentiment de culpabilité chez Clémence devant tout ce qu'elle ne peut pas faire dans sa relation avec le malade. *« On n'a pas réussi à faire des choses, des fois on ressort du boulot, mais moi ah, non je n'ai pas réussi à lui parler de ça (...) je me culpabilisais énormément sur ce que je ne faisais pas, que j'avais pas le temps de faire (81) » ; « Moi personnellement ça été mon problème en tant que professionnelle, je me culpabilisais beaucoup, je sortais, j'ai pas fait ci j'ai pas fait ça au point de vue relationnel. On en a conscience et ça pèse (83) ».*

Analyse de l'entretien 1 : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives	
difficultés dans l'équipe	- manque de direction commune	- relations compliquées avec les chirurgiens
Difficultés ressenties par la soignante	- soignante démunie devant l'agressivité, le refus de soin, les silences, la panique, la peur de l'inconnu, du malade - soignante mal à l'aise au moment de l'accompagnement en fin de vie - méconnaissance de l'information donnée au patient, à la famille - non acceptation par le malade de sa stomie	- soulagement insuffisant de la douleur : que faire, que dire ? Qu'est-ce qui est légal ? - la quantité d'actes techniques restreint les soins relationnels - besoin d'une visée unique, d'un travail d'équipe - poids dû à la culpabilité de ce qui n'a pas été fait

11.2. Entretien n°2 : Justine, la colère refoulée.

L'entretien aborde la singularité du travail d'aide-soignante, si proche du malade et souvent si éloignée des prises de décision.

Analyse de contenu du discours de Justine:

En 2007, avant de commencer son D.U. en soins palliatifs, Justine se dit en plein questionnement : « *Si j'ai été sensibilisée à faire le D.U. c'est mon analyse de pratique... J'étais à l'époque en plein questionnement, parce qu'il y avait quelque chose qui ne me convenait pas en chirurgie viscérale, je ne savais pas quoi (34)* ».

Pourtant, en l'écoutant nous pouvons remonter aux origines de cette remise en question :

- la barrière entre les chirurgiens et les autres soignants : « *Ah ! C'était pas évident, par la charge de travail, par euh... l'esprit d'équipe ; et puis cette écoute des chirurgiens aussi, moi, en tant qu'aide soignante en chirurgie viscérale je m'y retrouvais pas parce qu'il y avait la barrière entre les chirurgiens et nous ; ouais, en tant qu'aide soignante, je me dis combien de fois en tant qu'infirmier j'aurai pété un câble parce que, euh, y avait des choses qu'étaient pas... tu sais les chirurgiens... dans les prescriptions, euh... la douleur, la douleur... l'information, les transmissions (12). Faut pas oublier que les médecins de cette génération là c'était se remettre en question un petit peu (...) Mais ça dépend des médecins, la barrière ; je crois qu'en chirurgie c'est quand même bien particulier, ah oui et les chirurgiens ont une autre image, un prestige (20)* ».

- une charge de travail très importante qui ne favorise pas la collaboration infirmière-aide-soignante : « *Je pense qu'en chirurgie viscérale, c'était difficile aussi mais je ne voyais pas le problème autant parce qu'il y avait une charge de travail autre, tu vois ce que je veux dire, intense et pas cette collaboration avec infirmière-aide soignante, voilà, en chirurgie viscérale, y en avait pas, y en avait pas, parce que les toilettes, les toilettes et puis les infirmières, les pansements, les pansements (38)* ».

- l'absence de réunions éthiques qui engendre le désenchantement du retour de formation : « *« Quand je suis arrivée en chirurgie viscérale, la cadre supérieure d'avant*

2000, combien de fois je lui ai dit : mais pourquoi on n'a pas de réunions éthiques ? (...) On était sept à participer à la formation sur « l'accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille », je me suis dit la formation c'est bien, ce qu'on avait vu en formation je ne voyais pas l'appliquer dans le service quotidiennement, ou faire des petits trucs (22) » ; « y avait pas de réunions de synthèse en chirurgie viscérale (...) des fois aux transmissions, y avait un souci avec un patient et ça arrivait des fois que les médecins viennent échanger mais bon c'était sur un quart d'heure quoi (30) ».

- un soin uniquement centré sur le corps qui conduit à un manque d'écoute : « Il y a des gens qui ont une maladie, une complication et ce n'est pas anodin et que si on était plus à l'écoute, on ferait des économies à l'hôpital en jours d'hospitalisation, je pense (48) ; « moi, c'est ça que je reproche le plus, c'est de pas prendre le patient dans sa globalité (56) ».

- une mauvaise communication envers le patient et sa famille : « Recevoir la famille pour une maladie de Crohn ¹⁵ dans le couloir, à propos d'un fils de 17 ans le chirurgien annonce : voilà votre fils il a une maladie de Crohn, l'expliquer dans le couloir ; ça y a des choses qui, qui... sont intolérables en chirurgie, que j'ai vécues en chirurgie qui sont intolérables (...) ça me mettait en colère, au fond de moi, au fond de moi (...) c'est pff, ça me fait mal... au jour d'aujourd'hui je me dis mais comment j'ai fait pour tenir 11 ans en chirurgie viscérale (68) ;

- une annonce solitaire : « Ce qu'il y avait aussi de difficile en chirurgie viscérale, c'est qu'il y avait l'annonce (...) Combien de fois en chirurgie viscérale tel chirurgien opérant le vendredi, il ouvrait, il refermait, on peut rien faire et qu'il laissait la famille et le patient dans le doute ; ça j'y ai repensé y a pas longtemps (...) ça m'a renvoyée à la chirurgie viscérale en me disant : on avait tout ça à gérer, et nous et les médecins, parce que les médecins, annoncer c'est pas simple non plus et au lieu de se faire aider, de travailler en équipe, ah ben non c'est moi qu'annonce, enfin... alors qu'il nous aurait dit : voilà je compte annoncer demain à tel patient et puis après nous dire : comment il est le patient ? (84).

- la douleur et la souffrance du malade pas suffisamment entendues : « la douleur, c'était pas l'écoute de la douleur, que ce soit la douleur physique comme psychologique parce

¹⁵ maladie inflammatoire, chronique et très invalidante, du système digestif qui évolue par crises. La gravité varie d'une personne à l'autre.

que moi j'ai vu beaucoup de douleur psychologique mais la douleur physique... pff, on demandait : donner la note entre 0 et 10, quoi, mais pourquoi ?... ça s'arrêtait là (68) ».

Les nombreux problèmes auxquels se confronte Justine débordent largement la simple question du soin proprement dit : la collaboration paramédicaux/médicaux, les relations infirmières/aides-soignantes, la charge de travail, un temps de transmissions éloigné de l'analyse de la pratique car l'institution ne l'inclut pas dans ses objectifs, constituent aussi des enjeux relationnels. Un soin s'inscrit dans un contexte : le manque de dialogue entre soignants est pointé du doigt par Justine.

Ecouter l'autre, c'est aussi s'écouter, prendre conscience de son mal-être, se reconnaître comme soignante affectée par les problématiques professionnelles comme par les souvenirs personnels douloureux. Ce travail d'écoute demande beaucoup d'énergie de la part de la soignante et demande aussi de savoir passer le relais. *« Il faut être bien soi-même, si on n'est pas bien soi-même, si on a vécu quelque chose de difficile on n'est pas bien, eh bien on peut pas être à l'écoute ; et aussi de savoir passer le relais, et dire : « ben non, là je ne peux pas aller dans cette chambre là (8) ».* Passer le relais c'est pouvoir compter sur les membres de l'équipe paramédicale mais chaque soignant est accaparé par une charge de travail importante qui en constitue la limite ; passer le relais, selon Justine, c'est pouvoir collaborer avec toute l'équipe, par exemple au moment crucial de l'annonce, mais une barrière existe entre aides-soignantes et chirurgiens ; passer le relais c'est aussi prendre un moment de partage entre collègues, mais durant les transmissions ce temps est trop court.

Pour Justine, travailler dans le secteur particulier de la chirurgie, et notamment en chirurgie viscérale, aura constitué certains moments difficiles : *« Je me dis 11 ans de chirurgie viscérale, ça été dur, j'étais frustrée (48) ; « J'étais tellement frustrée de ne pas faire mon travail comme il faut, bon eh bien j'étais pas la seule à ressentir ça... (50) ».* *« La parole du petit personnel vaut quoi ? Surtout en chirurgie viscérale, moi je suis partie de la chirurgie viscérale, je me sentais complètement dévalorisée, ah bah c'est clair (52) ».* Cette soignante nous fait part d'un sentiment négatif sur la qualité de son propre travail, par incompréhension, par manque de communication.

Analyse de l'entretien 2 : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives	
Difficultés dans l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - barrière entre chirurgiens et les autres soignants - charge de travail très importante - absence de collaboration infirmière/ aide-soignante - pas d'instauration de réunions éthiques ou de synthèse 	<ul style="list-style-type: none"> - soin centré sur le corps, pas de soin global - temps de transmission sans analyse de la pratique, peu propices au débat - passage de relais improbable entre collègues
Difficultés ressenties par la soignante	<ul style="list-style-type: none"> - absence de réunions éthiques, de réunions de synthèse - une information, une annonce inappropriées : une annonce solitaire, au mauvais moment - décalage entre formation et pratique - douleur et souffrance insuffisamment calmées 	<ul style="list-style-type: none"> - prédominance du soin technique au détriment du soin global - sentiments négatifs : dévalorisation de sa parole, colère, mal-être - frustration de ne pas faire son travail comme elle l'entend

11.3. Entretien n°3 : Nina, la culture de service.

Jeune infirmière, elle est avant tout préoccupée par ce qui lui est demandé, au nom d'une certaine culture d'équipe. Nina se dit sous la pression d'une grande charge de travail et d'un fonctionnement qui ne privilégie pas la collaboration.

Analyse de contenu du discours de Nina :

Pour rentrer dans ce rôle relationnel, cette soignante rencontre un certain nombre de difficultés venant en partie d'une culture de service qui ne privilégie pas la communication entre les membres de l'équipe. *« Il y a aussi qu'est-ce que le service inculque comme valeurs et comme moyens de faire pour trancher dans une culture de service où il y a pas forcément de bienveillance envers les soignants, c'est un peu : fais comme je te dis, je t'explique pas pourquoi et vas-y, fais-le, eh bien, à mon avis ça a une répercussion sur comment on prend en charge les patients et comment on communique entre nous (4).*

Il n'existe pas d'échanges avec les médecins sur leur façon de faire en matière d'annonce, de soulagement de la douleur, ce qui met Nina dans une situation inconfortable car elle ne connaît pas le raisonnement du médecin ; que dire alors au malade et à la famille ? Pourquoi dire ou ne pas dire la vérité au malade ? Cette situation est d'autant plus inconfortable que Nina a connu une expérience différente dans un autre service :

« Les problématiques : l'annonce diagnostique, moi j'ai ça en tête, des patients qui souffrent, qui posent des questions, l'annonce qui est faite ou mal faite... à nos yeux, à nos yeux, tout en reconnaissant la difficulté d'annoncer. Par contre moi je venais de réanimation médicale et en réa med il y avait une autre culture qu'il n'y avait pas en chirurgie digestive ; euh, je venais avec une force qui était : dans mon expérience d'avant quand on avait un problème et exactement le type de problèmes qu'on traitait dans ce type de réunion en chirurgie viscérale, on faisait une réunion après les transmissions, dans notre salle de transmission de réa med, avec le médecin responsable des patients ; on fermait la porte et on disait au médecin : pourquoi ceci, pourquoi cela (...) ? Et le médecin il répondait à toutes nos questions, il disait : je ne le fais pas parce que... je le fais parce que... il répond à toutes les questions et après il nous disait : voilà ce que je compte faire, je vais dire à Mme unetelle, je vais dire à son conjoint, est-ce que quelqu'un a quelque chose d'autre à rajouter ? Et quand on était d'accord ou pas d'accord c'était plus le problème à la fin de la réunion, on avait une lisibilité sur la construction de pensée du médecin, et c'était facile de mettre la main sur la poignée de la porte et de rentrer dans la chambre même si on savait que le diagnostic n'allait pas être annoncé, parce que on avait en tête le raisonnement du médecin, pourquoi il le faisait ou pourquoi il ne le faisait pas (16) ».

En chirurgie digestive, Nina ne retrouve pas ce mode de fonctionnement collaboratif :
« et c'est là où je reviens à ce que je disais tout à l'heure, le consentement ou la validation médicale, elle est quand même importante dans notre posture de soignant, parce que j'ai vécu les deux situations et quand le médecin m'a expliqué pourquoi il le ferait, pourquoi il le ferait pas, eh bien je rentrais dans mon collectif d'équipe et je continuais le soin, et je ne portais pas de jugement sur le médecin puisqu'il avait donné son raisonnement et je le respectais ; c'est l'absence de raisonnement du médecin... qu'on a l'impression de marcher sur des œufs, et on se dit : holà là, je vais rentrer dans la chambre et qu'est-ce que je vais répondre si on me pose telle et telle question ? C'est ça, moi, qui était inconfortable en chirurgie digestive ;

et du coup c'est le reste de mes souvenirs de ces réunions en chirurgie viscérale, c'était qu'on pouvait dire dans quelle prise en charge je me suis sentie inconfortable (16) ».

« Je n'étais pas une infirmière qui posait énormément de questions aux médecins (18) ». En tant que jeune infirmière, Nina ressent « beaucoup de pression (18) ». Ses motifs d'échanges avec les médecins concernent l'organisation, c'est à dire le placement des malades à l'intérieur du service. Elle n'a pas pas « la force ou le courage (18) » d'aborder avec les médecins des sujets comme l'annonce, la douleur : « le niveau de raisonnement de prise en charge (...) et qui pouvait à mes yeux mettre un peu mal à l'aise l'équipe médicale, je l'abordais pas de la même façon et pas du tout avec la même euh, la même... sérénité dans l'unité ; (il y avait) des sujets qu'on n'abordait pas forcément au cœur de l'unité, et c'est peut-être aussi pour ça que je me disais que l'aval médical me manquait parce que comme je n'avais pas forcément la force ou le courage de le dire dans l'unité... (18) ». Nina n'ose pas exprimer ses questions, ses remarques et ses désaccords devant les médecins, même lorsqu'il s'agit d'une décision qu'elle juge injuste : « il y avait ce médecin tout-puissant (26) ». C'est le collectif qui se trouve fragilisé par cette méconnaissance du raisonnement médical qui crée un écart entre les discours des médecins et l'infirmière : « donc je suis arrivée avec cette culture et ce fonctionnement et du coup je me suis retrouvée dans un système de fonctionnement où on ne dit pas en chirurgie viscérale la maladie au malade, pas toujours ; les gens se font opérer d'amputations extrêmement importantes et invalidantes et il y en avait qui n'avaient pas compris pourquoi, voilà, comme si ouille... Du coup il y avait un écart et un écart entre l'infirmière et le médecin qui fait qu'on ne disait pas la même chose à tous les médecins (24) ; il me manquait le discours et la logique médicale bien des fois (26) ».

Mais Nina relève aussi un défaut de collaboration infirmière-aide-soignante, une communication à sens unique des cadres vers les paramédicaux. Les réunions avec les cadres ne laissent pas de place au débat, « c'était vraiment l'information descendante (26) », ce qui peut créer un sentiment négatif chez les soignantes. Les temps de transmission, plutôt techniques, ne sont pas favorables à un « raisonnement éthique (26) ». Le binôme infirmière-aide-soignante est loin de fonctionner comme il pourrait ; toutes les aides-soignantes ne recherchent pas cette collaboration avec Nina : « J'ai des bons souvenirs de binôme avec des aides-soignantes, celles qui, à mes yeux, étaient un peu plus ouvertes et ma mémoire elle a sans doute effacé les centaines de jours à travailler avec d'autres personnes avec qui il n'y

avait pas forcément cette relation là (56) ». Nina ressent un manque de soutien de l'équipe, ce qui n'est pas motivant : « clairement un jour où tu as mal au dos et que tu es fatiguée, tu n'es pas obligée de faire ce travail-là de communication avec le patient, personne n'en verra rien, qu'il est fait ou qu'il n'est pas fait de toute façon voilà, et donc du coup si on n'a pas de quoi entretenir le feu, ben, il peut s'éteindre, on ne s'en rend même pas compte (60) ».

Cette situation est renforcée par la pression due à la charge de travail : les soignants courent après le temps pour effectuer de nombreux actes à la chaîne ; *« c'est comme être à l'usine ! (70) ».*

Analyse de l'entretien 3 : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives
Difficultés dans l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - absence d'échanges avec les médecins sur leurs décisions (annonce, douleur) - écart entre les discours des médecins et des infirmières - médecins tout-puissants - transmissions pas favorables au débat éthique - collaboration infirmière/aide-soignante pas toujours possible - communication à sens unique des cadres vers les paramédicaux
Difficultés ressenties par la soignante	<ul style="list-style-type: none"> - culture de service : manque de bienveillance, de communication entre les membres, pas de possibilité d'expression - inconfort car pas de connaissance du raisonnement médical (annonce, douleur) : que dire, que répondre au malade, à la famille ? - la maladie n'est pas dite au malade - annonce inadaptée - n'ose pas aborder certains sujets (annonce, douleur) devant les médecins dans l'unité - sentiment de ne pas être soutenue et motivée par l'équipe - sentiment d'injustice - sentiment d'être à l'usine : concentration sur importante charge de travail technique, pression

11.4. Entretien n°4 : Vicky, la frustration d'un travail bâclé.

Le sentiment dominant et désabusé de cette aide-soignante est celui d'un travail non-fini. L'une des premières phrases de Vicky donne le ton de son discours : *« On ne nous donne pas tous les moyens de... de le faire (le rôle relationnel) (2) »*

Analyse de contenu du discours de Vicky :

L'unité 1 se caractérise par la concentration de malades dits lourds, c'est à dire peu autonomes, ayant subi d'importantes interventions, ce qui entraîne pour les soignantes une charge de travail très importante : « *Je faisais mon travail d'aide soignante parce que je ne pouvais pas faire autre chose, on était déjà bien occupé, bon quand c'était plus calme, c'est sûr, euh, bon, on était un petit peu plus, si tu veux, on parlait davantage, on était plus proche du patient mais... c'était très rare, c'est vrai que qu'est-ce qu'on a pu courir entre... Le service était divisé en deux branches, qu'est ce qu'on a pu courir oh la la dans les deux sens, donc euh... J'ai pas eu tant de difficultés que ça, de toute façon à cette époque-là on fonçait, on fonçait (11). On avait des choses trop, trop lourdes, ah non non non, il y avait beaucoup de différences entre le 1 et le 2, nous on le disait à chaque fois : ben oui c'est encore nous qui allons prendre (15) ».*

Vicky nous dit que dans cette unité reconnue comme très technique, la crainte permanente du malaise d'un malade fait partie du quotidien des soignantes ; l'attention continuelle aux gestes techniques engendre un manque de temps pour écouter le malade. Ce contexte intensif conditionne en partie la façon de prendre soin et Vicky rencontre un certain nombre de difficultés : un binôme infirmière-aide-soignante impossible, une collaboration compliquée entre infirmières et aides-soignantes, le « *manque d'organisation de certains médecins (69) »*. Comment travailler dans ces conditions où s'expriment « *les tensions dues au travail intensif (69) »*, « *parce que c'était la fatigue aussi, la fatigue accumulée, au bout d'un certain temps tu peux plus répondre à tout ? (35) »*.

« *Je m'adaptais au service, on n'avait pas le choix, c'est vrai que des fois peut-être que les gens ils nous considéraient comme des, comme des... sauvages parce que on avait à peine le temps d'être à leur écoute, c'est ça... la technique, faire des toilettes dans des conditions plus ou moins difficiles, travailler rapidement (23) »*. Faute de pouvoir changer le cours des choses, cette soignante ne trouve pas d'autre solution que de refouler ses émotions : « *systématiquement tu te dis : j'ai pas tout fait à tout niveau, relationnel de toute façon, systématiquement tu étais perdant... Je pense que si tu veux le côté émotion tu le mettais de côté parce que je te dis t'avais pas le temps de réagir vraiment, il fallait que tu fonces (33) »*. Vicky s'adapte à cette situation qui ne représentait pas ce qu'elle appelle le vrai travail d'aide-

soignante où se trouve inclus tout un travail relié au malade : « *J'ai fait aussi une formation complémentaire sur la réflexologie plantaire (...) mais c'est vrai que j'ai quasiment pas pratiqué en service, le manque de temps, je faisais beaucoup sur les massages mais ça non... alors que ce serait utile (...) Je suis pour les médecines douces etc... les médecins entre 2003 et 2008, ils étaient pas du tout dans ce contexte-là (...) à cette époque y avait que la chirurgie (...) La chirurgie oublie souvent de prendre le malade dans sa globalité (61)* ». Si « *calmer (les douleurs) était difficile (53)* », cette pratique, prônée par l'institution, n'avait-elle pas sa place ?

Une quantité de travail impressionnante donne un rythme effréné et épuisant qui conduit la soignante à quitter parfois son travail en pleurs : « *Moi je sais combien de fois je suis sortie, j'en pleurais parce que tellement y avait de boulot et qu'on arrivait pas à faire tout ce qu'on voulait quoi, c'était du bâclé... c'était du bâclé, voilà, tellement y avait du boulot, on faisait ce qu'on pouvait mais euh... c'est vrai que c'était une époque où on était claqué, claqué, claqué... il ne fallait pas qu'on soit défaillante, c'est ça... et ça te prend la tête parce que tu te dis : ben non, j'ai pas tout fait (31)* ». Cette frustration de faire du travail considéré comme bâclé s'accompagne d'une image professionnelle dévalorisée aux yeux de Vicky et aux yeux des malades. « *Heureusement, l'ambiance était bonne, une solidarité existait entre les soignantes (35)* ».

A la sortie de ce milieu stressant et en contradiction avec certaines de ses valeurs, Vicky arrivait à faire la coupure entre vie professionnelle et vie privée. « *J'arrivais à faire la coupure, la part des choses et ça j'ai toujours su faire la différence entre travail et vie privée, j'évitais de trop... bon bien sûr il y a des fois où tu es obligée d'y penser, tu vois le jour où... Je m'en souviendrais toujours, le jour où cette petite dame elle a fait un malaise cardiaque, il a fallu commencer à la masser, il a fallu bon, tout ça c'est panique à bord, et ça je m'en souviendrai tout le temps, c'est des trucs euh... Mais autrement je sais faire la part des choses (59)* ».

Analyse de l'entretien 4 : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives	
Difficultés dans l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - unité 1 : malades lourds, importante charge de travail, place primordiale de la technique, obligation de foncer - manque de moyens pour jouer le rôle relationnel - douleurs des malades parfois mal calmées 	<ul style="list-style-type: none"> - manque d'organisation de certains médecins - collaboration compliquée entre paramédicaux - pas de binôme infirmière/aide-soignante
Difficultés ressenties par la soignante	<ul style="list-style-type: none"> - manque de temps pour écouter le malade, le soigner globalement - sentiment de travail bâclé au niveau relationnel, image professionnelle dévalorisée - grande fatigue, a craqué certaines fois - pas de mise en pratique de la réflexologie plantaire : non reconnaissance des médecines douces - culpabilité de ne pas avoir tout fait 	<ul style="list-style-type: none"> - crainte permanente du malaise d'un malade, s'en souvient tout le temps - sentiment de recueillir tous les malades dits lourds - adaptation aux exigences du contexte de travail : pas d'autre choix - émotions refoulées - ce n'est pas le vrai travail d'aide-soignante

11.5. Entretien n°5 : Irène, le manque de communication.

Un débat problématique, entre la recherche de la qualité de la relation et la nécessité d'effectuer les soins prescrits, situe l'expérience particulière de cette soignante en chirurgie viscérale.

Analyse de contenu du discours d'Irène :

Pour expliquer ses difficultés au travail, Irène place en avant le manque de communication, alors qu'on a tous besoin les uns des autres pour parler ensemble des mêmes problèmes ; elle nous donne des explications à son malaise :

- une charge de travail intensive qui diminue le temps des échanges.
- un contact laborieux avec les médecins : *« de mon souvenir, l'organisation fonctionnait relativement bien, même si toutefois ce n'est pas forcément évident de rentrer en*

contact avec un chirurgien ou un anesthésiste (17) » ; le regard froid d'un chirurgien : « Alors oui l'organisation a un rôle : moi j'aurais pas pu travailler dans une unité avec ce chirurgien où il aurait été continuellement (19) ».

- l'absence de préparation psychologique d'un malade stomisé : *« le rôle de l'infirmière stomathérapeute était super important dans cette prise en charge-là, quand elle avait le temps de rencontrer les gens avant, voilà, quand ça ne se faisait pas dans l'urgence, le vécu après était complètement différent, les gens se prenaient beaucoup plus facilement en charge (...) et tu te rendais bien compte que si y avait pas eu d'avant stomie, les gens ne percutaient pas pareil (21) ».*

- le temps consacré à l'administratif aux dépens des soins : *« Moi ce qui m'a fait quitter l'hôpital, c'est qu'on consacrait beaucoup plus de temps à l'administratif qu'aux soins eux-mêmes, t'étais obligée de faire vite parce que tu avais les transmissions qui arrivaient, les perfusions il fallait qu'elles soient posées etc... du coup t'étais obligée de court-circuiter tout ça, par contre tout le côté administratif derrière il fallait consacrer du temps à ça et je m'aperçois qu'à domicile hum y a le même problème... (39) ».*

- des temps de transmissions pas toujours propices à la réflexion et à la discussion : *« on n'avait pas forcément le temps de voir ou de se dire ce que les filles avaient entendu ou ressenti (...) y avait des choses qu'étaient pas dites pendant les transmissions ; déjà pendant les transmissions les aides-soignantes des fois elles avaient pas tout à fait fini, elles arrivaient en cours de route ou ça discutait d'un côté (73) ».* Les transmissions ne remplissent pas totalement ce moment privilégié de partage qui crée du sens : *« Je retrouvais plus mes valeurs, mes convictions (39) ».*

- l'éloignement des cadres vis à vis des patients : *« je pense aussi qu'elles (les cadres d'unité) n'étaient pas impliquées comme nous auprès des patients parce que moi je ne les ai jamais vues beaucoup aller auprès des gens pour discuter ou pour autre chose, après tout pourquoi pas c'est ça aussi connaître les patients et s'assurer que tout va bien ; c'est une autre fonction, ceci dit ça pose question (91) ».*

La facilité serait de tomber dans la routine, c'est à dire de ne plus se poser de questions pour remédier à ces impasses ; *« on peut facilement rentrer dans une routine, tu fais ce que tu as à faire et puis tu rentres chez toi, tu ne te poses plus de questions, personne te le reprochera, tu considères que t'as fait ton boulot : est-ce que c'est satisfaisant ? Pas vraiment*

pour moi, c'est pas suffisant (37) ». La communication est l'élément important pour Irène : elle part du principe qu'on a tous au sein d'une équipe un caractère différent, une approche différente, mais que la cohésion de tout le monde permet d'avancer ; cela suppose que chacun ait envie de ce partage : « Tout le monde parle avec tout le monde, ce qui suppose une certaine exigence vis à vis de soi, il faut parfois se remettre en question ; mais aussi il faut rencontrer des soignants qui aient envie, tu sens de toute façon à l'attitude de la personne si tu peux ou pas (35) ».

Analyse de l'entretien 5 : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives	
Difficultés dans l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - manque de communication entre tous les soignants, manque de cohésion - charge importante d'actes techniques - malade non préparé avant la stomie - temps de transmission peu propices au débat 	<ul style="list-style-type: none"> - contact laborieux avec les médecins - éloignement des cadres vis à vis des patients
Difficultés ressenties par la soignante	<ul style="list-style-type: none"> - perte de ses valeurs, de ses convictions - danger de la routine - regard froid d'un chirurgien 	<ul style="list-style-type: none"> - temps consacré à l'administratif aux dépens de la relation - tous les soignants n'ont pas envie de communiquer entre eux

11.6. Entretien n°6 : Géraldine, des différences d'appréciation.

La formation continue a besoin d'une suite permettant de revenir sur des histoires compliquées qui se jouent entre les soignants et les patients. La soignante parle de l'intérêt majeur de collaborer avec les autres infirmières, les aides-soignantes et les chirurgiens.

Analyse de contenu du discours de Géraldine :

L'une des grandes difficultés du rôle relationnel tient dans les différences d'appréciation qui persistent entre les paramédicaux et les chirurgiens sur la prise en charge de la douleur, sur l'annonce, sur le passage des soins curatifs aux soins palliatifs, par exemple ; ces désaccords qui ne reçoivent pas d'explications nuisent à la cohésion de l'équipe

: « *On arrive avec des gens où on sait qu'il n'y aura plus de curatif, on se dirige vers du palliatif ; là où c'est difficile c'est quand c'est pas défini par l'équipe médicale si nous on le décrète (4)* ». Les chirurgiens sont centrés sur le geste chirurgical, celui qui vise l'organe, et éprouvent des difficultés à aborder la phase palliative : « *dès qu'on parle que de la chirurgie ça va mais dès qu'on commence à élargir ils (les chirurgiens) ont énormément de mal à dire on arrête, on n'est plus dans le curatif (...) c'est difficile de parler de psychologie comme de palliatif avec les chirurgiens, on chatouille pas avec ça (6)* ». C'est vrai aussi pour la prise en charge de la douleur, la morphine étant utilisée très tardivement : « *La douleur, la souffrance, oui elle était pas prise en charge comme maintenant ; l'annonce est aussi un moment compliquée et c'est pas le rôle d'un chirurgien de rentrer dans la phase palliative, il faisait pas intervenir l'équipe mobile de la douleur, des soins palliatifs, il appelait jamais... les protocoles de douleur, de mise en place de la morphine, ils étaient mis en place vraiment à la fin alors que c'est pas parce qu'on les met en place que la mort va arriver, tu peux calmer des gens au long cours... C'est vrai qu'on en a eu des cas difficiles, oh oui, des hémorragies digestives... Tiens, un malade qui hurlait, on savait plus quoi faire, on était démuni (22)* ». Géraldine cite l'annonce pour faire deux constatations qui révèlent la position en surplomb du chirurgien : elle est faite sans la présence de l'infirmière qui, pourtant, doit accompagner le patient bouleversé par cette nouvelle : « *tu récupères les gens à la petite cuillère dans leur lit, ils sont hospitalisés, ils sont pas bien et qu'on leur dit que, oh là là, c'est pas très bon (8)* » ; certaines annonces ne respectent pas les bonnes règles, comme Géraldine l'a vécu elle-même lors d'un deuil familial.

La maladie grave entraîne de la souffrance et Géraldine s'estime parfois démunie devant cette détresse qui touche aussi bien le malade que la famille : « *l'intervention qui m'a le plus marquée c'est celle sur le pancréas, quand ils arrivaient pas à opérer, tu savais que pour la personne c'était une histoire de 3 à 6 mois, c'est fulgurant. Le cancer du rectum, l'opération était jamais simple, pour les gens, les proches et j'étais, à cette époque-là, pas assez vigilante parce qu'on est habitué dans le train-train des soins, les gens sentaient leur odeur et ils disaient je suis en train de pourrir : c'était dur ça, que veux-tu répondre à ça ? (30)* ». Parfois la famille ne trouve pas d'autre issue que de manifester sa colère : « *je me souviens d'une famille qui était en colère, qui n'acceptait pas la maladie du patient qui était quasiment mourant, ça avait été rapide, les chirurgiens n'avaient pas pu faire l'intervention*

qu'ils voulaient, et ça avait été très difficile parce que en plus le patient était vite devenu semi-comateux ; enfin moi je me suis sentie démunie parce que que voulais-tu faire un moment donné devant leur colère, sans baisser les bras ? (18) ». Accompagner un patient qui a reçu une mauvaise nouvelle est difficile psychologiquement et émotionnellement, au point pour la soignante de ne plus pouvoir rentrer dans une chambre : « on se passait entre guillemets le relais parce que y en avait qui pouvaient plus rentrer dans telle chambre parce que ça devenait trop lourd, il faut savoir aussi passer la main. En chirurgie viscérale c'était possible, dans une certaine mesure (34) ».

C'est aux paramédicaux seuls de trouver certaines réponses pour se sentir plus forts car les chirurgiens n'assistent pas aux quelques réunions dans l'unité : la solidarité entre collègues, le passage de relais entre soignantes, quelques tentatives de discussion entre paramédicaux lors de réunions et la demande d'aide auprès de l'équipe mobile. « On avait fait quelques réunions, cette fois-ci dans l'unité, parce que précisément on ne comprenait pas la prise en charge médicale entre le curatif et le palliatif et l'équipe mobile de soins palliatifs était venue pour nous aider au sujet d'un patient, que tout le monde s'exprime et qu'on mette à plat pour que tout soit clair ; ce qui manquait le plus à chaque fois à ces réunions dans le service, 2 ou 3 fois, c'est qu'il n'y avait pas de chirurgien, on faisait avec cadre, équipe mobile et personnel seulement (...) on avait dit qu'on ne pouvait plus et que l'équipe mobile pouvait être une ressource, c'était d'autant plus important qu'on gardait les malades en fin de vie jusqu'au bout. C'est souvent les infirmières et aides-soignantes qui poussaient à demander l'équipe mobile (36) ».

L'infirmière, selon Géraldine, n'est pas seulement une exécutante de prescriptions médicales et de gestes techniques abondants dans ce service chirurgical mais une professionnelle consciente de son rôle propre ; cette prise de conscience passe par une réflexion sur les enjeux éthiques qui traversent la pratique du soin : concrètement qu'est-ce que l'acharnement thérapeutique, l'arrêt des soins, l'euthanasie ? Il s'agit, nous dit Géraldine, de comprendre des décisions qui touchent au cadre légal et éthique du soin. Cette recherche de sens demande d'acquérir des connaissances. « Tu vois, l'acharnement thérapeutique, quand on parle de pas de réanimation, comment ça doit se passer, il faut que ce soit réévalué régulièrement ? Euh il faut renouveler tous les jours... arrêt des soins par rapport à pas de réanimation ? Qui est-ce qui décide ? L'euthanasie on en entend de plus en plus parler, les

gens y disent pas ça comme ça. Qu'est-ce qu'on répond ? Qu'est-ce qu'on a le droit de faire exactement ? (74). Moi, je commençais à travailler en 1987 (...) Il y a eu une évolution c'est sûr mais elle est pas flagrante, on est toujours démuni face à la détresse des gens quand on leur apprend qu'ils ont un cancer qui ne peut plus être soigné parce qu'il n'y a pas une cohésion médicale et paramédicale, enfin voilà c'est le début du problème ; en chirurgie, contrairement à la médecine, on doit être forcément curatif, on soigne le bout de boyau, pas la tête, j'enlève la tumeur sans regarder la tête du patient pour voir ce qu'il en pense ; la chirurgie, c'est la technique, je me souviens on faisait nos perfusions à la chaîne (...) mais la gravité de la maladie elle est toujours là (76).

Analyse de l'entretien 6 : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives	
Difficultés dans l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - grande charge de travail technique - différences d'appréciation entre paramédicaux et chirurgiens sur les décisions médicales - chirurgiens centrés sur les gestes techniques et curatifs - chirurgiens ont du mal à entrer dans la phase palliative - annonce sans les paramédicaux - douleur insuffisamment calmée 	<ul style="list-style-type: none"> - manque de communication, de cohésion médicale/paramédicale - recours insuffisant à l'équipe mobile de soins palliatifs par les médecins - peu de réunions entre paramédicaux, toujours sans la présence des chirurgiens
Difficultés ressenties par la soignante	<ul style="list-style-type: none"> - est sans réponse, est démunie devant la détresse, la douleur - faire face à la colère du malade et de la famille - prise en charge tardive de la douleur - annonce parfois inadaptée - passage tardif des soins curatifs aux soins palliatifs - s'habituer au train-train des soins 	<ul style="list-style-type: none"> - interrogation sur le sens du soin, enjeux éthiques : questionnement, manque de connaissances - la chirurgie privilégie la technique et non la globalité du soin - ne plus pouvoir rentrer dans une chambre : passer le relais entre soignantes quand c'est possible

11.7. Entretien n°7 : Annie, le manque d'expérience.

Annie, en tant que débutante, ne se sent pas prête à exercer tout son rôle d'aide-soignante sans être aidée. Elle interroge le rôle joué par certaines anciennes en tant que tutrices auprès d'une aide-soignante qui manque d'expérience.

Analyse de contenu du discours d'Annie :

Si elle cherche et trouve de l'aide auprès des anciennes, infirmières et aides-soignantes, Annie constate l'absence de communication des médecins avec le reste de l'équipe : *« on les (médecins) voyait, ils faisaient leurs visites, je ne me rappelle pas de petits moments, ou alors ça été très bref, s'asseoir avec nous dans la salle et discuter ; non, Je trouve qu'il y avait une absence de communication ; moi, j'ai vu très peu de médecins parler de nos pratiques, à l'époque des réunions (...) on parlait seulement entre nous, infirmiers, aides-soignants, et je trouvais que ça n'allait pas plus loin, même au niveau de la direction. Mais moi j'étais toute jeune, même les années suivantes j'ai jamais vu un médecin prendre le temps et discuter le cas d'un malade (15) »*. Les paramédicaux discutent entre eux, les relations avec la direction sont inexistantes.

Annie, en tant que débutante, ne se sent pas prête à exercer tout son rôle d'aide-soignante : *« Moi j'allais voir les anciennes ; je leur posais des questions à propos des malades, de leur agressivité, pourquoi ils étaient comme ça, un peu sur la maladie parce que je débutais en chirurgie viscérale, sur les pathologies, si une des pathologies pouvait donner cette agressivité, cette violence ; je pense que j'allais chercher de l'aide comme ça parce que peut-être que j'étais pas encore prête, ça me travaillait et alors ça me rassurait (...) ça tournait beaucoup, beaucoup, comme c'était du soin intensif (25) »*. Cette aide-soignante éprouve le besoin d'être rassurée devant son manque d'expérience.

Annie se questionne alors sur un certain nombre de situations qui lui apparaissent problématiques : *« des prises en charge difficiles, même s'il n'y a pas de soins palliatifs. Le problème de l'annonce était pas triste ; en plus on n'avait pas de lieu, des couloirs vieux, pas de salon des familles, des chambres à deux pour certaines, voire à trois, les chambres n'étaient pas des lieux idéals pour l'annonce. Les chambres doubles c'était un problème quand on t'annonce quelque chose et que tu as quelqu'un à côté, juste un rideau qui sépare. J'ajouterais, oui, les prises en charge de la douleur chez des gens qui souffraient. Et puis, les*

retours à domicile avec les familles, les convalescences, des fois on les voyait partir en se disant mais comment ça va se passer, comment il va faire chez lui, bien que souvent on se posait pas tant de questions, on faisait le retour, point, y avait pas de discussions (35) ». Cette jeune aide-soignante relève donc un certain nombre de difficultés dans son exercice du rôle relationnel : le comportement de certains malades agressifs, les conditions de l'annonce, la prise en charge de la douleur, la méconnaissance des pathologies, les retours à domicile, des situations qui relèvent des soins palliatifs. La salle de soins, lieu des transmissions entre infirmières et aides-soignantes, n'est pas le lieu idéal pour en débattre selon Annie.

« C'était à la période aussi, peut-être que ça peut jouer, pendant mon école d'aide-soignante (2003-2004) j'ai perdu mon grand-père d'un cancer de la gorge et mon oncle six mois plus tôt ; j'étais dans une étape où je n'étais pas encore prête (57). A un souvenir personnel douloureux s'ajoute une expérience très difficile sur le plan émotionnel : « La seule expérience où j'ai pris très dur sur le plan émotionnel, c'est l'expérience d'un malade dont je me suis très très bien occupée, il y a eu des hauts et des bas et après un haut il y a eu un bas, il est parti très vite ; c'est la seule expérience où j'ai pleuré mais pleuré, je ne m'y attendais pas ; je pleure pas facilement, je suis touchée quand même ; alors, au début j'étais très touchée et plus on avance dans la profession et plus on se met des barrières ; je pense que c'est le seul malade qui m'a fait pleurer parce que c'était quelque chose de trop important. Le réconfort je l'ai trouvé dans le fait de travailler en binôme avec des infirmières tout le temps, c'était un soutien. Depuis, je me suis mis cette barrière... De faire du mieux mais aussi de me protéger; on peut pas tout changer (29) ». Pour ne pas être envahie émotionnellement Annie a mis une barrière entre elle et ses affects les plus profonds.

Il existe un danger qui guette toute soignante : devenir exécutante d'un système qui s'adresse uniquement à des clients et non plus à des patients qui sont écoutés : *« des professionnels croient que tu dois tout faire en 8 heures, que tu es exécutante, et que tu peux pas laisser un truc parce que tu as pris du temps avec un patient mais l'hôpital tourne sur 24 heures ; les patients ont besoin, même de cinq minutes pour une explication sinon on appellerait l'hôpital une entreprise, d'où danger : on n'appelle plus des patients mais des clients, je l'entends souvent ce mot-là et, par rapport à ta question, on pourrait devenir que des exécutants ; moi, en tout cas, je ne veux pas devenir que exécutante, voilà, je suis là en*

premier pour le patient, je fais mon travail et je prends le temps de discuter avec les patients (63) ».

Analyse de l'entretien 7 : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives	
Difficultés dans l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - absence de communication avec les médecins, la direction - mauvaises conditions de l'annonce - retours à domicile compliqués 	<ul style="list-style-type: none"> - lieu de transmissions pas adapté au débat - prise en charge insuffisante de la douleur
Difficultés ressenties par la soignante	<ul style="list-style-type: none"> - manque d'expérience en tant qu'aide-soignante débutante - une expérience émotionnelle compliquée - souvenirs personnels douloureux - problèmes : l'agressivité du malade, certains retours à domicile, la prise en charge de la douleur, les conditions de l'annonce 	<ul style="list-style-type: none"> - méconnaissance des pathologies, des soins palliatifs - être débutante : besoin d'être rassurée, d'être aidée - danger : devenir exécutante, à l'exemple de certaines, face à des clients en oubliant le patient - hôpital destiné à des clients et non à des patients écoutés

11.8. Analyse catégorielle du récit d'expérience.

Comment les soignantes expriment-elles leurs interrogations et leurs doutes, face à des situations difficiles ou qui ne suscitent pas leur adhésion ?

Vivre avec une maladie grave ou potentiellement grave, pouvant annoncer la fin de la vie, entraîne généralement la détresse du malade et de son entourage, qui se manifeste de différentes façons : agressivité, peur, silence, panique, refus de soin... Des informations et des annonces inappropriées, la douleur et la souffrance insuffisamment soulagées, la vérité cachée au malade et à sa famille, la fin de vie escamotée, les trop rares recours à l'équipe mobile de soins palliatifs, des retours à domicile prématurés ou différés, constituent autant de facteurs négatifs qui accroissent la détresse du malade et la difficulté de soigner. Cette détresse du malade se communique à la famille qui, comme le malade, peut avoir l'impression de ne pas être écoutée. Une première source de difficultés chez la soignante provient donc du malade qui réagit d'une façon qui lui est propre face à une maladie qui bouleverse sa vie. Toutes les

soignantes le disent : accompagner dans ces circonstances demande à mettre au travail leurs capacités communicationnelles face à des événements contre lesquels les soignantes seront toujours plus ou moins démunies, au point quelquefois de ne pouvoir rentrer dans la chambre du malade ; et d'autant plus démunie qu'elles les affrontent seules, qu'il s'agisse de la soignante débutante ou de la soignante dite expérimentée. Ce travail personnel demande, notamment, de revisiter des souvenirs intimes douloureux.

La soignante qui accompagne un tel malade, parfois jusqu'à la fin de sa vie, accomplit une tâche extrêmement complexe source de beaucoup d'émotions, d'interrogations et de frustrations pour elle-même. Tout d'abord, toutes les soignantes s'entendent sur le manque de temps pour écouter les malades : la multiplicité des actes techniques, plus marquée sur le secteur 1, et administratif est un frein à la relation soignant/soigné dans une conception du soin global et non pas seulement centrée sur le corps ; cette charge de travail importante complique l'organisation des soins, crée le regret de ne pouvoir finir son travail, participe à la fatigue des soignantes, parfois jusqu'à l'épuisement.

Ensuite, nous retrouvons l'imbrication entre la relation soignant/soigné et la relation dans l'équipe. Une autre source de difficultés provient d'un manque de communication avec les médecins pour que l'équipe soit totalement au service du malade ; les soignantes manquent de temps et de lieu pour débattre autour des enjeux éthiques, pour comprendre les décisions médicales, pour comprendre la réticence à passer des soins curatifs aux soins palliatifs ou à entreprendre un traitement contre des douleurs rebelles ; elles soulignent l'écart entre le discours infirmier-aide-soignant et celui du médecin, ce qui rend difficile de donner une direction commune aux soins ; elles regrettent l'absence d'une culture d'équipe autour, notamment, de la complémentarité entre les soins curatifs et les soins palliatifs ; elles critiquent le mode de fonctionnement des réunions peu propice à l'expression de chaque soignant, ce qui ne favorise pas l'adhésion à un projet d'équipe ; elles regrettent l'exclusion des paramédicaux de l'annonce qui se déroule parfois de façon inappropriée, alors que les soignantes ont un rôle de ré-explication.

Nous nous apercevons que la place prise par la réflexion sur la maladie grave, et en particulier sur la réalisation des soins palliatifs, est grande dans ce service chirurgical ; un débat sur leur mise en application manque aux soignantes. Les aides-soignantes s'estiment exclues de toute communication avec les chirurgiens tandis que les infirmières communiquent

surtout autour des prescriptions médicales ; c'est la relation avec les chirurgiens qui apparaît laborieuse pour parler d'autre chose que de la maladie, par exemple de soins palliatifs, de fin de vie, de psychologie. Ce qui crée des difficultés aux soignantes, ce ne sont pas tant les décisions elles-mêmes, toujours compliquées à prendre, que le mode de ces décisions qui relèvent du fonctionnement vertical de l'équipe médicale/paramédicale. Les soignantes notent l'absence de dialogue qui conduit à des décisions médicales non expliquées et parfois non comprises par les soignantes, entraînant un défaut de direction commune ; de ce fait, des informations discordantes peuvent être délivrées au malade comme à la famille. Faute de pouvoir exprimer leurs remarques et leurs désaccords, les soignantes subissent ces décisions unilatérales qui ne correspondent pas à leur vision d'un soin aux objectifs partagés et engendrent par conséquent des situations difficiles à vivre pour elles. Ce qui crée des difficultés aux soignantes, ce ne sont pas tant les décisions que le temps qui précède ces décisions.

Enfin, s'il existe une barrière entre chirurgiens et paramédicaux, la communication entre paramédicaux montre aussi à certains moments des faiblesses : par des déficits de collaboration entre infirmières et aides-soignantes, par des relais refusés entre soignants, par la communication qui peut être à sens unique entre cadres et le reste de l'équipe, par les temps de transmission peu propices au débat. En refoulant leurs émotions, des sentiments négatifs sur leur activité surgissent chez les soignantes : culpabilité, dévalorisation, colère, jusqu'à considérer le travail comme bâclé. Est-ce vraiment le sens du travail ? Que deviennent les valeurs portées par les soignantes ? N'y a-t-il pas danger à s'enfermer dans une activité routinière faute d'être écoutées ? Ce sont autant de questions qui remettent en cause l'identité professionnelle. Ecouter l'autre, c'est aussi s'écouter, prendre conscience de son mal-être, se reconnaître comme soignante affectée.

La confrontation avec la réalité provoque chez les soignantes des interrogations : il existe un décalage entre une vision du rôle relationnel tel que le souhaite chaque soignante et ce qui se déroule dans le service de chirurgie viscérale. La grande charge de travail contribue à amputer le rôle relationnel et crée inévitablement un contexte tendu. Cependant, toutes les soignantes reconnaissent que s'il existe des difficultés qui leur appartiennent, d'autres interrogations proviennent d'un fonctionnement d'équipe en mal de communication pour soutenir et motiver ses membres.

Catégorie : le récit d'expérience.

Sous-catégories	Unités significatives
Difficultés dans l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - charge de travail très importante et technique - manque de moyens pour jouer le rôle relationnel - culture de service : manque de communication entre les membres, possibilité d'expression limitée - absence d'échanges avec les médecins sur leurs décisions (annonce, douleur, soins palliatifs, retour à domicile) - manque de direction commune, écart entre les discours des médecins et des infirmières/aides-soignantes - médecins tout-puissants - manque d'organisation de certains médecins - chirurgiens centrés sur les gestes techniques et curatifs - chirurgiens ont du mal à entrer dans la phase palliative - recours insuffisant à l'équipe mobile de soins palliatifs - douleurs des malades parfois mal calmées - annonce sans les paramédicaux - barrière entre chirurgiens et aides-soignantes - relations compliquées entre chirurgiens et infirmières - organisation des soins parfois compliquée entre infirmières/aides-soignantes - communication parfois à sens unique entre cadres et paramédicaux - éloignement des cadres des patients - manque de dialogue entre infirmières-aides-soignantes, peu de réunions entre elles, sans la présence des chirurgiens - passage de relais pas toujours possible entre soignantes - temps de transmission peu propices au débat, sans analyse de pratiques - absence de réunions éthiques - soin centré sur le corps, éloigné du soin global - danger : hôpital destiné à des clients et non à des patients écoutés - malade non préparé avant la stomie

Difficultés ressenties par les soignantes	<ul style="list-style-type: none"> - désenchantement du retour de formation : décalage avec la pratique - soignante démunie, sans réponse, devant la détresse du malade et de la famille - non acceptation de la stomie par le malade - soignante mal à l'aise quand accompagnement en fin de vie - méconnaissance de l'information donnée au patient, à la famille - besoin d'une visée unique, d'un travail d'équipe - chirurgiens ont du mal à entrer dans la phase palliative - inconfort car pas de connaissance du raisonnement médical (annonce, douleur, soins palliatifs) : que dire, que répondre au malade, à la famille ? - annonces inappropriées, vérité cachée au malade et à la famille - douleurs insuffisamment calmées - retours à domicile prématurés - ne plus pouvoir rentrer dans une chambre - ne pas pouvoir passer le relais entre soignantes - manque de temps pour écouter le malade à cause de la quantité d'actes techniques et administratifs - pas toujours de soin global - crainte permanente du malaise d'un malade - perte de ses valeurs, de ses convictions 	<ul style="list-style-type: none"> - danger de la routine - interrogation sur le sens du soin, sur les enjeux éthiques, sur l'absence de réunions éthiques - tous les soignants n'ont pas envie de communiquer entre eux - sentiment de ne pas être soutenues et motivées par l'équipe - manque de savoirs sur les pathologies, les soins palliatifs, l'éthique - poids dû à la culpabilité de ce qui n'a pas été fait - sentiment de dévalorisation, frustration, colère, injustice - émotions refoulées, barrière émotionnelle, expérience émotionnelle compliquée - souvenirs personnels douloureux - sentiment d'être à l'usine : concentration sur importante charge de travail technique, pression, grande fatigue, pleurs - sentiment de travail bâclé, de ne pouvoir finir son travail - ne pas oser aborder certains sujets médicaux devant les médecins - être débutante, sans repères, besoin d'être rassurée, d'être aidée - adaptation aux exigences du travail : pas d'autre choix - pas de mise en pratique de la réflexologie plantaire : non reconnaissance des médecines douces
---	--	--

La clinique de l'activité (Clot, 2017, p.88-90)) a insisté sur la distinction entre tâche prescrite et activité réelle. La tâche est ce qui est à faire, l'activité ce qui se fait :

« Mais en fait, il nous a fallu franchir un pas supplémentaire : activité réalisée et activité réelle ne se recoupent pas (...) Là aussi le réel de l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir - le drame des échecs - ce qu'on aurait voulu

faire ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter - paradoxe fréquent - ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ; ce qui est à refaire et tout autant ce qu'on avait fait sans avoir voulu le faire (...) L'activité est une approche subjective où l'on se mesure à soi-même et aux autres pour avoir une chance de réaliser ce qui est à faire. Les activités suspendues, contrariées ou empêchées, voire les contre-activités, doivent être admises dans l'analyse » (ibid.).

Une première observation est à faire : le défaut de communication avec les médecins place la soignante paramédicale en position de subordination : « *l'impossibilité de participer aux décisions sur l'objet même de leur activité prive les professionnels d'une reconnaissance réelle de leur travail* » (ibid. p. XIV). Justine affirme la même chose à sa façon : « *La parole du petit personnel vaut quoi ? Surtout en chirurgie viscérale, moi je suis partie de la chirurgie viscérale, je me sentais complètement dévalorisée, ah bah c'est clair* ». La soignante peut à un moment donné s'estimer seulement exécutante de prescriptions médicales ; c'est un danger que pointent du doigt toutes les soignantes, dont elles veulent s'écarter.

« On n'est pas seulement exécutante. On peut être très vite prise par la technique en chirurgie viscérale, vu le travail qu'il y avait, la technique, elle peut très vite nous emporter ; on a un rôle qui est lié, infirmier et aide-soignant, chacune. Si on s'arrête au rôle prescrit, on n'avance pas, on a un rôle propre, complémentaire des autres, indispensable, il faut le développer, mal connu à côté du rôle médical... Y a pas que ça. (...) c'est facile d'ignorer le relationnel à l'hôpital, on peut l'ignorer » (Clémence).

Pour desserrer les liens de subordination et ses dangers, ces soignantes prennent leur responsabilité non pas en se dégageant des prescriptions mais en regardant au-delà, c'est à dire en se ré-appropriant leur pouvoir de décider et d'agir qui s'appelle le rôle propre. Ces soignantes restent en capacité de faire face aux autres défis de l'activité. L'un de ces défis, comme le rappelle la clinique de l'activité, c'est de ne pas sous-estimer la force des affects, émotions et sentiments, qui participent à l'action.

En comparaison avec un soin idéal, les soignantes témoignent d'un décalage avec ce qu'elles vivent : le travail n'est pas toujours bien fait, au sens où l'entendent les soignantes. C'est ce décalage qui est difficile à vivre et qui introduit dans le travail une partie où se mêlent émotions et sentiments. Toutes ces oppositions, tous ces empêchements, toutes ces

contrariétés, créent des tensions et une certaine souffrance chez les soignantes, quelle que soit leur expérience :

Clémence : « Moi personnellement ça été mon problème en tant que professionnelle, je me culpabilisais beaucoup, je sortais, j'ai pas fait ci j'ai pas fait ça au point de vue relationnel. On en a conscience et ça pèse ».

Justine : « J'étais tellement frustrée de ne pas faire mon travail comme il faut, bon eh bien j'étais pas la seule à ressentir ça ».

Nina : « les réunions de chirurgie digestive c'était : on se réunit, l'information descend, ouvrez la bouche, vous allez la recevoir » .

Vicky : « J'ai craqué quelques fois mais, euh, si tu veux après il faut reprendre le boulot, oui, oui, ça ça m'est arrivé, oui, oui... de passer le relais parce que je peux plus... Parce que c'était la fatigue aussi, la fatigue accumulée, au bout d'un certain temps tu peux plus répondre à tout ».

Irène : « Moi ce qui m'a fait quitter l'hôpital, c'est qu'on consacrait beaucoup plus de temps à l'administratif qu'aux soins eux-mêmes, t'étais obligée de faire vite parce que tu avais les transmissions qui arrivaient, les perfusions il fallait qu'elles soient posées etc... Du coup t'étais obligée de court-circuiter tout ça, par contre tout le côté administratif derrière il fallait consacrer du temps à ça (...) Je retrouvais plus mes valeurs, mes convictions ».

Géraldine : « c'est vrai qu'on en a eu des cas difficiles, oh oui, des hémorragies digestives... Tiens, un malade qui hurlait, on savait plus quoi faire, on était démuni ».

Annie : « Moi j'allais voir les anciennes (...) je pense que j'allais chercher de l'aide comme ça parce que peut-être que j'étais pas encore prête, ça me travaillait et alors ça me rassurait (...) ça tournait beaucoup, beaucoup, comme c'était du soin intensif ».

Les soignantes vivent différents affects : culpabilité, frustration, dévalorisation, refoulement des émotions, perte de ses valeurs, impuissance, manque de confiance. Les soignantes sont démuniées au point de ne plus pouvoir rentrer parfois dans la chambre d'un malade. La charge de travail laisse à certains moments un goût amer de travail bâclé. Les relations avec l'équipe connaissent des baisses de régime et le soignant éprouve la sensation d'être dans une impasse.

Certes, vu de l'extérieur, le système fonctionne, et même relativement bien ; sur le plan curatif, l'hôpital conserve son image de haute technologie, le personnel paramédical

s'enrichit d'un bagage technique ; l'ambiance du service apparaît bonne, infirmières et aides-soignantes s'investissent dans le domaine relationnel et restent aux yeux du public des professionnelles disponibles, seulement accablées par une charge de travail qui les dépasse. De très nombreux malades hospitalisés s'estiment satisfaits de leur passage, les soignants peuvent ressentir fierté et plaisir dans leur activité. Heureusement, le découragement n'est pas permanent, seulement transitoire, exaspéré par des histoires lourdes à porter. Faute d'être en adéquation permanente avec leurs valeurs, des soignantes s'interrogent sur le sens du soin.

Pour résumer cette quatrième partie, il n'existe pas de domaine aveugle où la soignante ne rechercherait pas le sens de son activité mais chaque soignante reconnaît le chemin qui reste à parcourir. Comment les soignantes expriment-elles ce qu'elles vivent alors qu'elles se heurtent à la réalité du contexte ? Des difficultés empêchent la mise en application d'un soin répondant aux valeurs et aux convictions des soignantes. Des interrogations parcourent l'activité soignante : le comportement des malades, la pratique des soins palliatifs, le soulagement de la douleur, l'annonce de la maladie grave, suscitent des discordances chez les membres de l'équipe. Il s'agit de reconnaître tous les freins qui proviennent du malade, de l'équipe et de la soignante elle-même, et qui génèrent des affects plus ou moins négatifs chez les actrices. Ces dernières manquent de réponses par un défaut de communication avec certains personnels médicaux et paramédicaux. Plusieurs solutions se présentent : s'installer dans la routine, changer de poste à l'intérieur de l'hôpital ou quitter l'établissement pour rejoindre le secteur libéral ; cette dernière solution est un lâcher prise par défaut, non par manque de courage ou de motivation, et c'est parfois ce qui se passe. Alors comment trouver une aide, des repères, quelques réponses, à l'intérieur du service, pour surmonter des moments de découragement et de remise en question ?

Partie V : Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale en route vers la professionnalisation.

« C'est un lieu nécessaire, c'était plus facile, j'étais mieux, plus sereine (...) les patients étaient beaucoup mieux, ça apporte du mieux-être » (entretien de Clémence).

« Cela me relançait (...) si on n'a pas de quoi entretenir le feu, il peut s'éteindre, on ne s'en rend même pas compte » (entretien de Nina).

12. La réflexivité des soignantes ?

Ce questionnement, ce sentiment de mal-être, peuvent avoir besoin de s'exprimer dans un lieu de parole entre pairs en donnant lieu à ce que nous avons appelé le récit de formation. Nous avons fait le choix d'un lieu de parole précis, « le groupe de réflexion en chirurgie viscérale » : les soignantes peuvent-elles exprimer librement leurs émotions en réunion ? Ont-elles le sentiment d'être écoutées quels que soient leurs ressentis ? Peut-on parler d'un véritable travail cognitif et émotionnel engagé par l'écoute bienveillante du groupe ? Cet espace qu'elles vont nous décrire est-il devenu pour elles le lieu dont elles avaient besoin ? Que retiennent-elles de cette expérience ? Ce groupe a-t-il permis à ses participantes de bénéficier d'un apprentissage différent et novateur ? Y a-t-il eu chez les soignantes des changements dans leur façon d'envisager et de pratiquer l'accompagnement et les soins palliatifs ? En quoi la participation à ce groupe a-t-elle pu participer à la professionnalisation des soignantes ? Ces entretiens nous permettront de préciser les conditions individuelles et organisationnelles participant à la création et à la vie de cet espace de parole. Même si chacune est singulière au gré de ses réussites et de ses échecs, nous essaierons de formaliser les facteurs susceptibles de favoriser l'émergence d'un sujet apprenant. En quoi ces expériences participent-elles au processus de construction identitaire de la soignante ?

Le groupe est resté actif pendant cinq ans : un groupe n'existe que lorsqu'il est vivant, c'est à dire inventif, attentif à de nouvelles histoires cliniques, capable de choisir des projets, de les rendre possibles. Comment ce groupe a évolué ? Qu'est-ce que les sept soignantes ont réalisé ensemble ? Comment ont-elles réagi face à certains projets ? La collaboration médecins/paramédicales a-t-elle changé ? Certains responsables ont estimé que le groupe faisait progresser dans le bon sens : comment ? Le groupe de réflexion a-t-il apporté un nouveau souffle ? Pourquoi ce groupe a-t-il cessé de fonctionner ? La fin de ce groupe marque-t-elle pour les participantes la fin d'une expérience ou le début d'une autre ? Pour répondre à ces questions, nous reprendrons tout d'abord les travaux de Lani-Bayle (2006, p. 129). Non seulement nous nous intéresserons aux faits mais surtout nous nous intéresserons aux impacts qu'ils ont sur le sujet et à l'usage qu'il va en faire en termes de professionnalisation, notamment, et cela grâce à sa capacité de réflexivité.

12.1. Postures et seuils de réflexivité.

La réflexivité est une méthode de réflexion en différé sur le propre travail de la professionnelle, en intégrant sa propre personne dans son sujet d'étude. C'est ainsi qu'on peut parler de pratique réflexive lorsque la praticienne prend conscience de sa manière d'agir et de réagir. La professionnalisation évolue en fonction de la réflexivité propre à chaque soignante. Il existe par conséquent des postures réflexives de différents niveaux ; il devient alors intéressant, quoique cela ne soit pas chose aisée, de s'appuyer sur des indicateurs qui permettent d'évaluer le niveau de réflexivité des participantes au groupe de réflexion.

La notion de réflexivité a été particulièrement étudiée dans le domaine de l'enseignement. Les acteurs du monde de la santé peuvent s'approprier ce qui conduit une soignante à devenir une praticienne réflexive. La professionnalisation reste une notion générique qui dit quelque chose sur la naissance et le développement des compétences mais nécessite de faire appel à la notion de réflexivité si l'on veut préciser le niveau des compétences : quelle est la qualité de la compétence ? Comment s'exprime-t-elle ? Se distinguant de l'adjectif « réfléchi » qui décrit un état plutôt qu'un processus, la réflexivité valorise l'action professionnelle et la réflexion sur celle-ci. La réflexivité est source de sens. Je me référerai aux travaux de Jorro sur la réflexivité et l'auto-évaluation dans les pratiques enseignantes : la pagination des citations de l'auteure correspond à l'article paru dans HAL (2005).

Selon Jorro, quatre postures représentent les attitudes des analysantes : retranchement, témoignage, questionnement, évaluation-régulation. La posture de retranchement est une posture par défaut qui dénote la peur du jugement de l'autre, la dévalorisation des savoirs d'expérience. L'actrice ne voit pas ce qui mérite l'intérêt d'être exposé au jugement de tous. Des soignantes peuvent douter de l'intérêt de partager leur activité ou de leur capacité à être en mesure de le faire. A un niveau suivant, la posture de témoignage est

« une posture intuitive, sensible, qui tend à souligner que quelque chose échappe à l'acteur. Le praticien pressent l'importance d'une situation et entrevoit la nécessité d'un retour sur l'action mais reste démuné devant le travail de décryptage (...) Elle (la posture) marque l'acceptation du praticien à vouloir élucider une situation dans des conditions de recherche collective » (ibid., p. 5).

Le témoignage est une attitude d'ouverture malgré l'incompréhension d'une situation. Par la posture de questionnement qui vient après, la praticienne ose se poser en tant que praticienne réfléchie et réflexive : elle se questionne, elle revient en pensée sur une pratique, elle est gagnée par une volonté de comprendre par et sur l'action.

Pour oser se questionner, il faut sans doute du temps et un climat favorisant la naissance de compétences relatives à la problématisation et à l'analyse de la pratique. L'entrée dans le processus d'analyse de la pratique dépend de la manière dont la praticienne éprouve la situation, ce que Jorro appelle « *les formes auto-évaluatives* » (ibid., p. 6-7). La praticienne qui expose son point de vue s'exprime avec ses manières de dire et de ressentir la situation qu'elle a vécue et celle qu'elle est en train de vivre collectivement en situation d'analyse. Des « *formes auto-évaluatives* » négatives, marquées par des contradictions, des faux semblants, des images idéales, des craintes, peuvent traverser les situations d'analyse de la pratique : les émotions, les ressentis détournent la praticienne de la fonction critique ; la praticienne éprouve alors des difficultés à revenir sur ce qui fait sens pour elle. Avec ses références encombrantes à l'image de soi et au rapport à autrui la praticienne mobilise un processus réflexif négatif qui n'est pas sans poser de problèmes pour se questionner. Seule une démarche de co-évaluation et de bienveillance peut permettre à la praticienne de se distancier pour mettre en œuvre une fonction auto-évaluative positive et critique sur son action. La réflexivité ne s'appuie donc pas seulement sur la conceptualisation mais aussi sur un processus de régulation, c'est à dire de règles permettant le libre travail de la réflexivité, qui doit permettre de dépasser la difficulté potentielle de l'auto-évaluation : c'est le processus d'évaluation-régulation permettant alors de réorienter l'action ou d'imaginer une nouvelle action. L'évaluation n'est plus vue alors comme une procédure redoutable mais comme une posture d'évaluation-régulation qui envisage de nouvelles pratiques et participerait au développement identitaire et professionnel.

Les quatre postures des analysantes permettent de distinguer selon Jorro (ibid.) quatre seuils de réflexivité : la surargumentation, le reflet, l'interprétation et la fonction critique-régulatrice. Ces seuils se situent en opposition ou en complémentarité. La surargumentation est en lien avec la posture de retranchement ; le praticien ne s'intéresse pas à la réalité de l'action, soit parce qu'il ne la trouve pas digne d'intérêt, soit parce qu'il préfère décrire ce qui aurait dû être à la place de ce qui a été. Par le reflet, en lien avec la posture de témoignage, la

pensée se cantonne dans la seule description, sans questionnement, sans débat. C'est, pourtant, un premier pas qui indique la volonté d'avancer. L'interprétation est en lien avec la posture de questionnement ; l'interprétation suscite un questionnement inédit sur soi, sur une pratique, sur un modèle de pensée. L'interprétation exprime une tension à la fois professionnelle et identitaire, « *le « moi » et le « je » se confrontent* » (Jorro, 2005, p. 13). La réflexion s'accompagne de l'expression d'émotions avant d'enclencher un processus de conceptualisation. Au lieu d'être refoulées, les émotions trouvent le lieu pour s'exprimer et retrouver leur juste place de messagers intérieurs : c'est le cas lorsque la fonction auto-évaluative est positive. La fonction critique-régulatrice est liée à la posture d'évaluation-régulation et constitue la forme ultime de la réflexivité. C'est un dialogue continu et juste entre le cas analysé et les savoirs convoqués parce que le praticien est en mesure de réguler son activité en envisageant une solution de rechange à son activité. En effet, « *prêt à être confronté à l'incertitude et à la conflictualité potentielle des situations, le praticien mobiliserait à bon escient les compétences professionnelles* » (ibid., p. 14), gagnant ainsi une autonomie de pensée et d'action. Il en découle un véritable questionnement identitaire et professionnel : se questionner sur l'action à travers le rôle relationnel c'est se poser en tant que praticienne réfléchie.

Le parcours d'une praticienne effectue des passages d'une posture à l'autre. La recherche du questionnement se fait en mobilisant deux compétences fondamentales : la problématisation et la conceptualisation. Mais c'est en activant sa capacité d'évaluation-régulation que le praticien prend des décisions et met en œuvre des stratégies alternatives. « *Le praticien passerait d'un rapport désenchanté vers une représentation de l'action plus réaliste, ce qui le conduirait à assumer les impasses du métier et à saisir les points de cohérence qui fondent la pratique* » (ibid., p.15). Selon Jorro, il s'agit pour devenir une personne réflexive de mobiliser trois formes de pensée : la pensée abstraite nécessaire à la conceptualisation, la pensée narrative pour relater, la pensée critique-régulatrice ou le pouvoir d'agir et d'innover dans le quotidien. La dernière pensée est la plus difficile à mobiliser et pourtant c'est elle qui permet d'interroger les valeurs de sorte que la praticienne envisage un autre rapport à l'action. La fonction critique-régulatrice permet d'une part à la soignante de porter un jugement positif ou négatif sur l'action et d'autre part de mieux réguler son action en faisant émerger de nouvelles pratiques. Savoir penser ne conduit pas nécessairement à

savoir agir, les savoirs théoriques se nourrissent des savoirs d'action. « *L'auto-évaluation suppose la voie de la régulation, ce qui implique que le praticien revienne à l'action et qu'il ne se perde pas dans les arcanes de la compréhension. La réflexivité est action !* » (ibid., p. 17).

A partir des thématiques relevées d'après les propos de chaque soignante, nous ferons une analyse en deux temps, tout d'abord en rappelant la distinction entre les trois niveaux : les faits, les ressentis sur ces faits, les réflexions à partir des ressentis (Lani-Bayle, 2006, p. 128-130). A ce dernier stade, nous repérerons les seuils de réflexivité (Jorro, 2005). Les considérations de Jorro sont particulièrement adaptées à analyser les données des entretiens en permettant de repérer toutes les dimensions de la réflexivité. Ce sont donc sept soignantes qui vont nous livrer leur posture à l'intérieur du « groupe de réflexion en chirurgie viscérale ».

12.2. Entretien n°1 : Clémence.

Son parcours présente l'intérêt particulier d'établir des comparaisons entre différents lieux d'exercice à l'hôpital.

A. Les trois niveaux.

Clémence nous dit qu'en chirurgie viscérale son rôle relationnel rencontre un certain nombre de difficultés à s'exercer vis-à-vis du patient comme vis-à-vis de l'équipe. Le cadre chirurgical privilégie les aspects techniques avant de s'attacher à la relation ; il manque une direction commune à l'action. La soignante se trouve face à l'agressivité du patient, à sa panique, à son refus de soin, à sa douleur, à ses silences ; la fin de vie questionne ; la soignante manque de renseignements sur les informations délivrées au patient comme à la famille. Le récit d'expérience de Clémence montre un sentiment de culpabilité devant tout ce qu'elle ne peut pas faire.

Comment trouver une aide, des repères, quelques réponses, à l'intérieur du service ? Son expérience antérieure en oncologie pédiatrique lui fournit ses premières pistes de réflexion sur ce que peut être la recherche d'une direction commune. « *En oncologie*

pédiatrique, j'avais connu ce lien, on se regroupait et on parlait des difficultés qu'on avait tous par rapport à certains cas et par rapport à nous personnellement (41) ».

Mais Clémence sait aussi combien le travail en groupe ne signifie pas obligatoirement vie en équipe. *« J'ai eu une autre expérience : le climat était plus froid ; c'était en hémato, ça n'a pas continué (39) ; « J'ai senti dans le service (hémato) qu'il y avait du relationnel avec le malade (...) mais du coup avec les professionnels on n'avancait pas du tout dans ce domaine là (43) ».* Même constatation vis à vis des médecins, mis à part une hématologue différente qui avait quand même un côté relationnel (45). Par contre, dans ce même service, cette infirmière se sentait très proche des aides-soignants qui jouaient son rôle relationnel d'infirmière avec les patients ainsi que d'une autre infirmière qui se distinguait par son approche relationnelle (47). Pourtant en hémato les conditions semblaient réunies : un lieu dans le service, réunissant des volontaires du service confrontés à la maladie grave, une quantité raisonnable de réunions. Mais les gens n'avaient pas envie de parler (39). *« Moi, j'aurai voulu un groupe de travail, des choses à côté pour nous faire avancer (41). Or, en hémato, Il n'y avait pas un climat de confiance, personne n'osait dire des choses (...) je pense qu'au niveau médical il y avait un gros frein (...) Peut-être que c'est pour ça que je suis partie au bout de 5 ans (45) ».* Le soin est tourné vers la technique, certes indispensable. Dans ce service, l'annonce reste uniquement du domaine médical (69).

L'instauration d'une espace de parole dans le service de chirurgie viscérale offre à Clémence la possibilité de poursuivre le travail commencé en formation et une réponse à son besoin de collaboration. Elle engage ainsi un parcours de développement professionnel et personnel : *« Gros plus dans la profession (79) ».*

B. Quelle auto-évaluation ?

Du malaise ressenti en chirurgie viscérale Clémence témoigne en adoptant une volonté de partage de sens, prenant exemple sur ce qui avait été un soutien pour elle dans un service précédent (41). Elle appelle, comme un besoin, ce lieu qui pourrait lui permettre d'avoir une posture de questionnement : *« Moi, j'avais besoin qu'on aille dans la même lignée, qu'on fasse les choses ensemble, qu'on ne soit pas chacun à faire nos petites choses de notre côté même si on les faisait bien, c'était pas suffisant. Il fallait qu'il y ait une direction : où on va ?*

(35) ». Comment faire face à des problèmes qui apparaissent sans solution ? Cette conception du rôle infirmier suppose que l'infirmière soit en mesure d'analyser sa pratique.

Le groupe de chirurgie viscérale a-t-il favorisé une démarche de questionnement ? Des formes auto-évaluatives négatives peuvent contrecarrer ce projet : le dialogue est tributaire du climat intersubjectif dans lequel se situe l'actrice. L'espace dans lequel se déroulait la réunion en chirurgie viscérale se voulait rassurant : à l'intérieur du service, à un moment consensuel, avec des professionnels connus, en présence d'une cadre supérieure qui jetait un œil favorable (37, 91). Les interactions se passaient bien, dans un climat de confiance (39), tout le monde discutait (51), ce qui n'empêchait pas les avis contradictoires ; *« il n'y avait pas de crainte, pas de crainte les uns envers les autres, pas de jugement, on ne se sentait pas du tout dénigré par les uns ou les autres » (89) ». « Avec certains médecins ç'aurait sans doute été autre chose, très compliqué, ils ont peur qu'il y ait un impact négatif alors que c'est que pour apporter du mieux, ça peut pas être négatif, c'est que positif... mais ils auraient pu dire vous avez pas le droit (91) ».* L'absence des chirurgiens est vue comme la levée d'un obstacle potentiel à l'expression. *« On aurait pu avoir un coup de semonce de la part des chirurgiens (53) » ; « on se débrouillait nous-mêmes (...) bien sûr ç'aurait pu être un échec ; je pense qu'il faut pas vraiment un formateur (...) je pense que ça tient vraiment au groupe qui se forme, enfin aux intérêts, aux motivations de chacun, dans un service où tout le monde se connaît, je pense qu'il faut ça, avec des gens qui ont déjà de la bouteille, ça compte ça aussi, parce que il y a de l'expérience derrière, donc on peut parler de choses connues en partant du connu, hop tout de suite ça amène tout un tas de questions et tout un tas d'interactions entre tout le monde (95) ».* Il y avait tout le temps un passage de soignants pour découvrir et revenir ou pas (51). Ce lieu fragile peut compter sur des soignants motivés pour participer et des soignants expérimentés pour questionner les situations, faute de formateur. C'est auprès de ses collègues paramédicaux que Clémence a trouvé un premier soutien.

Le groupe qu'elle a rencontré en chirurgie viscérale a rempli cette fonction soutenante. *« Il y a eu plein de choses sur les émotions grâce au groupe, moi, ce groupe, ça m'a aidée. A apprendre des choses de ce que disaient les autres, comment réagissent les autres (29) ».* *« C'est un lieu nécessaire, c'était plus facile, j'étais mieux, plus sereine (39) ».* *« Un gros, gros plus dans la profession (...) finalement moins de peur parce que je voyais que les autres vivaient les mêmes choses que moi, moins de peur du fait de se parler tous ensemble, on a les*

mêmes vécus, si on n'avait pas été vraiment en groupe, c'est pas au moment des transmissions qu'on va se dire tout ça, du coup, on peut être plus en lien avec quelqu'un, on va en parler (...) on a les mêmes vécus (...) on a eu une situation très compliquée, très dure mais le fait de pouvoir en parler, ouf ça apaise, ça nous apaise, dans ce qu'on fait, on a moins peur, ça c'est clair (79) ». Mais cette coopération affichée a-t-elle favorisé la réflexivité ?

C. la posture de questionnement.

La posture de témoignage prise par Clémence décrit ce qui paraît important à ses yeux. C'est ce qui se passe quand elle évoque le rôle relationnel, un rôle complexe, insuffisamment appris en formation initiale et qui relève plus des savoirs d'action : savoirs appris par l'expérience, savoirs implicites, difficiles à formaliser, savoirs mêlés à des émotions fortes, savoirs dévalorisés comparés aux savoirs techniques, savoir-être d'une simple présence le plus souvent, savoir écouter, savoir s'y intéresser à la manière de Clémence. Cette posture de témoignage indique le positionnement de cette infirmière sur ce qu'elle pourrait partager avec d'autres. La posture de questionnement vient après le témoignage quand Clémence aborde sa participation au groupe de réflexion en chirurgie viscérale.

« C'était un besoin vraiment (...) Au sein de l'équipe, pour avoir la même démarche, et surtout comment faire face à des problèmes (..) qui n'avaient pas de solution pour moi (25) ». « Le fait de se le répéter entre nous, de se poser la question entre nous (...) le besoin d'avoir un groupe (...) pour le bénéfice de travailler en équipe (35) ». « Du coup, on se retrouve avec les mêmes problèmes et parfois, certains arrivent à trouver des moyens et cela nous permet de les réutiliser après. Et ce groupe là, c'était nécessaire pour ça (29) ».

Par l'interprétation Clémence interroge sa pratique et entre dans un processus de conceptualisation : cette réflexion théorique s'appuie sur l'écoute des participantes, la lecture d'ouvrages, de films, de comptes rendus, pour décrypter, par exemple, des situations de deuil ou d'annonce de la maladie. A propos du livre de Robert Buckman : *« S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades, guide du professionnel de santé »*, Clémence répond :

« Je me rappelle moins de celui-ci, c'est possible... moins que celui de Kübler-Ross sur les étapes du deuil. Alors ça, ça m'avait aidé, ça m'avait aidé (27) ». « On a des petites

choses comme ça qu'on se rappelle, qu'on avait apprises à l'école, quand on est sur le moment en face de la personne. Quand on est en service et quand du coup on lit le livre, on va se rappeler, ah ben tiens tiens cette personne, oui ça correspond, les différentes étapes, on arrive à se retrouver dans notre milieu de travail de se dire ah oui, en effet ; après, on arrive à analyser chez d'autres personnes comment ça se passe. Le fait de lire quand on travaille, ça m'a beaucoup aidée (29) ».

Le climat qui règne dans le groupe est important mais non suffisant, à cela doit s'ajouter un contenu qui répond aux attentes des participantes. « *On avançait par les livres, c'était du concret sur lequel on pouvait s'appuyer pour avancer (49) » ; « des films sur lesquels on pouvait reparler par rapport à notre vécu professionnel (...) On pouvait mettre des choses en place petit à petit (51) ».* Les livres, les films s'inscrivent dans un contexte sociétal particulier marqué par l'affirmation des droits des patients : qu'est-ce qui est légal ? « *Il y avait un contexte ; c'est tombé un moment où y avait du changement, où il fallait du changement, les annonces, on ne connaissait pas les lois : qu'est-ce qu'on peut faire ? (97) ».* Le côté concret des sujets abordés est important mais ce vécu, au-delà de sa description, a besoin de références venues de l'extérieur pour faire « *avancer* ».

Les comptes rendus ont pour but de partager des réflexions avec le plus grand nombre, « *c'était une invitation pour tous (103) ».* L'existence de comptes rendus conserve la mémoire des descriptions et des interprétations et prolonge la réflexion : « *ça faisait rebondir, ça ne se perdait pas, des fois moi je reprenais (les comptes rendus), je me souviens que je les relisais pour voir ce qu'on avait dit (57) ».* « *Réfléchir sur notre vécu, donc c'est plus... que les connaissances (71) ».* « *Apprendre par l'écoute des autres (...) être motivée par les lectures, les comptes rendus, moi je l'aurai pas forcément fait de moi-même (...) on était porté par le groupe et comme ça du coup on est motivé, la motivation fait qu'on va aller chercher des choses (77) ».*

Le besoin que Clémence exprime traduit une prise de conscience d'un manque de réponses accompagné d'une volonté de comprendre : la compréhension naît de la réflexion en même temps que de l'écoute ; l'accompagnement en fin de vie, l'information au malade et à la famille, le soulagement de la douleur sont sources de questionnements qu'elle n'hésite pas à partager dans cet espace de parole. « *Puis une avancée personnelle dans son travail, de donner du sens à ce que l'on fait, ça nous permet de nous poser plus de questions, de ne pas*

devenir indifférentes (35) ». C'est donc sur le tas, au sein d'un lieu de réflexion, que Clémence a pu continuer ce travail de praticienne réflexive. « Le fait de se poser et d'en parler, d'autre chose que des gestes, du coup ça donne un autre sens à ce que l'on fait parce que en faisant de la technique on arrive à apporter de la relation, je trouve ; j'ai réussi du coup à apporter beaucoup plus de relation (81) ».

D. La fonction critique-régulatrice.

Une posture de plus en plus affirmée entraîne cette praticienne réfléchie à franchir différents seuils dans sa réflexivité en se poursuivant alors vers une étape qui constitue la fonction critique-régulatrice.

La fonction critique-régulatrice se pratique en équipe et bénéficie à l'équipe. « *Je crois qu'on a débloqué des choses pour moi suite à tout ce qu'on a fait grâce aux réunions. Moi, j'en suis sûre (33) ».* « *Pour moi, il y a eu des avancées parce qu'on était à plusieurs (101) ».* « *Même aux transmissions, je me rappelle quand on était du matin, à deux ou trois on en reparlait de nos réunions ; ça jouait un rôle sur l'équipe, surtout dans la continuité du soin (...) On a fait des choses, aide-soignante et infirmière ensemble (..) alors qu'avant on ne le faisait pas (...) on instituait une direction (...) On soumettait des réflexions aussi aux transmissions parce que on était ensemble à faire les réunions (57) ».* « *On se questionnait, on soumettait des choses aux chirurgiens quand on faisait nos visites l'après-midi (63) ».*

Cette initiative a eu des effets entièrement nouveaux : une participation à l'annonce de la maladie pour une meilleure information par la suite, une prise en compte différente de la douleur du patient, une autre façon d'appréhender les silences :

« *Suite à nos discussions en réunions, on avait fait la demande et ensuite on participait à l'annonce : là ç'avait été bien, très bien de participer à l'annonce, je trouve ça super important de savoir ce qui est dit exactement (63) ».* « *L'information est primordiale, je pense qu'il y a eu beaucoup d'avancées sur l'information, ah ben si je l'ai vu. C'est tout le monde qui participe à l'information : comment accompagner les gens si on ne sait pas de quoi ils souffrent ? (65) ».*

Autre exemple à propos de la douleur : « *qu'est-ce qui est légal de faire ? On donnait de la morphine à toutes petites doses, par peur, ce qui est faux (...) qu'est-ce que nous on peut faire vraiment pour soulager et qu'est ce qu'on a le droit de dire ? (...) le besoin d'avoir un*

groupe pour ça dans le service (35) ». « Cela a permis d'avancer par exemple au niveau de la douleur, je crois (63) ».

Enfin, le silence, souvent si gênant, devient moins pesant : *« Respecter le silence et moi, je l'ai appris là aussi. (...) Comment on peut faire pour laisser un silence ? Je l'ai appris comme ça, pas un silence vide, et moi, je l'ai appris comme ça, je l'ai réutilisé. Cela m'a beaucoup aidée, j'étais démunie par rapport à ça, quand il y avait un blanc, j'étais démunie par rapport au silence : qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce que je fais ? Eh bien, des fois le blanc, il faut le laisser, parce qu'on ne sait pas (31) ».*

Grâce à la fonction critique-régulatrice, l'affirmation du « je » fait intervenir de nouvelles compétences chez Clémence :

« Plus confiante en mes capacités. Oui, l'écoute surtout, euh... je dirais une écoute active plus qu'une écoute passive ; c'est surtout l'écoute active qui m'a... mise en confiance, oui, par rapport ben euh... à moi-même, de se reconnaître des capacités ; le fait d'être plus confiante ; et la confiance en soi entraîne la confiance de l'autre. La relation devient beaucoup plus facile, savoir comment discuter pour ne pas faire des erreurs (73) ».

« Tout ce qu'on se disait après ça nous permettait de savoir quels mots dire, comment se comporter aussi, pas tourner le dos aux gens (...) pour moi, les patients étaient beaucoup mieux, ça apporte du mieux-être, et puis la relation il y a une mise en confiance et quand les personnes sont confiantes, elles disent plus de choses, elles se libèrent plus (103) ».

« Il y a la pression des actes quand même, beaucoup de pression par rapport à ça, terminer à l'heure avant les transmissions, c'était chaud ; tant pis, ce que ça m'a permis d'apprendre, aussi c'est à ne pas s'apitoyer (...) du coup on finit par accepter ses limites (...) je me culpabilisais énormément sur ce que je faisais pas, que j'avais pas le temps de faire, je suis partie de chirurgie viscérale, j'avais appris à ne plus me culpabiliser par rapport à ce que je n'avais pas fait (81) ». « Pour moi, c'est moins d'épuisement, plus de plaisir parce que moins de regrets, d'épuisement, oui voilà on arrive à se dire : voilà j'ai fait ce que j'ai pu (103) ».

Sans ce groupe *« je ne sais pas si je l'aurai fait, non pas forcément, et le fait d'être plusieurs et d'y avoir réfléchi avant, d'avoir moins cette barrière; moi, personnellement en tout cas, ça m'a permis aussi d'être capable de dire au chirurgien, d'être capable de dire des choses aux chirurgiens alors que je n'aurai peut-être pas osé de dire aux chirurgiens, j'aurai*

peut-être pas osé si on n'en n'avait pas parlé avant en réunion ; je pense aussi on a avancé par rapport à ça, je me serai pas permis (59) ». « Oui, ça a joué un rôle, je me suis permise de dire des choses, surtout à la fin quand j'étais en chirurgie viscérale, que je n'aurai jamais fait autrement ; on se sent plus professionnel ; ça développe notre côté professionnel (61) ».

La fonction critique-régulatrice fait intervenir de nouvelles compétences : apprendre à connaître ses limites de soignante, apprendre à ne pas culpabiliser de ce qui n'a pas été fait, apprendre à gagner de la confiance en soi, apprendre à respecter les silences, apprendre à exprimer ses opinions, apprendre des autres, apprendre par conséquent à devenir une meilleure professionnelle ; apprendre aussi à faire preuve d'initiatives : une prise en compte différente de la douleur du patient, une participation à l'annonce de la maladie pour une meilleure information par la suite. Des conduites alternatives de coopération entre infirmières, aides-soignantes, chirurgiens commencent à se mettre en place. Clémence joue son rôle propre axé sur la relation sans attendre qu'on l'y invite.

La réflexion en groupe a permis ces avancées. *« j'ai réussi du coup à apporter beaucoup plus de relation ; pour moi en faisant ce métier là, c'était la relation qui comptait pour moi, c'est vrai que bizarrement j'ai quand même été dans des services techniques, mais bon je crois que maintenant dans tous les services on est obligé d'avoir à faire avec la technique, partout finalement le rôle relationnel est important (81) ».* La relation s'enrichit d'un sens nouveau, le malade se sent mieux et Clémence plus sereine. *« C'est un enrichissement personnel, on avance dans notre comportement de tous les jours, dans tout ce qu'on fait, je pense qu'on vit mieux, on vit mieux à l'extérieur quand on arrive à avancer au plan professionnel et vice versa je pense aussi (...) On change personnellement, on évolue grâce au travail. On s'enrichit dans notre métier, on part au travail différemment en devenant consciente de cette richesse (85) ».* *« C'était intéressant, vraiment un lieu de vie, d'expression (89) ».*

12.3. Entretien n°2 : Justine.

Cette aide soignante est restée dans le même milieu hospitalier, passant dans différents services dont trois qui lui servent de références : la pneumologie, la chirurgie viscérale

pendant 11 ans puis l'unité fixe de soins palliatifs. Elle refuse la posture de retranchement que le contexte voudrait lui assigner en chirurgie viscérale.

A. Les trois niveaux.

Pour Justine, son rôle relationnel d'aide-soignante est très important. La fonction d'aide-soignante lui permet d'être très proche du patient et d'offrir à ce dernier une écoute ; cette écoute va au-delà de la maladie pour s'intéresser avant tout à la personne de façon à la reconforter, à la comprendre, à l'aider. Le contexte technique de la chirurgie l'empêche parfois d'avoir le temps de vivre cette vision du soin qu'elle porte en elle : *« ce que je reproche, c'est... faut prendre le patient dans sa globalité, parce que la chirurgie viscérale : on prend les viscères, point barre (54) »*.

Les problèmes auxquels se confronte Justine débordent largement la simple question du soin : la collaboration paramédicaux/médicaux, les décisions de l'institution, les relations infirmières/aides-soignantes, la charge de travail, le soutien ou non du cadre, constituent aussi des enjeux relationnels. Cette aide-soignante ressent un sentiment de dévalorisation, un sentiment de frustration en constatant un manque de communication et de reconnaissance.

Avant même que les réunions du groupe de réflexion ne commencent en chirurgie viscérale, Justine avait interpellé la cadre supérieure sur la nécessité de réunions (22) entre tous les membres du personnel, à l'exemple de ce qu'elle avait connu en pneumologie pour évoquer le cas d'un patient qui posait problème (14) : *« j'avais besoin de ça... (22). T'es professionnelle à partir du moment où tu te remets en question, le mot est peut-être fort (...) tu t'interroges, voilà c'est normal (40) »*. La formation de service d'octobre 2003 a été un moyen de créer une suite dans un premier groupe de 5 soignants, avec plusieurs objectifs : passer de la théorie de la formation à une application quotidienne, *« prendre le temps de se poser »*, partager des vécus difficiles (22). Cette visée est contrecarrée par une charge de travail qui oblige cette soignante à avoir constamment *« la tête dans le guidon »* (22). Elle se lance donc dans cette aventure d'une réflexion en groupe avec intérêt et conviction (51) comme le démontre son nombre de participations. *« J'étais à l'époque en plein questionnement, parce qu'il y avait quelque chose qui ne me convenait pas en chirurgie viscérale, je ne savais pas quoi et voilà (34) »*.

B. La tentation d'une auto-évaluation négative.

Son désir de questionnement suscite des questions sur elle-même, sur sa pratique, sur les habitudes imposées par le contexte collaboratif, managérial, institutionnel ; Justine révèle ainsi, à l'intérieur du service, une auto-évaluation négative, craintes et conflits étant alimentés par une vision de la pratique qu'elle ne retrouve pas ainsi que par une dévalorisation de soi. « *En tant qu'aide soignante, je me dis combien de fois en tant qu'infirmier j'aurai pété un câble parce que, euh, y avait des choses qu'étaient pas... tu sais les chirurgiens... dans les prescriptions, euh... la douleur, la douleur... l'information, les transmissions, voilà faut dire le minimum alors qu'on a besoin de savoir dans les transmissions (12)* ».

Le groupe de réflexion l'autorise à témoigner dans un contexte qui lui apparaît défavorable depuis sa position d'aide-soignante. « *L'absence de médecins, c'était mon grand problème (18)* », sauf une fois où cette présence médicale la marque : « *le jour où il est venu, c'était un plus (78)* ». Elle attribue ce manque de disponibilité des médecins à leur emploi du temps mais aussi à une barrière difficile à franchir chez de nombreux médecins pour engager le dialogue (20). D'autres absents se font regretter : les cadres d'unité pour remplacer à sa demande la cadre supérieure (52). La présence ponctuelle de la cadre supérieure est considérée comme normale pour diriger les débats (72), voire nécessaire pour valider ce temps de réunion en temps de travail. L'absence des cadres d'unité n'encourage pas les soignants à participer, et à participer durablement ; cette absence interroge la valeur de la parole des soignants : « *la parole du petit personnel vaut quoi ? Surtout en chirurgie viscérale, moi je suis partie de la chirurgie viscérale, je me sentais complètement dévalorisée, ah bah c'est clair (52)* ».

Elle trouve dans le groupe un soutien durable et bénéfique qui transforme sa perception d'elle-même :

« *Je le ressens comme ça parce que moi quand je suis dans le service, je suis un peu la tête dans le guidon, voilà, parce qu'il y a ça et ça à faire, il y a la charge de travail ; ces réunions de groupe ça permet de se poser, voilà, et de se dire voilà ça fait du bien, ça fait du bien, ça permet de s'exprimer, ça apaise, et le fait de dire : ah, ouais moi j'ai ressenti une difficulté, il y a ça et ça, moi j'ai eu la difficulté mais mon collègue a aussi ressenti cette difficulté là, donc ça apaise, parce que au lieu d'avoir ça, d'être frustrée de pas avoir fait son travail, j'ai pas fait, j'ai pas réussi à faire ça, mais si, on peut faire quelque chose de bien*

parce qu'on peut pas toujours arriver à ce qu'on voudrait faire ; moi d'échanger ça m'a fait du bien ; voilà je pense que ça aide psychologiquement à être plus zen et à écouter encore plus parce que voilà on a discuté de ça et à ouvrir l'esprit à d'autres choses encore... parce que chacun a ses points... (22) ». « Cela donne confiance (42) ».

L'apaisement offert par le fait de se poser et par l'écoute du groupe amène une diminution de la frustration de Justine, une plus grande confiance, une ouverture d'esprit, ce qui la conduit à déjouer certaines impasses du métier et à s'appuyer sur la richesse de l'écoute qui fonde sa pratique. Ecouter l'autre, c'est aussi pour Justine s'écouter, prendre conscience de son mal-être, se reconnaître comme soignante affectée, et être en mesure de l'exprimer. Le groupe lui apporte un sentiment d'auto-évaluation positive qui lui manquait. Le métier de soignante s'avère difficile, particulièrement si cette dernière n'est pas aidée dans les périodes de doute où elle remet en cause sa propre professionnalité et pense à quitter les lieux : *« le groupe m'a permis de tenir aussi parce que j'étais tellement frustrée de ne pas faire mon travail comme il faut, bon eh bien j'étais pas la seule à ressentir ça...(50) ; je dois dire l'importance d'avoir ces réunions pour continuer à faire mon travail, ce que j'aurai eu du mal à faire autrement, alors parce que je pense que je serai partie plus tôt ; en 2003, j'ai été à mi-temps (...) ça m'a aidé aussi, je me dis (54) ».*

C. La posture de questionnement.

Ce lieu apparaît indispensable à Justine pour l'aider à répondre à ses interrogations : *« Il faut un lieu (...) tu peux pas faire ça tout en répondant à des sonnettes pendant les transmissions, une salle fermée... en étant déchargée de son travail. Ce lieu est plus que nécessaire, il est indispensable, indispensable je dois dire (24) ».* La participation à ce lieu est volontaire (26), le but étant d'échanger avec une méthode, avant tout pragmatique, qui se rapproche de l'analyse de la pratique (28). Les moments d'échanges entre paramédicaux, avec parfois la présence des médecins, pendant les transmissions, lui semblent très insuffisants. *« La chirurgie viscérale n'avait ni réunions éthiques ni réunions de synthèse, pas de regard extérieur, seulement des moments d'échanges entre paramédicaux, ne dépassant pas un quart d'heure, pendant les transmissions et auxquels parfois les médecins participaient (74) ».*

Par un sentiment de retranchement, attaché à la dévalorisation de son action et de sa parole, Justine aurait pu s'enfermer dans cette posture de repli sur soi : *« moi je suis partie de*

la chirurgie viscérale, je me sentais complètement dévalorisée, ah bah c'est clair (52) ». Elle adopte au contraire une première attitude de témoignage en participant activement au groupe de réflexion en chirurgie viscérale. Pour cela, elle s'appuie sur deux expériences antérieures qui lui indiquent la direction possible : l'une en pneumologie qui regroupait tous les soignants, de l'agent de service au professeur, dans des réunions obligatoires mais ponctuelles (14), l'autre en évoquant l'existence d'un groupe de parole qui ne répondait pas à ses attentes.

« Aussi ce que j'aime bien aussi de l'hôpital, que ce soit en chirurgie ou en médecine, c'est un travail de groupe, d'équipe... avec une kiné, un médecin... ce travail d'équipe c'est riche (22). Tout d'abord, des réunions obligatoires, mais ponctuelles, en pneumologie, dans les réunions éthiques (...) tout le monde apportait un cas (30) ; puis des réunions de synthèse assez semblables dans le service de soins palliatifs ; le travail pluridisciplinaire, c'est très riche, parce que l'aide-soignante elle est avec le professeur (...) on s'aperçoit à ces réunions que ça permet... ah le médecin il a aussi rencontré des difficultés (16) (...) mais cela suppose un appui institutionnel inconditionnel (76) ».

Entre ces deux services, c'est le passage en chirurgie viscérale : *« J'ai connu avant ce groupe, en chirurgie viscérale, un autre groupe, un groupe de parole, j'ai assisté au groupe de parole parce que ça me faisait le rapprochement avec la pneumologie mais je m'y retrouvais pas comme en pneumologie (...) et ce groupe ça marchait pas, ça dépend de l'esprit d'équipe, le fait que c'était avec des gens de différents services, d'avoir peur de dire ce que toi tu ressens (...) j'ai suivi quelques réunions, sans que ça dure parce que voilà je m'y retrouvais pas (76) ».*

Forte de cette expérience d'espaces de parole dont elle a pu mesurer la richesse et les conditions de la réussite, cette praticienne réclame en chirurgie viscérale un lieu de partage de sens, dans lequel elle pourra continuer à adopter une posture de questionnement pour élucider des situations sans réponse par une approche tenant de l'analyse de la pratique : pourquoi ce jeune homme de 32 ans ne guérit-il pas ? Pourquoi des annonces aussi inadaptées ? Elle reconnaît les dilemmes professionnels qui l'affectent contredisant sa vision d'un patient soigné dans sa globalité par une équipe où le dialogue existe.

Lorsque le groupe de réflexion se crée, Justine n'emploie pas le terme d'« analyse de la pratique » à laquelle elle n'a pas été formée, mais pense aujourd'hui que les réunions éthiques de pneumologie, qui l'ont marquée, entrent dans ce cadre en réfléchissant sur des

histoires cliniques (30). Le fonctionnement du groupe de réflexion lui convient : des réunions régulières tous les deux ou trois mois, une assemblée de pairs, des comptes rendus qualifiés « *d'indispensables* ». L'une des particularités de ce groupe de réflexion aura été de donner une place à des livres, des films, afin d'acquérir des savoirs en psychologie, en éthique, en législation (58) ; fournir des pistes de réflexion à partir de récits de vie donne des renseignements sur des faits de société. Ce regard sur l'extérieur inclut l'hôpital dans le monde réel, celui des incertitudes, des possibles et des souhaitables. Des interprétations apparaissent quand cette praticienne, fervente lectrice, établit des liens entre les cas analysés et les savoirs à convoquer sur l'écoute, le deuil, l'annonce (44).

D. La fonction critique-régulatrice.

C'est le groupe qui offre à Justine une possibilité de régulation lui permettant de s'ajuster aux situations, de se motiver, de garder une fonction critique source de professionnalisation. Elle est alors en capacité de mettre en œuvre des stratégies régulatrices témoignant de son pouvoir d'agir et d'innover quotidiennement dans son travail : le soin de bouche ¹⁶ au café en est une illustration. Cette attitude relève d'un esprit créatif, pour qui le manque de temps n'est pas forcément un obstacle (34) : « *des petites choses en tant qu'aide-soignante qu'on fait, qui demandent trois fois rien (36)* ». Justine ose se poser en tant que praticienne réflexive, assumant si nécessaire un positionnement de mise à distance des savoirs au profit d'un rapprochement intime avec le patient. Le geste de Justine amène une réflexion d'Irène : « *Il y a un truc qui me reviens en tête dans ce que je relisais : une dame qui ne pouvait plus s'alimenter et qui rêvait de prendre un petit café et qui avait des bains de bouche au café, en relisant ça je me disais c'est des choses qu'on n'aurait pas eu à l'esprit de faire ça spontanément, de proposer, et puis avec le recul de se dire si c'était ça qui lui faisait plaisir, eh bien pourquoi pas, c'est des petites choses tellement simples à faire, des fois les gens ils ont des envies (93)* ».

La réflexivité est le fruit d'un long parcours, commencé par Justine très en amont du passage en chirurgie viscérale mais qui se poursuit tout au long d'une carrière, grâce au dynamisme insufflé, entre autre, par le groupe de réflexion ; ce dont témoigne

¹⁶Le soin de bouche pratiqué par l'aide-soignante assure l'hygiène bucco-dentaire de patients qui ne peuvent le faire seul. Ce soin relève du rôle propre de l'aide-soignante quand il est exercé avec des produits non médicamenteux comme le café, dans un but de confort.

particulièrement l'inscription de Justine au diplôme universitaire en soins palliatifs après quatre ans de participation au groupe de réflexion : « *Je pense que j'avais cheminé, donc faire cette formation, après les réunions du groupe de réflexion, c'est de là que je me suis dit : pourquoi je ferai pas le D.U. en soins palliatifs ? J'en suis arrivée au D.U. (2007-2009) et puis aujourd'hui voilà le parcours. Je suis intervenue dans une association une fois pour en parler, parce que j'avais besoin d'en parler* ».

Pour Justine, le rôle du groupe aura été de la soutenir dans les moments où elle avait l'impression de ne pas bien faire son travail, en lui permettant de comprendre que cette impression tenait aussi au fait qu'il s'agissait d'une tâche complexe autant pour elle que pour les autres soignantes (22). Le groupe re-motive et re-donne confiance afin de continuer à soigner dans l'écoute du patient (46). Le retour sur l'expérience devient facteur de professionnalisation (39). Toutefois, la capacité à faire face aux difficultés inhérentes au métier de soignante repose sur la volonté d'auto-formation de la soignante (80), le groupe ne pouvant à lui seul forcer cette décision personnelle d'avancer dans la voie de la professionnalisation. « *Auto-formation, oui, si je n'avais pas fait ça je n'en serais pas là aujourd'hui, je suis sûre qu'au niveau professionnel je n'aurais pas le même euh... dynamisme, la même motivation que j'ai encore aujourd'hui (80)* ».

12.4. Entretien n°3 : Nina.

Nina quittera la chirurgie viscérale en 2007 et occupe aujourd'hui un poste de cadre de santé. Infirmière pendant son passage en chirurgie viscérale, elle porte aujourd'hui un regard de cadre et interroge, particulièrement, le rôle de l'encadrement et de l'institution.

A. Les trois niveaux.

Pour Nina, le rôle relationnel inscrit la relation soignant-soigné dans un ensemble plus large qui comprend les infirmières, les aides-soignantes, les cadres infirmiers, les chirurgiens. Accueillir le patient, c'est, pour cette infirmière, parler les uns avec les autres pour parler d'une même voix, de l'agent des services hospitaliers au chirurgien, et trouver une force dans cet accord. Nina tire de son expérience que la culture de service en chirurgie viscérale ne privilégie pas la communication entre les échelons hiérarchiques. De même qu'elle note

parfois un défaut de collaboration infirmière-aide-soignante, il n'existe pas d'échanges avec les médecins sur leur façon de faire en matière d'annonce, de soulagement de la douleur, ce qui met Nina dans une situation inconfortable. Nina, jeune infirmière, n'ose pas exprimer toutes ses questions, ses remarques et tous ses désaccords devant les médecins. Ce sont elle-même et le collectif qui se trouvent fragilisés par cette méconnaissance du raisonnement médical créant un écart entre les discours des médecins et des infirmières.

La culture d'équipe autour du malade apparaît comme la question essentielle des interrogations de Nina et l'engage à faire retour sur l'action. Cette infirmière trouve dans le groupe de réflexion la possibilité de s'exprimer plus librement sur son vécu professionnel et d'effectuer un indispensable travail de décryptage source de formation.

B. La posture de questionnement.

L'intérêt manifesté par cette infirmière pour le groupe de réflexion traduit tout d'abord une posture de témoignage : elle accepte qu'un travail collectif d'analyse se réalise. Cette posture tranche avec celle qu'elle adopte dans son activité : *« il y avait une certaine pression, j'étais jeune, il y avait beaucoup de pression, moi j'étais dans ma pression : j'essaye de bien faire ce qu'on me demande de faire (18) »*.

Le propos de Nina s'enrichit par la suite de questionnements en s'appuyant sur une comparaison entre ce qu'elle a connu en réanimation médicale et ce qu'elle a vécu en chirurgie viscérale. S'exprimer, comme ce fut le cas en réanimation médicale, c'est ne pas réduire le rôle infirmier à un rôle d'exécutante de prescriptions mais de coopérante à la décision médicale qui fait d'elle une équipière : *« les fois où je me sentais parfaitement à ma place (...) c'était après les échanges avec le médecin, quand pour une situation j'avais en tête comment le médecin il voyait les choses, sur quoi il s'appuyait et à ce moment là il y avait une grande zone qui s'éclairait devant moi, parce que évidemment, nous les paramédicaux, on n'a pas tous les résultats des examens et puis on ne sait pas les analyser, eh ben quand j'avais le médecin qui me disait : je le fais pour telle raison, je ne le fais pas pour telle raison, on ne peut pas comparer monsieur et madame parce qu'il y a ça, ça, ça, alors qu'ils ont la même maladie mais il y a ça, ça, ça, qui fait qu'on va raisonner différemment, eh bien je me sentais faire partie d'une équipe médicale, paramédicale et les situations lourdes de conséquences je ne les portais pas comme un fardeau sur mon dos, j'étais à ma place parce*

que j'avais une vue sur du moyen ou du long terme, et ça correspond à ce que tu dis, j'avais une vue sur un raisonnement qui dépasse la pure application des prescriptions médicales (...) moi, j'avais besoin de voir dans quel sens on allait pour me sentir à ma place de professionnelle (...) on confrontait nos idées et là on apprenait ensemble et il y avait une force qui faisait que l'on continue dans ce sens là (22) ». Pour se sentir pleinement professionnelle, Nina a besoin de cette confrontation, à la fois émergence d'un sens, source d'apprentissage et de soutien : « du coup ce qu'il y avait de difficile à faire dans le métier ça prenait sens à mes yeux, ça passait mieux (24) ». Nina connaît l'analyse de la pratique mais n'a jamais été formée à cette méthode (30) qui relève des savoirs d'action. En effet, ses expériences d'échange, en réanimation médicale, sur des situations vécues appartiennent à une pratique de terrain non formalisée, qui répond avant tout aux préoccupations immédiates des soignants (16). L'infirmière pointe d'ailleurs les limites de tels échanges en reconnaissant qu'il s'agit de discussions ramenées à quelques éléments d'une équipe et non à l'équipe tout entière (24).

Sa deuxième expérience d'échange en groupe naît des besoins exprimés par les soignantes en chirurgie viscérale : « du coup on était bien dans un cheminement de culture paramédicale, à se raisonner, à raisonner, à réfléchir, et on va dire à plus tailler un chemin qui était devant nous (8) ». Médecin et infirmière ne collaborent pas sur l'attitude à adopter face au malade. Faute d'aborder tous les sujets avec ses collègues médecins, l'infirmière trouve dans le groupe de réflexion la possibilité de s'exprimer (18) : « Le niveau de raisonnement de prise en charge, qu'on pouvait aborder dans les réunions, et qui pouvait à mes yeux mettre un peu mal à l'aise l'équipe médicale, je l'abordais pas de la même façon et pas du tout avec la même euh, la même... sérénité dans l'unité ; et du coup le groupe était utile pour ça, parce que c'était un lieu d'échanges et de sujets qu'on abordait pas forcément au cœur de l'unité, et c'est peut-être aussi pour ça que je me disais que l'aval médical me manquait parce que comme je n'avais pas forcément la force ou le courage de le dire dans l'unité, si je l'avais eu de ce côté là, en réunion, ça avait un petit peu compensé ». Le groupe était en effet un moteur de réflexion, la réflexion était collective, il y a forcément plus d'arguments à plusieurs (20).

Nina a participé à ce groupe parce que c'était la seule occasion de débat au sein de l'unité (26). Le retour sur l'expérience présente deux avantages (34) : il crée un collectif en confrontant et en unissant les pratiques, il donne une vision commune du travail, et il permet

d'interroger le sens de ces pratiques ; chaque soignante devient ainsi une meilleure professionnelle, chacune progressant à sa vitesse. « *Le discours collectif permet d'ajuster les pratiques : ah, toi tu fais comme ça, moi je fais pas comme ça, ah je voyais ça comme ça, toi tu voyais pas ça comme ça, et du coup le collectif il permet de monter des marches, alors y en a qui vont monter une marche et d'autres deux mais on va dans le même sens... Oui, je pense que ce retour sur l'expérience permet de devenir une meilleure professionnelle parce qu'il pose un moment où on stoppe le temps et permet de se demander pourquoi on fait, comment on le fait, est-ce que ça a du sens de le faire comme ça ?(34)* ». Les temps de transmission, qui rassemblaient seulement plusieurs soignants, n'offraient pas la même qualité de raisonnement éthique (26). Un espace dédié à la parole, hors de l'agitation du service, s'avérait nécessaire (28).

Cette analyse de la pratique entre pairs constitue une nouvelle modalité de formation à côté des deux grands types de formation que sont la formation initiale et la formation continue (35). La réflexion critique sur les actions vécues s'avère indispensable au nom d'une compétence à construire et à entretenir tout au long d'une vie professionnelle (40). Des pistes de réflexion sur les réussites du collectif mais aussi sur les facteurs inhibant l'émergence d'une véritable culture d'équipe se précisent à partir d'une analyse de la pratique. Le fonctionnement du groupe de réflexion en chirurgie permet la liberté des échanges sur le sens du soin que le temps de transmission ne peut pas offrir : « *pour moi c'est des vécus de prise en charge où on trouvait qu'il y avait eu un manque ou quelque chose de bien fait et on était content de pouvoir le dire : on a réussi à faire ça pour telle dame ou tel patient ; un exemple précis je ne pourrai pas dire mais dans mes souvenirs, c'est ça, c'est : on a buté sur telle ou telle chose ou on revient sur ce dossier parce que le patient il est toujours là au bout d'un mois et qu'en est-il, est-ce que la problématique s'est déplacée ou est-ce quelle est toujours sur place ? (14)* ». Quelques thèmes émergent : l'annonce de la maladie, la souffrance, l'écoute (16), c'est à dire « *constituer un collectif qui parle d'éthique (64)* ».

Ce dont Nina est convaincu, c'est que le groupe lui permettait de se rendre compte que ses collègues paramédicaux partageaient les mêmes questionnements, les mêmes incertitudes (26 et 34). Les questions permettent des interprétations : la posture de questionnement revisite le fonctionnement en chirurgie viscérale. Nina ose se poser en tant que praticienne réfléchie. « *J'aime bien la fin : en vue de la recherche du sens de son action (...) il faut l'activer*

régulièrement la recherche du sens parce que surtout, quand tu arrives à un certain niveau d'expertise et que y a plus beaucoup de nouveautés, tu peux tourner en mode routine, routine, routine... (70) ». Ce groupe peut être considéré comme un exercice de formation, continue ou auto formation : « ça permet de dérouiller les engrenages de raisonnement » (70).

C. La place de l'auto-évaluation.

Cette attitude s'accompagne de l'expression d'affects quand Nina parle de situation inconfortable : « *comment on fait ?* ». Le processus d'auto-évaluation constitue un moment singulier et décisif du processus réflexif. Nina adopte deux attitudes diamétralement différentes suivant qu'elle se trouve sur son lieu de travail ou qu'elle participe au groupe de réflexion. Elle se présente « *comme une infirmière qui ne posait pas beaucoup de questions aux médecins (18)* ». Elle subit la pression du manque de temps qui règne dans le service, elle évoque la possibilité de tomber dans une activité routinière. Mais elle échappe en partie à ces contraintes en participant au groupe. Ce dernier concourt à la préservation de l'image de soi de l'infirmière et la motive pour exprimer le sens de son activité. Le groupe se structure par les règles que les participantes veulent bien s'imposer, en l'absence de formateur (31) : « *je n'ai jamais entendu aucune critique ou quoi que ce soit vis à vis de ce groupe, donc il y avait une authenticité, tu viens, tu es admis, tu viens pas, t'en parles pas, tu dis rien, voilà, c'était juste authentique par rapport, euh, au reste de l'équipe, t'en as qui ne sont jamais venus et qu'en avaient pas besoin, voilà ; il y avait une liberté d'expression, y avait liberté aussi de venir ou de ne pas venir selon... (32)* ».

Le groupe de réflexion a participé à nourrir l'activité de Nina dans ses dimensions psychologique et émotionnelle. « *Le premier bénéfice qui me revient, dont je suis convaincue, c'est de sentir que les collègues vivaient les mêmes choses et on n'en parlait pas, les mêmes questionnements, les mêmes incertitudes et y avait qu'à la réunion où on en parlait (26)* ». « *Aux niveaux psychologique et émotionnel, la parole partagée faisait du bien, ça me rassurait de me sentir faire partie d'un groupe, c'est surtout ça, on en a parlé ensemble (...) toute seule je ne peux pas avancer ; donc écoutée, plus en confiance et le collectif me nourrissait ma motivation (48)* » ; la parole partagée rassurait, donnait confiance, motivait. « *Le groupe a motivé ma posture relationnelle parce que je ne pense pas que je l'avais oubliée ou ignorée ; par contre, ça m'a nourrie et ça m'a donné un élan pour aller*

dans ce sens-là (60) » ; « et donc le groupe de travail (...) ça me relançait parce que clairement un jour où tu as mal au dos et que tu es fatiguée, tu n'es pas obligée de faire ce travail-là de communication avec le patient, personne n'en verra rien, qu'il est fait ou qu'il n'est pas fait de toute façon voilà, et donc du coup si on n'a pas de quoi entretenir le feu, ben, il peut s'éteindre, on ne s'en rend même pas compte (60) ».

D. Le rôle de l'institution.

L'analyse réflexive est un outil pour permettre de prendre une distance avec des états émotionnels forts quand les relations interpersonnelles s'avèrent difficiles. En somme, il s'agit d'enrichir la connaissance de soi-même dans des situations qui mettent en jeu des affects ; c'est une composante essentielle de la professionnalité selon Nina. L'institution a un rôle à jouer en ce sens, tout d'abord en donnant son autorisation pour libérer l'expression des soignantes. *« Ce qui a contribué, c'est le fait que la cadre supérieure de l'époque, elle autorise, elle valide et elle vient de temps en temps contribuer au groupe, ça donnait une assise institutionnelle, la marche au dessus ç'aurait été, euh, un peu plus de marque d'attention de l'équipe médicale et qui là aurait donné vraiment le vrai fil conducteur, on aurait pu arriver en définitive à un bénéfice pour l'institution avec un culture de service, là ç'aurait été... parce que on était dans une culture de paramédical dans notre groupe validé par l'institution avec la cadre supérieure, en ayant bien conscience que c'était individu dépendant par rapport à cette cadre sup-là mais on a eu plaisir de travailler avec elle (8) ».* Ce chemin ne rencontre pas l'opposition des chirurgiens et des cadres mais ce groupe est à construire totalement par ses participantes puisque chirurgiens et cadres l'observent à distance (12).

Autres questions posées à l'institution : quelles formations propose-t-elle dans son cahier de formation continue (42) ? Nina regrette que ce soit le côté pratico-pratique qui l'emporte aujourd'hui au détriment de formations orientées vers le développement personnel. Or, ces dernières formations sont bénéfiques pour améliorer les relations aussi bien professionnelles que personnelles : elles ouvrent l'esprit du soignant, notamment au respect de la différence chez l'autre, en luttant contre les préjugés (42). Le domaine personnel et le domaine professionnel sont intimement liés (44) : être bien personnellement aide à être mieux dans sa relation avec les autres. Ces formations, qui apparaissent éloignées du contexte du

travail, ne sont donc pas de l'argent perdu par l'institution ; mais celle-ci recherche avant tout l'efficacité à court terme, en diminuant ces possibilités de formation et en diminuant en même temps le nombre de soignants (44). La bienveillance est liée à un état d'auto-évaluation positive et concerne chaque niveau de l'institution : on parle de bienveillance envers le patient, il faut aussi parler de bienveillance envers les soignants (46). La bienveillance envers les soignants participe de la qualité de leur relation avec le patient : « *ce petit côté en plus qui dépasse le drap propre, à boire, à manger, enfin c'est à un niveau au-dessus* » (46). En fait, la bienveillance émane de chaque membre dans le service jusqu'à l'institution.

E. La fonction critique-régulatrice.

Le gain cognitif est plus difficile à expliquer : « *oui j'ai appris des choses mais quoi exactement je ne peux pas te dire (48)* ». Beaucoup de soignants, dit-elle, ont du mal à coucher sur le papier ce qu'ils savent. Pour Nina, l'un des aspects importants, c'est qu'elle s'est sentie faire partie d'un groupe (50), auquel elle pouvait se joindre quand elle avait besoin d'échanger sur un problème. Cette notion d'équipe lui apparaît essentielle pour devenir une meilleure professionnelle car les échanges en équipe, contrairement à des informations données, provoquent un débat : l'impact d'un discours construit par des participants à l'écoute est tout autre (50 et 52). « *Quand on rafraîchit le sens de pourquoi on fait les choses, je pense qu'on travaille mieux (52)* » et ce rafraîchissement ramène à la surface de notre mémoire toutes les choses que nous savons, les requestionne sous un autre angle. Cette façon de regarder l'action d'un autre œil éveille la fonction critique-régulatrice. La réflexion a donc une double utilité de réactivation : rappeler le sens des actions et mettre ou remettre à jour des savoirs d'action (52).

Le débat ouvert, lors des réunions du groupe de réflexion, libère la fonction critique-régulatrice qui permet d'une part au soignant de porter un jugement positif ou négatif sur l'action et d'autre part de mieux réguler son action en faisant émerger de nouvelles pratiques. Le sens de l'action est questionné et porté à la connaissance de tous par la diffusion de comptes rendus. Les comptes rendus participent à inscrire le groupe dans la durée : l'écrit assure un fil conducteur d'une réunion à l'autre et d'un soignant à l'autre (66) et participe à faire reconnaître la légitimité de ces réunions. La diffusion des comptes rendus dans le service

montrait que *« c'était du sérieux, notamment vis à vis des médecins : on savait ce qui s'y passait, personne n'a jamais, euh, voulu stopper ça (68) »*.

Nina envisage des modifications à son action : le groupe facilite les relations infirmières-aides-soignantes, c'est à dire que la collaboration entre Nina et certaines aides-soignantes devient plus effective ; une entraide s'installe qui contribue à une discussion sur les problèmes du métier et casse un fonctionnement routinier : *« et du coup ce sont ces échanges-là qui apportent de la rondeur après dans les organisations » (54)*. C'est en ce sens que l'espace de parole a eu une influence positive sur l'équipe (56) : en permettant la création de binômes avec certaines aides-soignantes ouvertes au changement, en permettant la rencontre de soignantes de nuit pour représenter l'ensemble du travail journalier.

Le groupe apporte un nouvel espace de formation, qualifié d'innovant, en lien avec les besoins des acteurs. *« La régularité des réunions donnait un rythme et une constance (62) »*. *« J'ai travaillé l'innovation et on y est pile poil ; quand on était en chirurgie digestive, on était pile poil dans l'innovation, c'est à dire qu'on était vraiment à côté de ce qui se faisait (12) »*. *« La réussite, c'est rassembler, constituer un collectif qui parle d'éthique, les insuffisances, euh... j'en sais rien (silence)... que ce soit pas relayé à un moment par le corps médical... pas tellement l'absence des médecins... J'ai presque envie de dire maintenant que je suis cadre, je me dis qu'est-ce qu'ils ont été bêtes de pas en profiter au niveau communication, euh, parler de ce qui se faisait à l'époque c'était vendeur et prometteur et en fait on n'avait pas trop d'échanges avec l'équipe médicale, mais aujourd'hui faire ça sans se saisir de quelque chose qui existe au niveau communication ce serait la ruine, alors j'ai envie de dire : c'était la même chose à l'époque, sauf que j'avais pas mon regard de cadre... Et je me souviens qu'à l'époque la cadre supérieure ne travaillait pas de près avec les directeurs de soins... Le relais institutionnel n'était pas le premier objectif du groupe... Maintenant il y a eu du gâchis et là c'est le cadre qui parle, il y avait quelque chose qui fonctionnait bien sur la durée, qui apportait quelque chose et qu'a pas été valorisé comme il aurait pu l'être, et faire partie du projet de la chirurgie en le prenant comme part active à tout le travail collaboratif de l'ASH (agent des services hospitaliers) au chirurgien (64) »*.

Cette fonction pallie une offre de formation institutionnelle axée sur l'effet pratico-pratique (42). La fonction critique-régulatrice constitue une forme aboutie de réflexivité ; ce seuil offre également l'occasion d'un questionnement identitaire et professionnel : qu'est-ce

que moi, Nina, je fais dans telle situation et comment font mes collègues ? Quelle infirmière est-ce que je veux être ? Comment puis-je devenir une meilleure professionnelle ? En s'appuyant sur quelles compétences ? Quelle place ont les autres dans mon activité ? En quoi la collaboration infirmière-médecin est-elle indispensable ? Comment l'institution peut-elle contribuer à prendre soin des soignants ? Pour cela, selon Nina, le groupe de réflexion en chirurgie viscérale, « *c'était nécessaire, c'était utile* ».

12.5. Entretien n°4 : Vicky.

Malgré tous les freins à l'exercice du rôle relationnel, qui auraient pu la conduire à une posture de retranchement, cette aide-soignante a su trouver et mettre en œuvre une alternative qui lui permet d'exercer ce qu'elle appelle « *le vrai travail d'aide-soignante* ».

A. Les trois niveaux.

Entre 2003 et 2008 Vicky travaillait dans l'unité 1, une unité singulière pour sa concentration d'interventions lourdes qui imposait une charge de travail importante, aussi bien pour les aides-soignantes que pour les infirmières. Vicky reconnaît, cependant, l'importance de ce rôle relationnel, qui prend soin du malade dans sa globalité.

Une quantité de travail impressionnante donne un rythme effréné et épuisant qui réduit l'opportunité d'entrer en relation ; un sentiment désagréable de travail non fini l'envahissait alors. Fatigue, frustration et émotion coexistent par moments chez Vicky. Le récit de son expérience l'amène à parler de travail « *bâclé* » par lequel la soignante s'estime « *perdante* », faute de pouvoir accomplir son travail totalement. Elle n'avait pas d'autre choix que de mettre de côté son sentiment de culpabilité pour s'adapter à cette situation qui ne représentait pas « *le vrai travail d'aide-soignante* ».

Si Vicky a participé à la formation de service intitulée « accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille », c'est bien parce qu'elle ressent la nécessité d'un retour sur une action qui la questionne : cette débauche de gestes techniques a quel sens ? Est-ce que c'est ça être aide-soignante ? Les soignantes sont-elles vraiment des « *sauvages* », comme elle le dit ? Le lieu de réflexion en groupe apparaît alors comme un espace de ressourcement.

B. La posture de retranchement.

Dans une unité caractérisée par une importante charge de travail et tournée vers la technique médicale, Vicky exprime la difficulté d'exercer son rôle relationnel. L'unité 1 se signalait par son côté technique, c'est à dire qu'elle concentrait des malades hospitalisés pour des interventions importantes. Le travail aide-soignant devenait lui aussi technique dans ses moindres gestes ; ainsi faire une toilette s'avérait un exercice périlleux. L'unité connaissait de plus une activité intense, sans répit, et la relation soignant/soigné s'en ressentait inévitablement : « *des fois peut-être que les gens ils nous considéraient comme des, comme des... sauvages (22)* ». Le principe du tout médical contre le modèle de la globalité du patient vient recouvrir l'action dans sa banalité.

« *Combien de fois je suis sortie, j'en pleurais parce que tellement y avait de boulot et qu'on n'arrivait pas à faire tout ce qu'on voulait quoi, c'était du bâclé (...) c'était une époque où on était claqué (30)* » ; « *je m'adaptais au service, on n'avait pas le choix (22)* ». Sa première réaction est de s'adapter à cette situation, faute de choix : posture de retranchement qui peut être associée à une attitude de protection, commune à ses collègues, dans un contexte qui clôt la réflexion. Les résistances institutionnelles sont trop fortes pour être bousculées par une ou quelques personnes. Comment faire autrement quand la parole de la praticienne naît d'une auto-évaluation négative sur la possibilité d'effectuer un « *vrai travail d'aide-soignante* » ? « *On ne met pas de toute façon en application tout ce qu'on sait et tout ce qu'on apprend, et puis on ne nous donne pas tous les moyens de... de le faire ; on peut, on essaye de le faire (...) mais le problème (...) si tu veux c'est plus du ménage qu'on nous demande à faire... et non le vrai travail d'aide soignante (2)* ».

C. La posture de témoignage.

La participation au groupe de réflexion démontre la volonté de Vicky d'engager un travail de réflexion collective, dans un environnement où le partage quotidien d'expériences entre soignantes est limité. Dans le service, l'analyse de la pratique est une démarche qui appartient à l'individu : « *mon expérience elle était pour moi (...) il n'y avait pas de transmission organisée (41)* ». La mémoire de Vicky connaît des défaillances : « *mais c'est loin... si tu veux, des patients, il y a eu des choses (30)* » ; c'est le souvenir émotionnel qui

survit : *« c'est vrai que c'était une époque où on était claqué, claqué, claqué... il ne fallait pas qu'on soit défaillante, c'est ça... et ça te prend la tête parce que tu te dis : ben non, j'ai pas tout fait (30) »*. L'émotion est mise en retrait pendant l'action parce qu'il faut foncer (32) mais elle est moins pesante quand la soignante s'aperçoit qu'elle n'est pas toute seule à connaître les difficultés et la fatigue accumulée (24 et 44).

Le groupe de réflexion se réunissait dans le service mais en dehors des unités, ce qui se révèle *« indispensable (67) »* : *« Il fallait que les gens s'expriment ; c'était une soupape pour les tensions (66) »* ; *« je pense que c'est plus de ça dont on avait besoin, le besoin de dire ce qu'on pensait et aussi le fait... de comprendre ce qui se passait quoi, et c'est comme ça qu'on peut dire qu'on apprend tous les jours (80) »*. C'est ainsi que le retour sur l'expérience est essentiel (38) pour garder une identité de soignante, se reconnaître toujours soignante. Cette réflexion ne s'appuie pas sur des connaissances en analyse de la pratique *« mais j'en faisais sans doute sans le savoir (36) »*.

Les débats du groupe de réflexion tournaient autour des relations avec les patients, de la charge trop importante de travail, de la frustration qui en découle, du manque d'organisation (66 et 68). Le besoin de dire, de comprendre, d'écouter et d'être écoutée sert de soupape pour évacuer les tensions. La posture de témoignage correspond à une attitude naturelle chez Vicky qui s'est toujours exprimée vis à vis des patients (28). Associé à la posture de témoignage, le reflet est le premier seuil de réflexivité qui tend à souligner que quelque chose échappe à l'acteur (28) et qui témoigne du désir de dire la pratique en revenant sur des événements jugés importants. Le reflet montre que la praticienne cherche à se dégager du découragement, de la conformité aux habitudes du service.

D. Auto-évaluation et questionnement.

Le climat qui règne dans le groupe influence l'auto-évaluation de la participante : puis-je m'engager ou non en toute confiance à dévoiler ma façon de penser et de fonctionner ? Vicky ne ressent aucune difficulté à s'exprimer : la liberté d'expression était la règle d'un groupe porteur (68) vis à vis de ses membres.

Cette liberté de parole appelle une posture de questionnement ouvrant la porte de différentes interprétations. Vicky participe à ces réunions pour améliorer sa relation, en se disant que le discours des autres lui permettra de connaître leurs difficultés, savoir comment

elles agissent, apprendre de leurs réussites comme de leurs échecs (24) ; dire, comprendre, en restant dans le domaine du concret des réalités soignantes, managériales, institutionnelles. « *On se sent moins seul (28)* » : le groupe rassure. Le questionnement de Vicky vise à trouver l'attitude adéquate afin d'entrer dans une relation satisfaisante pour les deux partenaires, soignante et soigné. Le soutien du groupe a pour elle plus d'importance que l'apport de connaissances théoriques, en lui procurant confiance et motivation. Ce n'est pas le recours à des connaissances particulières en sciences humaines, à propos de l'annonce par exemple (54), qui intéressait Vicky, pas plus que la recherche d'explications suggérées par la lecture des comptes rendus (48).

Le groupe de réflexion apporte des connaissances surtout psychologiques : savoir comment aborder un patient (52) ; « *je pense qu'on apprend beaucoup de choses au niveau psychologique, le ressenti (80)* ». Comment chacune fait-elle face aux difficultés rencontrées avec un patient ? En réunion, la discussion reste concrète, orientée vers une question touchant au soin. L'écoute des autres et le partage des expériences constituent sa préoccupation principale. Le soutien des collègues a été alors source de confiance et de motivation (44). Pour s'exprimer complètement, la réflexivité d'une soignante a besoin d'être accueillie par une équipe. Cet aspect le différencie du groupe de parole, antérieur au groupe de réflexion, qu'a connu Vicky, où elle ne se sentait pas libre de parler (46).

La réflexivité met en exergue l'usage de la réflexion sur soi au profit d'une transformation des pratiques de l'individu comme du collectif. Or, Vicky, tout en recherchant la proximité avec les réflexions du groupe, se montre dubitative sur le changement opéré en elle-même par sa participation aux réunions : « *Les changements, si tu veux au début, t'essaies de... bah ce que tu as appris enfin au niveau des réunions, t'essaies de l'appliquer sur certaines choses parfois, mais ben... soit l'habitude revient au galop, ça dépend du travail, soit t'essaies de changer un petit peu ce que toi tu penses bien mais bon après des fois c'est pas possible (44)*. De même, le groupe de réflexion a eu peu d'influence sur l'équipe, selon Vicky (62). Le groupe représente, paradoxalement, une possibilité de formation, ce qui autorise cette aide-soignante à parler d'auto-formation par comparaison avec la formation continue ; la formation continue ne répondant pas parfois aux attentes des soignants (76). Malgré un environnement peu favorable, le groupe permet donc de débattre, d'écouter et d'être écouté, d'apprendre, de recevoir une formation qui a, toutefois, du mal à se traduire

dans la vie quotidienne ; ce qui fait que Vicky entrevoit malgré tout sa participation, de façon positive, comme un enrichissement personnel et professionnel (24).

Vicky possède les qualités d'une praticienne réfléchie mais se heurte au fonctionnement de son unité de travail pour aller plus loin dans sa réflexivité. Toutefois, cette limite réelle au mûrissement et à la diffusion de la réflexivité, Vicky va la dépasser par une action qui relève de la régulation : le massage.

E. La fonction critique-régulatrice.

A ce jugement tranché sur la possibilité d'un changement individuel et collectif, Vicky fait une exception de taille : la participation au groupe de réflexion l'a motivée à se former dans le domaine du toucher-massage : « *ah oui ça m'a poussée (56)* ». Par la fonction critique-régulatrice Vicky est capable de porter un jugement sur son action et de faire émerger de nouvelles pratiques régulatrices. « *Dire : est ce que ce que je fais c'est bien ou pas ? Voilà, est ce que les autres ont des difficultés ou pas ? Donc c'est vrai que je participais à ces réunions pour m'enrichir aussi personnellement et au niveau du travail (24)* ». Le débat permet à Vicky de porter un jugement sur son propre travail : est-ce que je fais bien ou pas ? Que puis-je faire de mieux ? Sa réflexion oscille entre les impératifs techniques auxquels elle ne peut échapper et son souci malgré tout de garder l'essence de sa profession.

Elle s'appuie sur son domaine de compétence pour développer grâce à des formations continues ses capacités en toucher-massage et en réflexologie plantaire : le problème de la difficulté de communiquer oralement devient l'amorce d'une solution par le message des mains ; cette praticienne connaît la force d'un geste chaleureux et apaisant. « *Le fait de masser ça te permet de rentrer en relation de façon beaucoup plus intense avec le patient (60)* ». Son intérêt premier pour ce soin s'est trouvé renforcé : « *le groupe de réflexion m'a incitée à aller dans ce sens-là (56)* ». La prise de conscience de l'importance de la relation soignant/soigné et sa mise en valeur par le discours soignant participent à son engagement dans un processus de formation qui rejoint l'intérêt de Vicky pour les médecines douces. Le toucher-massage est devenu un élément de sa compétence, qu'elle utilise dans son travail comme dans sa vie personnelle, contrairement à la réflexologie plantaire ; la réflexologie plantaire, à laquelle elle s'est aussi formée, s'est révélée inadaptée au temps dont elle

disposait dans son unité ainsi qu'au manque de reconnaissance des médecines alternatives nécessaire pour introduire une nouveauté dans la pratique soignante.

La critique positive qu'elle a pu mener grâce au soutien du groupe lui a permis d'envisager la régulation de son activité, c'est à dire d'apporter une modification qui assure un bénéfice au patient et une satisfaction pour elle-même. Vicky s'avère une professionnelle pragmatique et elle répond à l'une des exigences fondamentales de la pensée critique : innover dans le quotidien, agir autrement, malgré tous les freins rencontrés. « *La réflexivité est action !* » (Jorro, 2005, p.17).

Vicky établit des ponts entre hier (2003-2008) et aujourd'hui : le groupe de réflexion n'a jamais été remplacé (36) ni dans ses objectifs ni dans son mode de fonctionnement ; « *le service s'est transformé en usine* », alors qu'auparavant « *ça (le côté relationnel) le faisait encore (4)* ». Le résultat aujourd'hui c'est que l'apprentissage sur le tas s'est modifié : « *maintenant, moi je trouve c'est que on ne nous aide plus du tout, enfin on ne réfléchit plus, c'est de l'automatisme (6)* ».

12.6. Entretien n°5 : Irène.

Le point de départ du groupe de réflexion est la formation de service d'octobre 2003. Mais comment donner une suite, de retour dans le service alors que les valeurs portées par Irène souffrent dans l'hôpital-usine ? La participation d'Irène aux réunions après une matinée de travail dénote un véritable intérêt pour cet exercice qui lui demande d'acquérir un sentiment d'auto-évaluation positif.

A. Les trois niveaux.

Pour Irène, le soin relationnel est très important parce qu'il relève du soin global qui n'est pas seulement technique. Ce rôle relationnel n'est pas solitaire, il s'effectue au sein d'une équipe où chacun a sa place : le travail en binôme infirmière-aide-soignante illustre cette cohésion entre des paramédicaux qui disent rencontrer les mêmes problèmes. Cette organisation crée le début d'une cohésion d'équipe.

Malgré tout, cette soignante est affectée par un décalage entre ses intentions et ce qu'elle vit. Le rôle relationnel exige un travail continu du soignant sur lui-même pour

surmonter certains obstacles. Par le récit d'expérience d'Irène, nous apprenons les raisons des difficultés qu'elle ressent au travail. Parmi ces expériences dites problématiques qui ne respectent pas ses valeurs, la communication est l'élément important à améliorer.

Apparaît dans ce contexte la formation de service d'octobre 2003 qui apporte le facteur déclenchant du groupe de réflexion : être en capacité de parler ensemble des mêmes problèmes. Tout ceci concourt à créer l'envie chez les participantes de se retrouver pour améliorer la prise en charge des patients (87). La formation de service de 2003 illustre qu'une formation est un point de départ : avec ou sans suite (7) ? Selon Irène, la formation initiale et continue s'avère nécessaire mais insuffisante pour acquérir de l'expérience professionnelle (37) : cette expérience s'acquiert par le questionnement que la soignante porte sur son action tout au long d'une vie professionnelle (61).

B. La posture de témoignage.

La formation de service d'octobre 2003 a réveillé chez Irène une posture de témoignage face aux problèmes rencontrés. L'analyse de la pratique ne fait pas partie des compétences développées par Irène (55). Mais la formation de service, appuyée sur des histoires cliniques et la participation active des soignantes, a pu en partie pallier à cette méconnaissance. Cette formation a aussi rappelé l'importance de travailler en équipe, en bénéficiant de différents regards. Comment poursuivre ce travail de réflexion dans le service alors que les transmissions, moments privilégiés pour la communication, ne permettent pas qu'un travail d'analyse se réalise pleinement (51) ? Au contraire le groupe de réflexion permet d'avancer dans la synthèse d'une situation, ce qui répond à la notion de soin global chère à Irène. Prendre du temps dans un lieu dédié est une condition nécessaire à la réussite du groupe de réflexion (47).

L'organisation a, selon Irène, un rôle plutôt positif. Le contexte de la chirurgie viscérale contient les germes permettant l'éclosion de ce groupe : les transmissions du midi, où les cadres sont présentes, sont un temps qui prépare un travail d'analyse de la pratique, tout en étant insuffisant (7) ; la cadre supérieure favorise l'existence du groupe en accordant la récupération des heures de réunion (9) ; l'organisation du secteur 1 valorise le binôme infirmière/aide soignante (15) ; des chirurgiens sont disponibles pour entendre les remarques des paramédicaux (15) pendant les visites journalières où ils sont toujours accompagnés de

l'infirmière (17) : « moi par rapport à mon vécu de médecine, je trouvais qu'on arrivait à soulever des problèmes, même si on n'y arrivait pas toujours on était écouté, donc ce n'était pas tout blanc ou tout noir même si ç'aurait pu être mieux (15) ». Le groupe est né d'un besoin des soignantes d'exprimer leur ressenti face à des problèmes, d'aller au-delà de ce contexte : « pouvoir exprimer notre ressenti par rapport à des problématiques rencontrées, voilà, et puis prendre du temps exprès pour ça, qu'on n'aurait pas pris autrement ; tu sais que tu vas avoir réponse à des questions et du coup tu n'abordes pas les choses de la même façon après (47) » ; un besoin qui n'avait pas pu s'exprimer complètement jusque là et que vient en partie combler le groupe de réflexion. La cohésion des participantes, malgré la diversité des approches, soutient l'objectif que chaque soignante puisse avancer et évoluer (9).

« Le groupe de réflexion allait au-delà du rôle prescrit ; si on n'avait pas forcément le temps de voir ou de se dire ce que les filles avaient entendu ou ressenti, eh bien le groupe permettait de faire la synthèse et puis voilà, je pense que dans une prise en charge comme on dit dans la globalité, ça c'est super important de savoir ce que chacun a à dire ; on ne s'en tenait plus à moi je fais la toilette, moi je fais le pansement, la piqûre, le médecin fait sa visite et terminé, non, le tout c'était de rassembler tout ça, parce que y avait des choses qu'étaient pas dites pendant les transmissions ; déjà pendant les transmissions les aides-soignantes des fois elles avaient pas tout à fait fini, elles arrivaient en cours de route ou ça discutait d'un côté (73) ».

C. Une auto-évaluation positive est affaire de temps.

Si le groupe de réflexion, grâce à sa cohésion, permet à chacune de progresser, c'est parce que les soignantes ont envie de partager leurs expériences tout en acceptant de se remettre en question : « Tout le monde parle avec tout le monde, ce qui suppose une certaine exigence vis à vis de soi, il faut parfois se remettre en question ; mais aussi il faut rencontrer des soignants qui aient envie, tu sens de toute façon à l'attitude de la personne si tu peux ou pas (35) ». La communication qui règne à l'intérieur du groupe est essentielle pour favoriser cette cohésion : les membres s'écoutent, ils sont portés vers la discussion, sans marquer de signes d'agressivité ; dans ce groupe personne ne manifeste d'attitude qui nuit à l'échange ; autant d'attitudes qui montrent la volonté de se parler d'égal à égal (49). « Un groupe qui marchait bien, avec une cohésion, des affinités plus plus entre les participants, l'envie de se

retrouver pour avancer, c'était des bons échanges, des bons moments, une écoute et une volonté d'améliorer la prise en charge pour les patients, je suis jamais venue à reculons sinon je ne serai pas venue (87) ». Le climat qui règne dans le groupe permet à Irène de dépasser ses craintes de prendre la parole.

Si ses collègues connaissent les mêmes difficultés (7), il est plus facile pour Irène d'entrer en discussion, d'être écoutée et soutenue (47) : *« surtout partager l'expérience, une expérience commune, et puis le besoin de se rassurer, moi je reviens toujours par rapport à notre façon de faire, que les difficultés qu'on pouvait avoir, les autres les sentaient aussi et quelque part c'est rassurant de partager les mêmes difficultés, tu avais par là le soutien du groupe, sans jugement ; tu sentais que tu passais pas à côté de quelque chose, que tu n'étais pas forcément dans le négatif »*. Le collectif répond au besoin d'Irène d'être rassurée et de manifester une auto-évaluation positive ; cette soignante y est d'autant plus attentive qu'elle a besoin de prendre du temps avant de répondre : elle a donc besoin d'une ambiance sereine pour chasser son stress. *« Je sais que à une info qui va être lancée, répondre spontanément souvent ça me panique, me stresse, parce que je n'ai pas les arguments (...) Il y a des gens qui ont tout de suite l'argument pour contrecarrer, bien amené, juste, mais moi je peux pas, on n'a pas tous la même façon de penser, moi il me faut du recul, cinq minutes voire plus des fois (59) »*.

Irène se sent suffisamment en confiance pour chasser un peu le stress qui l'envahit au moment d'argumenter devant les autres. La liberté de parole ne vient pas du jour au lendemain (83), elle suppose chez Irène une auto-évaluation suffisamment positive, l'autorisant à dépasser ses ressentis négatifs, pour lui permettre de dire ce qu'elle ne dit pas ou aurait du mal à dire dans le service : *« Le groupe permettait de dire des choses qu'on ne pouvait pas dire ailleurs, en transmission par exemple, alors que pourtant on a le droit de dire qu'un malade commence à nous... le groupe permettait de dire ce qu'on n'aurait peut-être pas dit autrement (75) »*.

« Y a quand même quelque chose d'important, c'est qu'on a une meilleure connaissance entre professionnelles aussi dans ce genre de groupe, parce que quelques fois on travaille les unes avec les autres mais on n'a pas le temps forcément de développer des choses, on parle de la connaissance globale mais c'est un peu aussi la connaissance globale de nos collègues par rapport aux affinités qu'on peut avoir, par rapport aux centres d'intérêt,

enfin on apprend... cela m'a permis pour certaines de les voir sous un autre angle, tu vois t'as des fois des gens qui te donnent une impression, t'es pas forcément à l'aise avec et puis après quand tu participes à des groupes comme ça tu te dis ah tiens je l'avais pas perçue comme ça ou je pensais pas qu'elle aurait pensé ça (77) ».

L'existence d'un espace de parole, spécialement dédié à une recherche collective entre pairs, présente donc des avantages supplémentaires pour Irène : se sentir écoutée, rassurée, soutenue, afin d'avancer professionnellement et améliorer la prise en charge des patients (87).

D. La posture de questionnement.

L'espace de parole aide le soignant à remplir cette fonction de remise en question qui l'éloigne de la routine (37) et du seul rôle prescrit (77) : *« C'était un lieu de parole nécessaire pour revenir sur des événements difficiles... S'il a existé c'est bien parce qu'il y avait un besoin sous-jacent oui... alors que au départ c'était assez improbable qu'il existe, il s'est révélé lors de la formation mais y avait un réel besoin derrière (83) »*. Le questionnement bénéficie de l'aide du collectif. Pour expliquer l'aspect formateur du groupe de réflexion, Irène n'a plus d'exemples précis mais considère qu'un changement de regard s'est opéré chez elle. Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale a été pour cette soignante une ouverture lui permettant de vivre les événements différemment, par exemple grâce à toute la réflexion effectuée sur le deuil : *« pour moi, ça été très formateur, complètement, ça été une vraie porte qui s'ouvrait par rapport aux expériences qu'on a pu vivre, voir les choses différemment ; même encore aujourd'hui je retrouve beaucoup de gens cancéreux à domicile, on passe par toutes ces phases du deuil qu'on avait étudiées (43) »*.

Grâce aux échanges, les soignantes se découvrent et révisent certains jugements sur leurs collègues (81) : *« même si on n'a pas toutes la même façon de travailler, le groupe permet une certaine cohésion, d'aplanir des différences parce que tu as des trucs qui énervent et qui peuvent pousser à des réflexions ou à des commentaires désobligeants. L'atteinte d'un objectif commun est remise sur le tapis »*. Le groupe facilite d'une manière générale les rapprochements entre les participantes dans le travail (83). Une cohésion naît entre certains membres (79).

La réflexion collective ré-interroge des notions comme l'écoute, l'empathie, la gestuelle ; c'est en revenant sur les gestes les plus adaptés à soulager les patients qu'Irène a

apprivoisé et utilisé le toucher : « *je pense que ça a permis de développer l'écoute, l'empathie, euh... la gestuelle, par exemple t'as pas forcément besoin de dire grand chose, t'attrapes la main, tu t'assois à côté de la personne quand elle a envie de parler, pour montrer qu'on est à l'écoute (43)* ». C'est ainsi que l'espace de parole devient un enrichissement (63), un facteur d'évolution possible sur les plans psychologique et émotionnel (29) mais aussi cognitif (31). Cette posture de questionnement produit des interprétations appuyées par des cadres théoriques sur le deuil, le toucher.

Les échanges dans un lieu dédié conduisent à un processus de formation (43) qui repose sur la responsabilité du soignant à s'engager dans cet exercice exigeant. Cet exercice ne peut relever que du volontariat (95). Cet espace ne règle pas tous les problèmes dans une équipe ou vis à vis des malades mais il permet de constituer un début de cohésion du groupe vers un objectif commun (81). Mais ce volontariat ne peut se traduire pleinement dans la réalité que si un lieu dédié est ouvert (85).

E. la fonction critique-régulatrice.

Cette mise en confiance conduit Irène à porter un jugement critique sur certaines de ses actions et l'incite à envisager des régulations, c'est à dire des solutions de rechange ou des aménagements : « *ces comptes rendus c'est des choses que je garderai sûrement très longtemps. Il se passe quelque chose à travers ces écrits et du coup moi ça m'a fait prendre conscience que les écrits sont très très importants, parce que (...) ça conforte des fois sur ce qu'on fait ou sur ce qu'on ne fait pas, ou ça peut nous ré-interpeler (...) et là simplement de se poser et puis de reprendre : ah, oui là tiens au jour d'aujourd'hui, ça c'est vrai que je pourrai peut-être le mettre en place ou je pourrai peut-être le réutiliser d'une autre façon (5)* ».

Le toucher illustre les effets d'un changement de regard d'Irène sur la place de la parole : quand le silence devient la seule réponse compatissante possible, alors un toucher respectueux prend le relais. « *Je pense que si y avait pas eu ça, cette formation par le groupe, moi je pense attraper la main de quelqu'un comme ça spontanément, ça ne me serait pas venu forcément, y a quelque chose qui passe quoi entre les deux, ça a vraiment un intérêt (43)* » ; sans ce travail collectif elle serait peut-être passée à côté d'un geste hautement bienveillant.

Le rapprochement avec des collègues est une façon d'interagir sur ce qui se vit dans ce lieu fermé qu'est le groupe de réflexion, et c'est un mode de fonctionnement très riche. Irène pense que les réunions l'ont aidée à devenir une meilleure professionnelle (71) hier comme aujourd'hui puisqu'elle considère que les bienfaits persistent : la réflexion menée sur le deuil se poursuit encore aujourd'hui à domicile (43) ; « *Ce groupe a été une formation très importante à l'exercice professionnel postérieur (93) ».*

Les comptes rendus contribuent, selon Irène, à la réflexion sur les situations vécues par les participantes, et aussi par les non participantes puisqu'il s'agit de questionner des situations vécues dans le service. Les écrits créent ainsi un lien entre collègues à partir de documents qui peuvent être relus à tout moment. Irène a conservé dans un classeur ces comptes rendus, ce qui dénote son intérêt pour les écrits : elle dit qu'elle écrit beaucoup et considère le travail d'écriture comme très important (5 et 45) : « *Je pense que c'est pas par hasard que ça a duré cinq ans aussi parce que même si on n'était pas à la réunion on avait le compte rendu, donc on pouvait reprendre le cours des choses après ; à chaque fois que j'ai eu un compte rendu je l'ai lu et je me retrouvais dans certaines choses, ça c'est clair, les comptes rendus reflétaient bien les propos des participants, c'était fidèle et donc c'était un travail admirable ».* Les situations vécues au sein des unités sont le point de départ des comptes rendus ; c'est ainsi que ce compte rendu est utile au quotidien (1). Le compte rendu n'est pas seulement le témoin d'échanges, c'est aussi un outil de réflexion qui vise à analyser un problème, voire à aller en profondeur (1 et 93), à s'interroger sur le bien fondé de ses actions et à engager de nouvelles actions (5). Les écrits durent, ce qui permet de les reprendre tranquillement à n'importe quel moment (5).

Cette dernière posture provoquée par la fonction critique-régulatrice entraîne un questionnement identitaire chez Irène : est-il satisfaisant pour elle de rentrer dans une certaine routine, sachant que personne ne lui reprochera : « *on peut facilement rentrer dans une routine, tu fais ce que tu as à faire et puis tu rentres chez toi, tu ne te poses plus de questions, personne te le reprochera, tu considères que t'as fait ton boulot : est-ce que c'est satisfaisant ? Pas vraiment pour moi, c'est pas suffisant, d'où l'utilité d'un espace de parole (37) ? ».* « *Répéter c'est sans doute une attitude tranquillisante pour tout le monde mais en même temps rien ne change, on n'avance pas. Cela peut poser problème au niveau relationnel si on considère que les relations ont évolué quand même. Alors la construction de la*

compétence... au long, euh, si ben oui, on est obligé d'évoluer, c'est une profession dans laquelle on ne peut pas rester sur des acquis et dire y a que ça... d'ailleurs il faut le voir plutôt comme un enrichissement, on n'est pas dans une routine continuelle (63) ».

12.7. Entretien n°6 : Géraldine.

Géraldine ne peut pas assister à plus de deux séances, mais les comptes rendus lui ont permis de continuer à participer aux travaux du groupe. Son expérience nous permet, notamment, de situer la place des écrits comme liens entre les soignantes.

A. Les trois niveaux.

Comment aider le patient confronté à la maladie grave qu'est le cancer, à la fin de vie ? Selon Géraldine, le rôle relationnel s'avère primordial auprès du patient et de sa famille confrontés à la douleur, à la souffrance, à l'annonce de la maladie. *« Je sais que nous au moment des transmissions on discutait beaucoup sur des patients qui posent problème, que ce soit à n'importe quel niveau, chirurgie, état psychologique (4) ».* Mais Géraldine nous dit que ce discours paramédical est insuffisant, le patient se trouve au milieu d'une équipe dont les différents membres doivent communiquer. Face à des situations difficiles cette soignante se questionne : elle est toujours démunie face à la détresse des personnes.

Les relations avec les chirurgiens sont bonnes mais elles se heurtent à des différends sur la démarche à adopter. Or, pour cette infirmière, le métier ne consiste pas seulement à exécuter les prescriptions médicales, il s'agit de comprendre ces décisions médicales et de prendre soin du malade dans sa globalité. Dans son récit d'expérience, Géraldine nous fait comprendre que l'une des grandes difficultés du rôle relationnel tient dans les différences d'appréciation qui persistent entre les paramédicaux et les chirurgiens. Ce manque de communication engendre parfois une incompréhension des décisions médicales, ce qui aggrave la difficulté de soigner. La cohésion de l'équipe tout entière est un atout majeur pour surmonter ces difficultés. La formation de service d'octobre 2003 a incité les participantes à continuer dans le service le travail de réflexion effectué en dehors du service.

B. La possibilité de la posture de retranchement.

Le contexte, défavorable de la chirurgie viscérale par certains côtés, peut éloigner les soignantes d'une réflexion collective. La préoccupation de la technique et la charge de travail qui en découle détournent les soignants de leur rôle relationnel (76). Des différences d'appréciation existent entre chirurgiens et paramédicaux sur le passage des soins curatifs aux soins palliatifs (6). La prise en charge de la douleur, la façon d'annoncer, créent des incompréhensions entre ces acteurs : *« La douleur, la souffrance, oui elle était pas prise en charge comme maintenant ; l'annonce est aussi un moment compliquée et c'est pas le rôle d'un chirurgien de rentrer dans la phase palliative, il ne faisait pas intervenir l'équipe mobile de la douleur, des soins palliatifs, il n'appelait jamais... les protocoles de douleur, de mise en place de la morphine, ils étaient mis en place vraiment à la fin alors que c'est pas parce qu'on les met en place que la mort va arriver, tu peux calmer des gens au long cours (22) »*. Ce qui manque c'est, lors d'une situation qui interroge Géraldine, une direction commune. Au moment des transmissions quelques réunions sont organisées avec l'équipe mobile de soins palliatifs mais l'absence du chirurgien ne permet pas d'aller plus loin dans la discussion. Parmi les ressources possibles en cas de difficultés, il existe l'équipe mobile de soins palliatifs mais elle n'est pas autant sollicitée que nécessaire : *« on avait fait quelques réunions, cette fois-ci dans l'unité, parce qu'on précisément on ne comprenait pas la prise en charge médicale entre le curatif et le palliatif et l'équipe mobile de soins palliatifs était venue pour nous aider au sujet d'un patient, que tout le monde s'exprime et qu'on mette à plat pour que tout soit clair ; ce qui manquait le plus à chaque fois à ces réunions dans le service, 2 ou 3 fois, c'est qu'il n'y avait pas de chirurgien, on faisait avec cadre, équipe mobile et personnel seulement (36)»*.

Mais les soignantes sont sensibilisées à leur rôle relationnel, autant qu'à leur rôle sur prescription (54), et n'hésitent pas à discuter entre elles, au moment des transmissions, des patients qui posent problème (4) ; elles font aussi preuve de solidarité quand un soignant est en difficulté avec un patient (34). Les relations avec les chirurgiens sont bonnes, même si elles se limitent aux aspects techniques (6). Un désir premier de témoigner sur les situations vécues dans le service existe, qui n'attend qu'un lieu dédié apparaisse. Mais pas n'importe quel lieu : *« je suis jamais allée au groupe de parole qu'il y avait eu très longtemps avant le*

groupe de réflexion, parce que il n'y avait rien de défini ; c'était un groupe disparate, un peu comme à la formation, on venait de différents horizons, donc pourquoi pas ? Moi je n'y allais pas parce que ce que je voulais, c'était soulever des problèmes du service avec des gens du service sinon y a pas beaucoup d'échanges, ce qui revient à la formation ; alors ce qu'on voulait nous c'est que ce soit interne au service donc je n'y suis jamais allée. C'est vrai que ça avait été proposé (64) ». Si le groupe de réflexion a pu durer 5 ans c'est bien parce qu'il y avait des professionnels motivés (66) dans un lieu qui répondait à leurs attentes. « Cela m'a peut-être appris plus à partager, surtout à partir de tout ce qui nous arrive au point de vue émotionnel, plus qu'au niveau psychologique, il faut savoir lâcher prise et pas avoir honte de pleurer... un changement, non, c'est trop, un changement c'est radical, non, une évolution, une amélioration dans l'écoute, oui, tu dis la confiance, la motivation ; la confiance de voir que chacune connaît des problèmes, la motivation parce que il s'agit d'aller de l'avant (42) ». La formation de service n'a fait que révéler l'aspiration de quelques soignantes à témoigner.

C. Les comptes rendus sources de questionnement.

Les débats d'idées, auxquels ont donné lieu les réunions du groupe de réflexion, ont été retranscrits dans des comptes rendus. Géraldine ne peut pas assister à plus de deux séances, mais ces écrits lui ont permis de continuer à participer aux travaux du groupe et ce de deux façons : d'une part en se laissant interpeler par des problématiques soignantes lorsqu'elle ne pouvait participer, d'autre part en lui offrant des sujets de discussion avec des collègues participantes : « à chaque fois j'avais les comptes rendus et j'en discutais avec deux aides-soignantes qui participaient aux réunions (26) ».

Pour de nombreuses soignantes, comme Géraldine, la participation au groupe en début d'après-midi est un réel problème de gestion de leur temps, cependant elles trouvent dans les comptes rendus une possibilité d'être interpellées par des questionnements d'actrices appartenant au même lieu de travail. Un questionnement ne serait pas complet s'il ne se traduisait pas sur le terrain, et pas seulement en réunion, par des échanges. Ces discussions concernent très peu les chirurgiens. Les comptes rendus, d'une certaine façon, ont permis à Géraldine d'être présente à ces réunions : « j'ai fait que deux réunions mais je lisais les comptes rendus, ça interpellait ; même si je n'étais pas à la réunion, c'est comme si j'y étais,

enfin presque (70) ». Pour cette soignante, les comptes rendus, en racontant le soin, ont donné à certaines l'envie de faire la formation de service.

Ce lieu correspond à un besoin et ce besoin a trouvé un lieu. L'intérêt du groupe de réflexion est de laisser place à une posture de questionnement : quelque chose échappe à Géraldine qui manifeste son désir d'une recherche collective. Le but en est clairement exprimé : permettre aux soignants d'avoir la parole, de dire leur ressenti et de partager leurs expériences (66). Ce lieu se présente pour Géraldine comme un espace de liberté de parole qui présente une particularité : l'absence d'animateur attitré, des cadres d'unité, des chirurgiens. Géraldine m'attribue cependant un rôle d'animation : d'une part pointer, au milieu de tout ce qui était dit, les réflexions qui pouvaient donner lieu à des développements (26) ; d'autre part, canaliser le débat afin d'éviter d'en perdre le fil (58), ce qui était facilité par l'attitude professionnelle des participantes (60) : écouter au lieu d'imposer leur point de vue (62) ; et la présence ponctuelle des chirurgiens et des cadres n'aurait pu être bénéfique qu'à cette seule condition (66).

Face à des situations difficiles la soignante se questionne : elle est toujours démunie face à la détresse des patients et de leur famille (76). Devant des situations difficiles et les questionnements qui les accompagnent l'écoute des autres permet de s'enrichir de leurs discours : *« Cela permettait, quand tu avais eu une phase difficile, un décès difficile ou même des questionnements, ça permettait d'écouter le ressenti des autres parce que on n'a pas forcément le même ressenti par rapport à une personne ; je trouvais que c'était intéressant et puis ça donne d'autres points de vue, d'autres idées, d'autres façons de travailler qu'on n'a pas forcément, je me rappelle qu'on apportait pas mal de choses importantes et toi tu pointais ce qui méritait d'être exploité chacun à sa façon, comme il pouvait (26) »*. Participer c'est écouter l'autre, c'est aussi apprendre à exprimer ses émotions (42). Géraldine voit une amélioration dans deux domaines : la confiance en soi et la motivation à aller de l'avant (42) ; cet enrichissement, qui permet de se sentir mieux (28), apporte un bénéfice autant au niveau professionnel qu'au niveau personnel car les deux interagissent (32).

Parler c'est s'interroger sur des sujets qui appartiennent au soin, par exemple le deuil (20) ; cette interrogation débouche sur des connaissances : connaissances transmises par les membres du groupe, connaissances acquises par les lectures suggérées. Géraldine a lu deux livres sur le deuil prêtés par un membre du groupe, ce sont autant de références qui peuvent

être utilisées et prêter à interprétation : « *J'avais lu... deux livres qui m'avaient été prêtés par quelqu'un du groupe, je me souviens plus exactement... c'était sur l'abord du deuil, elle me l'avait prêté, ça remonte mais c'est enregistré dans ma tête ; c'est enrichissant et puis de moi-même quand je vais à la bibliothèque je vais pas forcément vers les rayons professionnels ; par contre quand tu es dans un groupe comme ça, ça t'incite à t'interroger sur tel sujet et puis on avait des références qu'on pouvait utiliser (44 et 46)* ». Géraldine n'hésite pas à aborder le sens de sa pratique avec des collègues : dire que l'on se questionne c'est oser se poser en tant que praticienne réfléchie. Cela ne peut se faire sans une mise en confiance des uns et des autres, pour parler librement. Cette soignante affirme que le questionnement permanent est un outil d'apprentissage essentiel.

D. La fonction critique-régulatrice.

L'auto évaluation positive est d'une grande importance pour accéder au dernier seuil de réflexivité qu'est la fonction critique-régulatrice ; par cette fonction liée à la posture d'évaluation-régulation, Géraldine envisage des solutions de rechange à son action.

Elle reconnaît l'utilité des « feuilles vertes » : ces feuilles, ajoutées au dossier de soin infirmier, apportent des renseignements sur l'annonce faite par le chirurgien ; pour les reconnaître, une couleur leur a été attribuée. Les réunions ont permis de réfléchir sur les raisons et les objectifs d'une demande sur l'annonce qui concernait tous les soignants mais ces feuilles vertes précisant l'annonce ont été appuyées par des participantes aux réunions. Le moment de l'annonce est un moment crucial pendant lequel le chirurgien apprend au malade sa maladie lors d'un colloque singulier. Des soignantes, devant leur ignorance des propos du chirurgien, ont proposé à ce dernier d'inscrire dans le dossier infirmier, sur les feuilles vertes, les termes de ce qu'il avait dit au malade, en présence de quelle personne (8). Cette annonce demande ensuite au soignant d'être à l'écoute : prendre le temps de reformuler est primordial et Géraldine l'a appris grâce aux réunions : « *la reformulation est primordiale : le médecin vous a dit quoi (...) et puis après tu arrivais à creuser un petit peu en reformulant ; à la fin de la discussion, j'ai peur que ce soit cancéreux, tu disais il faut attendre les résultats des prélèvements et puis on peut pas dire plus ; et c'est dans les réunions qu'on apprenait à développer ça ; on l'avait mais on ne l'utilisait pas parce que c'était toujours à la va-vite et après il fallait prendre le temps de s'asseoir (10)* ».

Géraldine valide l'idée de recourir plus souvent à l'équipe mobile de soins palliatifs. Les soignantes avaient émis l'idée de faire intervenir l'équipe mobile de soins palliatifs dans les situations difficiles de fin de vie : « *d'ailleurs c'était, je pense, alors les réunions du groupe qui avaient permis de faire intervenir l'équipe mobile parce que on avait dit qu'on ne pouvait plus et que l'équipe mobile pouvait être une ressource, c'était d'autant plus important qu'on gardait les malades en fin de vie jusqu'au bout. C'est souvent les infirmières et aides-soignantes qui poussaient à demander l'équipe mobile (36)* ». Cette équipe mobile était ainsi présentée comme une ressource qui a été utilisée plus souvent par la suite.

Géraldine adopte des attitudes totalement nouvelles pour avoir un meilleur contact avec le patient. Elle fait des comptes rendus, qu'elle lit à chaque fois et qu'elle conserve, un instrument de réflexion pour fabriquer de nouvelles pratiques. Soigner, selon Géraldine, signifie explorer le rôle relationnel dévolu aux paramédicaux à partir des tâches les plus concrètes : évaluation du sommeil, de l'agitation, de la douleur. C'est à la soignante d'organiser son action, voire d'en revoir les modalités définies par l'habitude : « *Ce qui était important, je me rappelle qu'il y en avait qui l'avait peut-être dit, c'est que des fois on prenait trop à cœur, nous, on pensait bien faire en faisant par exemple les soins d'hygiène tous les jours, changer de position, sans vraiment demander à la personne ce qu'elle ressentait et maintenant je sais que j'ai évolué : elle veut pas, on fait pas, si c'est pour la tourner dans tous les sens, pour lui faire mal, on n'insiste pas, on remet ; n'obligez pas si elle veut pas ou si elle préfère que ce soit sa femme, je crois qu'on l'avait dit en réunion alors que notre formation ne nous avait pas dit ça (28)* ». Il est possible de différer les changements de position, les soins d'hygiène à une personne très fatiguée ou très algique : « *je pense que les réunions ont une influence dans ce sens-là, pour le confort, parce que tu sais avant on faisait notre tour... quand on avait un patient difficile, qu'était pas forcément en soins palliatifs, qu'avait beaucoup de pansements et qui était douloureux, c'est à dire un grand malade, je sais que j'étais plus vigilante, alors peut-être pas avec tout le monde, celles qui étaient plus réceptives, on coordonnait nos soins et on les faisait ensemble ; je continue à travailler comme ça aujourd'hui avec celles qui veulent et puis tu as des collègues qui ne veulent pas ; le fait d'associer infirmiers et aides-soignants pendant les réunions était quelque chose d'important (52)* ».

La présence des infirmières et des aides-soignantes réunies est capitale pour accueillir le malade dans sa globalité : les deux fonctions sont complémentaires et faites pour travailler ensemble. Ce rapprochement incite Géraldine et certaines soignantes à travailler plus souvent en binôme dans le but de procurer le meilleur confort aux patients les plus gravement atteints, avant de respecter à la lettre leur programmation des soins. Les réunions ont permis ainsi d'accroître la collaboration en équipe, du moins avec les soignantes réceptives : c'est le cas de Géraldine qui s'est montrée plus vigilante pour respecter cette préoccupation : *« ça permet de prendre la personne plus dans sa globalité, ce qu'on faisait avant ou qu'on ne faisait pas ; on le faisait pas toujours avant et je sais qu'on commençait à le faire en viscéral quand on a justement des gens qui sont pas bien, pas forcément en palliatif, qui sont fatigués et quand tu as à la fois les soins d'hygiène et les pansements, hop on se réunit et on le fait ensemble pour ne pas avoir 36 entrées dans la chambre, 36 retournements, ou même dans les soins palliatifs, tu as des soins d'escarre, autant le faire en même temps ; et ça oui ça a permis de travailler plus en binôme, de coordonner nos soins pour le confort de la patiente et pas notre planning à nous ; on commençait à le faire en viscéral (50 et 52) ».*

Géraldine a adopté des attitudes totalement nouvelles pour être plus en contact avec le patient : s'asseoir sur le bord du lit, prendre sa main, respecter ses silences, le masser, autant de comportements inhabituels pour elle auparavant : *« ces échanges ont contribué à ma vie professionnelle et à m'améliorer, c'est sûr ; à partir des choses qui ont été dites ou d'un livre on s'y réfère, je dirai pas à devenir meilleure mais à s'améliorer ; si ça n'avait pas existé, j'aurais peut-être pas exploité les formations qu'on avait eu sur l'accompagnement parce que j'aurais perdu le truc tout bête, l'attitude à avoir, s'asseoir sur le bord du lit, avant on ne le faisait pas, prendre la main on ne le faisait pas non plus, on n'osait pas, ah oui, la place du silence dont on avait parlé, un silence n'est pas gênant mais à entendre... oui ça permet finalement de devenir une meilleure professionnelle, ça me revient, sur l'attitude à avoir, physique et du comportement, le contact, c'est vrai que nous on n'apprenait pas ça à toucher les gens, là-dessus ça c'est développé après, je crois que c'est unetelle qui en faisait pas mal de massages, c'est important, des massages de confort, de bien-être, de toucher ; tu vois je reviens à ce que je disais tout à l'heure, le monsieur, il voulait pas la toilette parce qu'il était trop fatigué, on peut proposer un massage à la place, du dos ou du cuir chevelu ; sans ces réunions-là de rappel ou les comptes rendus, parce que je sais que je les lisais, il est vrai*

qu'on n'exploite pas toujours la formation : au fil du temps on oublie et puis il faut pouvoir y aller, d'où l'intérêt d'une formation dans le service (48) ».

Le groupe, selon Géraldine, peut être considéré comme un exercice de formation continue sous la forme d'une auto-formation ; une auto-formation qui s'appuie sur sa propre recherche mais aussi sur l'apport des autres, afin de trouver un sens à son action pour mieux la diriger. Les échanges en réunions, les références tirées de livres, les comptes rendus, les échanges entre soignants, ont contribué à améliorer la professionnalité de Géraldine. Le souvenir de ces réunions reste présent et lui sert de repère pour le futur afin d'aborder des questions éthiques qui se sont posées hier comme elles se posent aujourd'hui : l'obstination déraisonnable, l'euthanasie, la personne de confiance et son rôle, l'arrêt des soins. « *Des fois nous on en reparle de ces réunions, au moins de refaire une petite mise à plat entre nous, pour un problème par exemple quand les gens sont en fin de vie (72) »*. Une nouvelle identité professionnelle se dessine : la praticienne gagne une autonomie de pensée tournée vers la collectivité.

12.8. Entretien n°7 : Annie.

Sa participation nous éclaire sur les retombées du groupe de réflexion chez une professionnelle débutante, au-delà de la seule assistance aux réunions, notamment grâce aux comptes rendus. Nous voyons comment la posture de réflexivité est loin d'être spontanée et se développe de différentes façons.

A. Les trois niveaux.

Annie a débuté sa carrière d'aide-soignante en chirurgie viscérale dans l'unité 1, unité qu'elle n'a jamais quittée. C'est un secteur qui concentre de grosses pathologies ; l'unité lui apparaît petite, conviviale, lui procurant un sentiment de « *cocooning* ». Cette situation convient bien à Annie qui vient d'obtenir son diplôme d'aide-soignante et qui reconnaît l'importance de travailler ensemble.

Par son récit d'expérience, Annie relève un certain nombre de difficultés dans l'exercice du rôle relationnel : le comportement de certains malades, l'absence de communication des médecins sur leurs décisions avec le reste de l'équipe, des situations qui relèvent de prises en charge difficiles en soins palliatifs. Cette aide-soignante débutante nous

montre qu'elle se préoccupe avant tout de trouver sa place dans l'équipe et qu'elle a apprécié de travailler en étroite collaboration avec les infirmières ; la présence des anciennes est un atout pour Annie.

Evoquant son récit de formation, elle reconnaît l'importance d'un lieu dédié à la liberté d'expression sur le vécu professionnel et à l'apprentissage de nouveaux savoirs. Elle considère ce lieu comme propice à la réflexion et à sa diffusion.

B. La tentation de la posture de retranchement.

« *Je participais peu aux réunions mais je lisais tous les comptes rendus (1)* ». Annie ne se sentait pas prête pour se lancer totalement dans l'aventure du groupe de réflexion : son premier objectif était de s'intégrer dans l'équipe, d'apprendre les pathologies, de s'occuper au mieux des patients ; elle restait marquée par des deuils douloureux et récents (2003-2004) dans sa famille proche ainsi que par une expérience difficile avec un patient décédé (29) ; pour ne pas être envahie émotionnellement dans son travail, Annie a mis une barrière entre elle et ses affects les plus profonds. La posture de réflexivité n'est pas une posture spontanée chez tout professionnel et encore moins chez une professionnelle débutante. Par la posture réflexive, il s'agit de tourner son attention vers soi-même et son activité, grâce à une auto-évaluation positive, alors qu'Annie recherche le regard des autres, particulièrement des anciennes. La peur de ne pas être à la hauteur de ce que les autres attendent d'elle, la peur de montrer son déficit de connaissances, auraient pu la cantonner dans l'imitation et dans la répétition de façon à se montrer conforme aux attentes de l'équipe. La posture de retranchement incite la soignante à se protéger d'une auto évaluation négative en gardant le silence, en se tenant à distance de la réflexion. Au lieu de ce repli sur soi, Annie rejoint le groupe par curiosité et aussi parce qu'elle a été « *embarquée* » par ses collègues (33).

C. La posture de témoignage.

La réflexion en groupe portait surtout sur les soins palliatifs, de façon rétrospective : que s'est-il passé avec ce malade (1) ? Toute jeune diplômée, Annie manquait de connaissances sur ces soins particuliers : son objectif est d'être à l'écoute des anciennes et de leur expérience, tout en exprimant ses propres ressentis, ses difficultés : « *par rapport aussi à moi, un échange pour dire les choses que je ressentais moi, on peut pas tout le temps dire*

mais peut-être que ce lieu-là permettait de dire j'ai ressenti ça, j'ai trouvé dur ça (33) ». Cette posture est favorisée par la collaboration de cette aide-soignante avec les infirmières du secteur 1. Le calme et la sociabilité d'Annie facilite cette collaboration. La présence des anciennes rassure et soutient Annie qui s'adresse à elles pour obtenir des renseignements sur les pathologies, les comportements des malades, et surtout sur les soins palliatifs, ce qui autorise Annie à apprendre plein de choses sur sa profession. Sans aucune connaissance sur l'analyse de la pratique, elle voit dans le groupe, et aussi hors du groupe, la possibilité de se former au contact des anciennes beaucoup plus qu'en fréquentant des formateurs attirés : « Pour moi les formateurs c'était vous les anciens ; le formateur c'est quand on va en formation mais tu sais pas si le formateur il a toute l'expérience qu'il faut au niveau infirmier et moi, j'ai plus appris avec vous qu'avec des formateurs ; d'abord parce que je ne faisais pas beaucoup de formation continue, par manque de temps et faute d'être acceptée, j'ai dû en faire en ergonomie mais pas sur le plan relationnel (45) ». Annie adopte la posture du témoignage devant un rôle relationnel qui lui échappe mais qu'elle découvre avec intérêt : cette volonté prend appui sur une attitude de partage de sens. La relation qui s'instaure relève du tutorat assuré par des soignantes expérimentées ; il s'agit d'une relation à construire, « il faut aussi le vouloir (49) », et à entretenir. Annie rend compte d'une auto évaluation positive lorsqu'elle évoque les échanges avec les professionnelles plus expérimentées. Le formateur est d'abord quelqu'un qui a la connaissance du soin infirmier, l'expérience et qui veut les partager (49).

Pour Annie la participation au groupe ne se ramène pas à sa seule présence à 2 réunions : la lecture des comptes rendus est un acte d'adhésion à la posture de réflexion et de discussion prônée, qui se poursuit au-delà des réunions : « 2 participations mais moi je pense que les comptes rendus peuvent entrer dans la participation parce que je les lisais à chaque fois et que ça m'arrivait d'en rediscuter avec les anciennes (53) ». Annie aimait lire les comptes rendus sans exception, tout d'abord parce qu'ils se présentaient sur papier : le papier incite à la lecture beaucoup plus que le numérique et il peut se lire tranquillement ; ensuite parce qu'ils lui permettaient d'acquérir des connaissances, sans toutefois qu'elle devienne une grande lectrice des ouvrages proposés (57) ; enfin les comptes rendus présentaient plusieurs avantages, notamment pour la soignante absente à la réunion : prendre connaissance d'histoires de malades, discuter de ces situations entre soignantes, suivre le parcours du

malade. Pour toutes ces raisons les comptes rendus revêtaient de l'importance : « *Tout à fait, les comptes rendus permettaient de rediscuter de situations avec des personnes qui y étaient, même si tu n'avais pas été à la réunion, parce que tu retrouvais une histoire ; moi j'aimais lire les comptes rendus, c'est vrai qu'on ne pouvait pas participer à toutes les réunions ; ça permet de lire en nous apportant quelque chose en plus ; moi je préfère l'écriture et tu prenais connaissance de situations qu'on n'avait pas vécues ; si on avait vu le patient, on revient il est plus là, on savait ce qui s'était passé ; les comptes rendus avaient de l'importance, moi je les lisais tous.*(43) ». Ce positionnement témoigne d'une posture de questionnement qui va bien au-delà du témoignage : revenir en pensée sur sa pratique, afficher la volonté de comprendre, c'est se poser en tant que praticienne réflexive.

C. La posture de questionnement.

Les échanges en réunion permettaient pour Annie de parler de différents problèmes : des prises en charge difficiles, l'annonce sans discrétion, le traitement insuffisant de la douleur, des retours à domicile et des convalescences précipités (35). Annie considère ce lieu comme propice à la réflexion en étant totalement séparé des unités de soin. C'est un espace réservé où la soignante peut exprimer ce qu'elle veut de son vécu contrairement à l'espace de travail : sans ce cadre spécial, la liberté de communication n'existe pas (37). L'aide des anciennes s'avère plus efficace pour elle que le recours à internet ou aux livres. Les échanges professionnels se limitent à l'équipe paramédicale, les médecins restant à l'écart.

Quels bénéfices en a-t-elle retirés ? Si Annie n'était pas prête au départ à entrer dans une réflexion sur les soins palliatifs, le groupe l'a aidée à mûrir une nouvelle approche de ces soins : « *à cette époque-là j'étais pas encore attirée par ça, il fallait que ça mûrisse, notamment avec ce groupe* (57) ». Elle a conscience d'avoir amélioré sa qualité d'écoute, d'avoir augmenté ses connaissances en soins palliatifs, en prise en charge de la douleur, d'avoir appris que l'équipe mobile de soins palliatifs était une source de renseignements ; elle a pu aussi découvrir les réactions de ses collègues et faire des rapprochements avec les siennes. Le groupe lui a permis de vivre un rôle relationnel différent : « *ça m'a appris plein de choses (...) je me suis améliorée sur de nouveaux soins, une relation différente, en abordant les choses différemment, en étant plus calme, autrement en n'insistant pas sur la maladie pour parler plus du malade, de sa famille. Oui, ça m'a apporté plein de choses sur le*

plan professionnel (59) ». De ce fait, le groupe constitue un exercice de formation continue (77). S'améliorer sur le plan professionnel n'a pas été suffisant pour augmenter son niveau de confiance dans ses capacités mais paradoxalement assez motivant pour avancer dans le métier d'aide-soignante : « alors de l'écoute surtout, la confiance pas encore je crois, la motivation sans doute. On change, je change sur la façon d'être c'est sûr, déjà en avançant dans le métier (55) ».

Annie ne veut pas être une distributrice de repas, de toilettes, de levers, qui ne prendrait pas le temps de discuter avec le patient de tout autre chose que de la maladie. Un questionnement identitaire et professionnel se dessine. Cet espace de parole révèle que la soignante n'est pas seulement une exécutante de prescriptions médicales, ce qui la ramènerait à une place de technicienne répondant aux besoins de clients (63). La posture critique-régulatrice n'apparaît pas encore susceptible de faire suite au questionnement : Annie est tournée vers la compréhension, ce qui laisse à la régulation le temps d'advenir.

Rappel : les postures de réflexivité définies par Jorro (2005) nous ont permis de qualifier la réflexivité des sept soignantes. Ce parcours n'est pas linéaire, les praticiennes effectuent des passages d'une posture à l'autre. Cependant, un mouvement se dessine chez chacune pour entrer dans une posture de questionnement qui enclenche ou prépare la fonction critique-régulatrice. Bien que n'ayant pas été formées à l'analyse de la pratique, les soignantes estiment que le fonctionnement du groupe de réflexion correspond à une forme d'analyse tournée vers la pratique. La réflexion en groupe a permis ces avancées. A travers des parcours différents, les sept soignantes arrivent à des conclusions semblables sur la nécessité d'un lieu ouvert à l'expression des vécus et à l'apprentissage de nouveaux savoirs. Pourquoi les soignantes défendent-elles l'existence d'un tel lieu ? Qu'est-ce qui les réunit ? Il s'agit de considérer, en arrivant au terme de nos entretiens, quels sont les facteurs attachés au groupe de réflexion qui participent à la professionnalisation de ses actrices.

13. Un lieu favorable à la réflexivité des soignantes.

Une praticienne réflexive se pose des questions sur sa tâche mais elle s'en pose aussi beaucoup d'autres, par exemple sur la légitimité de son action, le sens de cette dernière, la prise en compte des projets, l'organisation du travail, les savoirs établis, les savoirs d'expérience. Le soin est un acte complexe si nous l'étendons à l'exercice d'un soin global par une équipe. Nous avons fait le choix d'un espace de parole ouvert à tous : tirons les enseignements de cette expérience qui interroge la réflexivité des soignantes. Nous allons montrer que six éléments principaux concourent à la vie d'une tel lieu : une auto-évaluation positive, un travail d'équipe, le projet d'être, un questionnement, une fonction critique-régulatrice, une volonté d'auto-formation.

Se tourner vers la pratique réflexive, c'est faire preuve de curiosité, d'envie de comprendre, d'obstination, d'autonomie, de confiance. Aucune soignante n'est à l'abri du doute mais la motivation d'apprendre devient plus forte que la peur de manquer de connaissances. Aucune question ne peut être laissée à l'écart. La pratique réflexive s'intéresse à l'ensemble de la pratique professionnelle.

« Entre la réflexion à « l'intérieur » de la tâche et du système et la réflexion « sur » la tâche et le système, il n'y a pas de solution de continuité. Le praticien réflexif n'est pas un contestataire patenté, porté à chercher d'emblée la faille du système. Il réfléchit plutôt à partir des problèmes professionnels qu'il rencontre, « à son niveau », sans s'interdire, de proche en proche, de lever des lièvres qu'un salarié plus « raisonnable » n'apercevra ou ne poursuivra pas... Telle qu'elle est entendue ici, la pratique réflexive est un « rapport au monde », actif, critique, autonome. C'est donc une affaire de posture plutôt que de stricte compétence méthodologique. Une formation à la résolution de problèmes, même au sens large, incluant leur identification et renonçant à toute procédure standardisée, ne suffirait pas à former un praticien réflexif » (Perrenoud, 2001 a, p. 61).

La réflexivité est affaire de posture. C'est cette posture qui nous intéresse : la regarder en toute modestie dans un premier temps. Cette démarche est primordiale, mais il faut être suffisamment réaliste pour reconnaître que les participantes sont seulement sur la voie qui conduit vers une véritable pratique réflexive. Selon Perrenoud (ibid.), il arrive à chacun de

réfléchir sans devenir pour autant un praticien réflexif. Il faut distinguer la posture réflexive de la réflexion épisodique de chacun sur ce qu'il fait.

« Pour aller vers une véritable posture réflexive, il faut que cette posture devienne quasi permanente, s'inscrive dans un rapport analytique à l'action qui devienne relativement indépendant des obstacles rencontrés ou des déceptions. La pratique réflexive suppose une posture, une forme d'identité, un habitus. Sa réalité se mesure non au discours ou aux intentions, mais à la place, à la nature et aux conséquences de la réflexion dans l'exercice quotidien du métier, en situation de crise ou d'échec comme en vitesse de croisière » (ibid. p. 14-15).

Dans le service de chirurgie viscérale, l'exercice du rôle relationnel rencontre un certain nombre de difficultés lié en partie au fait qu'il s'agit d'un service où la technique prend une grande place ; une quantité de travail impressionnante donne un rythme effréné et fatigant qui réduit l'opportunité d'entrer en relation avec les malades ; un sentiment désagréable de travail non fini, voire de culpabilité, envahit alors les soignantes. Mais un leitmotiv revient chez toutes les soignantes qui ne considèrent pas l'argument technique comme suffisant pour négliger d'apporter un soin global : il manque une direction commune à l'action, par exemple en matière d'annonce, de soulagement de la douleur, d'écoute, de prise en compte de la souffrance, de fin de vie, de passage des soins curatifs aux soins palliatifs, de retour à domicile. Dans ces conditions, c'est le rôle propre qui est en question : le rôle paramédical d'un soin tourné vers toutes les dimensions de la personne mérite alors d'être défendu. Chaque soignante ressent un manque de communication qui aboutit, faute d'accord, à la perte du sens du soin entendu comme signification et comme objectif à atteindre individuellement et collectivement. Les moments d'échanges apparaissent importants mais très insuffisants pendant les visites, les transmissions ou les quelques réunions ponctuelles pour effectuer ce travail de compréhension et de réflexivité. Dans ce service, l'analyse de la pratique est une démarche qui appartient en premier à l'individu. Nina trouve dans le groupe de réflexion la possibilité de s'exprimer : elle a participé à ce groupe parce que *« c'était la seule occasion de débat au sein de l'unité »* ; *« dire ce qu'on a à dire et qu'on a du mal à dire ailleurs que dans un lieu dédié comme c'était »*.

« Y avait pas de réunions de synthèse en chirurgie viscérale, y avait des fois un temps aux transmissions, il me semble quand même dans la journée... dire : ben tiens on pourrait

parler de ce patient ; des fois aux transmissions, y avait un souci avec un patient et ça arrivait des fois que les médecins viennent échanger mais bon c'était sur un quart d'heure quoi et c'était déjà ça et ça montrait que si on avait des difficultés, les autres aussi » (Justine).

Cette constatation d'un défaut de discours collaboratif s'adresse autant aux médecins qu'aux paramédicaux et à leurs cadres par la défaillance d'une culture d'équipe. « *On peut dire que c'est une sorte de déliaison qui se fait jour dans l'activité, une déliaison entre les préoccupations réelles des travailleurs - une certaine idée du travail et d'eux-mêmes par exemple - et des occupations immédiates qui leur tournent le dos* » (Clot, 2017, p. 9). C'est le collectif qui se trouve fragilisé, notamment, par cette méconnaissance du raisonnement médical, ce qui crée un écart entre les discours des médecins, des infirmières et des aides-soignantes. Les sept soignantes font part de situations inconfortables qui les empêchent d'agir suivant leurs valeurs et qui les interrogent, par exemple lorsque l'annonce d'un diagnostic lourd a été prononcée par les médecins et ce en l'absence des paramédicaux.

Dès lors, comment l'instauration d'un groupe de réflexion en chirurgie viscérale répond-t-elle à cet objectif de recherche de sens et par quels moyens y parvient-elle ? Les soignantes nous disent que plusieurs facteurs concourent à la vie d'un tel espace de parole :

- un processus d'auto évaluation positif qui autorise la soignante à témoigner devant ses collègues ;
- la réponse à un besoin de travail d'équipe ;
- le projet d'être avant le projet d'autrui ;
- une posture de questionnement ;
- l'expression de la fonction critique-régulatrice ;
- un lieu d'auto-formation concourant à la professionnalisation.

13.1. Un processus d'auto-évaluation positif.

L'attitude des soignantes s'accompagne de l'expression d'affects négatifs en constatant que quelques chose ne leur convient pas : frustration devant un travail bâclé, dévalorisation, culpabilité de ne pas avoir fait, émotions refoulées, sentiment d'incertitude, incompréhension, embarras, regrets, sentiment de blocage, mal-être. Ces puissants affects,

auxquels se mêlent des souvenirs personnels douloureux, peuvent détourner les sept soignantes de leur souci d'un soin adressé à la globalité de la personne.

Jorro (2005, p. 6-7) indique que « *le processus auto-évaluatif se présente comme une forme langagière* » ; la praticienne y exprime toute sa subjectivité et cela décide de sa posture future. Comment trouver une aide, des repères, quelques réponses, à l'intérieur du service, en dépit de ressentiments ? Ceux-là mènent tout droit à une posture de retranchement placée sous l'angle de la routine, de la conformité.

« Moi je sais combien de fois je suis sortie, j'en pleurais parce que tellement y avait de boulot et qu'on n'arrivait pas à faire tout ce qu'on voulait quoi, c'était du bâclé... C'était du bâclé voilà, tellement y avait du boulot, on faisait ce qu'on pouvait mais euh... C'est vrai que c'était une époque où on était claqué, claqué, claqué... Il ne fallait pas qu'on soit défaillante, c'est ça... Et ça te prend la tête parce que tu te dis : ben non, j'ai pas tout fait... Je m'adaptais au service, on n'avait pas le choix, c'est vrai que des fois peut-être que les gens ils nous considéraient comme des, comme des... sauvages parce que on avait à peine le temps d'être à leur écoute, c'est ça (...) Il fallait que les gens s'expriment ; c'était une soupape pour les tensions. Je pense que c'est plus de ça dont on avait besoin, le besoin de dire ce qu'on pensait et aussi le fait... de comprendre ce qui se passait quoi, et c'est comme ça qu'on peut dire qu'on apprenait tous les jours (Vicky) ».

Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale devient alors une opportunité ; c'est l'occasion d'adopter une posture de réflexion collective qui est un outil pour permettre de prendre une distance avec des états émotionnels forts quand les relations interpersonnelles s'avèrent difficiles : dans ce groupe la parole partagée faisait du bien, elle rassurait, elle apaisait, elle donnait confiance, elle motivait.

« Vraiment un lieu de vie, d'expression, je pense que tout le monde arrivait à s'exprimer, il n'y avait pas de crainte, pas de crainte les uns envers les autres, pas de jugement, on ne se sentait pas du tout dénigré par les uns ou les autres (...) Il y a eu plein de choses sur les émotions grâce au groupe, moi, ce groupe, ça m'a aidée. A apprendre des choses de ce que disaient les autres, comment réagissent les autres ? Du coup, on se retrouve avec les mêmes problèmes et parfois, certains arrivent à trouver des moyens et cela nous permet de les réutiliser après. Et ce groupe là, c'était nécessaire pour ça (...) Puis une avancée personnelle dans son travail, de donner du sens à ce qu'on fait, ça nous permet de

nous poser plus de questions, de ne pas devenir indifférentes (...) C'est un lieu nécessaire, c'était plus facile, j'étais mieux, plus sereine (...) ce que ça m'a permis d'apprendre, aussi c'est à ne pas s'apitoyer, on n'a pas réussi à faire des choses, des fois on resort du boulot, mais moi ah, non je n'ai pas réussi à lui parler de ça et du coup on finit par accepter ses limites, non, je ne pouvais pas mais je peux le faire à un autre moment et ça par contre ça m'a aidée ; je me culpabilisais énormément sur ce que je faisais pas, que j'avais pas le temps de faire, je suis partie de chirurgie viscérale, j'avais appris à ne plus me culpabiliser par rapport à ce que je n'avais pas fait, parce que on s'en fait je pense (Clémence) ».

« Ces réunions de groupe ça permet de se poser, voilà, et de se dire voilà ça fait du bien, ça fait du bien, ça permet de s'exprimer, ça apaise, et le fait de dire : ah, ouais moi j'ai ressenti une difficulté, il y a ça et ça, moi j'ai eu la difficulté mais mon collègue a aussi ressenti cette difficulté là, donc ça apaise, ça parce que au lieu d'avoir ça, d'être frustrée de pas avoir fait son travail, j'ai pas fait, j'ai pas réussi à faire ça, mais si, on peut faire quelque chose de bien parce qu'on ne peut pas toujours arriver à ce qu'on voudrait faire ; moi d'échanger, ça m'a fait du bien ; voilà je pense que ça aide psychologiquement à être plus zen et à écouter encore plus parce que voilà on a discuté de ça et à ouvrir l'esprit à d'autres choses encore (...) C'est sûr, ça m'a permis de tenir aussi parce que j'étais tellement frustrée de ne pas faire mon travail comme il faut, bon eh bien j'étais pas la seule à ressentir ça (...) Moi je suis partie de la chirurgie viscérale, je me sentais complètement dévalorisée, ah bah c'est clair. Je dois dire l'importance d'avoir ces réunions pour continuer à faire mon travail, ce que j'aurai eu du mal à faire autrement, alors parce que je pense que je serai partie plus tôt (...) Si je n'avais pas fait ça je n'en serai pas là aujourd'hui, je suis sûre qu'au niveau professionnel je n'aurai pas le même dynamisme, la même motivation que j'ai encore aujourd'hui (Justine) ».

Si le groupe, grâce à sa cohésion, permet à chacune d'avancer, c'est parce que les soignantes peuvent partager leurs expériences tout en acceptant de se remettre en question. La communication qui règne à l'intérieur du groupe est essentielle pour favoriser cette cohésion : les membres s'écoutent, ils sont portés vers la discussion, sans marquer de signes d'agressivité ; dans ce groupe personne ne manifeste d'attitude qui nuit à l'échange : monopolisation de la parole, interruption de celle qui parle... Autant d'attitudes qui montrent la volonté de se parler d'égal à égal.

Nina a besoin du soutien de ses collègues :

« *Du coup ce qu'il y avait de difficile à faire dans le métier ça prenait sens à mes yeux, ça passait mieux (...) Au niveau psychologique, oui, moins de pression parce que le fait d'en parler et de se rendre compte que plusieurs personnes vivaient la même chose, ben humainement moi ça... de m'en rendre compte, ça me faisait du bien et émotionnel, euh, ça me rassurait de me sentir faire partie d'un groupe, c'est surtout ça, on en a parlé ensemble, on voit les choses pas trop de la même façon ou à peu près de la même façon, du coup je me sentais faire partie d'un groupe et pas seule à me questionner sur un point, toute seule je ne peux pas avancer ; donc écoutée, plus en confiance et le collectif me nourrissait ma motivation (...) tu vois ça me relançait parce que clairement un jour où tu as mal au dos et que tu es fatiguée, tu n'es pas obligée de faire ce travail-là de communication avec le patient, personne n'en verra rien, qu'il est fait ou qu'il n'est pas fait de toute façon voilà, et donc du coup si on n'a pas de quoi entretenir le feu, ben, il peut s'éteindre, on ne s'en rend même pas compte ».*

Si les collègues connaissent les mêmes difficultés, il est plus facile pour Irène d'entrer en discussion, d'être écoutée et soutenue :

« *C'est là aussi que c'est important c'est quand on arrive à communiquer avec des gens qui sont à l'écoute ou qui sont dans les mêmes conditions relationnelles que toi, sans agressivité... Des fois dans des groupes tu as des gens qui s'imposent, qui ont toujours quelque chose à raconter ou qui vont couper la conversation, t'as des gens qui vont te poser une question et qui ne vont pas écouter ta réponse, au contraire dans ce groupe je sentais qu'il y avait possibilité de s'exprimer et d'être écouté, y avait pas quelqu'un qui dominait... C'est un lieu où tu peux parler d'égal à égal (...) Moi je sais que à une info qui va être lancée, répondre spontanément souvent ça me panique, me stresse, parce que je n'ai pas les arguments, par contre après a posteriori quand t'as eu le temps de réfléchir, tu peux argumenter de façon plus fine... Il y a des gens qui ont tout de suite l'argument pour contrecarrer, bien amené, juste, mais moi je peux pas, on n'a pas tous la même façon de penser, moi il me faut du recul, cinq minutes voire plus des fois... Après coup tu te dis mince cet argument-là aurait pu mais bon c'est trop tard, le temps est passé, tu ne peux plus l'amener (Irène) ».*

Le collectif répond au besoin de cette soignante d'être rassurée ; elle a besoin d'une ambiance sereine pour chasser son appréhension au moment d'argumenter devant les autres.

« Je me souviens d'une famille qui était en colère, qui n'acceptait pas la maladie du patient qui était quasiment mourant, ça avait été rapide, les chirurgiens n'avaient pas pu faire l'intervention qu'ils voulaient, et ça avait été très difficile parce que en plus le patient était vite devenu semi-comateux ; enfin moi je me suis sentie démunie parce que que voulais-tu faire un moment donné devant leur colère, sans baisser les bras ? (...) C'est vrai qu'on en a eu des cas difficiles, oh oui, des hémorragies digestives... Tiens, un malade qui hurlait, on savait plus quoi faire, on était démunie (...) Pourquoi participer à ce groupe ? Cela permettait, quand tu avais eu une phase difficile, un décès difficile ou même des questionnements, ça permettait d'écouter le ressenti des autres parce que on n'a pas forcément le même ressenti par rapport à une personne ; je trouvais que c'était intéressant et puis ça donne d'autres points de vue, d'autres idées, d'autres façons de travailler qu'on n'a pas forcément, je me rappelle qu'on apportait pas mal de choses importantes et toi tu pointais ce qui méritait d'être exploité chacun à sa façon, comme il pouvait (Géraldine) ».

Au lieu d'être refoulées, les émotions trouvent le lieu pour s'exprimer et retrouver leur juste place de messagers intérieurs. En somme, il s'agit d'enrichir la connaissance de soi-même dans des situations qui mettent en jeu des affects ; c'est une composante essentielle de la professionnalité : écouter l'autre, c'est aussi s'écouter, se reconnaître comme soignante affectée et être en mesure de l'exprimer. Le groupe apporte une écoute et un soutien lorsque les vécus sont difficiles : c'est une façon de résister et de continuer à soigner avec bienveillance.

« Au début quand je suis arrivée, j'étais toute jeune, j'appréhendais (...) Moi j'allais voir les anciennes, je trouvais que l'expérience des anciennes aidait beaucoup plus que d'aller chercher des connaissances sur internet, dans les livres ; je leur posais des questions (...) Je pense que j'allais chercher de l'aide comme ça parce que peut-être que j'étais pas encore prête, ça me travaillait et alors ça me rassurait (...) La seule expérience où j'ai pris très dur sur le plan émotionnel, c'est l'expérience d'un malade dont je me suis très très bien occupée, il y a eu des hauts et des bas et après un haut il y a eu un bas, il est parti très vite ; (...) je pense que c'est le seul malade qui m'a fait pleurer parce que c'était quelque chose de trop important. Le réconfort je l'ai trouvé dans le fait de travailler en binôme avec des

infirmières tout le temps, ça été un soutien. Depuis, je me suis mis cette barrière... De faire du mieux mais aussi de me protéger, on peut pas tout changer (Annie) ».

Sans ce soutien, la soignante peut adopter une posture de retranchement. Quel rôle a pu jouer l'équipe ? Le groupe de chirurgie viscérale a véritablement favorisé selon ces soignantes une démarche de témoignage puis de questionnement qui s'appuie aussi bien sur l'affectivité que sur la cognition. Le climat de confiance permet de dire les besoins, les manques, les réussites sur des sujets qui relèvent du rôle propre : l'accompagnement en fin de vie, l'information au malade et à la famille, le soulagement de la douleur, le retour à domicile, constituent notamment des sujets de questionnement à partager dans cet espace de parole. En retour, le besoin de dire, de comprendre, d'écouter et d'être écoutée sert de soupape pour évacuer les tensions et apporte confiance, motivation : *« la confiance de voir que chacune connaît des problèmes, la motivation parce qu'il s'agit d'aller de l'avant » (Géraldine).*

13.2. La réponse à un besoin de travail d'équipe.

Chaque soignante adopte une posture de témoignage pour dire que quelque chose lui échappe ou pour annoncer des prises de décision ou des convictions. Mais le besoin commun est là : parler ensemble des vécus professionnels, accepter qu'un travail collectif d'analyse se réalise, apprendre les unes des autres. Le groupe est né d'un besoin des soignantes d'exprimer leurs ressentis face à des problèmes, besoin qui n'avait pas pu s'exprimer aussi librement jusque là. Le désir de se tourner vers les collègues de travail est commun à ces sept soignantes.

« C'était un besoin vraiment. Au sein de l'équipe, pour avoir la même démarche, et surtout comment faire face à des problèmes (..) qui n'avaient pas de solution pour moi. Le fait de se le répéter entre nous, de se poser la question entre nous (...) le besoin d'avoir un groupe (...) pour le bénéfice de travailler en équipe. Du coup, on se retrouve avec les mêmes problèmes et parfois, certains arrivent à trouver des moyens et cela nous permet de les réutiliser après. Et ce groupe là, c'était nécessaire pour ça (Clémence) ».

« Aussi ce que j'aime bien aussi de l'hôpital, que ce soit en chirurgie ou en médecine, c'est un travail de groupe, d'équipe... avec une kiné, un médecin... ce travail d'équipe c'est riche. Le travail pluridisciplinaire, c'est très riche, parce que l'aide soignante elle est avec le

professeur, ce patient-là c'est pas facile, c'est pas facile au niveau soin, voilà et puis on s'aperçoit à ces réunions que ça permet... ah, le médecin il a aussi rencontré des difficultés (Justine) ».

« Je me suis sentie faire partie d'un groupe et ce groupe là il était important, j'avais pas besoin d'y aller forcément tous les mois mais de savoir qu'à un moment je pouvais le faire, je pouvais y aller et échanger sur un problème, c'était déjà une belle opportunité (...) En sortant de la réunion on était plusieurs soignants de la même équipe à avoir raisonné sur telle situation et du coup on s'approchait de ce que j'avais connu en réanimation médicale avec le discours médecins-internes-infirmières-aides-soignantes, on s'en approchait, pas à la même échelle à mes yeux, mais c'était quelque chose de la même veine donc, oui ; parce que comme on travaille en équipe, forcément on est meilleur professionnel quand on en a débattu en équipe (Nina) ».

« Je pense que c'était le groupe, le besoin de parler, le besoin de s'exprimer pour évoquer justement soit les patients soit aussi ta difficulté de rentrer en relation ou du service qui était trop lourd et puis qu'on n'arrivait pas à faire tout ce qu'on voulait ; d'un autre côté il y avait une bonne ambiance dans ce groupe-là si bien qu'on était porté et tout le monde était porteur. Les réussites, la possibilité de s'exprimer sans être en difficulté, on pouvait discuter, j'ai jamais été mise en difficulté ça c'est sûr (...) D'entendre les autres si tu veux ça permettait d'apprendre... De voir ce que faisaient les autres, et puis dire est ce que ce que je fais c'est bien ou pas, voilà, est ce que les autres ont des difficultés ou pas, donc c'est vrai que je participais à ces réunions pour m'enrichir aussi personnellement et au niveau du travail, voilà c'est ça (...) De toute façon c'est toujours attractif et intéressant de connaître ce que les autres ressentent aussi, on se sent moins seul (Vicky) ».

« La formation ça été l'occasion de parler ensemble des mêmes problèmes (...) Moi en tout cas j'ai pris conscience que les difficultés que j'avais ou ce qui me posait un peu problème, les autres les avaient aussi et ça quelque part ça a un côté, euh, sécurisant et rassurant, parce qu'on se dit je ne suis pas forcément toute seule et puis voilà, et puis l'importance de l'équipe justement pour avancer et évoluer car tout le monde je crois avait les mêmes problèmes et pas peut-être les mêmes solutions (...) Je pars du principe qu'on a tous au sein d'une équipe un caractère différent, une approche différente, mais que la cohésion de tout le monde permet d'avancer, y en a qui vont être plus dans l'écoute, plus dans

le technique, plus dans la pratique que dans la théorie, voilà je pense que c'est ça la multiplicité des façons de voir et d'agir qui fait que... Après on peut avancer comme ça. Chacun a son rôle et une compétence et on ne peut pas fonctionner les uns sans les autres ; je pense qu'il faut que chacun apporte sa pierre et puis justement qu'il y ait une cohésion, une coordination entre les soignants (Irène) ».

« Pourquoi participer ? Cela permettait, quand tu avais eu une phase difficile, un décès difficile ou même des questionnements, ça permettait d'écouter le ressenti des autres parce qu'on n'a pas forcément le même ressenti par rapport à une personne ; je trouvais que c'était intéressant et puis ça donne d'autres points de vue, d'autres idées, d'autres façons de travailler qu'on n'a pas forcément, je me rappelle qu'on apportait pas mal de choses importantes (...) C'est bien en plus d'avoir mis infirmiers et aides-soignants parce que les gens ne disent pas la même chose, les aides-soignantes sont plus aux soins d'hygiène, elles mettent plus de temps, nous on arrive avec le soin technique, le soin qui va faire mal, j'exagère un peu, elles ont pas le même rapport et le fait d'être ensemble c'est important, on n'a pas le même ressenti et ça permet de prendre la personne plus dans sa globalité, ce qu'on faisait avant ou qu'on ne faisait pas (Géraldine) ».

« Jeune diplômée, je pense que je voulais aller voir, je pense qu'on m'a un peu embarquée dedans aussi, d'autre part les soins palliatifs je ne connaissais pas (...) Comme j'ai dit, par rapport aux anciennes, profiter de leur expérience, de ce qu'elles disaient ; par rapport aussi à moi, un échange pour dire les choses que je ressentais moi, on peut pas tout le temps dire mais peut-être que ce lieu-là permettait de dire j'ai ressenti ça, j'ai trouvé dure ça, voilà (Annie) ».

Les soignantes mettent l'équipe au centre de l'action. Entrer en discussion apprend aux soignantes à se connaître et à nouer des affinités avec certaines ; grâce aux échanges les soignantes se découvrent et révisent certains jugements sur leurs collègues. Le groupe facilite d'une manière générale les rapprochements entre les participantes dans le travail. Une cohésion naît entre certains membres. La présence des infirmières et des aides-soignantes réunies est capitale pour accueillir le malade dans sa globalité : les deux fonctions sont complémentaires. Ce rapprochement incite les soignantes à travailler plus souvent en binôme dans le but de procurer le meilleur confort aux patients les plus gravement atteints, avant de

respecter à la lettre leur planning. Les réunions ont permis ainsi d'accroître la collaboration en équipe, du moins avec les soignantes réceptives.

Les soignantes sont unanimes : pour que le débat ait lieu, il faut un endroit commun. Que chacune puisse l'identifier, le reconnaître comme un lieu particulier géographiquement ; mais aussi avec un noyau de soignantes investies qui le rende identifiable par les personnes. Cet endroit se trouve dans le service mais à l'écart de l'agitation du service, à un moment consensuel, un endroit où l'on prend du temps, sans précipitation, avec une régularité tous les deux à trois mois qui s'avère acceptable et dont la participation ne peut être que volontaire. Or, ce lieu n'existait pas. Les soignantes participantes se connaissent, s'interpellent, puisque, sans forcément travailler dans les mêmes unités, elles appartiennent au même service ; cette proximité facilite certains rapprochements.

« Le lieu, c'était facile parce que ça restait à l'intérieur du service, c'est important, les horaires adaptés avec des gens qu'on connaissait, avec quelqu'un qui nous encadrait, qu'on connaissait, c'est à dire la cadre supérieure qui a été un petit moment présente, ça nous a soutenues, voilà surtout des gens qu'on connaissait, avec qui on travaillait. Forcément, la répercussion sur les autres, quand on a un lieu commun comme ça, c'est important (Clémence) ».

« Ce qui était bien, c'était tous les deux ou trois mois, c'était pas trop souvent donc voilà, c'était en dehors du temps de travail tout de même et de savoir qu'il y avait une réunion comme ça à telle date, on se disait de quoi on va parler, de quel cas on va parler, ça pouvait dire ah ben là j'ai rencontré cette difficulté (Justine) ».

« Ce lieu était bien, c'est que c'était un lieu de partage, où on n'était pas dérangé, un lieu de partage libre, sans accrochages, avec un animateur ((Géraldine) ».

« Cinq ans parce que c'était familial, y avait un lieu déjà ce qui n'est plus le cas maintenant, y avait quelqu'un qui gérait, quelqu'un qui a proposé ce groupe, les réunions et puis des participants qui sont toujours venus, c'est grâce à ça finalement (...) alors je crois aussi qu'il y avait des personnes qui étaient intéressées par une orientation sur les soins palliatifs, la douleur, y avait des gens qui participaient parce qu'ils avaient un projet ; moi c'était plus pour apprendre des choses, en étant jeune diplômée (Annie) ».

Il ne suffit pas d'avoir une idée qui recueille l'approbation de soignantes, pour la transformer en réalisation d'une part, et d'autre part pour faire durer cette réalisation. Une

idée jugée bonne peut vite s'arrêter, faute d'un souffle qui va l'animer durablement. Le groupe a manifesté des insuffisances, montré des approximations, mais les freins n'ont pas entraîné un arrêt brutal et rapide des réunions. L'explication de la durée ne réside pas dans un seul facteur, c'est un ensemble de facteurs, s'ajoutant les uns aux autres, qui crée la réussite d'une telle entreprise. Tous les facteurs réunis permettent de trouver un espace, à la fois lieu et temps, favorable à la réflexivité des soignantes. Cependant, la force du collectif, même d'un petit collectif, est un élément primordial. Le besoin de travailler en équipe a pu, grâce à ce lieu, s'exprimer et se renforcer.

13.3. Le projet d'être avant le projet d'autrui.

Ce travail d'équipe ne fait pas l'unanimité et l'absence des médecins et des cadres ne manque pas d'être évoqué. Justine attribue ce manque de disponibilité des médecins à leur emploi du temps mais aussi à une barrière difficile à franchir chez de nombreux médecins pour engager le dialogue.

L'absence de médecins, « *c'était mon grand problème ; si, une fois on a eu un anesthésiste, j'en suis sûre, il était proche des gens et il est parti après en clinique, c'était pas si longtemps que ça avant qu'il parte en clinique ; cette fois là je m'étais dit : ah là on a touché un... mais voilà ; le jour où il est venu, c'était un plus (...)* Y en a qui ont regardé des comptes rendus donc, qu'ils viennent pas les premiers temps, mais voilà, ç'aurait été porter un intérêt à ça ; pour moi le fait que le docteur soit venu une fois, alors ça... je suis sûre, je le revois, et moi justement, le jour où il est venu, c'était un plus et il était vraiment dans l'écoute de ce qu'on disait alors qu'il aurait pu dire : qu'est-ce que vous dites ? il aurait pu avoir l'esprit critique, donc voilà le point négatif, c'est ça » (Justine). Les soignantes considèrent l'absence des médecins comme une limite de ce groupe... et paradoxalement comme la levée d'un obstacle potentiel : « *avec certains médecins, ç'aurait sans doute été autre chose, très compliqué, ils ont peur qu'il y ait un impact négatif alors que c'est que pour apporter du mieux, ça peut pas être négatif, c'est que positif... mais ils auraient pu dire vous n'avez pas le droit (Clémence)* ».

« *Il manquait un petit quelque chose à mon avis, euh, un consentement voilà, un consentement médical ; mais je suis peut-être un peu exigeante, ils ne nous ont pas empêchées*

de le faire, donc ne pas empêcher de le faire c'est consentir à ce qui se passe et peut-être qu'on est exigeant à toujours vouloir plus que ce qu'on a. Ils auraient pu dire : non, alors qu'on a eu une belle opportunité et une belle plage de liberté (...) Le niveau de raisonnement de prise en charge, qu'on pouvait aborder dans les réunions, et qui pouvait à mes yeux mettre un peu mal à l'aise l'équipe médicale, je ne l'abordais pas de la même façon et pas du tout avec la même euh, la même... sérénité dans l'unité ; et du coup le groupe était utile pour ça, parce que c'était un lieu d'échanges et de sujets qu'on abordait pas forcément au cœur de l'unité, et c'est peut-être aussi pour ça que je me disais que l'aval médical me manquait parce que comme je n'avais pas forcément la force ou le courage de le dire dans l'unité, si je l'avais eu de ce côté là, en réunion, ça avait un petit peu compensé (Nina) ».

Est-ce à dire qu'en l'absence des médecins, la participation au groupe de réflexion aura manqué son objectif ? Si l'on se souvient des origines de ce groupe, l'une des règles retenues avait été le volontariat ; ce qui signifiait que l'objectif d'un changement personnel accompagnait éventuellement une transformation collective. Il semblait nécessaire aux participantes de construire ce lieu, de lui donner vie, puisqu'elles partaient dans l'inconnu ; la première nécessité était donc de réfléchir ensemble sur le soin, l'exercice du soin, sa complexité et le métier de soignante. Ne pas chercher à imposer mais proposer avec un maître mot, « le dialogue », entendu comme démarche éthique aux trois vertus essentielles : la solidarité, l'humilité, la liberté. Le discours paramédical prenait le pas sur le discours médical sans l'ignorer : que serait un discours paramédical complètement déconnecté du discours médical ? Mieux communiquer, c'est d'abord se dévoiler, accepter d'être connu pour être reconnu.

« Cette expérience en fait c'est bénéfique pour moi mais après avec un esprit plus ouvert, eh bien, on peut mieux écouter et mieux comprendre ce que les patients nous disent ; et je trouve que c'est d'autant plus agréable quand on peut euh... quand on peut accompagner des patients qui ont un raisonnement complètement différent ; par exemple, je me souviens d'un patient qu'on a eu en chirurgie viscérale, on l'a eu plusieurs fois et il voulait se soigner avec des aimants, autant dire que les chirurgiens rigolaient pour dire, ricanaient dans le couloir, hi, hi, hi, il veut se soigner avec des aimants, sauf que lui, c'était sa croyance et sa façon de voir les choses, et moi je n'étais pas mal à l'aise parce que je me disais que j'avais l'esprit un peu plus ouvert que les chirurgiens, quoi, entre guillemets.

Comme il sortait un peu du moule, c'était une autre logique, une autre façon de faire et moi à ce moment-là ça répondait à mes attentes (Nina) ».

D'autres absents se font regretter : les cadres d'unité pour suppléer ou remplacer la cadre supérieure. La présence ponctuelle de la cadre supérieure est considérée comme normale pour diriger les débats, voire nécessaire pour valider ce temps en temps de travail.

« On est plus libre. La cadre supérieure venait... Ou pas, elle jouait pas un rôle de barrière, elle connaissait pas toutes les situations ; elle allait dans notre sens (Clémence) ».

« Ce qui a contribué, c'est le fait que la cadre supérieure de l'époque, elle autorise, elle valide et elle vienne de temps en temps contribuer au groupe, ça donnait une assise institutionnelle (...) la marche au dessus ç'aurait été, euh, un peu plus de marque d'attention de l'équipe médicale et qui là aurait donné vraiment le vrai fil conducteur, on aurait pu arriver en définitive à un bénéfice pour l'institution avec un culture de service, là c'aurait été... Parce que on était dans une culture du paramédical dans notre groupe validé par l'institution avec la cadre supérieure, en ayant bien conscience que c'était individu dépendant par rapport à cette cadre sup-là mais on a eu plaisir de travailler avec elle (Nina) ».

« Avantage/désavantage, je dirai qu'il y a les deux : plus grande liberté sans doute mais n'était-ce pas leur place d'être présentes (les cadres) ? Tout en préservant cet espace de liberté... C'est dommage et en même temps les deux je ne pense pas que c'était ... La cadre supérieure venait voir ce qui se passait, elle n'a jamais été négative, je pense qu'elle ne pouvait pas le dire non plus parce que ç'aurait pas été honnête de sa part si elle avait tenu ce genre de discours, parce que elle était quand même dans les premières à vouloir faire avancer le service (Irène) ».

L'absence des cadres d'unité suscite l'incompréhension alors que la cadre supérieure légitime par sa présence l'existence et la pertinence du groupe. Les cadres d'unité ne voient pas le groupe comme un élément indispensable au bon fonctionnement d'une équipe ; de ce fait, la présence d'un formateur n'est pas à l'ordre du jour. L'absence des cadres d'unité n'encourage pas les soignants à participer, et à participer durablement ; cette absence interroge la valeur de la parole des soignantes : *« la parole du petit personnel vaut quoi ? Surtout en chirurgie viscérale, moi je suis partie de la chirurgie viscérale, je me sentais complètement dévalorisée, ah bah c'est clair (Justine) ».*

Ce groupe ne bénéficie pas de la présence d'un professionnel spécialement formé à l'animation de groupe mais, comme l'affirment les participantes, les soignantes sont formées à l'écoute. Cependant, cela aurait pu conduire à un fiasco ; la motivation des soignantes à faire vivre ce groupe les a conduites à respecter les règles de non jugement, de bienveillance nécessaires pour que chaque professionnelle s'y sente bien. Géraldine insiste également sur son rôle d'animateur : d'une part pointer, au milieu de tout ce qui était dit, les réflexions qui pouvaient donner lieu à des développements ; d'autre part, canaliser le débat afin d'éviter d'en perdre le fil, ce qui était facilité par l'attitude professionnelle des participantes : écouter au lieu d'imposer un point de vue, ce qui fait dire à Géraldine que la présence ponctuelle des chirurgiens et des cadres aurait pu être bénéfique à la condition pour ceux-ci d'être en capacité d'écouter. L'absence des médecins et des cadres d'unité n'a donc pas constitué un empêchement majeur, ce fut même peut-être l'opportunité d'une plus grande liberté de parole.

Si la cadre supérieure se montrait favorable à l'existence de ce groupe, rien n'était acquis :

« On aurait pu avoir un coup de semonce de la part des chirurgiens (...) On se débrouillait nous-mêmes (...) bien sûr, ç'aurait pu être un échec ; je pense qu'il faut pas vraiment un formateur (...) je pense que ça tient vraiment au groupe qui se forme, enfin aux intérêts, aux motivations de chacun, dans un service où tout le monde se connaît, je pense qu'il faut ça, avec des gens qui ont déjà de la bouteille, ça compte ça aussi, parce que il y a de l'expérience derrière, donc on peut parler de choses connues en partant du connu, hop tout de suite ça amène tout un tas de questions et tout un tas d'interactions entre tout le monde (Clémence) ».

Ce lieu reste par conséquent fragile mais peut compter sur l'intérêt des soignantes pour en assurer la continuité. En effet, ce qui se passe ne laisse pas indifférentes les soignantes puisqu'il « y avait tout le temps un passage de soignants pour découvrir et revenir ou pas (Clémence) ». L'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas jugé bon de continuer à assister aux séances du groupe après avoir été présente deux fois. La question du bénéfice qu'elle aurait pu apporter grâce à son expérience reste posée. Toutefois, elle a encouragé le groupe à continuer dans la voie qu'il s'était tracé.

Kaddouri (2002, p. 31) souligne que dans la construction de soi le sujet est confronté à une double tension.

« Celle du sujet lui-même qui, dans une épreuve relationnelle avec l'autre, se bagarre pour construire son propre projet de Soi sur soi. Celle qui tente de lui assigner ce qu'il doit être pour se conformer au projet d'autrui sur son Soi. La deuxième tension est une conséquence de la première : elle est attisée par les liens d'interdépendance socio-affective et les rapports de pouvoir qui opposent le sujet et l'autrui ».

Ces tensions sont nécessaires pour que le sujet construise sa propre identité. L'identité est un processus de gestion d'écarts et non un état stable.

« L'analyse de la littérature consacrée à la notion de projet (...) permet de distinguer ceux qui ont pour cible les choses que le sujet cherche à posséder de ceux qui ont pour objet le sujet lui-même. Dans un cas, il s'agit de projets d'action (...) qui visent la possession de quelque chose. Dans l'autre, il s'agit du projet d'être quelqu'un, c'est à dire d'un projet de vie également appelé projet existentiel, identitaire ou de soi (ibid. p. 33) ».

C'est la cohérence entre les « projets d'avoir » et les « projets d'être » qui participe au sentiment d'épanouissement qu'éprouve le sujet. Si cette cohérence n'est pas présente, le sujet doit faire un choix correspondant à une prise de risque : « être ou ne pas être ? ». Dans notre recherche, les trois instances (individuelle, groupale, institutionnelle) suivent des évolutions différentes. Les professionnelles s'engagent dans un espace qui leur offre la possibilité de se questionner sur les plans affectif et cognitif. L'environnement de travail le plus proche présente différents visages suivant les acteurs ; les médecins et les cadres d'unité ne participent pas à ce travail d'explicitation collective mais ne le contrarient pas ; les paramédicaux, infirmières et aides-soignantes, s'investissent sur la base du volontariat et arrivent à constituer en permanence un petit groupe qui participe aux réunions. Cette proximité contribue à créer certains liens favorisant le travail en équipe, la réflexion à plusieurs sur des situations professionnelles, un positionnement différent de celui des médecins. Le travail d'équipe ne dépasse pas la sphère paramédicale mais l'absence des médecins n'est pas vue comme un frein absolu : leur présence n'est pas souhaitée en permanence, mais de façon ponctuelle, c'est beaucoup plus leur apparente indifférence qui est stigmatisée. Les cadres d'unité ne se manifestent pas, cependant, ils sont complètement informés du contenu des réunions par les comptes rendus et la présence épisodique de la cadre

supérieure. L'équipe mobile de soins palliatifs se retire après deux apparitions. En fait, c'est la culture de service qui, de façon tacite, ne privilégie pas le travail coopératif, du moins dans cet exemple précis.

La professionnalisation offerte par un tel espace s'adresse essentiellement aux infirmières et aides-soignantes qui acceptent cette réflexion collective, sans que toutefois cela touche toute l'équipe. Les soignantes soulignent l'importance que les pionnières dans ce projet soient des professionnels ayant une expérience précieuse pour réfléchir à de nouvelles pratiques. L'expérience correspond au moment où la professionnelle pense à partir d'elle-même, de ses désirs, de ses espoirs, de sa certitude qu'il existe d'autres possibilités offertes grâce à une posture de questionnement.

13.4. Une posture de questionnement.

Selon les soignantes, la formation initiale et continue s'avère nécessaire mais insuffisante pour acquérir de l'expérience professionnelle : cette expérience s'acquiert par le questionnement que le soignant porte sur son action tout au long d'une vie professionnelle ; ce n'est pas le soin qui est source d'apprentissage mais le regard que l'on porte sur le soin. La prise de recul permanente sur les événements permet de porter un regard différent sur les événements. Il ne suffit pas d'éprouver le besoin de travailler ensemble ; ce besoin, s'il veut durer, s'appuie sur une posture de questionnement au service du groupe.

« Quand je suis arrivée en chirurgie viscérale, la cadre supérieure d'avant 2000, combien de fois je lui ai dit : mais pourquoi on n'a pas de réunions éthiques ? Voilà, et je pense que c'est pour ça que je suis arrivée à faire la formation, avant nos réunions, et quand on a dit qu'on pouvait ensuite faire ces groupes... pas de parole, mais ces réunions, ça m'a parlé parce que j'avais besoin de ça (...) T'es professionnelle à partir du moment où tu te remets en question, le mot est peut-être fort (...) tu t'interroges, voilà c'est normal (...) On était 7 à participer à la formation sur « l'accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille, je me suis dit la formation : c'est bien, ce qu'on avait vu en formation je ne voyais pas l'appliquer dans le service quotidiennement, ou faire des petits trucs (...) Si j'ai été sensibilisée à faire le D.U. c'est mon analyse de pratique (Justine) ».

Face à des situations difficiles les soignantes se questionnent : elles sont démunies face à la détresse des personnes, les patients et leur famille. L'écoute des collègues permet de recueillir d'autres points de vue, de partager des ressentis, d'entendre d'autres façons de travailler. Participer c'est écouter l'autre de mieux en mieux et s'enrichir de son discours, c'est aussi apprendre à partager ses émotions pour les laisser s'exprimer. C'est ainsi que l'on peut parler d'expérience formative.

« Une avancée personnelle dans son travail, de donner du sens à ce que l'on fait, ça nous permet de nous poser plus de questions, de ne pas devenir indifférentes. Le fait de se poser et d'en parler, d'autre chose que des gestes, du coup ça donne un autre sens à ce que l'on fait parce que en faisant de la technique on arrive à apporter de la relation, je trouve ; j'ai réussi du coup à apporter beaucoup plus de relation (...) L'expérience, c'est la capacité... réfléchir sur notre vécu, donc c'est plus... que les connaissances. On peut apprendre tout le temps, il y a une diversité d'occasions, une diversité de lieux... où on peut apprendre des choses, et on est amené tout le temps à se mettre à jour, on se forme tout le temps finalement, sur le tas (Clémence) ».

« Les échanges au niveau du groupe de réflexion ont participé à donner des connaissances et à un mieux ; on vient d'horizons différents, on a tous des connaissances différentes, un abord différent » (Géraldine). Parler c'est s'interroger sur des sujets qui appartiennent au soin, par exemple le deuil ; cette interrogation enrichit car elle débouche sur des savoirs : savoirs transmis par les membres du groupe, savoirs acquis par les lectures suggérées ; ce sont autant de références qui peuvent être utilisées.

Le groupe de réflexion offre la possibilité de s'exprimer sur son vécu professionnel et d'effectuer un travail de décryptage source de formation. Le groupe permettait de se rendre compte que les collègues paramédicaux partageaient les mêmes questionnements, les mêmes incertitudes et cherchaient donc des réponses. Ces questions ouvraient sur des interprétations et ce questionnement se traduisait par le fait de revisiter le fonctionnement en chirurgie viscérale. *« Oui, je pense que ce retour sur l'expérience permet de devenir une meilleure professionnelle parce qu'il pose un moment où on stoppe le temps et permet de se demander pourquoi on fait, comment on le fait, est-ce que ça a du sens de le faire comme ça (Nina) ».*

Pour Vicky, ce sont les questionnements entre collègues paramédicaux qui sont essentiels : connaître leurs difficultés, savoir comment elles agissent, apprendre de leurs

réussites comme de leurs échecs. « *Je pense qu'on apprend beaucoup de choses au niveau psychologique, le ressenti* » (Vicky). Comment chacune fait-elle face aux difficultés rencontrées avec un patient ? Ce n'est pas le recours à des connaissances particulières en sciences humaines, à propos de l'annonce par exemple, qui intéressait Vicky, pas plus que la recherche d'explications suggérées par la lecture des comptes rendus. L'écoute des autres constitue sa préoccupation principale dont l'objectif est le partage des expériences. Le groupe représente une possibilité de formation à l'initiative des soignantes en partant de situations vécues, ce qui autorise Vicky à parler d'auto-formation par comparaison avec la formation continue ; la formation continue ne répondant pas parfois aux attentes des soignantes. Le groupe permet donc de débattre, d'écouter et d'être écouté, d'apprendre, de recevoir une formation qui, selon Vicky, a du mal à se traduire dans la vie quotidienne. C'est donc pour cette soignante plus la démarche que le résultat qui revêt de l'importance. Le questionnement n'est pas forcément assujéti à des réponses mais à tout un environnement qui autorise à parler et à penser.

Pour chaque soignante, le retour sur l'expérience présente deux avantages : il crée un collectif en confrontant les pratiques, pour tendre à une vision commune du travail et il permet d'interroger le sens de ces pratiques sur un plan individuel et collectif. Le groupe de réflexion a participé à nourrir l'activité des soignantes dans ses trois dimensions : psychologique, émotionnelle et cognitive. Bien qu'aucune soignante ne connaisse l'analyse de la pratique, le groupe fut moteur pour la réflexion. Cette notion d'équipe apparaît essentielle pour devenir une meilleure professionnelle car les échanges en équipe, contrairement à des informations données, provoquent un débat et surtout permettent de mieux identifier le pourquoi du projet soignant. « *Quand on rafraîchit le sens de pourquoi on fait les choses, je pense qu'on travaille mieux* (Nina) » et ce rafraîchissement ramène à la surface de la mémoire toutes les choses vues, les requestionne sous un autre angle. La réflexion a donc une double utilité de réactivation : rappeler le sens des actions et mettre ou remettre à jour des savoirs d'action.

Cet environnement de formation bénéficie à une débutante comme Annie : les anciennes communiquent leur expérience. « *Moi j'ai eu de la chance parce que j'ai été encadrée par beaucoup d'infirmières et d'aides-soignantes qui avaient de la bouteille, c'est vrai que l'expérience ça compte (...)* Au niveau cognitif j'ai appris plein de choses parce que

je ne connaissais pas trop les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur, ça m'a appris déjà où on pouvait aller chercher des renseignements, par exemple auprès de l'équipe mobile de soins palliatifs ; lire les comptes rendus déjà ça me donnait des connaissances : tiens, ils ont fait comme ça, tiens, comment ils l'ont ressenti par rapport à moi, moi je l'ai plutôt ressenti comme ça, voilà ça va être ça moi (Annie) ».

Pour expliquer l'aspect formateur du groupe de réflexion, Irène n'a plus d'exemples précis mais considère qu'un changement de regard s'est opéré chez elle. Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale a été pour cette soignante une ouverture lui permettant de vivre les événements différemment, par exemple grâce à toute la réflexion effectuée sur le deuil. La réflexion collective réinterroge des notions comme l'écoute, l'empathie, la gestuelle. « *Tu as des bases et après c'est l'expérience professionnelle, et la compétence elle vient de là (...) d'où l'utilité d'un espace de parole (...) Pour moi, ça a été très formateur, complètement, ça a été une vraie porte qui s'ouvrait par rapport aux expériences qu'on a pu vivre, voir les choses différemment ; même encore aujourd'hui je retrouve beaucoup de gens cancéreux à domicile, on passe par toutes ces phases du deuil qu'on avait étudiées (...) le fait de participer fait que forcément tu n'abordes pas les choses de la même façon quand tu participes à des groupes comme ça, tu développes des choses (Irène) ».*

Si le groupe a suscité un effort de questionnement auprès des participantes, c'est non seulement par son état d'esprit mais aussi par son ouverture d'esprit qui visait à encourager la curiosité : la place de livres, de films, de documentaires a relancé l'intérêt du débat en fournissant des pistes de réflexion à relier avec les histoires cliniques.

« *Quand on est en service et quand du coup on lit le livre, on va se rappeler, ah ben tiens, tiens, cette personne, oui ça correspond, les différentes étapes, on arrive à se retrouver dans notre milieu de travail de se dire ah oui, en effet ; après, on arrive à analyser chez d'autres personnes comment ça se passe. Le fait de lire quand on travaille, ça m'a beaucoup aidée (...) On avançait par les livres, c'était du concret sur lequel on pouvait s'appuyer pour avancer (...) des films sur lesquels on pouvait reparler par rapport à notre vécu professionnel ; je pense que c'est pour ça que ça a duré parce qu'on pouvait mettre des choses en place petit à petit, c'était du concret (Clémence) ».*

« *Je me souviens des livres dont on parlait, des films, ça donnait des petits outils, c'était en même temps une suite à la réunion ; des livres j'en ai lu... Même si ça ne donne pas*

des outils, ça te confirme dans... Cela te reconforte dans ta pratique de tous les jours, on avance pas à pas ; la variété des ouvrages, c'est un plus, ça donne de l'intérêt (...) Dans le livre tu retiens pas tout, tu retiens ce que tu as envie de retenir, ce qui t'intéresse, il y a un livre qui m'avait beaucoup aidée, je me rappelle plus.. (Justine va chercher le livre en question et ramène une pile de 7 ou 8 livres). Voilà, c'est le livre de Martine Ruzniewski : « Face à la maladie grave - patients, familles, soignants », on l'avait présenté en réunion comme un livre essentiel et un médecin du service de soins palliatifs me l'a emprunté ce livre-là (...) le livre écrit par Marie Humbert sur son fils Vincent qui pose le problème de l'euthanasie ; ce sont des expériences enrichissantes et pleines de réflexions ; moi je me rappelle quand j'ai commencé de nuit à l'hôpital, Eric je me rappelle, un jeune accidenté de voiture, il y avait sa photo d'ailleurs quand il était en pleine forme, il a vécu treize ans dans le coma, comme Vincent Humbert : quelle vie ! A ce moment-là, c'était impossible de penser (Justine) ».

Cependant, chaque soignante avance à son rythme : « honnêtement je n'ai pas lu de livres, après je dis pas qu'à l'avenir si j'avais plus de temps je me replongerai pas dans la lecture car je reconnais qu'aujourd'hui ça m'apporterait plus, ça ça me manque (Irène) ».

« J'avais lu... Deux livres qui m'avaient été prêtés par quelqu'un du groupe, je me souviens plus exactement... C'était sur l'abord du deuil, elle me les avait prêtés, ça remonte mais c'est enregistré dans ma tête ; c'est enrichissant et puis de moi-même quand je vais à la bibliothèque je vais pas forcément vers les rayons professionnels ; par contre quand tu es dans un groupe comme ça, ça t'incite à t'interroger sur tel sujet et puis on avait des références qu'on pouvait utiliser (Géraldine) ».

« Alors moi je ne suis pas une grande lectrice, tu vois, plus maintenant... Si, j'ai dû lire, j'ai dû en lire un qu'une ancienne m'avait prêté (...) je lisais la dernière page de couverture de certains livres cités pour avoir une petite idée avant de le prendre, après il faut vraiment que ça m'accroche, je ne suis pas du tout une grande lectrice ; je suis beaucoup tout ce qui est actualité, télévision, je vais regarder les reportages : dernièrement il y a encore eu un sur la fin de vie (Annie) ».

Ce groupe peut être considéré, selon les soignantes, comme un exercice de formation, en continu ou auto-formation, en complémentarité avec la formation proposée par l'institution : « ça permet de dérouiller les engrenages de raisonnement » ; « il faut activer

régulièrement la recherche du sens parce que surtout, quand tu arrives à un certain niveau d'expertise et que y a plus beaucoup de nouveautés, tu peux tourner en mode routine, routine, routine (Nina) ».

13.5. L'expression de la fonction critique-régulatrice.

C'est ainsi que l'espace de parole devient un enrichissement, un facteur d'évolution possible pour penser son métier en repensant les règles du métier. Dans la suite des travaux de Clot (2017), on pourrait dire que le questionnement permet à chaque participante à la réflexion collective de s'affranchir des règles pour développer un style. Dans la perspective de la clinique de l'activité le genre professionnel comprend :

« les « obligations » que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler, souvent malgré tout, parfois malgré l'organisation prescrite du travail (...) Le genre est en quelque sorte la partie sous-entendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent ; ce qui leur est commun et qui les réunit sous des conditions réelles de vie ; ce qu'ils savent devoir faire grâce à une communauté d'évaluations présupposées, sans qu'il soit nécessaire de respécifier la tâche chaque fois qu'elle se présente » (ibid. p. 105).

« Mais voilà le genre n'est pas amorphe (...) pas seulement contrainte à respecter mais ressource à renouveler et méthode à ajuster (...) Chaque sujet interpose entre lui et le genre collectif qu'il mobilise ses propres retouches du genre » (ibid. p. 109-110).

Le groupe de réflexion offre une possibilité de régulation permettant de s'ajuster aux situations, de se motiver, de garder une fonction critique source de professionnalisation.. La soignante est alors en capacité de mettre en œuvre des stratégies régulatrices témoignant de son « *pouvoir d'agir* » (ibid.) et d'innover quotidiennement dans son travail grâce à son propre « *style* » (ibid.). Voir que les choses peuvent changer, que des améliorations restent possibles, constitue un facteur stimulant pour la continuité du groupe en motivant chaque participante. La régulation est déterminante en procurant des résultats. Rien n'est plus décourageant que de constater qu'aucun changement ne survient, malgré tous les efforts déployés.

La fonction critique-régulatrice constitue une forme ultime de la réflexivité à laquelle chaque soignante apporte ses propositions personnelles qui rejailliront de façon imprévisible sur l'équipe. Le débat ouvert, lors des réunions du groupe de réflexion, libère la fonction critique-régulatrice qui permet d'une part à chaque soignante de porter un jugement positif ou négatif sur l'action et d'autre part de mieux réguler son action en faisant émerger de nouvelles pratiques. L'écriture complète ce processus en prenant soin de décrire ces nouvelles pratiques pour les mettre à la portée de tous. Ce seuil offre également l'occasion d'un questionnement identitaire et professionnel, essentiel pour garder une identité de soignante, se reconnaître toujours soignante. Revenons sur quelques illustrations qui nous sont fournies par les soignantes :

Clémence :

« Le fait d'être plusieurs et d'y avoir réfléchi avant, d'avoir moins cette barrière ; moi, personnellement en tout cas, ça m'a permis aussi d'être capable de dire au chirurgien, d'être capable de dire des choses aux chirurgiens alors que je n'aurais peut-être pas osé de dire aux chirurgiens, j'aurais peut-être pas osé si on n'en n'avait pas parlé avant en réunion. Je me suis permise de dire des choses, surtout à la fin quand j'étais en chirurgie viscérale, que je n'aurais jamais fait autrement ; ça développe notre côté professionnel ».

Justine :

« Je pense que j'avais cheminé, donc faire cette formation, après les réunions du groupe de réflexion, c'est de là que je me suis dit : pourquoi je ferais pas le D.U. en soins palliatifs. J'en suis arrivée au D.U. et puis aujourd'hui voilà le parcours (...) J'ai été sensibilisée à faire le D.U. c'est mon analyse de pratique (...) Quand j'ai fait mon D.U., c'était pas évident pour moi de faire le D.U. et le lendemain d'aller dans le service. Pour moi l'année du D.U., c'était l'idéal, beaucoup de choses (...) et là ça, ça m'a, moi psychologiquement, ça m'a renflouée, redonnée un dynamisme ; moi, j'ai eu le facteur déclencheur des gens en fin de vie, de leur confort ».

Nina :

« Pour moi, ça a noué des relations infirmière-aide-soignante, ça a noué des rôles, c'est à dire une meilleure entente entre le rôle infirmier et le rôle aide-soignant, parce qu'en gros de façon imagée, de temps en temps on mettait les mains dans le caca et on dégrossissait une situation et une fois que ça c'était fait, ben on y voyait un petit peu plus clair et on savait mieux dans quel sens on allait. Alors, c'était pas avec tout le monde mais moi j'ai des bons souvenirs de relation de binôme de collègues où, comment dire... (silence prolongé) on n'avait pas besoin... d'être à faire le tour forcément côte à côte mais que au moment où l'une avait besoin de l'autre, ça fonctionnait ; et du coup ce sont ces échanges-là qui apportent de la rondeur après dans les organisations ».

Vicky :

« Moi après j'ai fait des formations au niveau du toucher, le fait d'avoir participé aux réunions ah oui ça m'a poussée ; le fait si tu veux justement bon... en parlant comme ça... je pense que le fait de soulager, d'ailleurs je sais pas si c'était une spécialité de ma part, je faisais beaucoup de massages bon, je rafraîchissais beaucoup les gens l'après-midi avec un gant etc... quand je pouvais je faisais des massages et les gens me le demandaient ; si tu veux après j'ai fait une formation avec ça, sur le toucher et même sur le non-dit, c'est à dire que même si tu ne parlais pas tu pouvais aussi mettre ta main pour apaiser etc... Ah si, si, moi au niveau du comportement, le groupe de réflexion m'a incitée à aller dans ce sens-là... Précisément ça rejoint le développement personnel, ben oui, moi je sais que au niveau massage j'ai essayé de le faire aussi sur mes enfants et dans ma famille quoi et développement personnel oui (...) Il (le groupe) m'a aidée à préciser mon rôle par le toucher et les massages, à toutes sortes de moment, la toilette etc... c'était souvent au niveau du dos, les jambes, tout ça, le fait de masser ça te permet de rentrer en relation de façon beaucoup plus intense avec le patient, pendant que tu fais ton massage soit tu parles, soit tu parles pas, le patient il est reposé, il se détend, il n'est plus contracté, ça permet si tu veux le respect de l'un vis à vis de l'autre ; j'ai fait aussi une formation complémentaire sur la réflexologie plantaire mais tu as des gens qui supportent moins bien parce qu'ils sont chatouilleux ; je l'ai faite mais c'est vrai que j'ai quasiment pas pratiqué en service, le manque de temps, je faisais beaucoup sur les massages mais ça non... alors que ce serait utile. Non mais c'était très

bien... je suis pour les médecines douces etc... Les médecins entre 2003 et 2008, ils étaient pas du tout dans ce contexte-là ».

Irène :

« Pour moi, ça été très formateur, complètement, ça été une vraie porte qui s'ouvrait par rapport aux expériences qu'on a pu vivre, voir les choses différemment ; même encore aujourd'hui je retrouve beaucoup de gens cancéreux à domicile, on passe par toutes ces phases du deuil qu'on avait étudiées (...) forcément tu n'abordes pas les choses de la même façon quand tu participes à des groupes comme ça, tu développes des choses (...) Je pense que ça a permis de développer l'écoute, l'empathie, euh... la gestuelle, par exemple t'as pas forcément besoin de dire grand chose, t'attrapes la main, tu t'assois à côté de la personne quand elle a envie de parler, pour montrer qu'on est à l'écoute ».

« Y a quand même quelque chose d'important, c'est qu'on a une meilleure connaissance entre professionnelles aussi dans ce genre de groupe, parce que quelques fois on travaille les unes avec les autres mais on n'a pas le temps forcément de développer des choses, on parle de la connaissance globale mais c'est un peu aussi la connaissance globale de nos collègues par rapport aux affinités qu'on peut avoir, par rapport aux centres d'intérêt, enfin on apprend... Cela m'a permis pour certaines de les voir sous un autre angle, tu vois, t'as des fois des gens qui te donnent une impression, t'es pas forcément à l'aise avec et puis après quand tu participes à des groupes comme ça tu te dis ah, tiens je l'avais pas perçu comme ça ou je pensais pas qu'elle aurait pensé ça ».

Géraldine :

« Les réunions ont contribué à ma vie professionnelle et à m'améliorer, c'est sûr ; à partir des choses qui ont été dites ou d'un livre on s'y réfère, je dirai pas à devenir meilleure mais à s'améliorer ; si ça n'avait pas existé, j'aurais peut-être pas exploité les formations qu'on avait eu sur l'accompagnement parce que j'aurais perdu le truc tout bête, l'attitude à avoir, s'asseoir sur le bord du lit, avant on ne le faisait pas, prendre la main on ne le faisait pas non plus, on n'osait pas, ah oui, la place du silence dont on avait parlé, un silence n'est pas gênant mais à entendre... Oui ça permet finalement de devenir une meilleure professionnelle, ça me revient, sur l'attitude à avoir, physique et du comportement, le contact,

c'est vrai que nous on n'apprenait pas ça à toucher les gens, là-dessus ça s'est développé après, je crois que c'est unetelle qui en faisait pas mal de massages, c'est important, des massages de confort, de bien-être, de toucher ; tu vois je reviens à ce que je disais tout à l'heure, le monsieur, il voulait pas la toilette parce qu'il était trop fatigué, on peut proposer un massage à la place, du dos ou du cuir chevelu ; sans ces réunions-là de rappel ou les comptes rendus, parce que je sais que je les lisais, il est vrai qu'on n'exploite pas toujours la formation : au fil du temps on oublie ».

Annie :

« Pour quel changement ? Alors de l'écoute surtout, la confiance pas encore je crois, la motivation sans doute (...) Je me suis améliorée sur de nouveaux soins, une relation différente, en abordant les choses différemment, en étant plus calme, autrement en n'insistant pas sur la maladie pour parler plus du malade, de sa famille. Oui, ça m'a apporté plein de choses sur le plan professionnel (...) Au niveau cognitif j'ai appris plein de choses parce que je ne connaissais pas trop les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur, ça m'a appris déjà où on pouvait aller chercher des renseignements, par exemple auprès de l'équipe mobile de soins palliatifs ; lire les comptes rendus déjà ça me donnait des connaissances : tiens, ils ont fait comme ça, tiens, comment ils l'ont ressenti par rapport à moi, moi je l'ai plutôt ressenti comme ça ».

Les comptes rendus participent à la fonction critique-régulatrice et prolongent la réflexion :

« Cela faisait rebondir, ça ne se perdait pas, des fois moi je reprenais, je me souviens que je les relisais pour voir ce qu'on avait dit des fois des cas, euh, on se remémorait ; même aux transmissions, je me rappelle quand on était du matin, à deux ou trois on en reparlait de nos réunions ; ça jouait un rôle sur l'équipe, surtout dans la continuité du soin, d'avoir été à plusieurs (...) être motivée par les lectures, les comptes rendus, moi je l'aurais pas forcément fait de moi-même (...) La motivation fait qu'on va aller chercher des choses (Clémence) ».

« Que toi tu fasses les comptes rendus, pour moi c'était indispensable et je m'en suis servie pour mon D.U. après parce qu'il y avait des choses qui faisaient que, ça oriente, c'était vraiment un compte rendu de ce qui se dit mais après, moi je m'en suis servie pour faire mon

mémoire, la patiente dont je parle dans mon mémoire on en avait discuté en réunion et donc le fait que tu aies fait les comptes rendus, moi je l'ai ressortie (...) Oui, les comptes rendus, c'était indispensable (Justine) ».

« Parce que quand je n'y étais pas, euh, j'avais le fil conducteur grâce aux comptes rendus (...) parce que ça montrait que c'était du sérieux ; je trouve que le compte rendu assurait la légitimité ; comme ça on était sous le secret professionnel comme quand on était en blouse blanche dans le couloir et du coup la légitimité... Si le groupe devait être remis en cause à un moment, il y avait une transparence... Qui fait que le groupe n'a jamais été attaqué mais comme c'était sérieux et qu'on savait ce qui s'y passait, personne n'a jamais, euh, voulu stopper ça, parce que il y a bien des médecins qu'auraient dit : stop ! Je ne suis pas d'accord, je ne veux pas, voilà, alors que ça n'est jamais arrivé, 5 ans c'est beau hein (Nina) ».

« Ces comptes rendus c'est des choses que je garderai sûrement très longtemps. Il se passe quelque chose à travers ces écrits et du coup moi ça m'a fait prendre conscience que les écrits sont très très importants, parce qu'on a beau avoir des transmissions orales, se dire les choses comme ça, le fait de les avoir écrits et de pouvoir retourner dedans, ça conforte des fois sur ce qu'on fait ou sur ce qu'on ne fait pas, ou ça peut nous réinterpeler parce que avec le temps, l'activité euh, on est tous un peu pris par différentes choses, et là simplement de se poser et puis de reprendre : ah, oui là tiens au jour d'aujourd'hui, ça c'est vrai que je pourrais peut-être le mettre en place ou je pourrais peut-être le réutiliser d'une autre façon (...) Moi j'écris beaucoup, j'ai trouvé que c'était super important parce que ça prouvait que derrière y avait un travail, il y avait quelque chose qui ressortait de ce groupe. Je pense que c'est pas par hasard que ça a duré cinq ans aussi parce que même si on n'était pas à la réunion on avait le compte rendu, donc on pouvait reprendre le cours des choses après ; à chaque fois que j'ai eu un compte rendu, je l'ai lu et je me retrouvais dans certaines choses, ça c'est clair, les comptes rendus reflétaient bien les propos des participants, c'était fidèle et donc c'était un travail admirable (Irène) ».

La fonction critique-régulatrice est particulièrement activée par la réalisation de comptes rendus qui mettent en évidence une écriture soignante. Les soignantes s'accordent pour dire que ces comptes rendus sont indispensables pour plusieurs raisons : informer de la réflexion engagée autour de sujets de réflexion bien identifiés, susciter des discussions en

dehors des réunions, inciter des soignants à participer au groupe. Géraldine ne peut pas assister à plus de deux séances, mais les comptes rendus lui ont permis de continuer à rester connectée aux travaux du groupe :

« A chaque fois j'avais les comptes rendus et j'en discutais avec deux aides-soignantes qui participaient aux réunions ; pourquoi participer ? Cela permettait, quand tu avais eu une phase difficile, un décès difficile ou même des questionnements, ça permettait d'écouter le ressenti des autres parce qu'on n'a pas forcément le même ressenti par rapport à une personne ; je trouvais que c'était intéressant et puis ça donne d'autres points de vue, d'autres idées, d'autres façons de travailler qu'on n'a pas forcément, je me rappelle qu'on apportait pas mal de choses importantes et toi tu pointais ce qui méritait d'être exploité chacun à sa façon, comme il pouvait (Géraldine) ».

« Les comptes rendus permettaient de rediscuter de situations avec des personnes qui y étaient, même si tu n'avais pas été à la réunion, parce que tu retrouvais une histoire ; moi j'aimais lire les comptes rendus, c'est vrai qu'on ne pouvait pas participer à toutes les réunions ; ça permet de lire en nous apportant quelque chose en plus ; moi je préfère l'écriture et tu prenais connaissance de situations qu'on n'avait pas vécues ; si on avait vu le patient, on revient, il n'est plus là, on savait ce qui s'était passé ; les comptes rendus avaient de l'importance, moi je les lisais tous (...) La participation aux échanges : tu as dit 2 participations mais moi je pense que les comptes rendus peuvent entrer dans la participation parce que je les lisais à chaque fois et que ça m'arrivait d'en rediscuter avec les anciennes (Annie) ».

13.6. Un lieu d'auto-formation.

Enfin, l'espace de parole aide la soignante à remplir cette fonction de remise en question qui l'éloigne de la routine et du rôle prescrit comme seul objectif. La capacité à faire face aux difficultés inhérentes au métier de soignante repose sur la volonté d'auto-formation de la soignante, le groupe ne pouvant à lui seul forcer cette décision personnelle d'avancer dans la voie de la professionnalisation. C'est à la fois inventer une voie d'apprentissage complémentaire des autres voies et affirmer une identité de professionnelle capable d'un certain niveau d'autonomie.

Nous sommes loin d'une attitude d'exécutantes qui consisterait à appliquer les réponses médicales sans tenter de les comprendre, non pas pour les contester systématiquement mais pour mieux les appliquer. « *Si on s'arrête au rôle prescrit, on n'avance pas, on a un rôle propre, complémentaire des autres, indispensable, il faut le développer, mal connu, à côté du rôle médical (Clémence)* ». L'infirmière et l'aide-soignante sont conscientes de ne plus être seulement les exécutantes d'une décision médicale à laquelle elles ne participent pas et qu'elles ne commentent pas, mais leur connaissance du malade, dont elles sont le porte-parole, leur permet d'accompagner la décision médicale dans le respect de leur rôle propre. « *On se débrouillait nous-mêmes, une analyse de la pratique interne, bien sûr ç'aurait pu être un échec ; je pense qu'il faut pas vraiment un formateur... Non, non, je pense que ça tient vraiment au groupe qui se forme, enfin aux intérêts, aux motivations de chacun, dans un service où tout le monde se connaît, je pense qu'il faut ça, avec des gens qui ont déjà de la bouteille, ça compte ça aussi (Clémence)* ».

« *Il faut pas qu'on soit seulement des exécutants de prescriptions médicales, sinon on serait seulement des robots, les gens demandent un peu plus quand même, les patients comme tes collègues ; c'est ce petit plus qui fait la différence avec une technicienne ; des professionnels croient que tu dois tout faire en 8 heures, que tu es exécutante, et que tu peux pas laisser un truc parce que tu as pris du temps avec un patient mais l'hôpital tourne sur 24 heures ; les patients ont besoin, même de cinq minutes pour une explication sinon on appellerait l'hôpital une entreprise, d'où danger : on n'appelle plus des patients mais des clients, je l'entends souvent ce mot-là et, par rapport à ta question, on pourrait devenir que des exécutants ; moi, en tout cas, je ne veux pas devenir que exécutante, voilà, je suis là en premier pour le patient, je fais mon travail et je prends le temps de discuter avec les patients ; il n'y a pas que faire la toilette, donner à manger, les recoucher, les lever, tout ça, il y a aussi de prendre le temps de discuter avec le patient, parfois de tout et de rien, cinq minutes, on peut parler de foot, comme de regarder les magazines ensemble, de discuter d'un article, de parler des enfants (Annie)* ». Cette aide-soignante pointe le fait que l'exclusivité accordée au critère technique est inadaptée aux métiers de l'humain. Cela le distingue des métiers industriels malgré un contexte où l'efficacité avant tout représente depuis longtemps une forte tentation.

N'est-ce pas la responsabilité paramédicale que de jouer son rôle propre axé sur la relation sans attendre qu'on l'y invite ? Pour cela, il est nécessaire que la soignante acquiert de l'expérience par un processus d'auto-formation, dépassant le cadre légal de la formation initiale et de la formation continue. *« Déjà il n'y a pas de formation adaptée, donc à l'intérieur du service, y a pas de formation pour ça, il faut la créer, ça n'existe pas ; l'analyse de pratiques, ça n'existe pas en formation ; être responsable, ne pas attendre que ça vienne, c'est pas histoire de dire, d'amener (Clémence) »*. Ce processus prend en même temps la forme d'une négociation identitaire entre une identité assignée et une identité visée. *« Qu'est-ce qu'on a envie de faire de notre profession ? (Clémence) »*.

« L'expérience, c'est la capacité... Réfléchir sur notre vécu, donc c'est plus... Que les connaissances. On peut apprendre tout le temps, il y a une diversité d'occasions, une diversité de lieux... où on peut apprendre des choses, et on est amené tout le temps à se mettre à jour, on se forme tout le temps finalement, sur le tas (...) Est-ce que ce groupe peut être considéré comme un groupe de formation continue ? Peut-on parler d'auto-formation ? Peut être pas une formation continue pour moi, c'est compliqué de dire formation continue ; ça remplace pas une formation continue, mais oui, oui, un exercice, une forme, par contre ça nous apportait autant parfois que si on avait fait une formation ailleurs, théorique, une formation continue, c'est plus théorique ; là oui c'était une façon d'apprendre différente, c'est vraiment notre pratique à nous, oui une suite à la formation continue, c'était pas prévu au départ. (...) Peut-on parler d'auto-formation ? Pour moi, oui, bien sûr (...) C'est vraiment quelque chose de personnel, après ça a été vraiment positif pour le service, ça a évolué grâce à ça dans le service, ça a été une auto-formation, une auto-formation de chacun pour le service, pour moi il y a eu des avancées parce qu'on était à plusieurs (...) Qu'est-ce qu'on a envie de faire de notre profession ? Si on a envie... d'être plus riche d'informations, plus riche euh... pour moi pouvoir donner plus aux autres, ça permet de les aider à vivre ces gens-là, pour moi c'est l'essentiel (...) pour moi, les patients étaient beaucoup mieux, ça apporte du mieux-être (Clémence) ».

« On n'apprend pas forcément avec, euh, deux jours de formation sur la communication, c'est un travail de plus longue haleine ; j'aurai plus parlé de culture d'équipe (...) J'ai fait plusieurs formations sur la communication et je trouve que ça m'a apporté des solutions à mes problèmes perso plus qu'à mes problèmes professionnels. C'est

pour ça que oui on apprend, on peut aller en formation, je ne dis pas que c'est pas utile, oui mais il y a aussi qu'est-ce que le service inculque comme valeurs et comme moyens de faire pour trancher dans une culture de service (...) je pense que ce retour sur l'expérience permet de devenir une meilleure professionnelle parce qu'il pose un moment où on stoppe le temps et permet de se demander pourquoi on fait, comment on le fait, est-ce que ça a du sens de le faire comme ça (...) Les choses changent, parce que nous changeons, les pratiques évoluent, et que on peut être compétent à un moment donné mais si on maintient pas à jour nos connaissances, c'est pas quelque chose d'acquis, donc oui il y a un fil conducteur de... tout au long de la carrière, à ne pas lâcher pour ne pas perdre en compétence (...) Je disais que mes premières formations elles m'ont été plus utiles à titre personnel mais que, à mes yeux, c'était de l'argent gagné à l'hôpital parce que si je me sens mieux dans ma vie, si je ne suis pas malade, si je suis épanouie, forcément quand je suis en blouse blanche dans ma situation d'infirmière, eh bien, je dégage quelque chose d'autre et je suis plus à l'écoute que si ma vie est remplie de problèmes que je pense insolubles quoi. Et du coup, envoyer quelqu'un en formation 2 jours pour ne pas apprendre quelque chose de pratico-pratique, ce n'est pas de l'argent perdu (...) Non, ce n'est pas grave, il faut avoir une vue à plus long terme (...) C'est un exercice de formation continue, ça permet de dérouiller les engrenages de raisonnement. Peux-t-on parler d'auto-formation, laquelle se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ? Oui, c'est de l'auto-formation... Et j'aime bien la fin : en vue de la recherche du sens de son action, et que ça, euh, il faut l'activer régulièrement la recherche du sens parce que surtout, quand tu arrives à un certain niveau d'expertise et que y a plus beaucoup de nouveautés, tu peux tourner en mode routine, routine, routine... Jusqu'à la retraite (Nina) ».

« Je pense que ça peut être considéré comme une formation continue parce que des fois tu apprends plus de choses dans ces réunions-là que dans les formations continues ; l'intérêt c'est de parler de choses qu'on vit et d'apprendre, oui, là-dessus, là c'était vraiment dans le cadre du service (...) Oh là, oui auto-formation, oui, c'est une formation appropriée au service (Vicky) ».

« Un exercice de formation continue oui, moi je pars du principe que c'était dans une continuité de quelque chose qui avait été initié par la formation de service, c'est un style de formation continue ... particulier. Auto-formation, je pense aussi parce que il faut que tu sois

volontaire, à la fois tu participes et tu reçois, il y a un échange où tu dois t'impliquer puisque on te l'impose pas donc responsabilité, tu y vas de ton plein gré, sujet c'est pas de la parade, tu t'impliques, tu peux ne pas le faire, c'est ton propre choix ; le sens, oui, dans la mesure où il n'est pas donné, on l'a dit, ça suppose de le chercher : y a ce qu'on attend et ce qui est possible (Irène) ».

« Oui, ça peut être considéré comme un exercice de formation continue, comme on a eu la formation ça permet d'exercer les connaissances qu'on a apprises, de pouvoir les mettre en pratique, de les exercer ; c'est une auto-formation aussi parce que tu t'auto-formes avec ton acquis mais surtout l'acquis des autres parce que autrement on est auto-satisfait, auto-formé aussi avec les lectures qu'on pouvait faire soi-même, nos propres recherches (...) Des fois nous on en reparle de ces réunions, au moins de refaire une petite mise à plat entre nous, pour un problème par exemple quand les gens sont en fin de vie : dernièrement on a eu le cas d'une dame qui nous a dit : « faites-moi donc la dernière piqûre » ; tu vois aussi on a eu le cas au sujet de la personne de confiance mais pour moi c'est des lacunes (Géraldine) ».

« Pour moi, oui, c'est un moment de formation continue, à partir d'une auto-formation parce que on était libre de venir ou pas comme de lire ou pas les comptes rendus ; en même temps le sens de ce qu'on fait : si une patiente ne veut pas manger, pourquoi je lui donnerais ? Surtout qu'aujourd'hui le patient a le droit de dire non : par exemple pour les toilettes, le patient dit non, bah, c'est pas grave, on la fait pas c'est pas mortel, on reporte ; au niveau alimentaire, si la patiente ne veut pas manger parce qu'elle n'a pas faim, il faut d'abord chercher à savoir pourquoi, elle a peut-être la nausée, et puis proposer plus tard, c'est à dire rester dans l'objectif médical de donner à manger mais ça peut être plus tard ou en donnant par exemple plus de dessert, un menu différent, alors que le médecin peut vouloir la faire manger tout de suite (Annie) ».

Toutes les soignantes sont d'accord pour dire que cet espace de parole participe au processus d'auto-formation, c'est à dire qu'il produit un effet de professionnalisation chez ces sept soignantes. Le rôle relationnel se trouve enrichi par des actrices qui ont développé leur pouvoir d'agir. Wittorski (2005, p. 27-28) établit une distinction sur les effets recherchés et produits par la professionnalisation : professionnalisation des activités, professionnalisation des acteurs, professionnalisation des organisations. La professionnalisation des actrices désigne tout ce travail de réflexivité qui aboutit à la fois à la transmission de savoirs et de

compétences, et à la construction d'une identité de professionnel ; la professionnalisation participe à la construction d'une identité professionnelle, non pas d'un individu qui agirait isolément, mais d'un individu appartenant à un groupe professionnel porteur d'une culture (ibid.). Nous pouvons parler essentiellement de professionnalisation des actrices du groupe de réflexion, même si cela rejaillit sur la professionnalisation des activités.

L'auto-formation ne signifie pas se former toute seule. L'auto-formation repose sur les expériences de la soignante à partir de situations différentes et de rencontres. C'est la réflexion qui va permettre que cette formation soit bénéfique, que le vécu devienne expérience. L'individu doit alors accepter de se former par lui-même, son « soi ». Mais pas « soi » tout seul, c'est « soi » avec les autres (hétéro-formation) et « soi » avec son milieu (éco-formation). La personne est alors considérée comme le sujet de son rapport au milieu. L'auto-formation est une vision existentielle de la formation dans un système ouvert qui est en perpétuelle possibilité de formation, en échange permanent avec son environnement. La formation est alors perçue comme un processus vital et permanent de mise en forme par interaction entre soi (auto), les autres (hétéro) et le monde (éco). C'est la combinaison entre l'hétéro et l'éco qui va générer de l'auto-formation et donc la construction de la culture personnelle (Pineau, 1985). Que se passe-t-il dans ce groupe de réflexion ? Créer du lien entre la soignante, son activité réelle et son milieu. Le but de l'auto-formation pratiquée dans le groupe de réflexion n'est pas de constituer un clivage avec l'hétéro et l'éco-formation mais d'envisager un apprentissage conjoint.

La fonction réflexive offre l'occasion d'un questionnement identitaire : qu'est-ce que je fais dans telle situation et comment font mes collègues ? Qu'est-ce que je peux faire de plus pour que ce soit mieux ? Quelle infirmière et quelle aide-soignante est-ce que je veux être ? Comment devenir une meilleure professionnelle ? En s'appuyant sur quelles compétences acquises et/ou à acquérir ? Quelle place ont les autres dans mon activité ? En quoi la collaboration infirmière-médecin est-elle riche ? Comment l'institution peut-elle contribuer à prendre soin des soignantes ? Quels sont les liens entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle ? En refusant de se conformer à l'existant, ce groupe a pu participer à un remodelage identitaire. Pour Wittorski (2007, p. 153),

« ce que l'on nomme socialement identité caractérise (...) le « jeu » (au sens stratégique et dynamique du terme) existant entre, d'une part, les affects et les

représentations du sujet portant sur sa place et celle de sa représentation dans l'environnement (places passées, actuelles et à venir), et, d'autre part, la reconnaissance sociale du sujet par son environnement ».

Kaddouri (2002. p. 42) considère l'identité comme une totalité composée de différentes dimensions : professionnelle, sociale, familiale, formative. Si le sujet se trouve dans une situation professionnelle, il mobilisera principalement l'identité professionnelle. Toutefois, le sujet ne peut pas exclure de lui-même les autres dimensions. « *Les cloisonnements identitaires que le sujet tente d'établir pour se protéger ne pourront pas résister à la forte puissance de décloisonnement qu'opère l'atteinte généralisée du fondement de son identité* » (ibid., p. 42). C'est pourquoi l'auteur émet l'hypothèse d'une pluralité de projets inscrits dans un projet global. Le même sujet peut être porteur de plusieurs projets à la fois qui s'alimentent les uns les autres. Le problème est celui de la gestion de leur cohérence pour assurer la stabilité du sujet. Comment rester soi malgré des tensions et des conflits plus ou moins supportables par le sujet ? Comment conjuguer vie personnelle et vie professionnelle difficile ? Comment ne pas être submergé par des situations personnelles douloureuses dans des situations professionnelles ? Nous avons constaté que les soignantes présentaient deux attitudes opposées : ou bien elles considéraient que vie professionnelle et vie privée étaient liées, en estimant que la richesse retirée de l'exercice du métier apportait un enrichissement personnel, toutes les situations de la vie quotidienne participant à un processus d'auto-formation ; ou bien elles traçaient une séparation nette entre les deux, en constatant les dangers d'une implication trop personnelle. Quoiqu'il en soit, devant la difficulté de soigner, le groupe apporte sa fonction de soutien, de réflexion, de reconnaissance des affects et de leur mise à distance, d'apprentissage de nouvelles pratiques.

« Saisi par ces tensions, le sujet est amené à hiérarchiser ses composantes identitaires, de façon intentionnelle, subie ou inconsciente, en fonction de l'intensité des enjeux que ces tensions réactualisent en lui. Il pourra, selon les cas, compartimenter ces dimensions identitaires en évitant leur expression dans les mêmes espaces. Ce qui le conduit à esquiver les situations d'interaction qui convoquent et réactualisent ses composantes identitaires incompatibles (...) Il pourra, également, renoncer à l'une ou l'autre dimension identitaire pour s'harmoniser avec la situation d'interaction qui l'oblige à effectuer un choix

exclusif (...) Il s'agit d'une quête identitaire continuelle, jamais achevée y compris pour les sujets qui ont la conviction ou plutôt l'illusion d'une plénitude identitaire » (Kaddouri, p. 44).

La compétence professionnelle est assujettie à un phénomène de transaction identitaire facilité par la participation au groupe. L'objectif du « projet d'être » est de faire émerger ces aspirations identitaires qui ne peuvent se mesurer que sur du long terme : les sept soignantes ont développé une identité professionnelle forte de façon à dépasser des tensions paralysantes qui pourraient les amener à ne rien changer.

Le projet d'être une infirmière tournée vers les soins palliatifs incite Clémence à changer de service pour trouver un lieu plus propice à l'expression de son projet professionnel.

Justine obtient un diplôme universitaire en soins palliatifs avant de rejoindre une unité fixe de soins palliatifs qui sera plus compatible avec sa vision globale du soin.

Nina adopte deux attitudes diamétralement différentes suivant qu'elle se trouve sur son lieu de travail ou qu'elle participe au groupe de réflexion avec l'intérêt de ce qui lui apparaît, avec ses yeux de cadre, comme une innovation.

Vicky oscille entre les impératifs techniques auxquels elle ne peut échapper et son souci de garder l'essence de sa profession ; elle s'appuie sur son domaine de compétence pour développer grâce à des formations ses capacités en toucher-massage et en réflexologie plantaire.

Pour Irène, l'espace de parole aide la soignante à remplir cette fonction de remise en question qui l'éloigne de la routine. C'est un lieu où le soignant se permet de dire plus facilement ce qu'il aurait du mal à dire dans le service, mais cette liberté de parole ne vient pas du jour au lendemain.

Géraldine nous dit que la réussite de ce groupe aura été de permettre aux soignants d'avoir la parole. Le souvenir de ces réunions reste présent et lui sert de repère pour le futur afin d'aborder des questions éthiques qui se sont posées hier comme elles se posent aujourd'hui.

Selon Annie, la soignante n'est pas seulement la technicienne d'un hôpital devenu une entreprise qui aurait perdu sa particularité de lieu de parole.

Cet espace de réflexion s'avère motivant, rassurant, certes fragile, mais original parce qu'il s'agit d'une façon différente d'apprendre sur les plans affectifs et cognitifs, positif en

faisant évoluer les façons de penser et de faire, constructif en interrogeant l'identité professionnelle de chaque soignante, professionnalisant en permettant que chaque soignante souligne qu'elle est devenue une professionnelle plus autonome. Le métier d'infirmière et d'aide-soignante n'en sort pas changé : chaque participante a seulement affirmé qu'elle avait changé de regard sur sa fonction.

13.7. La fin d'une expérience.

« Pourquoi ça n'a pas continué ? Parce qu'il y avait personne derrière toi (...) Les réussites, la participation, le fait que ça dure ; les insuffisances, ça n'a pas été au-delà d'un groupe pour toucher toute l'équipe, y aurait pu avoir plus de soignants, des cadres d'unité, des médecins ; je crois aussi que l'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas continué et ça fait que y a plein d'acteurs qui ne sont pas venus ; le déménagement a tout bouleversé (Annie) ».

La place de l'animateur, qui m'est attribuée, mérite d'être précisée.

« L'organisateur était régulier dans l'échéancier des rendez-vous, si tu n'avais pas été là ça n'aurait pas perduré aussi longtemps mais le fil conducteur donnait un rythme, ça faisait que ça a duré, donc la constance du coordonateur (Nina) ».

« Ce lieu était bien c'est que c'était un lieu de partage (...) avec un animateur. Toi tu jouais pas un peu ce rôle-là de recadrer, de ramener le débat à l'essentiel, en évitant de se disperser (Géraldine) ? ».

« Il y avait quelqu'un qui gérait, quelqu'un qui a proposé ce groupe, les réunions et puis des participants qui sont toujours venus, c'est grâce à ça finalement (...) C'est toi, parce que tu l'aurais pas fait ça n'aurait pas existé ou ça ce serait vite arrêté ; alors je crois aussi qu'il y avait des personnes qui étaient intéressées par une orientation sur les soins palliatifs, la douleur, y avait des gens qui participaient parce qu'ils avaient un projet (...) mais y aurait eu personne pour organiser, ça n'aurait pas marché (Annie) ».

Si ce groupe a pu exister, nous l'avons dit, c'est bien parce qu'il existait des conditions favorables : nous ajouterons à côté d'un animateur qui joue un rôle de coordinateur et de modérateur, la constitution tout aussi indispensable d'un petit noyau de soignants particulièrement intéressés par l'entrée dans cette démarche novatrice, relevant de « l'innovation ordinaire » (Alter, 2013).

La réunion du groupe de « réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en chirurgie viscérale », prévue début juin 2009, avait été annulée et provisoirement reportée en septembre-octobre 2009. Cette rencontre prévoyait notamment la présentation par Justine de son mémoire de fin d'étude, réalisé dans le cadre d'un diplôme universitaire en soins palliatifs achevé en avril 2009 ; c'était aussi l'occasion de recevoir deux nouveaux participants : un anesthésiste réanimateur du service de chirurgie viscérale, intéressé par nos travaux, et une directrice de soins qui avait formulé son désir d'assister à une réunion. Ces invités répondaient à l'objectif du groupe de travailler dans une équipe la plus large possible. Pourquoi donc cette opportunité inattendue après plusieurs d'années et porteuse d'espoir pour la suite a-t-elle échoué ?

En effet, pour la première fois depuis plus de cinq ans, il n'y aura donc pas de réunion. Une infirmière et une aide-soignante avaient effectué un petit sondage auprès de leurs collègues pour tester la faisabilité d'une réunion. Depuis le déménagement du service de chirurgie viscérale, le moral des soignantes n'était pas au beau fixe : avoir troqué des unités flambant neuves contre une réduction des effectifs créait de nouvelles conditions de travail jugées, pour l'instant, peu propices par les soignantes à la poursuite de ce travail de réflexion. La motivation des soignantes se trouvait fortement entamée et elles se disaient perplexes sur la qualité de leur mission. Ce déménagement marquait un tournant dans la vie du service et probablement aussi un tournant dans la vie de ce groupe. On ne peut pas non plus, pour expliquer cette évolution, écarter l'usure naturelle d'un tel partenariat : il était inévitable que pareille issue survienne à un moment ou à un autre, pour renaître peut-être sous une autre forme.

Cette explication ne peut être que partielle et donc insuffisante pour expliquer la fin d'une expérience de cinq ans car le groupe était facilement transposable dans le nouveau service. Le groupe apporte un nouvel espace de formation, qualifié d'innovant, en lien avec les besoins des acteurs : constituer un collectif qui parle d'éthique du soin. Cette fonction pallie une offre de formation institutionnelle axée parfois sur l'aspect pratico-pratique.

« J'ai travaillé l'innovation et on y est pile poil ; quand on était en chirurgie digestive, on était pile poil dans l'innovation, c'est à dire qu'on était vraiment à côté de ce qui se faisait (Nina) ». La cadre qu'est aujourd'hui Nina estime aussi que le défaut de relais institutionnel est « un gâchis » : « il y avait quelque chose qui fonctionnait bien sur la durée, qui apportait

quelque chose et qu'a pas été valorisé comme il aurait pu l'être, et faire partie du projet de la chirurgie en le prenant comme part active à tout le travail collaboratif de l'ASH au chirurgien ». Nina nous fournit une explication importante en parlant d'innovation ; certes, ce groupe était innovant mais sans devenir pour autant une innovation dont le caractère est d'être durable. Norbert Alter s'est particulièrement penché sur cette question dans son ouvrage intitulé « *L'innovation ordinaire* » (2013). Je lui emprunterai l'ensemble de sa réflexion sur l'innovation, qui me paraît correspondre à la situation du « groupe de réflexion en chirurgie viscérale ».

Selon Alter, dans les entreprises, la problématique de l'innovation a remplacé celle de l'organisation : ce qui caractérise l'activité professionnelle est dorénavant bien plus la capacité à trouver des solutions novatrices aux problèmes qu'à appliquer des règles. Et si l'on parvient aujourd'hui à innover autant, c'est mille fois plus grâce à une constellation de petites initiatives que grâce à des décisions prises par des élites. L'innovation dans les organisations est toujours un apprentissage collectif dans lequel personne ne peut savoir à l'avance s'il a ou non raison. L'innovation est toujours un processus : il permet de transformer une invention, qu'elle concerne une technique, un produit ou une conception des rapports sociaux, en de nouvelles pratiques.

Toute découverte ne se transforme pas toujours en innovation. L'innovation n'a rien d'une réaction rationnelle, elle correspond au contraire à une trajectoire mouvementée, dans laquelle se rencontrent intérêts, croyances et comportements passionnels. Le processus de développement de l'innovation fait toujours l'objet de séquences. Dans un premier temps, le passage de la routine au risque est le fait de quelques individus marginaux ; ceci nous rappelle l'origine du « groupe de réflexion en chirurgie viscérale ». Dans un deuxième temps, des individus reproduisent et aménagent les innovations ; ce deuxième palier a été franchi par les réalisations du groupe. Cette phase est caractérisée par sa violence car elle bouleverse les équilibres. Dans un troisième temps, la situation se stabilise par la définition progressive de nouvelles règles du jeu ; le groupe dont nous parlons n'a pas fait l'objet d'un enracinement au-delà de cinq ans dans le service.

L'innovation se trouve en conflit avec l'ordre établi. Toutefois, dit Alter, les acteurs de l'innovation savent composer avec les institutions établies. La mise en œuvre d'une nouveauté passe toujours par l'action de pionniers qui détruisent les conventions établies mais

s'attachent à en construire de nouvelles. Qu'est-ce qui mobilise l'action de ces innovateurs ? L'analyse de l'innovation amène à dissocier les résultats qu'elle obtient, qui sont de type professionnel, des raisons pour lesquels les individus y souscrivent qui sont de type social, affectif ou symbolique : les méthodes mises en œuvre ne sont pas directement soumises à des principes rationnels mais plus largement associées à l'intuition, à la conception du bien ou de la reconnaissance. Cette perspective permet de comprendre pourquoi l'innovation est finalement réalisable : elle n'obéit pas uniquement aux contraintes des actions logiques mais contient une bonne part de croyances, de « pensée magique ». Le groupe de réflexion ne répondait pas aux attentes de la culture d'équipe et son apparition relevait en quelque sorte de la « magie ». Aucun critère établi à priori ne permet de prévoir l'issue d'une innovation.

Le paradoxe de l'innovation, selon Alter, passe par la réalisation d'une activité collective, quotidienne et banale, qui consiste à intégrer, au jour le jour, des capacités d'innovation. Cette conception de l'innovation est relativement différente de l'innovation classique issue des services de recherche. Les processus d'innovation ne peuvent, dans leur ensemble, être compris sans ouvrir le spectre de l'analyse aux acteurs du quotidien. Un certain nombre d'innovations ont eu pour origine une idée proposée par un travailleur manuel, au contact des difficultés quotidiennes de la production. L'analyse de l'innovation consiste à considérer qu'une invention représente une incertitude pour le corps social, la question étant de savoir comment celui-ci en tire parti ou pas. La plupart des observateurs du monde du travail acceptent l'idée d'un décalage entre le travail prescrit et le travail réel. Grâce au travail réel, il existe une part d'auto-organisation, d'organisation informelle, de régulations clandestines qui permettent de faire mieux son travail qu'en appliquant les règles de la prescription. Les dirigeants n'auraient qu'à tirer parti de ce bien précieux pour en tirer bénéfice. Ce n'est pourtant pas ce qui se passe. Comment expliquer cette situation ? Ce sont les normes du management qui fondent ce type de démarche en intervenant de trois manières distinctes : la première est qu'un décideur doit décider ; la seconde dit qu'une décision commence toujours par le sommet de l'entreprise ; la troisième affirme qu'un directeur n'est pas convaincu du bien-fondé d'une démarche consistant à partir des pratiques des opérateurs.

Il faut donc, poursuit Alter, que le processus d'innovation puisse se défaire des normes de comportement et des systèmes de représentations dominants pour devenir un processus créateur et collectif. Les décisions prises par les directions des entreprises sont des inventions

et non des innovations. Elles supposent d'être intégrées dans le tissu social. Ce qui compte n'est aucunement la qualité intrinsèque de l'invention initiale. Le passage de l'invention à l'innovation suppose aussi l'existence de découvertes intermédiaires, qui se traduisent par des usages imprévus. La déviance des opérateurs qui s'approprient une invention contribuent au bon fonctionnement de l'organisation puisqu'elle débouche sur une institutionnalisation de ces pratiques. Il existe de ce point de vue une coopération entre les forces de l'ordre et celles de sa transformation. Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale, totalement imprévu, a ainsi toujours recherché à s'intégrer dans son milieu. Ce sont les directions qui finalement décident, mais seulement finalement, du sort à affecter au processus. Cependant, elles ne dirigent pas sans les autres.

L'innovation se heurte toujours à l'organisation et l'innovateur prend donc des risques, ceux de la sanction par l'ordre établi. Il transgresse les règles pour parvenir à travailler autrement et, de son point de vue, mieux. Un processus d'innovation ne passe pas par la négociation mais ne peut pas non plus être réduit à un conflit : le comportement innovateur consiste à accepter le but prescrit par la société, mais pas les règles sociales permettant de l'atteindre. Nous rencontrons ici ce que nous avons décrit sous les termes de « projet d'être et projet d'avoir ».

L'innovation est le résultat de la réflexivité car c'est la réflexivité qui permet de trouver sens et de partager ce sens avec les autres. Alter fait une distinction entre réflexion et réflexivité. La réflexion ne fait que refléter la réalité. La réflexivité correspond à l'idée de retour de la pensée sur elle-même, elle est une réflexion sur la pensée, elle peut mettre en doute la réflexion. Ces deux significations doivent être utilisées simultanément pour comprendre un processus d'innovation. La réflexion ne permet pas de se mettre à la distance nécessaire pour comprendre les pratiques. Ce qui permet la création de cette distance, et par conséquent l'intégration de pratiques novatrices, c'est le retour réflexif sur les pratiques permettant la remise en cause des représentations établies. Le problème, c'est que cette réflexivité n'est jamais donnée, ni jamais définitivement acquise. Elle est toujours partielle et équivoque. Elle n'embrasse jamais l'ensemble des expériences de la pratique. Il existe des espaces qui n'apprennent pas à la même vitesse. La transformation des entreprises se traduit donc par leur caractère ambigu. La création apparaît alors comme un espoir, ou une finalité, mais rarement comme une situation établie. L'ensemble apparaît finalement comme une sorte

de désordre généralisé. Il reste à se demander ce qui permet aux acteurs de tenir et aux organisations de fonctionner.

Toujours selon Alter, les politiques des entreprises sont incapables de définir des procédures stables et efficaces. La capacité à régler les questions concrètes du travail devient alors largement le fait des opérateurs. Ce qui fait la compétence ne peut ainsi se réduire à la détention d'un savoir. Ce qui fait la compétence, c'est l'incertitude, c'est à dire le fait, pour un acteur, de disposer de connaissances lui permettant de traiter de manière efficace une situation de travail incertaine. Y accéder suppose de pouvoir échanger avec les collègues des savoirs, des relations d'entraide, parce que cette compétence est collective. La compétence repose sur l'existence de réseaux avec leur propre conception de l'efficacité qui n'est pas toujours semblable à celle des directions. Les réseaux fonctionnent comme des bourses d'échange de savoirs et d'alliances s'apparentant largement au don contre don tel que le définit Mauss (1991) : on donne, on reçoit et on rend pour créer un lien spirituel. La coopération entre collègues apparaît ainsi comme le résultat d'un échange social investi de relations affectives, chaleureuses, et même généreuses. Mais cet échange est aussi instrumental et utilitaire : il y existe des strates qui permettent à certains de tirer un bon parti de ce type de relation, et à d'autres de ne jamais y trouver une place. Chacun tend à tirer un parti avantageux de l'échange mais cette tendance, qui met les individus en concurrence, préserve malgré tout leur relation de coopération.

L'innovation est une création des acteurs. Cette création est tellement douloureuse qu'elle finit souvent par les lasser. L'action s'en trouve remise en cause. L'action suppose, en effet, la mise en œuvre d'un effort. Et ce effort représente un investissement en travail souvent considérable et tellement lourd qu'il peut amener le sujet à vivre une situation critique. C'est précisément ce que produit la participation aux processus d'innovation. Comment alors les entreprises peuvent-elles assurer la permanence de leurs capacités d'innovation si leurs salariés décident de ne plus investir ?

Ce qui assure la permanence du mouvement d'innovation repose sur la réflexivité des individus par rapport à leurs pratiques. Ils choisissent ainsi parfois de s'engager dans l'action, d'autres fois de défendre les organisations établies. Ils n'arrêtent pas d'investir, ils investissent avec plus ou moins de précaution. La réflexivité amène ainsi l'acteur à pouvoir arbitrer, sans être pour autant maître de situations contraignantes et sensibles. On retrouve, nous dit Alter, la

conception de « l'expérience sociale » telle que la définit Dubet dans « *la sociologie de l'expérience* » (1994). Selon Dubet, le sujet dispose bien d'une capacité réflexive qui est dissociée des capacités de compréhension et d'action de la société globale ; ce qui donne sens n'est pas la société, mais la réflexivité subjective. Ces idées consistent à concevoir deux types de capacités réflexives, qui n'évoluent pas au même rythme : celles des institutions et celles des sujets. L'innovation pose la question de la capacité à vivre collectivement : cela suppose que les acteurs disposent de suffisamment d'influence, de pouvoir d'agir et de capacité critique pour le faire. Et ça n'est pas toujours le cas conclut Alter.

Ce long emprunt à la pensée d'Alter (2013) peut nous aider dans la compréhension de l'expérience que nous avons relatée. L'existence du groupe de réflexion en chirurgie viscérale présente de nombreuses analogies avec la description de l'innovation ordinaire, telle qu'elle vient d'être présentée par Norbert Alter. L'auteur restitue la place non négligeable des petites initiatives, nées dans l'esprit des opérateurs, dans le processus des innovations ; ce qui n'est pas sans rappeler « *Les arts de faire* » de Michel de Certeau (1990). L'innovation naît d'un décalage, entre le travail prescrit et le travail réel, ressenti par les travailleurs eux-mêmes ; ces derniers imaginent des régulations plus ou moins clandestines qui se heurtent à la défiance de l'institution ; ces régulations, quelque peu risquées, présentent un caractère d'émancipation.

Je découvre non sans intérêt que Norbert Alter introduit la notion de réflexivité comme moteur du changement chez l'individu. La réflexivité se révèle très inégale à l'intérieur d'un ensemble de personnes ; et la création devient une finalité à atteindre au milieu du conflit latent avec l'ordre établi, comme l'affirme Nina : « *A mon mémoire professionnel d'école des cadres j'ai travaillé l'innovation et on y est pile poil ; quand on était en chirurgie digestive, on était pile poil dans l'innovation, c'est à dire qu'on était vraiment à côté de ce qui se faisait : tout le monde sait ce qui se passe, mais personne ne dit rien et on observe et on voit (...) OK, on sait que vous le faites, faites-le, on vous observe, voilà c'est ça et on a bien fonctionné pour ça (12)* ».

Néanmoins, l'innovation repose sur la capacité des acteurs à s'engager dans l'action visant à transformer leur ordinaire. Peut-on dire que le groupe de réflexion, dont nous avons parlé, représente une innovation ? Oui, si l'on s'en tient aux explications d'Alter devant l'existence de ce groupe qui permet d'échanger entre collègues ; et non, puisque l'institution est restée à l'écart de cette initiative et ne l'a pas inscrite dans son mode de fonctionnement.

« Au niveau de l'institution, je pense qu'on peut le dire, on ne donne pas les moyens pour; l'analyse de pratiques c'est bien beau oui, mais on ne donne pas les moyens pour faire ça, il faut être efficace à 100% au niveau du taf mais t'as pas le droit de te poser (76) (Justine) ».

Nous parlerons donc d'une invention qui n'a pas accédé au stade de l'innovation à cause de son caractère non permanent. Ce qui compte finalement, ce n'est pas ce débat sémantique mais la démarche innovante menée par des soignantes en recherche de l'expression de leur réflexivité et des traces qui persistent.

« Aujourd'hui faire ça, sans se saisir de quelque chose qui existe, au niveau communication ce serait la ruine, alors j'ai envie de dire : c'était la même chose à l'époque, sauf que j'avais pas mon regard de cadre (...) Le relais institutionnel n'était pas le premier objectif du groupe... Il y avait quelque chose qui fonctionnait bien sur la durée, qui apportait quelque chose et qu'a pas été valorisé comme il aurait pu l'être, et faire partie du projet de la chirurgie en le prenant comme part active à tout le travail collaboratif de l'ASH (agent des services hospitaliers) au chirurgien (64) (Nina) ».

Ce qui compte aussi, c'est d'être en mesure de tourner la page. C'est pourquoi, quand une expérience se termine, celle du groupe de réflexion, une autre peut potentiellement commencer. Cette mutation s'est présentée par la demande du nouveau cadre supérieur d'effectuer une série d'exposés-débats (4 fois 2 heures) sur les soins palliatifs, à partir d'octobre 2009, à l'intention de tous les soignants du pôle hépato-uro-digestif. Cette demande exprimait la reconnaissance d'une place pour la réflexivité des soignants. Espérons que ces communications, qui visent à susciter le débat, provoqueront de nouvelles initiatives et susciteront des apprentissages tant individuels que collectifs à l'image de ceux que nous avons identifiés dans cette recherche doctorale.

Pour résumer cette cinquième partie, les postures de réflexivité définies par Jorro (2005) nous ont permis de qualifier la réflexivité des sept soignantes. Un mouvement se dessine en elles pour entrer dans une posture de questionnement qui prépare ou enclenche la fonction critique-régulatrice. La réflexion en groupe a permis ces avancées. A travers des parcours différents, les sept soignantes arrivent à des conclusions semblables sur la nécessité d'un lieu ouvert à l'expression des vécus et à l'apprentissage de nouveaux savoirs. Les soignantes nous disent que plusieurs facteurs concourent à la vie d'un tel espace de parole. Un processus d'auto-évaluation positif inscrit chaque membre dans un climat apaisant, rassurant, qui favorise la communication. Le groupe reconstruit un travail d'équipe en permettant de parler ensemble des vécus professionnels et d'effectuer un travail de décryptage source de formation. Ce travail d'équipe ne fait pas l'unanimité et ce lieu reste donc fragile. Ces tensions sont, toutefois, nécessaires pour que le sujet construise sa propre identité. Quelle infirmière et quelle aide-soignante est-ce que je veux être ? L'identité est un processus de gestion d'écarts et non un état stable. Le questionnement permet à chaque participante à la réflexion collective de s'affranchir des règles pour développer un style. La soignante est alors en capacité de mettre en œuvre des stratégies régulatrices témoignant de son pouvoir d'agir et d'innover quotidiennement dans son travail. Finalement, l'espace de parole aide la soignante à remplir cette fonction de remise en question qui l'éloigne de la routine et du rôle prescrit comme seul objectif ; la fin de cette expérience peut alors être le début d'une autre expérience.

14. Les enseignements de la recherche.

Nous avons vu que la méthode de la pratique réflexive entraîne l'actrice sur un chemin par lequel la praticienne instaure une distance critique avec l'action en se regardant agir. C'est précisément, parce que cette voie répond à un besoin ressenti par des soignantes de terrain de chirurgie viscérale de s'exprimer sur leur vécu, que ces professionnelles, infirmières et aides-soignantes, se sont engagées dans un espace de réflexion collective, par des chemins qui leur appartiennent. Le propre de leur démarche éthique est de dépasser les réactions purement affectives pour entrer, grâce à une parole libre, dans un processus commun de raisonnement, de propositions et de changement. Le discours des actrices a rencontré celui de l'institution, de la hiérarchie en place, du fonctionnement d'une équipe : l'environnement s'est montré sur la défensive. Mais le déclenchement de la professionnalisation repose sur la motivation des soignantes s'exprimant sur leur vécu professionnel sans attendre une quelconque autorisation.

Le premier enseignement de la recherche a été de montrer qu'une telle démarche était non seulement pertinente mais qu'elle était réalisable alors que le contexte semblait ne pas s'y prêter. Ceci est d'autant plus étonnant que la pratique réflexive est enseignée aux futures soignantes (Balas-Chanel, 2013) mais il faut reconnaître que sa mise en application dans le contexte du soin a du mal à se mettre en place (Vigil-Ripoche, 2006). Ces études font cas de la pratique réflexive auprès d'étudiants en soins ; son transfert sur le terrain du soin reste problématique. Les liens de subordination qui unissent les paramédicaux et les médicaux, les paramédicaux entre eux, aboutissent à un manque de confiance en leur capacité de création pour de nombreuses soignantes, infirmières et aides-soignantes. Il devient alors intéressant de présenter une expérience avec tout ce qu'elle comporte comme problèmes, réussites, aussi bien au niveau individuel qu'au niveau collectif.

L'existence d'un groupe de réflexion reconsidère les possibilités d'apprentissage, c'est à dire le rapport de chacune au savoir, délivré dans et par le travail. Les professionnelles interrogées se sont engagées à prendre l'initiative du développement de leurs compétences dans un processus d'auto-formation. La formation débutée en octobre 2003 a montré le chemin à quelques soignantes : donner l'image d'une praticienne désireuse de réfléchir sur sa pratique, et non pas seulement exécutante, capable de questionner et de formaliser son expérience dans un souci de professionnalisation. Le groupe de réflexion défend le point de

vue d'un apprentissage construit en grande partie par la soignante elle-même et non comme le fruit unique d'un enseignement imposé de l'extérieur. L'apprenante ne se contente pas d'apprendre ce qui lui est demandé, de façon informelle elle va au-delà en effectuant ses propres choix, en acceptant toutes les opportunités.

Le deuxième enseignement de cette recherche rappelle qu'il faut penser la formation à partir du sujet et de ses problèmes autant que des injonctions de l'organisation. La recherche a permis de montrer que ce qui a fortement marqué les participantes au groupe de réflexion c'est de pouvoir parler de leur vécu quotidien et d'en faire un objet d'intérêt. C'est pourquoi nous avons voulu suivre les chemins de la clinique dialogique. « *Il s'agit à la base d'une forme d'écoute attentive impliquée et impliquante qui vise à la formation d'un savoir nouveau à la faveur d'une relation dialoguante et questionnante entre deux ou plusieurs personnes* » (Lani-Bayle, 2007, p. 18). Cette démarche a d'abord été pratiquée dans l'ignorance car aucun participant au groupe ne la connaissait ; ma tâche, en revenant sur cette expérience aura été de donner à cette expérience un nom, la clinique dialogique, et un endroit où exister, les sciences de l'éducation. « *Ce sont les mots qui existent, ce qui n'a pas de nom n'existe pas* » (F. Picabia).

23 comptes rendus sont ainsi nés de 23 réunions. Ces écrits ont valeur de témoignages, au plus près des faits ; ils disent que le meilleur moyen d'améliorer l'accompagnement reste la communication entre tous les participants à la relation de soin. Ce passage est significatif d'une nouvelle posture aux yeux des soignants : il s'agit d'une conception sociale du discours offrant un espace de dialogue. Ecrire, c'est vouloir accéder au savoir et se révéler de mieux en mieux capable de le dire, grâce à la réflexivité, seul et en groupe : c'est à la fois une pratique professionnelle révélatrice du travail réel et une contribution à la professionnalisation en développant et en enrichissant l'exercice du métier. Le dévoilement de la parole, par l'écriture, contribue à la construction de la professionnalisation. L'apprenante doit chercher à tisser des liens entre une connaissance académique, tournée vers les sciences humaines, et l'activité par un va et vient permanent. L'analyse de la pratique est un espace d'auto-formation auquel s'ajoutent toutes les ressources que la praticienne a à sa disposition : recherches et écrits personnels, films ou émissions télévisées, conférences, lectures, rencontres donnent matière à penser et à écrire.

Le troisième enseignement concerne l'écriture sur la pratique pour développer des compétences professionnelles. Des études (Cros, 2006, Muller, 2016) montrent que la pratique est difficile à observer ; elle est de l'ordre de l'invisible. De prime abord, on pourrait dire que la parole n'est pas utile aux travailleurs confrontés aux situations multiples du réel. L'écriture est, au contraire, voulue comme productrice de pensée tout en prétendant être communicative puisqu'elle s'adresse à des pairs professionnels dans un climat de partage d'expériences. En quoi l'écriture sur sa pratique a des effets sur sa pratique ? Qui dit quand il y a acquisition de compétences ? Comment se transmet du savoir expérientiel ? En quoi l'écriture s'inscrit dans un mouvement de transformation identitaire entre un soi personnel et un soi professionnel ? Voilà quelques interrogations qui traversent cette expérience.

Le quatrième enseignement est d'avoir inscrit la dimension existentielle dans l'activité du sujet. Etre une praticienne réflexive, c'est non seulement occuper une place, l'assumer et s'y tenir, mais c'est aussi prendre position, affirmer un « projet d'être », et par la même participer non seulement à son développement mais aussi à celui des autres ; c'est tout du moins, ce que nous avons essayé de mesurer en analysant les entretiens réalisés auprès des actrices qui ont participé à ce projet. En négligeant cette dimension humaine, l'activité n'est qu'exécution. Il n'existe pas de domaine aveugle où la soignante ne rechercherait pas le sens de son activité. Avant d'arriver à travailler en équipe, chaque soignante reconnaît le chemin qui reste à parcourir. Des difficultés empêchent, en effet, la mise en application d'un soin répondant aux valeurs et aux convictions des soignantes. Il s'agit de reconnaître tous les freins qui proviennent du malade, de l'équipe et de la soignante elle-même, et qui génèrent des affects plus ou moins négatifs chez les actrices.

Les postures de réflexivité définies par Jorro (2005) nous ont permis de qualifier la réflexivité des sept soignantes. Un mouvement s'est dessiné pour entrer dans une posture de questionnement. La réflexion en groupe a permis ces avancées où chacune avance à sa propre vitesse et en fonction de ses objectifs personnels. A travers des parcours différents, les sept soignantes arrivent à des conclusions semblables sur la nécessité d'un lieu ouvert à l'expression des vécus et à l'apprentissage de nouveaux savoirs. Les soignantes nous disent que plusieurs facteurs concourent à la vie d'un tel espace de parole. Un processus d'auto évaluation positif inscrit chaque membre dans un climat apaisant, rassurant, qui favorise la communication et l'apprentissage. Le questionnement permet à chaque participante à la

réflexion collective de s'affranchir des règles instituées par le genre pour développer son style (Clot, 2017, p.108-110)). Car le genre, contrairement à ce qu'il a été, n'est plus immobile dans la société de l'hypermodernité ; il se renouvelle quand des soignantes, telles celles du groupe de réflexion, l'ajustent et le retouchent. Le style est la marque des individus au moment d'agir, en fonction des circonstances. La soignante est alors en capacité de mettre en œuvre des stratégies régulatrices témoignant de son pouvoir d'agir et d'innover quotidiennement dans son travail.

Enfin, le dernier enseignement met en avant la posture de la soignante dans une période de mutations et de reconfigurations socio-professionnelles. D'un état de dépendance à l'autorité médicale, la profession infirmière est passée à une pratique en partie autonome. « *La problématique de l'auto-évaluation dans le champ des pratiques professionnelles suppose une possibilité d'accès à des registres de pensée qui ne sont pas gagnés par le désenchantement ou par la frilosité corporatiste* » (Jorro, 2005, p. 2). Le groupe reconstruit un travail d'équipe en permettant de parler ensemble des vécus professionnels et d'effectuer un travail de décryptage source de formation. Ce travail d'équipe, complètement inédit, ne fait pas l'unanimité et ce lieu reste donc fragile. Ces tensions sont, toutefois, nécessaires pour que le sujet construise sa propre identité, identité pour soi et identité pour autrui. Quelle infirmière et quelle aide-soignante est-ce que je veux être ? L'identité est un processus de gestion d'écarts et non un état stable.

Au terme de cette réflexion, il nous paraît important de dresser un bilan de la recherche sur deux points : ses réussites, ses limites.

La première réussite aura été de réfléchir sur cette expérience, pour la première fois par un écrit ; la deuxième de mettre en lumière une expérience inédite dans notre milieu de travail le plus proche ; la troisième d'associer les actrices du groupe de réflexion. Revenir sur cette expérience pour la première fois est capital : ce groupe s'est terminé en 2008 et personne n'a songé à porter sur lui un regard rétrospectif ; devons-nous céder à ce que nous avons dénoncé : réduire toutes nos actions à une banalité qui ne mérite pas d'être exposée ? Non, bien sûr, cette expérience de cinq ans signifie qu'un déclic s'est produit. De plus, elle était inédite dans le service et cela demandait à être expliqué ; de savoir que ce groupe de réflexion n'a pas eu de suite renforce ma détermination à explorer la singularité de ce groupe. Enfin, des soignantes se sont investies dans cette aventure sans craindre des retombées

éventuellement négatives. A plusieurs reprises, lors des entretiens, elles ont évoqué « *qu'on aurait pu être rappelé à l'ordre* », ce qui signifie qu'un risque existait : pas de danger majeur mais le renvoi à leur rôle d'exécutantes. De mon côté, sans la présence de mes collègues je n'aurai jamais eu autant de motivation à participer à la vie de ce groupe.

Associer les soignantes du groupe de réflexion, c'est en même temps parler du rôle de soignante de terrain, infirmières et aides-soignantes, au plus près des malades. C'est un travail extrêmement riche mais combien difficile, encore plus difficile quand il ne bénéficie pas des soutiens nécessaires. De nombreuses soignantes quittent la profession de façon prématurée ; les facteurs de risque d'abandon prématuré ont été cernés dans l'étude PRESST-NEXT (2005) qui avait pour but de recueillir la satisfaction des soignants européens au travail. De cette vaste étude nous ne retiendrons que quelques données qui illustrent l'ambiance du monde soignant français. Le questionnaire initial a été distribué en octobre 2002 en France : 13 000 questionnaires ont été envoyés avec 5 376 répondants. Parmi les 15 motifs qui ont fortement contribué à la décision des soignants de partir, le manque de soutien psychologique, le nombre insuffisant de personnel et les attentes professionnelles non satisfaites arrivent en tête avec respectivement 41,9 %, 41,4 % et 41,2 % de soignants pour lesquels cela a joué. Pour 40 % des soignants la pression du temps, la dégradation des soins qui l'accompagne et le manque de temps pour les soins ont contribué à leur départ. De même, une qualité de travail insatisfaisante et une surcharge de travail ont influencé le départ de 30 % des soignants ; environ un tiers du personnel paramédical abandonne sa carrière en cours de route, ce qui est considérable. Un manque d'opportunité de développement professionnel pour 37,9 % des soignants a aussi fortement participé à cette décision. La satisfaction du soutien psychologique reste faible pour une profession en contact avec la maladie grave et la mort. 15,4 % en moyenne des soignants avaient une envie fréquente, au moins une fois par mois, de quitter leur profession. L'intention d'abandonner les soins augmente avec l'ancienneté dans la profession ; elle est deux fois plus élevée chez les soignants qui ont une ancienneté supérieure à 25 ans par rapport à ceux qui travaillent depuis moins de 5 ans dans les soins.

« Je dois dire l'importance d'avoir ces réunions pour continuer à faire mon travail, ce que j'aurai eu du mal à faire autrement, alors parce que je pense que je serai partie plus tôt ; en 2003, j'ai été à mi-temps pendant combien de temps, je sais plus, le fait d'être à mi-temps, ça m'a aidée aussi, je me dis : tu vois aujourd'hui, je suis à 80% et ça ça m'a beaucoup

aidée, le temps partiel ça m'a fait tenir, puisque quand tu vois aujourd'hui... je connais plusieurs infirmières de la quarantaine, elles ne savent pas, il y a peu de chances qu'elles aillent jusqu'au bout de leur carrière, elles cherchent autre chose (Justine) ». « Moi j'arrive à 29 ans de diplôme, il y a des fois je me dis je ferais bien un break parce que à force quelques fois d'avoir toute la misère du monde, c'est à moi aussi de trouver les moyens de m'en sortir (Irène) ».

Et pourtant, infirmières et aides-soignantes contribuent pour la plus grande part au fonctionnement paramédical des services ; sans elles, pas de fonctionnement assuré dans des conditions respectueuses du malade, sauf si l'on considère que l'hôpital est une entreprise comme les autres. J'ai trouvé très important de les laisser s'exprimer sur leur activité : tout d'abord parce que cette occasion leur est rarement offerte ; ensuite parce que j'attendais qu'elles me disent le fond de leur pensée : en pleine activité, il n'est pas courant d'avoir des échanges aussi réfléchis. Je n'avais pas imaginé ce qui pouvait m'être dit et je n'ai pas été déçu par nombre de révélations, notamment sur l'importance qu'avait pu jouer pour elle le groupe de réflexion en matière de mieux-être au travail. Ce groupe n'aurait pu être qu'une originalité qu'on oublie bien vite ; bien au contraire, les soignantes interrogées accordent à cet espace un rôle marquant et qui les suit dans leur carrière professionnelle. J'ai entendu certaines affirmations qui ne m'avaient jamais été dites : sur la place de ce groupe de parole et sur les comptes rendus qualifiés tous les deux « d'indispensables » ; sur les changements autant individuels qu'organisationnels imputés à l'existence de ce groupe de réflexion. Ce groupe a indéniablement rempli une fonction, en dehors des sentiers battus. La réussite de la recherche aura été de le préciser.

Mais ce travail a aussi ses limites. Plusieurs entretiens, en dehors des infirmières et des aides-soignantes, auraient été utiles pour avoir un avis plus large. Je n'ai pas pu m'entretenir avec la cadre supérieure des années 2003-2008, en raison de son départ dans une autre région. Son soutien, même discret mais réel, aura été déterminant : les soignantes le reconnaissent. Comment voyait-elle véritablement la place de cet espace et son avenir ? Un médecin, anesthésiste, avait assisté à une réunion et cette présence n'a jamais donné lieu à une explication approfondie : qu'attendait-il de sa participation ? En quoi les réflexions du groupe avaient-elles de l'intérêt pour lui ? Avait-il une idée particulière de la relation entre paramédicaux et médecins ? Un autre anesthésiste, spécialiste de la prise en charge de la

douleur, s'était manifesté pour assister à une réunion : malheureusement, le groupe a cessé de fonctionner au même moment ; même rendez-vous manqué pour une directrice de soins. Autant de personnes qui auraient apporté des regards complémentaires.

Ne pas avoir interviewé des infirmières et des aides-soignantes qui n'ont jamais participé à ce groupe constitue une autre limite. En effet, dans cette recherche nous n'avons pas apporté d'arguments allant à l'encontre de notre hypothèse sur le développement de la professionnalisation. Même si chaque soignante du groupe de réflexion avait une vision différente, il était acquis que l'espace de réflexion apportait un bénéfice. Que se serait-il passé si les comptes rendus n'avaient pas existé ? Pourquoi la moitié des soignants ne les a pas demandés ? Ces derniers ont joué un rôle positif, comme le reconnaissent les personnes interrogées ; mais n'ont-ils pas joué un autre rôle en détournant des soignantes de participer ? A côté d'autres raisons c'est peut-être une explication à la petite participation des soignantes aux réunions. Nous n'avons pas caché la fragilité de cet espace sans en explorer toutes les explications en allant rencontrer des contradicteurs.

La contradiction alimente l'humilité du chercheur en l'amenant à prendre conscience de ses éventuelles tentatives de séduction ou de domination vis à vis de l'autre. Cette démarche contradictoire n'apparaît pas suffisamment dans ce travail ; néanmoins, les obstacles à l'existence d'un groupe de réflexion n'ont pas été dissimulés. Le lecteur s'étonnera peut-être qu'aucun discours négatif n'ait été tenu sur cet espace de parole. Ce dernier avait ses avantages et ses insuffisances. J'ai bien conscience qu'il peut prêter le flanc à un certain nombre de critiques sur son fonctionnement, son positionnement, ses résultats en matière de fonction critique-régulatrice, sa volonté d'auto-formation. En découvrant cette vision avantageuse, certains pourront parler de la revanche d'un infirmier, comme de tout autre soignant paramédical, sur le monde médical. J'ai entendu plusieurs fois cette remarque que je ne veux pas cacher. C'est pour cela que j'ai voulu faire appel aux réflexions de René Girard (1.3. Les relations dans l'équipe, p. 22-23) sur ce qu'il appelle « *le désir mimétique* ». Ce désir nous gouverne et alimente notre illusion d'être mu par une action autonome. Si la rivalité mimétique peut conduire à un recul de l'individu par ses effets négatifs, retenons aussi qu'elle peut être parfois bénéfique en ce qu'elle suscite une saine émulation. Pensons à tous les projets infirmiers qui viennent aujourd'hui s'adjoindre aux projets médicaux. Une soignante interviewée parle d'innovation pour cet espace de parole.

C'est peut-être ce caractère innovant qui a attiré certaines soignantes et tout d'abord celles qui avaient été préparées par leur participation à la formation de service de 2003.

Plusieurs raisons peuvent concourir à expliquer ce regard positif sur le groupe : la participation volontaire, la nouveauté d'un tel lieu, l'absence de personnes représentant la hiérarchie. Cet espace a bénéficié d'un œil bienveillant de soignants, pour certains curieux, pour d'autres en attente d'un tel lieu. Ce qui reste incontestable c'est que ce groupe de réflexion a répondu à une demande des participantes. Celles-ci considèrent leur profession comme étant très riche grâce au prendre soin. Le groupe de réflexion constitue une voie de développement possible malgré certaines difficultés. Il a, notamment, permis l'expression des professionnelles sur elles-mêmes comme sur leur profession. Certes, chaque soignante dévoile sa vérité, celle qui lui appartient ; il s'agit d'une vision particulière, engagée, que d'autres soignants pourraient contester.

Certaines pistes de réflexion en lien avec le processus de professionnalisation ont été seulement abordées ou suggérées : c'est le cas de l'identité professionnelle, phénomène complexe qui articule identité personnelle, professionnelle et sociale ; c'est aussi le cas de l'engagement qui en émane, en particulier sur ce qui le fonde et permet de le maintenir. Voilà des enjeux de formation se prêtant à poursuivre le cheminement de cette thèse.

Ce qui reste incontestable c'est que ce groupe de réflexion a répondu à certaines attentes des participantes. Celles-ci considèrent leur profession comme étant très riche grâce au prendre soin. Le groupe de réflexion constitue une voie de développement possible malgré certaines difficultés. Il a, notamment, permis l'expression des professionnelles sur elles-mêmes comme sur leur profession. Mais certaines pistes de réflexion en lien avec le processus de professionnalisation ont été seulement abordées ou suggérées : c'est le cas de l'identité professionnelle, phénomène complexe qui articule identité personnelle, professionnelle et sociale ; c'est aussi le cas de l'engagement qui en émane, en particulier sur ce qui le fonde et permet de le maintenir. Voilà des enjeux de formation se prêtant à poursuivre le cheminement de cette thèse.

Au moment de conclure, que dire de la posture de la soignante qui constitue l'objet de cette recherche ?

Conclusion

« Le sujet n'est pas un état, une substance, un déjà là, mais une potentialité, une virtualité, un devenir (Gaulejac de, 2009, p. 126) ».

La démarche infirmière, à laquelle il faut toujours associer les aides-soignantes, est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes de la maladie. Cet engagement est d'autant plus pertinent lorsqu'il s'agit de situations complexes engendrées par la maladie grave. Les histoires cliniques présentées illustrent la complexité de certaines situations. Les soignantes nous disent alors combien l'accompagnement pose question. Dans ces aventures humaines, où une impasse thérapeutique se présente, surgissent des conflits décisionnels. Le travail est affaire d'équipe : se rapprocher des autres s'avère indispensable pour réaliser quelque chose qui n'est pas seulement possible par soi-même. Sans doute faut-il alors préserver des moments pour identifier les contradictions des discours et des actes, grâce à un travail éthique. Ainsi, il est apparu nécessaire à des soignantes de chirurgie viscérale d'aménager un espace collectif pour que des confrontations aient lieu au cours desquelles différentes propositions sont argumentées, discutées. Soigner son travail, comme nous avons intitulé cette recherche, c'est entrer dans une démarche réflexive afin d'apporter des réponses à plusieurs problèmes dus à l'activité. Sans soigner en premier lieu son travail, il est beaucoup plus difficile de prendre soin de soi, des autres, c'est à dire des malades et de tous ceux qui participent au prendre soin.

Pour penser le processus de formation, c'est la figure du sujet apprenant qui émerge tout au long de ces récits d'apprentissage ; ce dernier oscille entre deux pôles : le pôle reproduction qui engendre la routine, et le pôle invention qui se manifeste par des actions créatives. Pour le sujet apprenant, le déplacement du curseur d'un côté à l'autre dépend de plusieurs paramètres : tout d'abord, de sa culture professionnelle et de son rapport aux habitudes du métier ; ensuite, du mode d'organisation du travail, par exemple des relations hiérarchiques ; enfin, du degré d'avancement de l'apprenant dans l'apprentissage du métier. Si le poids des déterminismes culturels, institutionnels, sociétaux est à prendre en compte, l'individu est invité à être capable de réflexivité et d'affirmation de lui-même : c'est cette attitude qu'ont adoptée les participantes du groupe de réflexion.

Au moment de mettre un point final à cette recherche, je voudrai insister sur l'idée première qui m'a poussé à entreprendre ce long travail. Plusieurs questions traversent cet écrit mais le sujet apprenant m'est toujours apparu comme la référence fondamentale, l'objectif final, le fil rouge de mes préoccupations, dans une profession où le statut d'exécutant est encore trop prégnant. J'ai vu de nombreux soignants le regretter et pour certains nous quitter

prématurément. Ils éprouvaient de la lassitude devant un manque d'évolution professionnelle. J'ai dû moi-même faire face au risque de la perte de sens du soin. Aussi, pour conclure, je reviendrai sur cette figure du soignant heureux d'apprendre, de façon à s'aider en vue d'aider les autres. Ce soignant apprenant emprunte une voie de progression qui lui permet de mieux affronter certaines impasses du métier et parfois de sa vie personnelle. Je voudrai montrer combien l'exercice du terrain est riche d'enseignements. « *Un enrichissement personnel et professionnel. Personnel : être à l'écoute du patient mais même à l'extérieur, auprès de tes proches. Les deux vont de pair parce quand tu es encore actif tu travailles avec les deux ; quand tu t'enrichis sur le plan personnel, tu l'apportes au niveau professionnel aussi (Géraldine) ».*

Les apprenantes de notre étude se sont tournées vers la création plutôt que vers la répétition, accédant aux quatre dimensions qui participent selon Robin (2010, p.170-173) à la définition du sujet apprenant : un sujet capable, sensible, situé socialement et réflexif. Ce sujet capable développe un apprentissage intentionnel en acceptant de se confronter aux événements et non en les subissant. C'est de sa part un choix délibéré et réfléchi qui exprime le souci d'utiliser son pouvoir de comprendre afin d'agir. Des situations porteuses d'émotions s'enchâssent dans des situations rationnelles, qui nécessitent de parler, d'être écouté et de comprendre. La soignante apprenante annonce son désir de dépasser la routine dans les soins. Elle annonce non seulement son désir de développer des compétences intellectuelles mais également une attitude de mobilisation, d'initiative, voire de risque. Comme tout contexte, le milieu hospitalier peut formater des individus, pour les rendre conformes à des règles de fonctionnement centrées sur la maladie. Le désir de devenir une autre professionnelle chez les participantes au groupe de réflexion s'avère alors plus fort que le conservatisme. Ce déclenchement repose sur la motivation de soignantes s'exprimant sur leur vécu professionnel, sans reculer devant des situations difficiles.

La soignante est aussi un sujet sensible, pétri de sentiments, d'émotions. Le travail émotionnel de la soignante porte sur la gestion de ses propres affects en réaction à ceux des autres : on ne peut pas aider les autres dans ce registre émotionnel sans s'y confronter soi-même. La soignante peut être déstabilisée par ses propres émotions face à l'agressivité que lui renvoient un patient, une famille, un collègue, l'organisation : elle découvre ses limites, son impuissance à pouvoir soulager ou guérir et en parler permet de se déculpabiliser. La

souffrance au travail tient autant au travail qui n'est pas fait qu'à ce qui est fait. Mais elle peut aussi ressentir de la joie, par exemple après le rétablissement d'un malade, auquel elle a activement participé. L'infirmière et l'aide-soignante rencontrent une réelle difficulté à faire preuve d'authenticité émotionnelle si elles n'effectuent pas une réflexion sur leurs propres affects. Face à la maladie et à la mort, tout professionnel de santé est interrogé sur les différentes composantes de son propre malaise comme de son comportement favorisant ou non les relations. Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale aura rempli une fonction d'étayage qui permet à la soignante de conserver une évaluation positive d'elle-même.

Par ailleurs, le travail infirmier s'effectue en équipe et, par conséquent, tout soignant est un sujet situé socialement. Il ne s'agit pas ici de gommer les compétences individuelles mais de s'en enrichir pour créer une culture professionnelle commune. Les interactions de l'apprenant avec d'autres apparaissent comme un élément moteur très puissant de l'apprentissage au travail. « *On apprend toujours seul mais jamais sans les autres* » (Carré, 2005). Ces interactions, pour être constructives, se structurent sur le mode de la coopération plutôt que sur le mode de la compétition ou de la coordination (Dejours, 2015). Chaque membre, quel que soit son niveau, détient une compétence dont le patient a besoin. Leur synergie est l'occasion de discussions, d'hypothèses, de recherches pour le mieux être du patient mais aussi de conflits possibles. Ce dispositif dialogique introduit des tiers, qui sont à la fois très proches des situations de travail et en dehors d'une relation de pouvoir avec les apprenants. Référents, tuteurs, collègues expérimentés ou non, formateurs occasionnels seront là pour transférer des savoirs et accompagner, plus que former. Une équipe de soin peut devenir ainsi un lieu d'évolution personnelle et professionnelle, un lieu de partage de connaissances où les soignants se mettent au service les uns des autres grâce au dialogue. Le changement est profond : veiller à ce que le contexte permette à l'individu d'apprendre et non plus seulement fabriquer un contexte d'apprentissage extérieur. Parler de formation en situation de travail consiste à faire confiance à l'individu afin qu'il soit capable de tirer profit autant que faire se peut de l'environnement dans lequel il travaille. Les obstacles, individuels et collectifs, peuvent mener à des résultats décevants entretenant le mythe que les soignants sont incapables de réinventer leur apprentissage. C'est au contraire une vision positive de l'apprenant en équipe qui a animé les membres du groupe de réflexion en chirurgie viscérale.

Enfin, comme le montre ce travail, émerge tout au long de ces rencontres groupales un sujet réflexif. L'analyse de l'activité insiste d'ailleurs sur le rôle de la réflexivité comme facteur d'apprentissage, et donc d'auto-formation, à partir des expériences vécues. L'accumulation par les soignants de savoirs uniquement préconisés par l'institution provoque parfois l'inertie des soignants. C'est le caractère réflexif qui caractérise le mieux l'analyse de la pratique : cela permet au sujet réflexif de prendre conscience de ses manières d'agir et de réagir afin d'être en mesure de les transformer, d'adopter de nouveaux gestes. Seul un temps de réflexion révèle peu à peu une partie du sens de la complexité des situations car il ne suffit pas d'avoir vécu une expérience pour la comprendre. La réflexion et la circulation de la parole, à l'intérieur du groupe d'analyse de la pratique de notre recherche, ont permis de développer des savoirs d'action sources de professionnalisation et à les mettre en liens. Cette perspective inscrit l'actrice, qui effectue une critique de sa propre connaissance et remet en question ses propres points de vue et ses comportements, dans une logique de développement professionnel et personnel avec et pour les autres. Un sujet apprenant devient ainsi acteur de son parcours de professionnalisation, ce qui lui offre un espace de liberté pour satisfaire sa curiosité d'apprendre sur lui et sur les autres. La pratique réflexive permet d'approfondir « la pensée infirmière » sur des questions comme le deuil, l'annonce, l'écoute, l'accompagnement. En étant confrontée au questionnement éthique, la soignante affirme, en tant que sujet, des valeurs personnelles qu'elle va être en capacité de défendre devant ses collègues, devant sa hiérarchie.

Grâce à cette activité qui prend en compte les quatre dimensions appartenant au sujet apprenant, le travail humanise l'acteur, en lui permettant de devenir un individu capable d'une certaine maîtrise de sa conduite : un sujet existentiel affirmant son propre désir par rapport au désir de l'autre, s'autorisant à penser par lui-même, confiant dans ses capacités (Gaulejac de, 2009. p. 25). La réflexivité développe alors la professionnalisation des actrices interrogées dans cette recherche. Etre apprenante c'est se professionnaliser, c'est à dire devenir une personne auteure de sa vie personnelle et professionnelle qui cherche à donner un sens, qui n'appartient qu'à elle, qu'à son existence. Comme nous l'avons noté dans le contexte étudié, ce processus est à même de connaître des « ratés » qui ne favorisent pas l'engagement de l'individu dans l'apprentissage de sa condition de sujet. Ce travail là, existentiel, est forcément personnel et singulier, propre à l'histoire de chacune, à sa culture, à ses

représentations de sujet potentiel. La subjectivation est un processus improbable et incertain dans le temps qui demande le soutien de ses collègues.

« N'est pas sujet qui veut, au sens où il ne suffit pas de désirer s'affranchir des assujettissements dont on est l'objet pour y arriver (...) Ce « travail » de subjectivation dépend pour une part du sujet lui-même, et pour une autre des conditions extérieures qui peuvent le favoriser ou l'empêcher » (Gaulejac de, 2009, p. 126).

Les individus apprennent, cependant, dans ce difficile travail d'élaboration, à devenir des sujets, c'est à dire à *« saisir les manières dont les individus donnent forme à leurs expériences, comment ils font signifier les situations et les événements de leur existence, comment ils agissent et se construisent dans leurs environnements historiques, sociaux, culturels et politiques »* (Niewiadomski, 2012, p. 34).

Faute de motivation de la soignante à être actrice, la routine s'installe insidieusement pour affronter les difficultés : elle mène à la désobjectivation, c'est à dire à l'existence d'une soignante passive, parce qu'elle n'est plus capable d'agir de façon créative, en étant incapable de se penser et de s'engager comme actrice. C'est l'alchimie de cette rencontre de la soignante avec elle-même, c'est à dire ce travail existentiel, qui fonde un dialogue intérieur mettant en présence l'individu aux prises avec ses fragilités. Plusieurs solutions se présentent avant d'abandonner la profession : s'installer dans la routine, changer de poste à l'intérieur de l'hôpital ou quitter prématurément l'établissement, malgré une compétence reconnue, pour rejoindre par exemple le secteur libéral ; cette dernière solution est un lâcher prise par défaut, non par manque de courage ou de motivation, bien au contraire, et c'est parfois ce qui se passe ; où enfin trouver une aide, des repères, quelques réponses, à l'intérieur du service, pour surmonter des moments de découragement. Se soigner afin de soigner soi-même son travail sous tous ses aspects devient l'objectif du groupe de réflexion en chirurgie viscérale.

Le sujet est un individu capable d'être acteur de son parcours présent et à venir malgré les difficultés. Sans cette qualité d'acteur, qui le rend plus autonome et responsable, l'individu en reste à un stade limitant son pouvoir d'agir, malgré une accumulation de savoirs qui pourrait l'illusionner. La qualité de sujet ne se mesure pas seulement au résultat mais au désir manifesté de transcender sa condition : *« rendre possible l'émergence d'un sujet de désir, capable de prendre des initiatives qui lui permettront de s'accomplir comme personne dans l'estime de soi, la sollicitude pour autrui et le respect des institutions quand elles servent la*

justice » (Niewiadomski, 2012, p. 47). Si le groupe de réflexion s'était focalisé sur ses ignorances, son manque d'expérience en analyse de pratiques, il n'aurait jamais vu le jour. Les actrices deviennent des sujets parce qu'elles trouvent en elles-mêmes, en dépit de leurs insuffisances et de leurs erreurs, la confiance d'agir pour s'affirmer en tant qu'êtres singuliers.

Au terme de cette recherche sur l'apprentissage en situation de travail, nous pouvons rappeler que l'analyse de l'activité nous a permis de différencier trois sortes de savoirs : les savoirs théoriques, les savoirs expérientiels et les savoirs existentiels. Si les deux premiers apprentissages occupent une grande place dans le parcours du soignant, le troisième vient rappeler que toute formation, c'est à dire tout apprentissage, vise au développement de l'être : *« être en formation est une façon de dire exister... L'ouverture de la personne à sa propre existence, c'est pour elle la découverte, la mise en lumière de ses possibilités propres de donner un sens à sa vie, à partir de ce qu'elle vit, de son expérience »* (Niewiadomski, 2012, p.47). Prendre en main sa capacité d'être dans le métier de soignant n'est pas une option facultative : en étant confronté au questionnement éthique, les infirmières affirment, en tant que sujets, des valeurs personnelles qu'elles vont être en capacité de défendre. Dans la société hypermoderne que nous connaissons, les individus se trouvent dans l'obligation de choisir leur orientation. Et, c'est dans la remise en cause de la place que leur environnement veut leur faire occuper que les sujets peuvent advenir en apprenant à défendre une position singulière. Ces derniers ne recherchent pas l'exclusion du groupe mais cultivent leur liberté à exprimer des avis différents.

La réflexion et la circulation de la parole, à l'intérieur d'un groupe d'analyse de la pratique, permettent de développer des savoirs sources de professionnalisation et à les mettre en lien. Cette perspective inscrit les actrices, qui effectuent une critique de leur propre connaissance et remettent en question leurs propres points de vue et leurs comportements, dans une logique de développement professionnel et personnel avec et pour les autres. Un sujet apprenant devient ainsi acteur de son parcours de professionnalisation, ce qui lui offre un espace de liberté pour satisfaire sa curiosité d'apprendre sur lui et sur les autres. L'apprenante ne se contente pas d'apprendre ce qui lui est demandé, elle va au-delà en effectuant ses propres choix, en acceptant d'exploiter certaines opportunités. C'est en voulant s'éloigner des standards modélisants, en reconnaissant la valeur d'apprentissage du travail, en voulant mettre en avant l'expérience, en voulant donner un supplément de sens à ses actes,

que se constitue un sujet en « *apprenance* » (Carré, 2005) dans le groupe de réflexion en chirurgie viscérale. L'idée d'« *apprenance* » implique une réaction positive de l'apprenante à l'idée d'apprendre. La réflexivité manquerait sa cible sans cet élan d'« *apprenance* » qui donne au soignant la force de dépasser certains obstacles. L'apprenance repose sur l'attitude indéfectible d'un apprenant tout au long de sa vie. Ce néologisme désigne une attitude de l'apprenante favorable à l'acte d'apprendre dans toutes les situations. Selon Carré (ibid.), nous devons en permanence reconsidérer les possibilités d'apprentissage, c'est à dire notre propre rapport au savoir, en incluant des processus informels.

L'expérience de ce groupe de réflexion n'arrive pas par hasard ; elle arrive au moment où « la pensée infirmière » émerge à côté de la pensée médicale, dans un contexte marqué par l'émergence d'un nouveau « *travailleur du savoir* » (ibid.). L'acquisition du savoir apprendre devient l'objectif clé dans un environnement inondé d'informations. La connaissance ne se résume plus à la transmission de l'information ni à l'accumulation de savoirs. La transfiguration du travail se manifeste par une élévation du niveau de professionnalité : autonomie, improvisation, responsabilité de l'actrice sont versées dans le domaine de la compétence. Si la dimension cognitive est au cœur de la compétence, on note également l'intensification du retour aux ressources affectives et à la motivation de ces nouvelles « *travailleuses du savoir* ». Il ne suffit plus d'être compétente, c'est à dire de détenir les connaissances et les habiletés nécessaires à la maîtrise des activités professionnelles. La travailleuse du savoir est non seulement appelée à être une apprenante permanente, mais à prendre l'initiative du développement de ses compétences. Cette caractéristique rejoint l'idée de professionnalisation mais signifie un changement de cap en rendant l'apprenante de plus en plus actrice non plus seulement de sa vie professionnelle mais de sa vie tout entière. C'est ce nouveau cap qu'a tenté de prendre le groupe de réflexion en chirurgie viscérale.

L'« *apprenance* » opère la jonction entre l'individu qui se questionne et le sujet apprenant dans le groupe de réflexion : c'est « *le chaînon manquant* » (Carré, 2005) en chirurgie viscérale. Toutes les situations, formelles comme informelles, permettent d'apprendre à celle qui cultive sa capacité d'« *apprenance* ». Or, nous avons dit combien le contexte hospitalier pouvait anesthésier le regard des actrices sur leur propre activité. L'« *apprenance* » se focalise davantage sur l'apprenante et sa motivation à apprendre que sur le formateur. C'est le sujet qui va chercher le savoir dans l'environnement. L'« *apprenance* »

devient d'autant plus capitale que le contexte se révèle plus ou moins défavorable : soigner son travail réclame l'engagement des professionnelles. L'apprenance est vue comme un processus caractéristique du vivant, un acte existentiel. L'élan d'apprenance serait le désir de connaître et de reconnaître qui caractériserait tout être vivant, à travers ses dispositions cognitives, affectives et conatives. Cette attitude se manifeste à travers des représentations positives du savoir et de la formation. Sur le plan affectif, elle se traduit par le plaisir lié à l'apprentissage. Au plan conatif, nous sommes dans le registre des motivations qui invitent ou non à s'engager dans l'acquisition de savoirs.

L'apprenance constitue un message lancé par des soignantes qui recherchent le plaisir procuré par et dans le travail bien fait et qui espèrent rencontrer une institution apprenante.

Références bibliographiques

Abel, O. (1996). *Paul Ricœur : la promesse et la règle*. Paris : Michalon.

Acker, F. (2005). Infirmières : des pratiques en redéfinition. *Sciences humaines hors série : La santé un enjeu de société*, p. 48.

Acker, F. (2008). Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin. *Recherche en soins infirmiers*, 2 (93), p. 66.

Albarello, L., Barbier, J-M., Bourgeois, E. et Durand, M. (2013). *Expérience, activité, apprentissage*. Paris : PUF.

Alter, N. (2009). *Donner et prendre, la coopération en entreprise*. Paris : La Découverte.

Alter, N. (2013). *L'innovation ordinaire* (2ème éd.). Paris : PUF.

Altet, M. (2000). L'analyse de pratiques : une démarche de formation professionnalisante ? *Recherche et Formation*, (35), p. 25-41.

Altet, M. (2011). La construction de la professionnalité des enseignants débutants. In Robin, J-Y. et Vinatier, I. (dir.) (2011). *Conseiller et accompagner, un défi pour la formation des enseignants* (p. 26-29). Paris : L'Harmattan.

ANESM, 2008. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre. En ligne <www.anesm.santé.gouv.fr>. Consulté le 15 mai 2016.

ANESM, 2010. Synthèse. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre. P. 14-15. En ligne <www.anesm.santé.gouv.fr>. Consulté le 15 mai 2016.

ANESM, 2012. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. P. 1. En ligne <www.anesm.santé.gouv.fr>. Consulté le 15 mai 2016.

Anzieu, D. et Martin, J-Y. (2007). *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF.

Arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'état d'infirmier. [https :// www.legifrance.gouv.fr](https://www.legifrance.gouv.fr). Consulté le 6 octobre 2017.

Argyris, C. (1995). *savoir pour agir*. Paris : Interéditions.

Argyris, C. et Schön, D.A. (2002). *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique* (M. Aussanaire, P. Garcia Melgares, Trad.). Paris : De Boeck Université. (œuvre originale publiée en 1996).

- Balas-Chanel, A. (2013). *la pratique réflexive. Un outil de développement des compétences infirmières*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson.
- Balas-Chanel, A. (2014). La pratique réflexive dans un groupe, du type analyse de la pratique ou retour de stage. *Revue de l'analyse des pratiques professionnelles*, (2), p. 28-49.
- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. (J. Lecomte, Trad.). Bruxelles : de Boeck. (œuvre originale publiée en 1997).
- Barbier, J-M. (dir.) (1996). *Savoirs théoriques, savoirs d'action*. Paris : PUF.
- Barbier, J-M. et Galatanu, O. (dir.) (1998). *Action, affects et transformation de soi*. Paris : PUF.
- Barbier, J-M., Bourgeois, E., de Villers, G. et Kaddouri, M., (dir.) (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan.
- Barbier, J-M. (dir.) (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : PUF.
- Beaupré, P., Laroui, R. et Hébert M-H. (2017). *Le chercheur face aux défis méthodologiques de la recherche. Freins et leviers*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Benmakhlouf, A. (2016). *La conversation comme manière de vivre*. Paris : Albin Michel.
- Benner, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Bergier, B. (2000). *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. Paris : L'Harmattan.
- Besanceney, J.C. (dir.) (1996). *L'éthique et les soignants*. Paris : Editions Lamarre.
- Bézille, H et Courtois, B. (2006). *Penser la relation expérience-formation*. Lyon : Chronique Sociale.
- Bion, W.R. (1965). *Recherche sur les petits groupes*. Paris : PUF.
- Blanchard-Laville, C. et Fablet, D. (dir.) (2001). *Sources théoriques et techniques de l'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- Blondeau, D. (dir.) (1995). *Ethique et soins infirmiers*. Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Bodergat, J-Y. et Buznic-Bourgeacq, P. (dir.) (2015). *Des professionnalités sous tension. Quelles (re)constructions dans les métiers de l'humain ?* Louvain-La-Neuve : De Boeck.
- Bourassa, B., Serre, F. et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourgeois, E. et Durand, M. (dir.) (2012). *Apprendre au travail*. Paris : PUF.

Bouvet de, A. et Sauvaigne, M. (dir.) (2005). *Penser autrement la pratique infirmière*. Bruxelles : De Boeck.

Buber, M. (1969). *Je et tu* (G. Blanquis, Trad.). Paris : Aubier. (œuvre originale publiée en 1938).

Buckman, R. (2001). *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux patients*. Paris : Masson.

Buffa-Potente, C. (2016). *La pédagogie universitaire en question(s)*. (Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. En ligne. Université de Nantes). Consulté le 5 janvier 2018.

Canguilhem, G. (2005). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF. (oeuvre originale publiée en 1966).

Carré, P. (dir.) (2001). *De la motivation à la formation*. Paris : L'Harmattan.

Carré, P. et Charbonnier, O. (dir.) (2003). *Les apprentissages professionnels informels*. Paris : L'Harmattan.

Carré, P. (2005). *L'apprenance. Vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod.

Certeau de, M. (1990). *L'invention du quotidien, 1. arts de faire*. Paris : Gallimard.

Charlot, B., Bautier, E. et Rochex, J-Y. (1992). *Ecole et savoirs dans les banlieues et ailleurs*. Paris : Armand Colin.

Cifali, M. et André A., (2007). *Ecrire l'expérience, vers la reconnaissance des pratiques professionnelles*. Paris : PUF.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

Clot, Y. (2017). *Travail et pouvoir d'agir* (2ème édition). Paris : PUF.

Collière, M.F. (1996). *Soigner...le premier art de la vie*. Paris : Masson.

Compagnon, C. et autres. (1999). *Les malades prennent la parole. Le livre blanc des premiers états généraux des malades du cancer*. Paris : Ramsay.

Compagnon, C. et Sannié, T. (2012). *L'hôpital un monde sans pitié*. Paris : l'Editeur.

Cosnefroy, L. (2011). *L'apprentissage autorégulé. Entre cognition et motivation*. Grenoble : PUG.

Coulon, P. (2012). *René Girard, l'impensable violence*. Meaux : Editions Germina.

Courtois, B. et Pineau, G. (dir.) (1991). *La formation expérientielle des adultes*. Paris : La Documentation française.

Cros, F. (dir.) (2006). *Ecrire sur sa pratique pour développer des compétences professionnelles*. Paris : L'Harmattan.

Crozier, M. (1989). *L'entreprise à l'écoute*. Paris : InterEditions.

Daydé, M-C., Lacroix, M-L., Pascal, C. et Salabaras-Clergues, E. (2007). *Relation d'aide en soin infirmier*. Paris : Elsevier Masson.

Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier. <https://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 6 octobre 2017.

Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004. Livre III : auxiliaires médicaux. Titre premier profession d'infirmier ou d'infirmière. J.O. n° 183 du 8 août 2004, p. 37087, texte n° 37086. En ligne sur Légifrance. Consulté le 14 mai 2017.

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Les dispositions réglementaires des parties IV et V du code de la santé publique font l'objet d'une publication spéciale annexée au Journal officiel de ce jour. <https://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 6 octobre 2017.

Dejours, C. (2015). *Souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Montrouge : Bayard.

Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. Haute Autorité de santé, mai 2012. En ligne <https://www.has.sante.fr/>. Consulté le 15 juin 2017.

Denizeau, L. et Gueullette J-M. (2015). *Guérir. Une enquête contemporaine*. Paris : les éditions du Cerf.

Derobertmeasure, A. (2012). *La formation initiale des enseignants et le développement de la réflexivité ? Objectivation du concept et analyse des productions orales et écrites des futurs enseignants*. (Thèse de doctorat en Education. En ligne. Belgique : Université de Mons-Hainaut). <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00726944>. Consulté le 15 décembre 2017.

Devereux, G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion. (œuvre originale publiée en 1967).

Doenges, M.E. et Moorhouse M.F. (1994). *Diagnostiques infirmiers et interventions*. Paris : InterEditions.

Dominicé, P., Favario, C. et Lataillade, L. (dir.) (2000). *La pratique des infirmières spécialistes cliniques*. Paris : Seli Arslan.

Dominicé, P. (2002). *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris : L'Harmattan.

- Donnay, J. et Charlier E. (2008). *Apprendre par l'analyse de pratiques*. Belgique : Presses universitaires de Namur.
- Dortier J-F (dir.). Dictionnaire général des sciences humaines (2008). Article holisme. Auxerre : Sciences humaines Eds.
- Druhle, M. (2000). Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier. In G. Cresson et F-X Schweyer (dir.), *Professions et Institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques* (p. 15-29). Rennes, Editions ENSP.
- Dubar, C. (2015a). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris : PUF. (œuvre originale publiée en 1991).
- Dubar, C. (2015b). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. (5ème éd.). Paris: Armand Colin.
- Dubet, F. (1995). *Sociologie de l'expérience*. Paris : Editions du Seuil.
- Dujarier, M-A. (2015). *Le management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*. Paris : La Découverte.
- Dupuis, M., Hesbeen, W., Lawler, J., Lynette Russell, R., Lombard, J., Mercadier, C.,... Svandra, P. (2013). *Etre infirmière à l'ère universitaire*. Paris : Seli Arslan.
- Enders, G. (2015). *Le charme discret de l'intestin*. Arles : Acte Sud.
- Filliozat, I. (2013). *Que se passe-t-il en moi ? Mieux vivre ses émotions au quotidien*. Vanves : Poche Marabout.
- Flahault, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Paris : Le Seuil.
- Formarier, M. (1990). Soins infirmiers : repères méthodologiques. *Recherche en soins infirmiers*, (23), p 52-53.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, (89), p. 36-40.
- Fortin, P. (1995). *La morale, l'éthique, l'éthicologie*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- Fortin, P. et Parent, P-P. (dir.) (2004). *Le souci éthique dans les pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- Fourneret, E. (2017). *Un philosophe à l'hôpital*. Paris : lemieux.

- Fray, A-M. et Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité du travail. *Management et avenir*, (38), p.72-88.
- Friard, D. *Ecriture infirmière et qualité des soins. Introduction*. En ligne <ancien.serpsy.org/piste_recherche/écrit_>. Consulté le 24 octobre 2016.
- Fustier, P. (2000). *Le lien d'accompagnement : entre don et contrat salarial*. Paris : Dunod.
- Galle-Gaudin, C. (2014). *Penser la formation aux soins palliatifs. Entre repères relationnels et pratique réflexive*. Paris : L'Harmattan.
- Gaglio, G., Kaddouri, M. et Osty, F. (dir.) (2017). *Trajectoires professionnelles, trajectoires de vie. Entre engagement et réflexivité*. Paris : L'harmattan.
- Gasparutto, G. (1992). *Communication entre partenaires de soins*. Paris : Lamarre.
- Gaulejac de, V. (2005). *La société malade de la gestion*. Paris : Seuil.
- Gaulejac de, V., Hanique, F. et Roche, P. (dir.) (2007). *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*. Ramonville : Editions érès.
- Gaulejac de, V. (2009). *Qui est « je » ?* Paris : Editions du Seuil.
- Girard, R. (1994). *Quand ces choses commenceront*. Paris : Alréa.
- Guillaumin, C., Pesce, S. et Denoyel, N. (dir.) (2009). *Pratiques réflexives en formation*. Paris : L'harmattan.
- Haberey-Knuessi, V. (2013). *Le sens de l'engagement infirmier*. Paris : Seli Arslan.
- Habermas, J. (1992). *De l'éthique de la discussion*. (M. Hunyadi, Trad.). Paris : Cerf.
- Halimi, P. et Marescaux, C. (2018). *Hôpitaux en danger, patients en détresse*. Paris : Flammarion.
- Hanus, M. (2000). *La mort retrouvée*. Paris : Editions Frison-Roche.
- Hennezel de, M. (2004 a). *Propositions pour une vie digne jusqu'au bout*. Paris : Seuil.
- Hennezel de, M. (2004 b). *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'Hôpital*. Paris : Masson.
- Hesbeen, W. (dir.) (2009). *Dire et écrire la pratique soignante*. Paris : Seli Arslan.
- Hesbeen, W. (2010). *Penser le soin en réadaptation*. Paris : Editions Seli Arslan.
- Hintzy, C. et Goloubieff, B. (2007). Frayage méthodologique entre cliniques pour une recherche en sciences de l'éducation. *Chemins de formation*, (10/11), p.52.

Hochschild, A. (1983). The management Heart. In T. Huynh, M. Alderson et M. Thompson, *le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers : une analyse révolutionnaire du concept*. Recherches en soins infirmiers, 2 (97), p. 34-49.

Honoré, B. (1980). *Pour une pratique de la formation*. Paris : Payot.

Institut National du CAncer. En ligne <<https://www.e-cancer.fr>>. *Soins de support : qualité de vie, définitions*. Consulté le 15 décembre 2016.

Jobert, G. (2014). *Exister au travail*. Toulouse : érès.

Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherches en soins infirmiers*, (84), p. 58-65.

Jorro, A. (2007). *Evaluation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.

Jorro, A. *Réflexivité et auto-évaluation dans les pratiques enseignantes*. Mesure et Evaluation en Education, Association des spécialistes de la mesure et de l'évaluation en éducation, 2005, 2 (27), p 33-47. <halshs-00112337> . Consulté le 7 décembre 2016.

Jorro, A (dir.) (2014). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-neuve : De Boeck Supérieur.

Josso, C. (1991). *Cheminer vers soi*. Lausanne : L'Age d'Homme.

Kaddouri, M. (2002). Le projet de soi entre assignation et authenticité, *Recherche et Formation*, (41), p. 31-47.

Kebers, C. (2005). *Soins curatifs, soins palliatifs, leurs différences, leur complémentarité*. Bruxelles : Editions Racine.

Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. et Winance, M. (dir). (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Paris : Armand Colin.

Keller, P-H. et Pierret, J. (2000). *Qu'est-ce que soigner ?* Paris : Syros.

Labelle, J-M. (2017). *Apprendre les uns des autres. La réciprocité source d'éducation mutuelle*. Paris : L'Harmattan.

Lalande, A. (1972). *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris : PUF.

Lamy, M. (2014). Quels liens entre l'Entretien d'Explicitation et les analyses de pratiques professionnelles en groupe ? *Revue de l'Analyse des Pratiques Professionnelles*, (2), p 50-58. <http://www.analysedepatique.org/> Consulté le 6 mai 2016.

Lani-Bayle, M. (2006). *Taire et transmettre. Les histoires de vie au regard de l'impensable*. Lyon : Chronique sociale

- Lani-Bayle, M. (2007). Aux origines de la démarche clinique. *Chemins de Formation*, (10/11), p. 17-21.
- Le Boterf, G. (2003). *Développer la compétence des professionnels. Construire des parcours de professionnalisation*. Paris : Les Editions d'Organisation.
- Le Boterf, G. (2007). *Professionaliser. Le modèle de la navigation professionnelle*. Paris : Editions d'Organisation.
- Legrand, J.L. (1990). La bonne distance épistémique n'existe pas. *Éducation permanente*, 12 (100-101), p. 109-122.
- Leichter-Flack, F. (2012). *Le laboratoire des cas de conscience*. Paris : Alma.
- Lemosse, M. (1989). Le « professionnalisme » des enseignants : le point de vue anglais. *Recherche et formation*, (6), p. 55-66.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr>. Consulté le 6 octobre 2017.
- Malherbe, J-F. (1997). *La conscience en liberté. Apprentissage de l'éthique et création de consensus*. Montréal : Fides.
- Mallet, D. et Jacquemin, D. (2013). le rapport Sicard : une étape au milieu du gué. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2, 274. Mis en ligne sur Cairn.info le 05/06/2013. <https://doi.org/10.3917/retm.274.0053>.
- Marmilloud, L. (2007). *Soigner, un choix d'humanité*. Paris : Vuibert.
- Maubant P. et Piot T., (2011). Etude des processus de professionnalisation dans les métiers à autrui. *Les sciences de l'éducation-Pour l'ère nouvelle*, 2 (44), p. 7-11.
- Maubant, P. (2013). *Apprendre en situations*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Memmi, D., Raveneau, G., et Taïeb, E. (dir) (2011). Introduction. La fabrication du dégoût. *Ethnologie française*, (41), p. 5-16.
- Mauss, M. (1991). *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF. (œuvre originale publiée en 1950).
- Menaut, H. (2009). « Les soins relationnels existent-ils ? », *VST - Vie sociale et traitements*, 1, (101), p. 78-83. Consulté en ligne : <https://doi.org/10.3917/vst.101.0078>.
- Mercadier, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'Hôpital. Le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Editions Seli Arslan.

- Mezirow, J. (2001). *Penser son expérience. Développer l'autoformation*. Lyon : Chronique Sociale.
- Michaux, L. (2013). *Le soignant chercheur. Pour une recherche humaine en soins*. Paris : Seli Arslan.
- Morin, E. (2000). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Seuil.
- Morisse, M., Lafortune, L. et Cros, F. (2011). *Se professionnaliser par l'écriture. Quels accompagnements ?* Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Morisse, M. et Lafortune, L. (2014). *L'écriture réflexive. Objet de recherche et de professionnalisation*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Mucchielli, R. (1984). *L'analyse de contenu des documents et Communications*. Paris : ESF éditeur.
- Mucchielli, R. (1995). *La dynamique des groupes*. Paris : ESF éditeur.
- Muller, A. (2016). *Les savoirs professionnels infirmiers. Pour une valorisation des apprentissages informels*. Paris : Seli Arslan.
- Neulist, M. (2016). Le ventre, notre deuxième cerveau. En ligne <umr913.univ-nantes.fr>. Consulté le 24 avril 2016.
- Niewiadomski, C. (2012). *Recherche biographique et clinique narrative*. Toulouse : Editions érès.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (4ème éd.). Paris : Armand Colin.
- Pastré, P. (1999). La conceptualisation dans l'action : bilan et nouvelles perspectives. *Education permanente*, (139), p. 42.
- Patenaude, J. (1996). *Le dialogue comme compétence éthique*. (Thèse de doctorat en philosophie. En ligne. Québec : Université de Laval). bibvir2.uqac.ca/archivage/030277673.pdf. Consulté le 15 mars 2016.
- Paul, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : L'Harmattan.
- Paul, M. (2016). *La démarche d'accompagnement*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Peker, J. (2010). *Cet obscur objet du dégoût*. Paris : Editions le bord de l'eau.
- Pelluchon, C. (2009). *L'autonomie brisée. Bioéthique et philosophie*. Paris : PUF.

Pepin, J., Kerouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3ème éd.). Québec : Chevalière Education.

Perraut-Soliveres, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : PUF.

Perreau, L. (dir.) (2010). *L'expérience*. Paris : Vrin.

Perrenoud, P. (2001 a). *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*. Paris : ESF éditeur.

Perrenoud, P. (2001 b). Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers pédagogiques*, (390), p. 42-45.

Perrenoud, P., Altet, M., Lessard, L et Paquay, L. (2008). *Conflits de savoirs en formation des enseignants*. Bruxelles : De Boeck.

Phaneuf, M. (2011). Les savoirs d'expérience en soins infirmiers, une richesse à explorer : mentorat, pratiques exemplaires et benchmarking. www.infiressources.ca/.../savoirs_d_experience_en-soins_infirmiers_une_richesse_a_e... Consulté le 4 juin 2016.

Pineau, G. (1985). L'autoformation dans le cours de la vie : entre l'hétéro et l'écoformation. *Education Permanente*, (78-79), p.26.

Pineau, G. (2013). Les réflexions sur les pratiques au cœur du tournant réflexif. *Education Permanente*, (196), p. 9-24.

PRESST-NEXT (2005). Résultats de l'enquête PRESST-NEXT. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Prévention des départs prématurés de la profession. Paris : PRESST-NEXT éditeur.

Rancière, J. (2012). *La méthode de l'égalité*. Montrouge : Bayard.

Rey, B. (2007). Pourquoi l'école s'obstine-t-elle à vouloir faire acquérir des savoirs ? In M. Durand et M. Fabre (dir), *les situations de formation entre savoirs, problèmes et activités* (p. 171-190). Paris : L'Harmattan.

Rey, B. (2009). « Compétence » et « compétence professionnelle ». *Recherche et formation*, (60), p.103-106.

Riedel, C. (2007). Le blog des rêves. Encore une petite leçon d'anatomie symbolique : les intestins. Ch. 4. En ligne <blogspirit.com/archives/tag/interprétation>. Consulté le 12 juillet 2015.

Robin, J-Y. (2010). in Gaté, J-P. et Chevallier-Gaté, C. (2010). *Paroles d'illettrés* (postface). Paris : L'harmattan.

- Robin, J-Y. et Vinatier, I. (dir.) (2011). *Conseiller et accompagner, un défi pour la formation des enseignants*. Paris : L'Harmattan.
- Robin, J-Y, (2015). Le statut de l'accompagnement dans un processus de recherche formation. In Boutinet, J-Y., Denoyel, N., Pineau, G. et Robin, J-Y., *Penser l'accompagnement adulte*. Paris : PUF.
- Roelens, N. (2009). La constitution du penser et de l'agir à travers l'expérience. *Education permanente*, (180), p. 169-178.
- Roger, J-L. (2007). *Refaire son métier. Essai de clinique de l'activité*. Toulouse : érès.
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Ruzniewski, M. (1995). *Face à la maladie grave, patients, famille, soignants*. Paris : Dunod.
- Ruzniewski, M. (1999). *Le groupe de parole à l'hôpital*. Paris : Dunod.
- Saint-Arnaud, J. (2009). *L'éthique de la santé. Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal : gaëtan morin éditeur.
- Safy-Godineau, F. (2013). La souffrance des soignants au travail : une analyse des conséquences délétères des outils de gestion, 4. *La nouvelle revue du travail*. En ligne <<http://nrt.revues.org/1042>>. Consulté le 15 juillet 2017.
- Saunders, C. (dir.) (1994). *Soins palliatifs - une approche pluridisciplinaire*. Paris : Lamarre.
- Schlanger, J. (1983). L'invention intellectuelle. In Aumont, B. et Mesnier, P-M. (1995). *L'acte d'apprendre* (p. 110-111). Paris : PUF.
- Schön, D.A. (1994) *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* (J.Heynemand et D.Gagnon, Trad.). Québec : Editions Logiques. (œuvre originale publiée en 1983).
- Senge, P. (1991). *La cinquième discipline*. (H. Plagnol Trad.). Paris : First.
- Sheringham, M. (2013). *Traversées du quotidien. Des surréalistes aux postmodernes*. (M. Heck et J-M. Hostiou, Trad.). Paris : PUF.
- Sicard rapport. Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. <https://solidarités-sante.gouv.fr/...presse/...2012/.../fin-de-vie-remise-du-rapport-sicard>. Consulté le 3 janvier 2017.
- SFAP (2007). Aide à la réflexion lors de situations extrêmes. En ligne <w.w.w.sfap.org>. Consulté le 10 mai 2016.

- SFAP (2016). Définition et organisation des soins palliatifs en France. En ligne <w.w.sfap.org>. Consulté le 10 mai 2016.
- Svandra, P. (2009). *Eloge du soin. Une éthique au cœur de la vie*. Paris : Seli Arslan.
- Thiévenaz, J. et Tourette-Turgis, C. (2015). *Penser l'expérience du soin et de la maladie. Une approche par l'activité*. Louvain-la-neuve : De Boeck Supérieur.
- Thiévenaz, J. (2017). *De l'étonnement à l'apprentissage*. Louvain-La-Neuve : De Boeck Supérieur.
- Van der Maren, J-M. (2014). *La recherche appliquée pour les professionnels. Education, (para)médical, travail social* (3ème ed.). Bruxelles : De Boeck Supérieur.
- Vigil-Ripoche, M-A. (2006). « D'exécuter un soin à penser le soin » ou de la difficulté à « mettre en mots » la pratique infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 2 (85), p. 65-76.
- Vinatier, I. (2011). La recherche collaborative : enjeux et fondements théoriques. In Robin, J-Y. et Vinatier, I. (dir.) (2011). *Conseiller et accompagner, un défi pour la formation des enseignants* (p. 48-49). Paris : L'Harmattan.
- Wenger, E. (2005). *La théorie des communautés de pratique. Apprentissage, sens et identité*. (F.Gervais Trad.). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Wenner, M. (2006). *L'expérience infirmière. De la pratique des soins à la transmission des savoirs*. Paris : Seli Arslan.
- Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation en formation initiale et continue*. Paris : PUF.
- Vermersch, P. (2001). Psychophénoménologie de la réduction. *Explicititer*, (42), p. 1-19.
- Winckler, M. (2003). *Nous sommes tous des patients*. Paris : Stock.
- Wittorski, R. (dir.) (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. Paris : L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2007). *Professionnalisation et développement professionnel*. Paris : L'Harmattan.
- Wittorski, R. (2015). *Comprendre la transmission du travail*. Nîmes : Champ Social.

Index thématique

Cet index est réalisé hors l'analyse des entretiens (parties IV et V) et les annexes.

- Accompagnement (aide),
4,6,7,8,9,11,15,18,24,25,27,30,34,35,36,
37,38,39,40,41,44,45,51,70,72,85,125,
126,127.
- Activité (tâche, travail),
- clinique de l'activité,66,232,232.
- empêchée,41,63,232.
- prescrite, déléguée,
11,14,17,19,26,86,92,231,232,313,324,
326.
- réelle, réel de l'activité,
11,28,63,64,86,92,94,231,324,326.
- Analyse de la pratique,
11,74,84,90,91,93,96,98,102,125,139.
- Analyse par catégories,165,180.
- Annonce (information),
23,27,33,44,160,161,200,201,228.
- Apprenance,103,104,105,344,345.
- Apprentissage,
7,8,20,31,62,75,77,85,88,90,93,141,329.
- expérientiel, 9,71,86,87.
- formel/informel,8,9,86.
- Auto-évaluation (formes auto-
évaluatives), 238,239,240,288,332.
- Auto-formation,11,96,104,303,313,314,
316,317.
- Autonomie
- du malade,
4,5,14,15,19,21,23,32,34,36,44.
- du soignant,
22,23,26,75,76,100.
- Barrière, médecins/paramédicaux,
4,5,6,8,14,19,22,23.
- Bienveillance,69,76.
- Cadre (de santé, supérieur),
178,201,229,297,298,299,301.
- Cancer (cf. maladie)
- Charge de travail (industrialisation),
6,25,41.
- Clinique, démarche (dialogique,
narrative),
11,12,72,130,179,180,330.
- Cognition (connaissances, travail
cognitif, compréhension, explication,
argumentation, concept, interprétation),
5,6,7,10,11,27,28,32,33,62,70,72,76,77,
86,92,95,96,97,98,100,103,114,147,238.
- Cohésion (coopération, collaboration),
26.
- infirmière/aide-soignante,
8,200,229,232,295.
- paramédical/médical,
125,141,171,201,228,229,232,297,298,
299,302.
- Commun (objectif, projet, attitude,
direction, visée, vision),
6,10,22,74,90,92,200,228.
- Compétence,
5,7,10,22,23,27,39,74,75,77,86,88,90,
324.
- Compte rendu,
11,117,118,146,148,149,150,165,330,
331.
- Consentement du malade,23,36.
- Conversation,
77,78,79,80,81,113.

Créativité (inventivité, possibles),
17,18,19,21,76,80,106,171.

Culture d'équipe (de service),
75,200,201,228,301.

Décision (raisonnement, discours,
médical, thérapeutique, clinique),
6,24,45,52,53,55,125,130,151,199,200,
201,228,229,338.

Délibération (cf. dialogue)

Deuil (travail de),
41,43,128,157,158,159,163.

Développement (enrichissement),
- personnel,
76,87,102,107,339.

- professionnel,

76,85,87,102,107,164,339.

Dialogue, (communication, discussion,
échange, confrontation, débat, partage,
négociation, argumentation, délibération,
accord/désaccord),
5,6,7,8,9,10,18,22,23,24,32,36,53,55,59,
75,76,77,78,81,82,129,130,132,162,200,
201,228,230.

Dialogue éthique (cf. éthique)

Discipline infirmière (pensée),
9,29,30,32,33,136,137,341,344.

Douleur (soulagement de la),
10,15,32,49,53,54,55,200.

Ecoute du malade (empathie),
5,10,19,20,23,31,35,36,37,40,44,200.

Emotions (affects, affectivité, ressentis,
sentiments),
5,7,10,11,48,50,51,65.

- du soignant (gestion des émotions,
travail émotionnel, équilibre émotionnel),
27,28,44,51,53,54,55,62,63,65,76,151.

Equipe (collectif),
4,6,7,8,9,10,15,18,22,25,27,29,41,52,64,
73,75,76,77,93,155,200,201,228,292,300.
- équipe mobile de soins palliatifs,
124,141,199,300,301.

Espace (lieu, groupe) de parole (de
liberté, de dialogue, de réflexion),
8,9,10,11,50,59,64,65,69,77,78,81,82,
107,114,115,121,131,132,165,176,303,
304,329.

Ethique (enjeux, exercice, réflexion,
valeurs, dilemme),
6,18,21,22,23,24,25,29,31,32,36,52,53,
56,59,77,81,82,125,150,151,201.

- éthique de la discussion, dialogue
éthique,56,57,58,59.

Exécutant(e),
21,129,137,140,201,232,313.

Films (documentaires, vidéos),
78,79,96,153,154,155,156,157.

Fin de vie (mort),
10,15,20,24,36,37,44,45,51,53,112,113,
200.

Fonction critique régulatrice (voir
posture évaluation-régulation)
Formateur (Animateur, organisateur,
médiateur),
93,118,298,320.

Formation,
7,9,15,32,74,103,176.

- continue,

8,85,107,111,113,128,136,137,138,303,
314.

- initiale,

8,85,90,95,135,136.

- pratico-pratique, 315,321.

- professionnalisante,

85,119,301.

Frustration du soignant (cf. mal-être),

Genre professionnel,306,332.

Groupe (de réflexion, de parole) (cf. espace)

Histoire clinique,

14,43,63,129,164.

Holisme,35.

Identité (identitaire)

- assignée,11, 170, 314.

- professionnelle,

11,18,20,22,23,71,91,101,166,167,170,
229, 300,307,313,317,318.

- visée,11,170,314.

Implication du chercheur,11.

Impuissance (sentiment d') (cf. mal-être)

Innovation,320,321,322,323,324,325.

Institution (cf. organisation)

Législation (lois, textes, droits),

23,27,29,36,38,56,200,201.

Livres (lectures, ouvrages),

78,79,96,98,128,153,154,157,159,160,
304,305.

Maladie (Maladie grave),

5,6,10,20,29,35,39,51,53,199.

- cancer,20,37,44,47,51,53,54,112.

- peur de la maladie,10,20.

Mal-être,

- des malades (angoisse, incertitude,
peur, perte d'estime de soi, solitude,
culpabilité, souffrance),9,36,44,47,54,66,
112,227.

- des soignants (frustration,

impuissance, découragement, regrets,
honte, colère, culpabilité), 7,8,10,11,19,
44,49,67,81,161,228,229,233.

Maltraitance (violence),16,66,67,68.

Motivation,85,104,105,164,344.

Négociation (cf. Dialogue),

Organisation (institution, direction,
hiérarchie, contexte, structure),

4,5,6,7,10,21,22,25,26,42,68,76,92,101,
102,120,126,127,131,141,150,165,300,
329.

Place (système, rapport),164.

Postures (fonctions) de réflexivité,

- de retranchement, de témoignage,
de questionnement,237.

- évaluation-régulation, 237,239,306,
311,312.

Pouvoir d'agir,26,100.

Pratique,

7,8,19,20,22,32,84,85.

- théorie/pratique,

32,33,71,84,95,97,117,127,136,145,162,
163,164,172.

Problématisation,

73,82,91,97,106,239.

Professionnalisation (professionnalité),

9,10,11,82,84,85,91,100,101,102,104,
317.

Projet d'avoir et projet d'être,

297,300,318.

Psychologie (cf. émotion)

Questionnement (questionner, interrogation),
7,8,10,11,51,54,73,76,82,88,90,91,97,
117,133,135,164,301,302,304.

Recherche,4,8,30,32.

Récit,
- d'expérience,180,207.
- de formation,180,236.

Refus de soin,45,54,200.

Réflexivité,
8,10,11,26,32,62,77,87,88,89,92,93,94,
98,102,138,171,172,200,237,238,285,324
325,

Relation soignant-soigné, aidante (cf. Soin relationnel)

Rôle propre,
14,15,16,17,18,19,22,23,26,29,201,232,
286,313.

Rôle prescrit (cf. activité)

Routine, habitude,
77,82,105,133,134,307.

Santé,
14,15,16,26,29,30,32,33,36,37,133,200.

Savoir infirmier, professionnel,
- (d') action,
9,29,33,70,71,76,84,85,88,94,95,171.
- empirique, d'expérience,
9,19,31,32,70,71,88,89.
- esthétique,31.
- médical, scientifique,86.
- procédural, 87,96.
- savoir-être (existential),
7,36,39,84,85,104.
- savoir-faire,7,84,85,94,201.
- théorique,
7,9,29,33,39,70,84,88,89,91,95.

Sens (partage de sens, perte du sens, sens de l'action),
6,7,10,17,50,51,52,55,82,88,96,151,171,
199,303.

Seuil de réflexivité, (surargumentation, reflet, interprétation, fonction critique-régulatrice), 238.

Silence,158,159.

Situation extrême (limite),6,10,46,51,53.

Société (sociétal),5,22,23,24.

Soin, rôle, infirmier (soigner, prendre soin, dimension, composante),
4,8,9,14,17,19,30,34.
- Soins curatifs,6,14,52,55,111,199.
- Soin global (approche, globalité),
19,30,35,51,88,200,228.
- Soins palliatifs,
11,14,15,24,51,52,53,55,112,128,169,
199,228,229.
- Soin relationnel (relation soignant-soigné, relation aidante),
4,5,6,7,8,9,10,11,14,16,18,19,20,21,25,
27,33,35,37,38,39,40,41,47,88,130,168,
183,199,200.
- Soins de support,112.
- Soin, geste, technique (travail technique, technicité, technicisation),
4,5,6,7,14,16,17,18,19,24,25,31,33,41,62,
77,88,130, 138,139,199,200.

Soutien (des soignants, étayage, aide, fonction contenante, rassurer),
5,7,9,26,75,76,77,82,93,115,156,200,291.

Souvenirs douloureux,200,228.

Stomie,10,45,46,47,49,50,51,54,155,204,
205,199.

Style,306,332.

Sujet (personne),26,92,94,101.
- apprenant,98,330,337,338.

- capable,133,338,341.
- existentiel,30,331,340,341,342.
- sensible,338.
- social,338,339.

Toucher, 31,307.

Traitement,6,14,16,33,34.

travail (cf. activité),

Vérité au malade,24,27,129,160.

Vulnérabilité,

- du malade,36,37.
- du soignant,45,64.

Index des auteurs

- Abel, O. 150.
Acker, F. 41, 42.
Alter, N. 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326.
Altet, M. 84, 91, 92, 98.
Anzieu, D. et Martin, J-Y. 74.
Argyris, C. et Schön, D.A. 133.
Aumont, B. et Mesnier, P-M. 147.
- Balas-Chanel, A. 89, 139, 329.
Barbier, J-M. 102.
Benmakhlouf, A. 79, 80.
Benner, P. 75, 171.
Besanceney, J.C. 23.
Bion, W.R. 82.
Blondeau, D. 23.
Bourgeois, E et Durand, M. 96.
Bouvet de, A. et Sauvaigne, M. 18, 19, 21, 22, 25, 26.
Buber, M. 56, 57.
Buckman, R. 133, 157, 160, 161, 244.
- Canguilhem, G. 26, 37.
Carré, P. 103, 104,105, 340, 344.
Certeau de, M. 326.
Charlot, B., Bautier, E. et Rochex, J-Y. 164.
Clot, Y. 26, 28, 41, 63, 66, 100, 231, 232, 287, 306, 307, 332.
Collière, M.F. 30, 34, 35.
- Compagnon, C. 112.
Coulon, P. 22.
Cros, F. 146, 331.
Crozier, M. 110.
- Daydé, M-C., Lacroix, M-L., Pascal, C. et Salabaras-Clergues, E. 33.
Dejours, C. 64, 66, 340.
Doenges, M.E. et Moorhouse M.F. 157, 158,162.
Dominicé, P. , Favario, C. et Lataillade, L. 16.
Donnay, J. et Charlier E. 146.
Dortier, J-F. 35.
Druhle, M. 63.
Dubar, C. 166.
Dubet, F. 326.
Dujarier, M-A. 42, 102.
- Enders, G. 48, 49.
- Filliozat, I. 63.
Flahault, F. 167.
Formarier, M. 17, 40, 87.
Fortin, P. 150.
Fray, A-M. et Picouleau, S. 166.
Friard, D. 145.
Fustier, P. 70.

Gaulejac de, V. 101, 337, 341, 342.
 Gaulejac de, V., Hanique, F. et Roche, P. 72.
 Girard, R. 22.

 Habermas, J. 56, 57.
 Hanus, M. 157.
 Hennezel de, M. 152, 156.
 Hesbeen, W. 13, 17, 20, 34, 38, 66, 72, 73, 74.
 Hintzy, C. et Goloubieff, B. 12.
 Hochschild, A. 65.

 Jorland, G. 40.
 Jorro, A. 237, 238, 239, 240, 266, 284, 288, 328, 331, 332.

 Kaddouri, M. 300, 318.
 Kebers, C. 113.
 Keller, P-H. et Pierret, J. 37.

 Labelle, J-M. 76, 85.
 Lalande, A. 72.
 Lamy, M. 90.
 Lani-bayle, M. 12, 130, 134, 175, 179, 180, 182, 207, 236, 240, 330.
 Le Boterf, G. 86, 103.
 Legrand, J.L. 12.
 Leichter-Flack, F. 156.
 Lemosse, M. 101.

 Malherbe, J-F. 56, 59.

 Mallet, D. et Jacquemin, D. 137.
 Marmilloud, L. 23.
 Maubant, P. 28, 66, 84.
 Maubant P. et Piot T. 100, 102.
 Mauss, M. 325.
 Memmi, D., Raveneau, G. et Taïeb, E. 50.
 Menaut, H. 38, 39.
 Mercadier, C. 65.
 Morisse, M. et Lafortune, L. 87.
 Mucchielli, R. 73, 74, 165, 180.
 Muller, A. 9, 61, 62, 71, 77, 106, 331.

 Neulist, M. 48,
 Niewiadomski, C. 39, 342, 343.
 Nightingale, F. 29.

 Pastré, P. 96.
 Patenaude, J. 56, 58.
 Paul, M. 28, 62, 78, 80, 81, 82, 97, 114, 134.
 Peker, J. 46, 47.
 Pepin, J., Kerouac, S. et Ducharme, F. 29, 30, 31, 32, 33, 136.
 Perraut-Soliveres, A. 19.
 Perrenoud, P. 94, 172, 173, 285, 286.
 Perrenoud, P., Altet, M., Lessard, L et Paquay, L., 86, 161, 162.
 Phaneuf, M. 94.
 Picabia, F. 330.
 Pineau, G. 90.
 Pissaro, C. 3.

Rancière, J. 79.

Rey, B. 86.

Riedel, C. 47, 48.

Robin, J-Y. 39, 339.

Roelens, N. 106.

Rogers, C. 35, 36, 69.

Ruzniewski, M. 64, 124.

Safy-Godineau, F. 25, 26.

Saunders, C. 49.

Schlanger, J. 147.

Schön, D.A. 71, 89, 172.

Sicard (rapport), 136, 137.

Van der Maren, J-M. 116.

Vermersch, P. 94, 148.

Vigil-Ripoche, M-A. 329.

Vinatier, I., 97.

Wittorski, R. 62, 70, 71, 86, 92, 100, 101,
102, 316.

Table des matières

Introduction	3
Partie I : les professionnels du soin infirmier.....	13
1 - Le rôle infirmier.....	14
1.1. Le rôle propre.....	14
1.2. Le cœur du métier.....	18
1.3. Les relations dans l'équipe.....	22
1.4. La logique gestionnaire.....	25
2 - La relation aidante.....	29
2.1. « La pensée infirmière ».....	29
2.2. Qu'est-ce que le soin relationnel ?.....	33
2.3. Les 7 types de relations de soins.....	40
3 - Le contexte du soin.....	43
3.1. Histoires cliniques.....	43
3.2. La stomie.....	46
3.2.1. « L'esprit du ventre ».....	47
3.2.2. « Cet obscur objet du dégoût ».....	50
3.3. Les situations extrêmes.....	51
3.4. Le dialogue éthique.....	55
Partie II : un espace de réflexion sur la pratique par le dire...61	
4 - Un travail émotionnel, cognitif, individuel et collectif.....	62
4.1. Un travail émotionnel.....	62
4.2. Un travail cognitif.....	70
4.3. Un travail en équipe.....	73

4.3.1. Vivre en équipe.....	73
4.3.2. Savoir converser.....	78
5 - La pratique.....	84
5.1. Les trois apprentissages.....	84
5.2. L'analyse de la pratique.....	90
5.3. Les savoirs d'action.....	94
6. La professionnalisation.....	100
6.1. Quand est-ce qu'une parole devient professionnalisante ?	100
6.2. « L'apprenance ».....	103
6.3. Un champ de possibles.....	105
Partie III : un groupe de réflexion : approche phénoménologique.....	110
7 - Le groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs.....	111
7.1. L'origine.....	111
7.2. Le souvenir n'est pas la restitution du passé.....	116
7.2.1. L'implication du chercheur.....	118
7.2.2. L'implication de l'équipe.....	120
7.3. Les débuts.....	124
7.4. Les enjeux.....	133
7.4.1. Une insuffisance de formation.....	135
7.4.2. Un espace à inventer.....	138
8. L'écriture du soin dans les comptes rendus.....	144
8.1. Les comptes rendus instruments de réflexion.....	144
8.2. Intégrer de nouveaux savoirs à l'action : la lecture, l'audio-visuel.....	152
8.3. Deux ouvrages éclairants.....	157

8.4. Cinq années de partage.....	164
Partie IV : les entretiens.....	175
9. Présentation et étude des entretiens.....	176
9.1. Le guide d'entretien.....	176
9.2. Méthodologie des entretiens.....	179
9.3. Les sept soignantes.....	180
10. Les faits : le rôle relationnel.....	183
10.1. Entretien n°1 : la vision de Clémence, infirmière.....	183
10.2. Entretien n°2 : la vision de Justine, aide-soignante.....	185
10.3. Entretien n°3 : la vision de Nina, infirmière.....	187
10.4. Entretien n°4 : la vision de Vicky, aide-soignante.....	190
10.5. Entretien n°5 : la vision d'Irène, infirmière.....	192
10.6. Entretien n°6 : la vision de Géraldine, infirmière.....	194
10.7. Entretien n°7 : la vision d'Annie, aide-soignante.....	197
10.8. Analyse catégorielle du rôle relationnel.....	199
10.9. Le cas particulier de la stomie.....	204
11. Le récit d'expérience.....	207
11.1. Entretien n°1 : Clémence, le manque de direction commune.....	207
11.2. Entretien n°2 : Justine, la colère refoulée.....	210
11.3. Entretien n°3 : Nina, la culture de service.....	213
11.4. Entretien n°4 : Vicky, la frustration d'un travail bâclé.....	216
11.5. Entretien n°5 : Irène, le manque de communication.....	219
11.6. Entretien n°6 : Géraldine, des différences d'appréciation.....	221
11.7. Entretien n°7 : Annie, le manque d'expérience.....	225
11.8. Analyse catégorielle du récit d'expérience.....	227

Partie V : Le groupe de réflexion en chirurgie viscérale en route vers la professionnalisation.	235
12. La réflexivité des soignantes ?	236
12.1. Postures et seuils de réflexivité.	237
12.2. Entretien n°1 : Clémence.....	240
12.3. Entretien n°2 : Justine.	247
12.4. Entretien n°3 : Nina.....	253
12.5. Entretien n°4 : Vicky.	261
12.6. Entretien n°5 : Irène.	266
12.7. Entretien n°6 : Géraldine.....	273
12.8. Entretien n°7 : Annie.	280
13. Un lieu favorable à la réflexivité des soignantes.	285
13.1. Un processus d'auto-évaluation positif.	287
13.2. La réponse à un besoin de travail d'équipe.	292
13.3. Le projet d'être avant le projet d'autrui.....	296
13.4. Une posture de questionnement.	301
13.5. L'expression de la fonction critique-régulatrice.....	306
13.6. Un lieu d'auto-formation.....	312
13.7. La fin d'une expérience.....	320
14. Les enseignements de la recherche.	329
Conclusion.....	337
Références bibliographiques.....	346
Index thématique	358
Index des auteurs	363

Table des matières.....	366
Annexes	371

Annexes

Annexe 1 : entretien de Clémence.	372
Annexe 2 : entretien de Justine.	383
Annexe 3 : entretien de Nina.....	394
Annexe 4 : entretien de Vicky.	406
Annexe 5 : entretien d'Irène.....	414
Annexe 6 : entretien de Géraldine.....	425
Annexe 7 : entretien d'Annie.	433
Annexe 8 : index thématique des comptes rendus.	441

Annexe 1 : entretien de Clémence.

Entretien n°1

Clémence, 11 ans d'ancienneté en 2003. Aujourd'hui infirmière libérale dans un centre de soins. A participé à 13 réunions du groupe de réflexion.

Depuis 2008, Clémence travaille à domicile dans un centre de soins. Elle a toujours voulu faire du domicile et voulait d'abord une expérience à l'hôpital : ce passage a duré 14 ans, oncologie pédiatrique d'abord, chirurgie viscérale pendant environ 8 ans, hématologie. Clémence a changé volontairement de service pour connaître différents gestes techniques et espaces de travail.

1. Clémence. Je pensais qu'en hématologie il y avait des soins palliatifs mais c'est la technique qui prenait le dessus. C'est le relationnel qui m'intéressait, pour ça il faut être libérée de la technique.
2. *Jean-Bernard. Comment vois-tu le rôle relationnel paramédical ? Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui l'accompagne ? Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les 3 niveaux) difficiles ou réussies ?*
3. Clémence. Le rôle relationnel paramédical tout d'abord, moi je le vois comme une mise en confiance de l'autre, par un respect de l'autre, une écoute surtout, donc ça c'est important ; pourquoi pas apporter au niveau de notre apparence un sourire ? Le travail cognitif, eh bien, suivant le parcours de chacun, les connaissances sont indispensables pour moi dans mon rôle professionnel, et donc c'est parfois après l'écoute qui est importante, être attentive à ce que l'on dit, à ce que l'on fait... Aussi ce qui est important pour moi, c'est le travail sur l'empathie que je trouve important au niveau psychologique et émotionnel par des expériences comme réagir suivant le visage des personnes : pour aider il faut être avec la personne ; sur le plan émotionnel, réussir personnellement à trouver un moyen au niveau de notre visage puis avoir une parole qui rassure les gens : donc ça c'est important au niveau psychologique et je pense qu'on l'a quand on a acquis des connaissances et qu'on a réussi à percevoir chez la personne si elle est en phase d'agressivité, de peur, ou si elle n'accepte pas du tout l'état dans lequel elle est, alors ça, c'est à nous, on doit lui transmettre au niveau psychologique les meilleurs moyens pour réussir... Il y a eu des cas difficiles de non acceptation, c'est la mise en confiance qui est importante et la personne va réussir à développer des capacités.
4. *Jean-Bernard. As-tu en tête des exemples de relations difficiles ?*
5. C. J'ai connu des cas d'agressivité, la personne développe des attitudes d'agressivité dues à la maladie, envers nous ou envers le conjoint ; une personne à un stade très avancé de cancer, ou physiquement très choquant, physiquement très choquant, cela fait appel à une sensibilité émotive personnelle, sensibilité personnelle qu'il faut essayer de ne pas la transmettre et puis justement d'avancer avec la personne, euh... Parfois c'est pas facile par la parole mais c'est en acceptant de l'écouter, enfin juste les quelques mots qui peuvent améliorer des fois l'état de la personne, l'incapacité à réagir des fois chez certaines personnes, euh, elles sont bloquées, j'ai connu un cas où la personne était bloquée, elle voulait pas du tout, pas du tout en état de communiquer, plus de soin, elle a fini par être dans le refus de soin car elle n'arrivait pas à communiquer.
6. *J-B. Elle avait l'impression de ne pas être écoutée ou le désir de ne plus se battre ?*
7. C. C'était... Plus intériorisé, euh, quelqu'un qui n'arrivait pas du tout à dire, enfin à accepter du coup sa maladie, et donc même au niveau des gestes et tout, il y avait

même certains gestes qu'elle ne faisait plus à cause de ça, elle était pas capable, c'était un laisser-aller, elle n'avait plus envie de se battre.

8. *J-B. Elle était au bout du rouleau ? Elle était en fin de vie ?*
9. C. Pas forcément en fin de vie mais, oui, elle était au bout du rouleau, elle baissait les bras, et puis refus de soin, plus de raison, ouais, ouais, plus de raison, voilà, j'ai eu une expérience comme ça, difficile, très, très compliquée pour continuer le minimum, il y avait un minimum, on était obligé de faire un minimum ; il fallait trouver des moyens quand on entrait, petit à petit il y avait des soins qu'on faisait un jour sur deux, on a panaché, elle a lâché et puis petit à petit la relation s'est refaite un petit peu.
10. *J-B. Est ce ça se passait différemment avec d'autres soignants ?*
11. C. Pas forcément. Quand on en parlait, quand on se réunissait, c'était la même chose, parce que ça peut arriver que ce soit en fonction d'une personne, c'était la même chose pour tout le monde en bien comme en mal ; je pense qu'il y a plein de choses à essayer de reformuler pour avoir une aide psychologique positive, quoi pour la personne. C'est difficile.
12. *J-B. Et des exemples d'accompagnement réussi ?*
13. C. Oui, oui, quand même, heureusement (rires), il y a aussi beaucoup d'expériences réussies, on a beaucoup de retours qui se passent bien. J'ai eu vraiment cette expérience de l'hôpital et du domicile. On a une réussite, je trouve, chez eux quand ils sont dans leur milieu, il y a quand même moins de stress, moins de peur. Ils récupèrent mieux parfois, pas tout le temps, parce qu'ils sont chez eux, même s'ils ont eu une courte hospitalisation, chez certains ça va être quand même bénéfique le fait d'être chez eux, moi j'ai remarqué, on a une connaissance forcément de leur milieu et ça nous aide en tant que professionnel. Il y a un maintien à domicile qui marche très bien, même dans les stomies où les gens n'acceptaient pas du tout au départ, on réussit petit à petit.
14. *J-B. Tu as connu des stomisés en chirurgie viscérale. Tu as maintenant des gens qui reviennent avec des stomies ?*
15. C. Oui, c'est quelque chose de nouveau, beaucoup plus courant aujourd'hui, on en a ; le problème des fois ils reviennent, il faut continuer l'éducation, on ne nous le dit pas, on nous en parle pas, par rapport à la vie extérieure, quand ils sont chez eux, comment ils vont faire, c'est tout un art ; nous des fois la personne revient chez elle, elle n'a pas du tout accepté donc, euh, nous on s'en occupe, c'est pas gênant, mais la personne il faut quand même qu'elle accepte son corps, c'est surtout ça, comment je vais faire chez moi, oh c'est la panique, c'est la panique quand ils arrivent chez eux.
16. *J-B. La stomie est une épreuve psychologique. Est-ce qu'il est possible de l'accepter ?*
17. C. En général, petit à petit ils arrivent quand même ; c'est très rare de voir des gens accepter au bout d'un mois, quelques uns où ça été rapide, ce sont des exceptions, car là ça touche vraiment la personne au niveau psychologique, il y a là un gros travail à faire, parce que pour certains, c'est : je ne peux plus sortir de chez moi quand ils arrivent à la maison, alors qu'à l'hôpital on explique quand même des choses, c'est un gros souci chez certains, ouais, ouais, ils le vivent très mal, parce que ce sont des gens qui ne sortent plus de chez eux ; à l'hôpital on explique quand même mais c'est autre chose quand la personne retrouve son milieu, c'est pas le même contexte, c'est ça qui est important.
18. *J-B. Tu trouves qu'à l'hôpital on ne les prépare pas suffisamment à rentrer chez eux ?*
19. C. A l'hôpital, ils n'expriment pas les mêmes choses, c'est pas le même contexte, ils sont protégés mais ils ne vivent pas les choses du tout pareil à l'hôpital que quand ils sont chez eux ; ils sont beaucoup plus stressés, beaucoup plus apeurés à l'hôpital que quand ils sont chez eux par contre ; y en a certains, le fait d'être chez eux, ils acceptent au bout d'un certain temps parce que ça y est ils arrivent à retrouver leurs habitudes à domicile.
20. *J-B. Nous nous écartons un peu de la chirurgie viscérale ; la stomie reste emblématique de notre travail en chirurgie viscérale puisque c'est le seul service de l'hôpital qui pratique chirurgicalement cette intervention.*

21. C. Oui, toucher aux intestins a un impact important sur toute la personne alors qu'on aurait tendance à réduire ça à un problème physique. Et puis même quelqu'un qui sort d'intervention, qu'a l'intestin coupé, on peut lui dire voilà tu vas bien, t'as trois trous, une cicatrice, mais non l'impact est plus important : après c'est l'alimentation, quand on est à table avec quelqu'un, au niveau... La stomie c'est souvent la honte d'avoir ça. On a ce côté professionnel qui fait que pour nous c'est plus facile de l'aborder. Il ne faut pas cacher les choses, y pas à avoir honte, il faut savoir le dire aux gens, il faut savoir le dire, il faut aller au devant.
22. J-B. *Je me souviens d'un compte rendu où la discussion avait tourné autour du retour à domicile d'une patiente, ce qui d'ailleurs pouvait pour certaines ne pas relever de notre ressort si l'hôpital reste un monde fermé. Certains ne la trouvaient pas prête et d'autres disaient que les retours à domicile se passent généralement mieux que ce que l'on pense.*
23. C. Et moi, j'en suis certaine, oui, quand ils sont dans leur milieu, ils sont plus positifs et rassurés ; ça évite des hospitalisations, donc ça nous regarde... Moi, j'ai le regret aujourd'hui, quand on est à l'hôpital, de ne pas connaître le contexte de vie des gens, justement pour se dire : mais si il pourrait parce qu'il a de la famille, parce qu'il a des intervenants, qu'il n'est pas tout seul dans la campagne, à vivre à des kilomètres ; ça en travaillant à domicile je le regrette, quand on est à l'hôpital de ne pas assez discuter avec les gens et d'être capable de dire mais si finalement, ils sont capables de rentrer chez eux et au contraire ça va les aider à guérir. Il y a des gens qui reviennent bien affaiblis et qui remontent petit à petit la pente.
24. J-B. *Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ? En raison de quel (s) manque (s) et à la recherche de quel (s) bénéfice (s) ? La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans un lieu dédié te paraît-elle nécessaire ?*
25. C. Parce que j'en avais vraiment besoin (rires), c'était un besoin vraiment. Au niveau du contact avec les personnes et surtout au sein de l'équipe, pour avoir la même démarche et surtout comment faire face à des problèmes, il y avait des problèmes qui n'avaient pas de solution pour moi, ça c'est clair. Dans l'accompagnement surtout, en fin de vie par exemple, on en avait et moi c'était plein de questionnements à ce moment là, par rapport encore à la mort, comment préparer les personnes ou pas les préparer si elles n'ont pas envie, psychologiquement je veux dire. On ne peut pas imposer. Qu'est-ce que je répons ? Qu'est-ce que je fais ? Voilà, les grosses questions. Qu'est-ce que je dis ? A quelqu'un qui dit je vais mourir, ne pas dire vous n'allez pas mourir. Ne pas nier la parole du malade, écouter. Ce n'est pas ce que je pense qui a de l'importance. Il y avait tellement de maladies graves en digestif. Et puis l'information : qu'est-ce que le médecin a dit ? C'était un gros manque, on ne savait pas du coup, même par rapport aux étapes après, quels soins on allait faire. Quels traitements ? Il y a des choses qui n'étaient pas claires... Comment on peut faire ? On sait pas, il y a des questions et puis derrière on est bloqué du coup, l'information n'est pas de notre ressort mais requestionner, accompagner le questionnement sur l'information c'est notre rôle. Quand c'est clair, c'est net, on part de là. Si ça n'a pas été dit, on va pas le dire, la famille, on ne savait pas de quoi elle était au courant et après nous, en tant que soignant, on est bloqué, bloqué, on n'est pas bien.
26. J-B. *Est-ce que tu te souviens de la lecture collective que nous avons faites du livre de Robert Buckman : « S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades, guide du professionnel de santé » ? L'auteur considère que la tâche d'annoncer de mauvaises nouvelles constitue l'une des parties les plus difficiles du travail soignant.*
27. C. Je me rappelle moins de celui-ci, c'est possible... moins que celui de Kübler-Ross sur les étapes du deuil. Alors ça, ça m'avait aidée, ça m'avait aidée.
28. J-B. *Buckman reprend les étapes de Kübler-Ross.*

29. C. On a des petites choses comme ça qu'on se rappelle, qu'on avait apprises à l'école, quand on est sur le moment en face de la personne. Quand on est en service et quand du coup on lit le livre, on va se rappeler, ah ben tiens tiens cette personne, oui ça correspond, les différentes étapes, on arrive à se retrouver dans notre milieu de travail de se dire ah oui, en effet ; après, on arrive à analyser chez d'autres personnes comment ça se passe. Le fait de lire quand on travaille, ça m'a beaucoup aidée. Quand quelqu'un est agressif, il est bloqué, on ne peut pas refermer la porte en laissant quelqu'un agressif comme ça. C'est quelqu'un qui n'a pas accepté la maladie. Il y a eu plein de choses sur les émotions grâce au groupe, moi, ce groupe, ça m'a aidée. A apprendre des choses de ce que disaient les autres, comment réagissent les autres. Du coup, on se retrouve avec les mêmes problèmes et parfois, certains arrivent à trouver des moyens et cela nous permet de les réutiliser après. Et ce groupe là, c'était nécessaire pour ça.
30. J-B. *Face à un malade qui exprime son désarroi, quelqu'un avait dit en réunion il vaut mieux ne rien dire que de dire des bêtises. Le fait de ne rien dire est parfois très courageux.*
31. C. Respecter le silence et moi, je l'ai appris là aussi. Et comment on peut faire pour laisser un silence, respecter le silence et moi, je l'ai appris là. Comment on peut faire pour laisser un silence ? Je l'ai appris comme ça, pas un silence vide, et moi, je l'ai appris comme ça, je l'ai réutilisé. Cela m'a beaucoup aidée, j'étais démunie par rapport à ça, quand il y avait un blanc, j'étais démunie par rapport au silence : qu'est-ce qu'on fait, qu'est-ce que je fais ? Eh bien, des fois le blanc, il faut le laisser, parce qu'on ne sait pas. Les gens à l'hôpital se comportent différemment que quand ils sont chez eux. J'ai remarqué en ayant les deux expériences, quelqu'un va paraître complètement différent à l'hôpital alors qu'habituellement, il n'a pas ce comportement là, et à l'hôpital on va se demander pourquoi il réagit comme ça enfin... Et on ne prend pas ça assez en compte à mon avis. On a trop tendance à porter un jugement, il ne faut pas le faire dans notre métier mais voilà, c'est un peu rapide. Dans le milieu de l'hôpital, les personnes peuvent être complètement différentes que chez elles. Le fait d'être dans la peur de l'inconnu, de ce qu'elles vont vivre, de ce qu'elles ont. L'inquiétude...
32. J-B. *Justement, est-ce que en chirurgie le soignant n'a pas tendance à se cacher derrière la technique pour éviter des discussions embarrassantes ?*
33. C. En chirurgie, on est très centré sur les gestes techniques et ça c'est compliqué, j'ai trouvé ça très compliqué ; la barrière de la chirurgie avec le relationnel, j'ai trouvé ça très compliqué. Je crois qu'on a débloqué des choses pour moi suite à tout ce qu'on a fait grâce aux réunions. Moi, j'en suis sûre.
34. J-B. *Si on résume les manques qui t'ont incitée à participer à ces réunions et les bénéfiques que tu en as retirés ?*
35. C. Le manque par rapport à l'annonce au patient. On avait aucun moyen pour savoir... Aucune référence, pas de référence, ça c'était compliqué. Comment on va travailler par rapport aussi à quelqu'un en fin de vie, en équipe. Moi, j'avais besoin pour qu'on aille dans la même lignée, qu'on fasse les choses ensemble, qu'on ne soit pas chacun à faire nos petites choses de notre côté même si on les faisait bien, c'était pas suffisant. Il fallait qu'il y ait une direction : où on va ? Que ça on l'ait de noté aussi parce que il n'y avait rien de noté. Voilà, on reprenait la personne et on était toujours à se demander, à se poser des questions, voilà, l'information, l'annonce. Qu'est-ce qui est légal de faire ? La douleur ? On donnait de la morphine à toutes petites doses, par peur, ce qui est faux. On donnait de la morphine à toute petite dose, toute petite dose, et des fois les gens souffraient terriblement. Cela aussi, qu'est-ce que nous on peut faire vraiment pour soulager et qu'est ce qu'on a le droit de dire ? Même vis à vis des chirurgiens, qu'est ce qu'on peut dire pour faire avancer, pour que la personne soit mieux ? Parce que nous on est avec la personne pendant huit heures, et puis on perçoit des choses. Le fait de se le répéter entre nous, de se poser la question entre nous, ça a beaucoup plus d'impact important si on est cinq à le dire, voilà, l'effet de groupe, le besoin d'avoir un groupe pour

ça dans le service, pour le bénéfice de travailler en équipe. Puis une avancée personnelle dans son travail, de donner du sens à ce qu'on fait, ça nous permet de nous poser plus de questions, de ne pas devenir indifférentes.

36. *J-B. Ce lieu dédié à l'expression te paraît nécessaire alors ?*

37. C. Le lieu, c'était facile parce que ça restait à l'intérieur du service, c'est important, les horaires adaptés avec des gens qu'on connaissait, avec quelqu'un qui nous encadrait, qu'on connaissait, c'est à dire la cadre supérieure qui a été un petit moment présente, ça nous a soutenues, voilà surtout des gens qu'on connaissait, avec qui on travaillait. Forcément, la répercussion sur les autres, quand on a un lieu commun comme ça, c'est important.

38. *J-B. Y avait-il un climat constructif, sans jugement ?*

39. C. Un climat de confiance, est-ce qu'il y a eu des accrochages ? Euh... pas beaucoup, je n'ai pas souvenir, des avis contradictoires plutôt, ça se passait toujours dans une bonne ambiance, des avis contradictoires oui, on ressortait bien à chaque fois, bien, de ce côté là je n'ai pas vécu de drame. C'est un lieu nécessaire, c'était plus facile, j'étais mieux, plus sereine. J'ai eu une autre expérience : le climat était plus froid ; c'était en hémato, ça n'a pas continué ; pourtant c'était dans une salle du service, tout le monde, les deux services, était réuni, et là c'était froid, il y avait moins de confiance ; un médecin du service venait à ces réunions, je sais pas, est-ce ça provoquait la peur de parler ? Il y avait aussi un cadre qui venait, les gens n'avaient pas envie de parler, on sentait pas... c'est pas évident.

40. *J-B. Est-ce que les soignants d'hémato étaient obligés de venir ?*

41. C. Non, ce n'était pas une obligation. Les premiers temps, je me rappelle, il y avait du monde et puis, au fur et à mesure, au bout de 4-5 réunions, on n'était plus qu'un tout petit groupe ; après on a arrêté, ça n'a pas fonctionné, moins d'un an je crois. Les réunions étaient tous les mois, c'est pas trop important. Mais il y en avait qui n'étaient pas en recherche. Pourtant, on n'avait pas trop de réunions je trouvais parce que des fois il y a des tas de réunions à côté, mais ça pas ... Il y en avait qui venaient mais qui n'étaient pas en recherche forcément ; moi j'étais surprise, j'ai quitté la chirurgie viscérale juste pour un objectif : j'ai quitté la chirurgie viscérale pour l'hémato en me disant il va y avoir du soin palliatif, j'étais partie dans cette optique là et je me suis retrouvée dans l'unité de soins protégés, j'ai été un peu bousculée par la technique et du coup, beaucoup, beaucoup de technique, du relationnel forcément et là j'ai été un peu déçue de ne pas pouvoir faire ce que je voulais au niveau relationnel ; moi j'aurais voulu un groupe de travail, des choses à côté pour nous faire avancer, il n'y avait rien du tout alors qu'en oncologie pédiatrique, j'avais connu ce lien, on se regroupait et on parlait des difficultés qu'on avait tous par rapport à certains cas et par rapport à nous personnellement ; il n'y avait pas du tout ça en hémato et moi j'étais en recherche de la relation, du soin palliatif ; on avait du soin palliatif, je crois que les médecins hématologues sont très techniciens et du coup ça m'a un peu refroidie.

42. *J-B. Comme formateur ou animateur, est-ce qu'il y avait une psychologue, une psychiatre ?*

43. C. Non, seulement un médecin ou un cadre, pas de psychologue. On parlait d'exemples précis et vécus, la machine ne tournait pas, je l'ai ressenti par rapport à ce qu'on avait eu comme expérience en chirurgie viscérale, je l'ai bien senti, alors on essayait de remettre des dates mais les gens venaient de moins en moins, on n'avancait pas dans la discussion ; j'ai senti dans le service que si il y avait du relationnel avec les malades, on est obligé dans un service comme ça, on peut pas laisser les gens, mais du coup entre les professionnels on n'avancait pas dans ce domaine là.

44. *J-B. Pourquoi ça n'a pas fonctionné ?*

45. C. Il n'y avait pas un climat de confiance, personne n'osait dire des choses, personne n'osait des choses... Y avait pas ça et pourtant on avait des cas, sur 10 personnes malades je pense qu'on pouvait en évoquer 5-6 avec qui ça nous posait problème. Voilà,

c'était l'entourage, je pense qu'au niveau médical il y avait un gros frein, après ça aussi, ça a changé un peu avec l'arrivée d'un nouveau médecin ; je me souviens, un médecin très à l'écoute, qui m'a dit une chose un matin et qui... enfin m'a remotivée par rapport à ce que je faisais, elle a bien vu qu'il y avait eu une action de faite efficace, autant plein de médecins ne diraient rien du tout et on passe à autre chose, autant elle elle est venue me voir, elle me l'avait dit, j'avais trouvé ça quand même... Après je suis partie mais cette femme avait quand même un côté relationnel qui était différent avec les gens, une hématologue différente, que beaucoup d'hématologues n'ont pas du tout, du tout, le professeur, voilà ... Enfin, c'est bien dommage, des professeurs très stricts, c'est vrai que c'est de la médecine très pointue, voilà, on n'a pas le droit à l'erreur, une chimiothérapie avec des produits tellement dangereux, tellement agressifs, mais bon il y a autre chose à côté, quelque part dans le service moi je n'ai pas retrouvé et peut-être que c'est pour ça que je suis partie au bout de 5 ans.

46. *J-B. Tous les soignants étaient des techniciens ?*

47. C. Par contre, j'étais très proche des aides-soignants, j'avais l'impression qu'ils jouaient notre rôle relationnel, eux ils arrivaient bien, voilà, c'est vrai qu'au niveau infirmier, on avait plus la technique ; si, si, y en avait qui avait un esprit quand même, on avait une collègue qui avait une approche relationnelle, qui est passée de nuit, qui voulaient passer un D.U. en soins palliatifs, qui avait une approche différente, ça évoluait, du coup y avait des choses qui évoluaient, mais ouais, avec qui j'avais une bonne accroche.

48. *J-B. Qu'est-ce qui fait alors que le groupe de chirurgie viscérale a pu durer 5 ans ?*

49. C. Parce qu'il y avait un climat de confiance et puis on avançait, on avançait par les livres, c'était du concret sur lequel on pouvait s'appuyer pour avancer, les livres, les films ; ça y est on avait regardé des films..

50. *J-B. Tu veux parler des petits films extraits d'un DVD sur les soins palliatifs ?*

51. C. Oui, oui, des films sur lesquels on pouvait reparler par rapport à notre vécu professionnel ; je pense que c'est pour ça que ça a duré parce qu'on pouvait remettre des choses en place petit à petit, c'était du concret ; et puis tout le monde discutait, il y avait tout le temps un passage de soignants pour découvrir et revenir ou pas... Je me souviens il y avait toujours quelqu'un de nouveau. Qu'est-ce qui était insuffisant ? Euh... Ah, ah, ce n'était sans doute pas parfait mais les insuffisances, je vois pas.

52. *J-B. Ce n'était sûrement pas parfait mais par rapport à rien, c'était déjà beaucoup, le fait de faire vivre le groupe, c'était déjà un gros travail, tu ne crois pas ?*

53. C. Oui, c'était déjà un gros travail, on était contente que ça existe, on aurait pu avoir un coup de semonce de la part des chirurgiens, c'aurait pu. Je me souviens plus d'ailleurs comment ça s'est terminé.

54. *J-B. Cela s'est arrêté en décembre 2008, avec le déménagement du service et tous les problèmes que cela a pu poser aux soignants : réunions de préparation, mouvement de contestation devant la diminution de personnel, réunions avec les syndicats, installation dans les nouveaux locaux.*

55. C. Je suis partie en hémato tout de suite après le déménagement. Dans le nouveau service, on faisait plus du tout de réunions... Je me souviens que le nouveau service avait amené beaucoup de changements au niveau du personnel, une réorganisation mal vécue.... Difficile.

56. *J-B. Qu'est-ce que tu peux dire des comptes rendus ? Est-ce que les comptes rendus ont eu un rôle sur la durée du groupe ?*

57. C. Oui parce que ça faisait rebondir, ça ne se perdait pas, des fois moi je reprenais, je me souviens que je les relisais pour voir ce qu'on avait dit des fois des cas, euh, on se remémorait ; même aux transmissions, je me rappelle quand on était du matin, à deux ou trois on en reparlait de nos réunions ; ça jouait un rôle sur l'équipe, surtout dans la continuité du soin, d'avoir été à plusieurs et dans notre continuité du soin, eh bien on a fait des choses, aide-soignante et infirmière ensemble, on abordait du coup des soins ensemble alors qu'avant on ne le faisait pas. Y avait une dynamique, on part dans telle

direction, on instituait une direction, on fait les choses pareil, c'était une continuité des soins et du coup on se questionnait, on soumettait des choses aux chirurgiens quand on faisait nos visites l'après-midi, on soumettait des réflexions aussi aux transmissions, parce qu'on était ensemble à faire les réunions.

58. *J-B. Est-ce que tu l'aurais fait autrement ?*

59. C. Je ne sais pas si je l'aurais fait, non pas forcément, et le fait d'être plusieurs et d'y avoir réfléchi avant, d'avoir moins cette barrière ; moi, personnellement en tout cas, ça m'a permis aussi d'être capable de dire au chirurgien, d'être capable de dire des choses aux chirurgiens alors que je n'aurais peut-être pas osé de dire aux chirurgiens, j'aurais peut-être pas osé si on n'en n'avait pas parlé avant en réunion ; je pense aussi on a avancé par rapport à ça, je me serais pas permis.

60. *J-B. Est-ce que cela a permis de développer une autre image de ton métier ?*

61. C. Oui, ça joué un rôle, je me suis permise de dire des choses, surtout à la fin quand j'étais en chirurgie viscérale, que je n'aurais jamais fait autrement ; on se sent plus professionnel ; ça développe notre côté professionnel.

62. *J-B. Mais est-ce que ça été simple de se comporter ainsi avec les chirurgiens ?*

63. C. Je trouve que ça été compliqué ; ça a permis d'avancer par exemple au niveau de la douleur, je crois ; au niveau de l'information aussi parce qu'on participait, on participait à l'annonce, on participait un moment donné, avant ce n'était jamais ; suite à nos discussions en réunions, on avait fait la demande et ensuite on participait à l'annonce : là ç'avait été bien, très bien de participer à l'annonce, je trouve ça super important de savoir ce qui est dit exactement ; en hémato, j'aurais voulu qu'il y ait des choses comme ça beaucoup plus, on n'en avait pas, c'est dommage, en hémato (rires), dans un service comme ça, c'est vraiment dommage : qu'ils nous disent à tel moment je vais voir la personne, viens avec nous, et moi je pensais avoir cette continuité, je pense que je recherchais ça et je pensais l'avoir dans un service comme ça confronté à la mort, à la maladie grave, je pensais l'avoir. Alors on a un gros souci dans le libéral, c'est un manque d'information, on ne sait pas ce que le malade sait, on ne sait pas l'information qu'il a eue, on ne sait pas l'information que la famille a eue, donc c'est à nous vraiment de creuser pour avoir l'information par des moyens.

64. *J-B. Tu trouves que les soignants doivent réfléchir à leur implication dans l'information du patient, au-delà de l'annonce.*

65. C. Les dispositifs d'annonce des services, il y a eu une grosse progression, maintenant les gens savent, on leur dit normalement, c'est clair, maintenant chacun l'intègre comme il veut, il y a des malades qui veulent pas savoir ; mais nous c'est le gros problème, et du coup j'ai l'impression de revenir en arrière, quand on voit l'avancée de ce qu'on peut faire à l'hôpital, là je reviens en arrière quand on est à la recherche de l'info ; bien sûr des fois on le sait tout de suite mais des fois on n'a aucun compte rendu de l'hôpital quand ils reviennent. L'information est primordiale, je pense qu'il y a eu beaucoup d'avancées sur l'information, ah ben si je l'ai vu. C'est tout le monde qui participe à l'information : comment accompagner les gens si on ne sait pas de quoi ils souffrent ? Il y a des personnes qui sont incapables de nous dire de quoi elles souffrent, des personnes âgées elles savent pas du tout.

66. *J-B. Connais-tu l'analyse de la pratique ? As-tu été formée à cette démarche qui vise la réflexion du professionnel sur sa pratique avec l'aide des membres de son équipe ? Le retour sur l'expérience te semble-t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience ?*

67. C. Non, je ne connais pas l'analyse des pratiques. Qu'est-ce que je peux dire ? J'avais quand même noté des choses par rapport à ça. Par rapport à ce qu'on fait, euh...on est capable de retranscrire, euh... à la personne ce qu'on a comme connaissances, donc ça nous forme dans nos démarches et ça nous permet d'avoir une réflexion suivant chaque cas. Je ne connaissais pas l'analyse de pratiques, je n'ai pas été formée à cet analyse et je n'ai pas fait de formation dessus.

68. J-B. *Tu penses que tu es en mesure d'analyser toi-même et avec d'autres ta pratique par le moyen d'un retour sur l'expérience ?*
69. C. Le retour sur l'expérience... Au début forcément lorsqu'on arrive, qu'on commence à travailler, on n'a pas cet outil là d'expérience, on y arrive par nos connaissances de l'école qui nous permettent d'avancer aussi et après l'expérience fait qu'on apprend sur le tas, en discutant avec des collègues, en lisant parce que forcément quand on arrive dans un service on se réfère toujours à ce qu'on a appris à l'école sur le digestif, c'est insuffisant sur le digestif, comment dire à la personne je vais te poser une sonde gastrique, pour la première fois qu'on la pose (rires) on n'est pas fier, comment mettre la personne en confiance, c'est pas évident, on l'a pas forcément fait à l'école ; après quand on a cette expérience, forcément professionnellement on va mettre la personne plus en confiance parce qu'on l'a déjà fait une ou deux fois, on sait comment la personne va réagir, on peut lui expliquer mieux les choses, il faut faire comme ci comme ça et du coup ça se passe mieux ; l'expérience forcément avec des connaissances..
70. J-B. *L'expérience est-ce que c'est seulement plus de connaissances ; ne faut-il pas l'entendre comme une réflexion sur nos actions tout au long d'une vie professionnelle ?*
71. C. Forcément, si, si on réfléchit. L'expérience, c'est la capacité... Réfléchir sur notre vécu, donc c'est plus... que les connaissances. On peut apprendre tout le temps, il y a une diversité d'occasions, une diversité de lieux... où on peut apprendre des choses, et on est amené tout le temps à se mettre à jour, on se forme tout le temps finalement, sur le tas ; on a un budget formation, c'est très bien : chaque année on peut faire une formation, 5 jours au total ; c'est très bien, moi j'en profite, j'en fais une tous les ans.
72. J-B. *La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi, au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation, plaisir) ?*
73. C. Oui, l'écoute surtout, euh... Je dirais une écoute active plus qu'une écoute passive ; c'est surtout l'écoute active qui m'a mise en confiance, oui, par rapport ben euh... à moi-même, de se reconnaître des capacités ; le fait d'être plus confiante, eh bien, on donne en retour la confiance, je trouve, on transmet la confiance et la relation devient beaucoup plus facile, savoir comment discuter pour ne pas faire des erreurs ; connaître ses limites aussi et dire c'est le médecin qui peut vous répondre, on en reparlera après ; par rapport au traitement nous on a beaucoup de questions ; des questions et bien voilà... Je me souviens d'un cas, une question mais oui euh... pourquoi ils arrivent pas à me soulager, ben oui, mais moi je fais ça parce que je peux faire ça, après on a des petits moyens, après nous on repose la question mais c'est le médecin qui va décider, c'est pas nous, je vais en parler au médecin, on a cet impact, on va se renseigner, on arrive à leur dire qu'on va trouver un moyen, il y a toujours des moyens, on fait notre possible. Parfois, devant le médecin le malade ne dit rien, à domicile comme à l'hôpital, c'est un gros problème donc nous on écrivait un mot pour le médecin quand il retournait en consultation parce que le malade ne disait rien du tout, il disait qu'il n'avait plus de douleurs, il revenait le soir et il avait mal, le médecin n'avait rien rajouté ; ça m'est arrivé, même sur un dimanche, d'appeler un service d'ORL, parce que le patient souffrait, on pouvait pas le laisser comme ça : le patient refuse complètement d'être hospitalisé, qu'est-ce que je peux faire moi à domicile ? Après on a réussi à trouver des solutions, la femme est allée à la pharmacie de garde, on s'est débrouillé, on l'a soulagé, mais on enrage quelque part, c'est quelque chose de difficile ; la personne ne dit rien au médecin, après elle nous dit plein de choses.
74. J-B. *Est-ce que ton rôle de soignante ne comporte pas d'être le porte-parole du malade ? Ceci est aussi vrai à domicile comme à l'Hôpital ?*
75. C. Oui, forcément, la personne dit rien au médecin et à nous, elle dit tout, donc être à l'écoute, mettre de la confiance et le soignant doit se sentir concerné, motivé, intéressé, ah, il vous a vraiment dit ça.
76. J-B. *La participation à ces échanges a-t-elle provoqué en toi un changement au niveau cognitif (connaissances) ?*

77. C. au niveau connaissances, apprendre par l'écoute des autres, ce que disent les uns et les autres, être motivée pour... par les lectures, les comptes rendus, moi je ne l'aurais pas forcément fait de moi-même, on était en groupe, donc tout le monde le faisait parce qu'on savait qu'on allait en parler la fois d'après, on était porté par le groupe et comme ça du coup on est motivé, la motivation fait qu'on va aller chercher des choses.
78. *J-B. Pour devenir une meilleure professionnelle (attitude, comportement, gestes) ?*
79. C. Forcément, un gros, gros plus dans la profession... Enfin euh, finalement moins de peur parce que je voyais que les autres vivaient les mêmes choses que moi, moins de peur du fait de se parler tous ensemble, on a les mêmes vécus, si on n'avait pas été vraiment en groupe, c'est pas au moment des transmissions qu'on va se dire tout ça, du coup, on peut être plus en lien avec quelqu'un, on va en parler, moi j'ai une collègue avec qui on travaille en binôme, on en parle beaucoup, ah oui, toi aussi tu as vécu ça, moi aussi, et comment on fait, c'est compliqué, comment on fait ? Pendant un an on a eu une situation très compliquée, très dure mais le fait de pouvoir en parler, ouf ça apaise, ça nous apaise, dans ce qu'on fait, on a moins peur, ça c'est clair.
80. *J-B. Ta participation au groupe a joué ce rôle ?*
81. C. Le fait de participer au groupe ça m'a aidée, on a un rôle... pas basé uniquement sur la prescription, on n'est pas seulement exécutante. On peut être très vite prise par la technique en chirurgie viscérale, vu le travail qu'il y avait, la technique, elle peut très vite nous emporter, et le fait de se poser et d'en parler, d'autre chose que des gestes, du coup ça donne un autre sens à ce que l'on fait parce que en faisant de la technique on arrive à apporter de la relation, je trouve ; j'ai réussi du coup à apporter beaucoup plus de relation ; pour moi en faisant ce métier là, c'était la relation qui comptait pour moi, c'est vrai que bizarrement j'ai quand même été dans des services techniques, mais bon je crois que maintenant dans tous les services on est obligé d'avoir à faire avec la technique, partout finalement le rôle relationnel est important, mais je voulais faire du libéral pour ce côté relationnel, j'ai réussi du coup à en faire à l'hôpital, il y a la pression des actes quand même, beaucoup de pression par rapport à ça, terminer à l'heure avant les transmissions, c'était chaud ; tant pis, ce que ça m'a permis d'apprendre aussi c'est à ne pas s'apitoyer, on n'a pas réussi à faire des choses, des fois on ressort du boulot, mais moi ah, non je n'ai pas réussi à lui parler de ça et du coup on finit par accepter ses limites, non, je ne pouvais pas mais je peux le faire à un autre moment et ça par contre ça m'a aidée ; je me culpabilisais énormément sur ce que je faisais pas, que j'avais pas le temps de faire, je suis partie de chirurgie viscérale, j'avais appris à ne plus me culpabiliser par rapport à ce que je n'avais pas fait, parce que on s'en fait je pense...
82. *J-B. Qu'est-ce que tu regrettais de ne pas avoir fait ? Était-ce ton rôle d'écoute et d'accompagnatrice qui t'apparaissait négligé ?*
83. C. Moi personnellement ça été mon problème en tant que professionnelle, je me culpabilisais beaucoup, je sortais, j'ai pas fait ci j'ai pas fait ça au point de vue relationnel. On en a conscience et ça pèse.
84. *J-B. Après tout ce qu'on vient de dire, peut-on parler de développement personnel ?*
85. C. Oui forcément, par rapport à mes émotions à moi. Psychologiquement oui, même à l'extérieur, en famille, c'est un enrichissement personnel, on avance dans notre comportement de tous les jours, dans tout ce qu'on fait, je pense qu'on vit mieux, on vit mieux à l'extérieur quand on arrive à avancer au plan professionnel et vice versa je pense aussi ; on a des limites, moi j'ai beaucoup vécu sur les limites de mon vécu personnel et professionnel en oncologie pédiatrique, j'ai réussi au bout d'un moment à mettre des limites et ces limites m'ont permis d'avoir une vie personnelle à côté ; on change personnellement, on évolue grâce au travail, on apporte aux gens qui nous apportent aussi, on évolue personnellement, on s'enrichit dans notre métier, on part au travail différemment en devenant consciente de cette richesse ; tout métier a de l'importance, y a pas de métier qui empêche... pourtant on a l'impression que notre

métier est plus euh... On s'enrichit tous les jours dans notre métier, on part au travail différemment.

86. *J-B. Cet espace de réflexion précise-t-il quelque chose sur le rôle infirmier et aide-soignant ? Révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ?*
87. C. On a un rôle qui est lié, infirmier et aide-soignant, chacune. Si on s'arrête au rôle prescrit, on n'avance pas, on a un rôle propre, complémentaire des autres, indispensable, il faut le développer, mal connu à côté du rôle médical... y a pas que ça. La dimension oubliée ou ignorée : c'est facile d'ignorer le relationnel à l'hôpital, on peut l'ignorer, rôle complémentaire du médecin, oublié à la longue, ça dépend aussi de la charge de travail ; c'est vrai qu'en chirurgie viscérale, on ne le faisait pas de jour, le travail de nuit plus je pense par contre, j'aurais pensé plus mais, bon, y avait aussi du boulot, et puis la nuit c'est fait pour dormir, j'appelle ça le respect, respecter les rythmes de la personne, son rythme.
88. *J-B. Qu'est-ce que tu peux dire sur ce lieu espace de parole ?*
89. C. Si c'était intéressant, vraiment un lieu de vie, d'expression, je pense que tout le monde arrivait à s'exprimer, il n'y avait pas de crainte, pas de crainte les uns envers les autres, pas de jugement, on ne se sentait pas du tout dénigré par les uns ou les autres.
90. *J-B. Est-ce que l'absence des médecins et des cadres, hormis la cadre supérieure, explique cela ? La cadre supérieure n'était-elle pas seulement observatrice, en nous laissant totalement nous gérer ?*
91. C. On est plus libre. La cadre supérieure venait... ou pas, elle jouait pas un rôle de barrière, elle connaissait pas toutes les situations ; elle allait dans notre sens ; avec certains médecins, ç'aurait sans doute été autre chose, très compliqué, ils ont peur qu'il y ait un impact négatif alors que c'est que pour apporter du mieux, ça peut pas être négatif, c'est que positif... Mais ils auraient pu dire vous n'avez pas le droit...
92. *J-B. Est-ce que ce groupe peut être considéré comme un groupe de formation continue ? Peut-on parler d'auto-formation, laquelle se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ?*
93. C. Peut être pas une formation continue pour moi, c'est compliqué de dire formation continue ; ça remplace pas une formation continue, mais oui, oui, un exercice, une forme, par contre ça nous apportait autant parfois que si on avait fait une formation ailleurs, théorique, une formation continue, c'est plus théorique ; là oui c'était une façon d'apprendre différente, c'est vraiment notre pratique à nous, oui une suite à la formation continue, c'était pas prévu au départ. Oui, c'est un exercice de formation mais c'est qu'en continuant ... Euh, c'est pas suffisant pour dire formation continue, ça va dans l'analyse de notre pratique.
94. *J-B. Y'avait-il selon toi un formateur à ces réunions ?*
95. C. Non, pas de formateur, on se débrouillait nous-mêmes, une analyse de la pratique interne, bien sûr ç'aurait pu être un échec ; je pense qu'il faut pas vraiment un formateur... Non, non, je pense que ça tient vraiment au groupe qui se forme, enfin aux intérêts, aux motivations de chacun, dans un service où tout le monde se connaît, je pense qu'il faut ça, avec des gens qui ont déjà de la bouteille, ça compte ça aussi, parce que il y a de l'expérience derrière, donc on peut parler de choses connues en partant du connu, hop tout de suite ça amène tout un tas de questions et tout un tas d'interactions entre tout le monde.
96. *J-B. Est-ce que aussi le contexte de la société ne nous portait pas à nous interroger ? Parlons des lois Kouchner, Léonetti, sur les droits des patients, sur la fin de vie, de malades atteints du cancer qui prenaient la parole, de malades qui demandaient publiquement à mourir, d'affaires relatées dans les journaux, comme celle de Christine Malèvre ?*
97. C. Il y avait un contexte ; c'est tombé un moment où y avait du changement, où il fallait du changement, les annonces, on ne connaissait pas les lois : qu'est-ce qu'on peut

faire ? Cela avait changé, avant on avait peur d'utiliser la morphine ; l'affaire Christine Malèvre : qu'est-ce qu'on aurait fait ? Comprendre comment ça arrive ; moi j'étais très étonnée parce que en onco-pédiatrie, c'était radical, les médecins faisaient venir la famille, les parents, pas forcément les frères et sœurs, et tout de suite le diagnostic était posé avec nous et quand je suis arrivée en chirurgie viscérale et qu'on savait pas si la personne savait qu'elle avait un cancer ou pas, ah ça m'avait surprise, je comprenais plus, je ne savais plus, il y avait aussi les termes eux-mêmes qui étaient trompeurs, ils ont changé ; voilà il fallait que ce soit écrit, parce que rien n'était écrit, que ce soit clair.

98. J-B. *Peut-on parler d'auto-formation ?*

99. C. Pour moi, oui, bien sûr, parce que... Déjà il n'y a pas de formation adaptée, donc à l'intérieur du service, y a pas de formation pour ça, il faut la créer, ça n'existe pas ; l'analyse de la pratique, ça n'existe pas en formation ; être responsable, ne pas attendre que ça vienne, c'est pas histoire de dire, d'amener... C'est vraiment quelque chose de personnel, après ça été vraiment positif pour le service, ça a évolué grâce à ça dans le service, ça été une auto-formation, une auto-formation de chacun pour le service, pour moi il y a eu des avancées parce qu'on était à plusieurs.

100. J-B. *S'il n'y avait pas eu cet espace de parole ?*

101. C. Je pense pas qu'il y aurait eu ces avancées parce qu'on était plusieurs, à plusieurs...

102. J-B. *Est-ce que les comptes rendus ont eu un rôle dans le processus de réflexion ?*

103. C. C'était une invitation pour tous : qu'est-ce qu'on a envie de faire de notre profession ? Si on a envie... d'être plus riche d'informations, plus riche euh... Pour moi pouvoir donner plus aux autres, ça permet de les aider à vivre ces gens là, pour moi c'est l'essentiel, tout ce qu'on se disait après ça nous permettait de savoir quels mots dire, comment se comporter aussi, pas tourner le dos aux gens, il y avait plein, plein de choses ; quand on est pour un certain soin, se mettre dans une position plutôt qu'une autre parce que du coup les gens sont plus réceptifs, il y avait plein, plein de choses comme ça qu'on se disait ; eh ben pour moi, les patients étaient beaucoup mieux, ça apporte du mieux-être, et puis la relation il y a une mise en confiance et quand les personnes sont confiantes, elles disent plus de choses, elles se libèrent plus ; pour moi, c'est moins d'épuisement, plus de plaisir parce que moins de regrets, d'épuisement, oui voilà on arrive à se dire : voilà j'ai fait ce que j'ai pu.

104. J-B. *Ce groupe répondait à un manque ?*

105. C. Oui, on vivait sans, on pouvait avoir des regrets de pas aller plus avant dans notre profession, parce que pour les médecins on exécute, il y a des choses à faire à côté, on savait pas comment faire...

Enregistré le 9 octobre 2017. Durée : 1h40.

Lieu : domicile du doctorant.

Annexe 2 : entretien de Justine.

Entretien n°2

Justine, aide-soignante, 24 ans d'ancienneté en 2003. A participé à 18 réunions du groupe de réflexion.

Justine a eu un parcours très varié : maison de retraite ; puis entrée à l'hôpital sur un poste de nuit suivi par des postes de jour : hépato-gastro-entérologie, orthopédie, pneumologie, chirurgie viscérale pendant 11 ans, soins palliatifs.

1. *Jean-Bernard. Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ? Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui l'accompagne ? Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les trois niveaux) difficiles ou réussies ?*
2. Justine. Pour moi, le rôle relationnel du soignant est très important en tant qu'aide-soignante. Cela permet de discuter, euh, avec le patient, tout en faisant la toilette, enfin voilà on rentre vraiment dans l'intimité du patient et on peut discuter sans rester dans la maladie... On peut donc discuter, parler de voyage, de la famille, de repenser à des bons souvenirs, moi enfin en tant qu'aide soignante, je ne suis pas là que dans la maladie ; si le patient a envie de parler de la maladie, je suis à l'écoute, mais moi aussi c'est important de lui faire sortir un petit peu de sa maladie et donc de parler de sa famille ; le tout, c'est d'être dans l'écoute, de voir si le patient a envie d'en parler, j'ai un exemple : un monsieur qui avait quatre enfants, j'ai essayé de parler comme ça de sa famille parce que on voyait pas beaucoup sa femme, il n'avait pas beaucoup de visites et j'ai bien vu qu'il y avait une... réticence, donc voilà on n'a pas parlé, par contre ce patient, pour lui c'était important qu'on soit présent ; c'était un monsieur qui avait une infection donc, quand on entrait dans sa chambre, on groupait les soins, ça veut dire que pendant un certain temps on était dans sa chambre, mais aussi on n'allait pas dans sa chambre aussi régulièrement, si on y allait... enfin mais comment dire, c'était des moments bien précis ; et donc, par exemple, j'ai une réflexion d'une collègue, parce que c'est un monsieur qui avait des problèmes au niveau des vertèbres, et donc il avait un corset ; au départ il restait au lit et tout, et là moi je m'en suis occupée un jour, par exemple le mardi, il avait eu la pose de son corset le lundi après-midi, je vais pour lui proposer le repas et puis je lui dis : vous voulez que je vous aide à manger ? Parce que le monsieur complètement allongé, autant avant il mangeait tout seul et là avec le corset je lui ai proposé, et même qu'il voulait manger une « vache qui rit » ; j'ai eu la réflexion d'une collègue qui me dit : eh bien il peut prendre la « vache qui rit » et puis la manger tout seul et j'ai bien senti que non y pouvait pas, donc c'est qu'il avait besoin de présence, et la collègue me dit : ses bras ils bougent, mais j'ai dit : toi tu t'imagines dans un lit allongée avec un corset , ça, ça m'a... voilà pour moi, c'est pour ça, il y a des choses, euh... en tant qu'aide-soignante, il y a la maladie, y a l'écoute de la douleur, y a l'écoute, le côté psychologique aussi.
3. *J-B. Cela se passe en soins palliatifs ?*
4. Jus. Justement je vais revenir en chirurgie viscérale, le souvenir d'un jeune de 32 ans qui était venu pour une intervention, pour un reflux gastro-œsophagien, c'est une petite intervention pour nous en chirurgie viscérale, à ce moment-là c'était il y a 10 ans, c'était 3 ou 4 jours peut-être, je ne sais plus exactement ; le monsieur est resté 2 mois dans le service pour des complications après. Nous justement en faisant la toilette, on échange et donc on avait appris avec une autre collègue, on avait eu le même ressenti, ce jeune avait 32 ans donc il aurait pu être notre fils, on l'avait pris un petit peu comme la maman

et il nous avait expliqué qu'il avait perdu sa petite sœur à 2 ans et ce monsieur là avait une petite fille de 2 ans et demi et sa femme était enceinte du deuxième ; donc moi j'ai toujours fait inconsciemment, euh comment dire, le fait qu'il était opéré, qu'il avait des complications, moi je fais le relationnel comme ça, euh, il y avait des choses inconsciemment qui ressortaient, qu'il exprimait, donc ça il nous l'avait raconté à moi et à une autre collègue, justement j'avais échangé avec mon autre collègue en disant : pourquoi les complications de cette intervention ?

5. *J-B. L'avait-il dit à d'autres ?*

6. Jus. Non, justement le problème, je m'étais dit... moi j'avais dit : est-ce que vous aimeriez voir une psychologue ? Cela va de soi ; mais en chirurgie viscérale, on n'avait pas une psychologue sous la main comme ça, comme aujourd'hui je connais qu'on a plus dans le service de soins palliatifs, on a plus une psychologue sous la main, voilà je me dis : il faudrait avoir une psychologue dans tous les services, une assistante sociale dans tous les services. Voilà ce qui est au niveau relationnel.

7. *J-B. Que peux-tu ajouter au niveau émotionnel ?*

8. Jus. Cela demande beaucoup d'écoute, l'écoute demande beaucoup d'énergie de la part du soignant donc pour avoir une bonne écoute, pour avoir de l'énergie, il faut être bien soi-même, si on n'est pas bien soi-même, si on a vécu quelque chose de difficile, si on n'est pas bien, eh bien on peut pas être à l'écoute ; et aussi de savoir passer le relais, et dire : ben non là je ne peux pas aller dans cette chambre là ; et moi j'ai connu cette expérience depuis que je suis en soins palliatifs de passer le relais parce que ma maman était décédée il y a pas longtemps et je retrouvais dans la patiente dont je m'occupais je retrouvais ma maman donc, euh, j'ai dit : excusez-moi, je vais chercher une collègue pour s'occuper de vous et donc là j'ai passé le relais ; savoir passer le relais. Voilà en gros, j'ai pleuré parce que j'avais besoin, l'émotion, j'avais besoin de ça et je l'ai sentie venir, ce qui est important, c'est d'être à l'écoute de soi, on doit être à l'écoute du patient mais on doit être à l'écoute de soi aussi ; comment je suis là, non je ne peux pas, et de se dire on est des humains, on a des limites aussi.

9. *J-B. Est-ce que justement à l'hôpital les émotions ne sont pas le plus souvent refoulées ?*

10. Jus. On peut pas, je dis ça aujourd'hui parce que je ne suis plus en début de carrière ; en plus de ça moi je n'ai pas reçu une éducation... non, il faut paraître, faut être fort... moi j'avais un papa, faut pas pleurer et moi au jour d'aujourd'hui je dis, nous on dit à nos familles : mais il faut pleurer, on les autorise à pleurer, même aux patients d'être dans la colère, mais : allez y, exprimez vous.

11. *J-B. Est-ce que tu penses qu'en chirurgie viscérale, tu aurais pu passer le relais comme ça ?*

12. Jus. Ah ! C'était pas évident, par la charge de travail, par euh... l'esprit d'équipe ; et puis cette écoute des chirurgiens aussi, moi, en tant qu'aide-soignante en chirurgie je m'y retrouvais pas parce qu'il y avait la barrière entre les chirurgiens et nous ; ouais, en tant qu'aide-soignante, je me dis combien de fois en tant qu'infirmier j'aurais pété un câble parce que, euh, y avait des choses qu'étaient pas... tu sais les chirurgiens... dans les prescriptions, euh... la douleur, la douleur... l'information, les transmissions, voilà faut dire le minimum alors qu'on a besoin de savoir dans les transmissions ; et je reviens du côté de mon patient de 32 ans : si là on avait su qu'il avait perdu sa petite sœur à 2 ans, on aurait pu mettre quelque chose sur ses complications, être à l'écoute, peut-être un petit peu plus d'écoute et il aurait peut-être été moins longtemps hospitalisé ce patient... parce que sa douleur était plus psychologique que physique, des douleurs psychologiques en chirurgie y en a plusieurs ; une autre patiente, en chirurgie viscérale, pareil, je ne sais plus enfin de quoi elle était opérée... je vais pas chercher toujours au niveau maladie, comme les interventions, tout ça, j'approfondis pas trop, je prends le patient là, voilà ; et donc cette patiente, je sais plus trop de quoi elle avait été opérée et là pareil, on fait la toilette en discutant, j'avais appris qu'elle avait perdu sa fille dans un accident de voiture et ça elle le ressortait. Nous, en tant qu'aide soignante, je trouve

qu'on passe plus de temps en chirurgie viscérale, vous en tant qu'infirmier ce sont des gestes techniques voilà, beaucoup de transmissions écrites, enfin beaucoup de paperasseries, voilà, nous on a un temps donné, le temps de faire la toilette, on passe du temps et on rentre dans l'intimité du patient et là... les patients peuvent et moi c'est ce que j'aime en tant qu'aide-soignante, ce côté vraiment proche du patient et... d'avoir du temps et... voilà, moi c'est ça en chirurgie viscérale ; alors peut-être que le fait d'avoir fait de la chirurgie, ça m'a permis aussi de comprendre des choses... bien que voilà si je parle de la pneumologie avant aussi euh, pff... les angoisses qu'il y avait, moi je parle de ça avant 1999, donc on n'était pas avec tous les traitements qu'on a aujourd'hui, et les angoisses, et donc les problèmes respiratoires pouvaient être d'autant plus angoissants pour les patients, aujourd'hui on a évolué par rapport à ça.

13. *J-B. Est-ce qu'il n'y pas eu aussi l'influence du contexte sociétal avec les différentes lois qui se sont succédées depuis la loi Kouchner de 2002 et avec la libération de la parole des patients dans les journaux ou par des livres que tout le monde peut lire ?*
14. Jus. On le sent ça dans les services, moi je l'ai bien senti parce que en plus j'ai pris un congé parental de 3 ans et entre 1994 et 1997 j'ai vu une différence, je me rappelle en hépato-gastro-entérologie, mais c'était affreux ; que déjà en pneumologie le fait d'avoir des réunions éthiques, enfin ce qu'on appelait des réunions éthiques, bon maintenant c'est pas bien vu éthique mais en ce temps-là c'était des réunions éthiques, on avait tout corps médical et paramédical confondus depuis l'agent des services hospitaliers jusqu'au professeur qui étaient là, c'était pas des réunions systématiques mais le cas d'un patient qui posait problème voilà, donc on évoquait le besoin de faire une réunion et c'est là que moi aussi je me disais : j'ai un souci avec ce patient là, ah mais le médecin aussi d'où voilà, moi je parle de travail pluridisciplinaire, on reste dans la réunion de groupe.
15. *J-B. Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ? En raison de quel(s) manque(s) et à la recherche de quel(s) bénéfice(s) ? La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans un lieu dédié te paraît-elle nécessaire ?*
16. Jus. Le travail pluridisciplinaire c'est très riche, parce que l'aide-soignante elle est avec le professeur, ce patient-là c'est pas facile, c'est pas facile au niveau soin, voilà et puis on s'aperçoit à ces réunions que ça permet... ah le médecin il a aussi rencontré des difficultés.
17. *J-B. Aux réunions de chirurgie viscérale, il n'y avait pas de médecin.*
18. Jus. Cela c'était mon grand problème ; si, une fois on a eu un anesthésiste, j'en suis sûre, il était proche des gens et il est parti après en clinique, c'était pas si longtemps que ça avant qu'il parte en clinique ; cette fois là je m'étais dit : ah là on a touché un... mais voilà.
19. *J-B. Les médecins ne voulaient pas venir ou ne pouvaient pas venir ?*
20. Jus. En plus ils pouvaient pas : y avait les horaires et puis faut pas oublier que les médecins de cette génération-là c'était se remettre en question un petit peu, moi je dis aussi d'évolution, c'est que moi quand j'ai commencé, eh bien, c'était le médecin, ce que dit le médecin pour le patient c'est la parole de dieu, voilà, alors que maintenant par rapport aux lois, le patient a le droit de... Les droits du patient... le chirurgien il a pas la... Mais ça dépend des médecins, la barrière ; je crois qu'en chirurgie c'est quand même bien particulier, ah oui et les chirurgiens ont une autre image, un prestige, on va pas leur enlever, je l'ai toujours dit ; le chef de service, voilà, moi il m'a épatée quand j'ai assisté à son cours sur les amputations abdomino-périnéales, c'est sûr que les connaissances... mais pff, on en a vu des petits coqs... enfin.
21. *J-B. Si on se résume, pourquoi as-tu participé à des réunions de ce groupe en chirurgie viscérale ?*
22. Jus. Déjà j'avais connu des réunions en pneumologie et je trouvais que ça manquait en chirurgie viscérale ; quand je suis arrivée en chirurgie viscérale, la cadre supérieure d'avant 2000, combien de fois je lui ai dit : mais pourquoi on n'a pas de réunions éthiques ? Voilà, et je pense que c'est pour ça que je suis arrivée à faire la formation,

avant nos réunions, et quand on a dit qu'on pouvait ensuite faire ces groupes... pas de parole, mais ces réunions, ça m'a parlé parce que j'avais besoin de ça... On était 7 à participer à la formation sur « l'accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille », je me suis dit la formation c'est bien, ce qu'on avait vu en formation je ne voyais pas l'appliquer dans le service quotidiennement, ou faire des petits trucs... Et puis moi ces réunions, on était 5 au début à faire ces réunions... Au jour d'aujourd'hui je le ressens comme ça parce que moi quand je suis dans le service, je suis un peu la tête dans le guidon, voilà, parce qu'il y a ça et ça à faire, il y a la charge de travail ; et ces réunions de groupe ça permet de se poser, voilà, et de se dire voilà ça fait du bien, ça fait du bien, ça permet de s'exprimer, ça apaise, et le fait de dire ah, ouais moi j'ai ressenti une difficulté, il y a ça et ça, moi j'ai eu la difficulté mais mon collègue a aussi ressenti cette difficulté là, donc ça apaise, ça, parce que au lieu d'avoir ça, d'être frustrée de pas avoir fait son travail, j'ai pas fait, j'ai pas réussi à faire ça, mais si, on peut faire quelque chose de bien parce qu'on peut pas toujours arriver à ce qu'on voudrait faire ; moi d'échanger ça m'a fait du bien, d'échanger sur telle ou telle difficulté parce que ces réunions, c'était beaucoup dans les difficultés du service ; voilà je pense que ça aide psychologiquement à être plus zen et à écouter encore plus parce que voilà on a discuté de ça et à ouvrir l'esprit à d'autres choses encore... parce que chacun a ses points... aussi ce que j'aime bien aussi de l'hôpital, que ce soit en chirurgie ou en médecine, c'est un travail de groupe, d'équipe avec une kiné, un médecin, ce travail d'équipe c'est riche parce que voilà, comme je dis, à ces réunions on peut échanger.

23. *J-B. Cet échange peut-il être aussi intense pendant les transmissions entre équipes, pendant les discussions de couloir ? Cet espace d'échanges est-il nécessaire ?*
24. Jus. Non, non, il faut se poser, il faut un lieu, tu peux pas faire ça tout en répondant à des sonnettes pendant les transmissions, une salle fermée, en étant déchargée de son travail. Ce lieu est plus que nécessaire, il est indispensable, indispensable je dois dire, mais ça devrait... dans tous les services, enfin c'est indispensable
25. *J-B. Avec un aspect obligatoire ou de volontariat ?*
26. Jus. Non, non, pas obligatoire bien sûr, en pouvant s'exprimer : moi j'aimerais bien qu'on revienne sur telle histoire .
27. *J-B. Connais-tu l'analyse de la pratique ? Le retour sur l'expérience te semble t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation ? Penses-tu que la construction de la compétence suppose tout un travail de réflexion au long d'une vie professionnelle ?*
28. Jus. L'analyse de la pratique en groupe : oui en D.U. de soins palliatifs, formation-découverte, entre 2007 et 2009 juste avant le déménagement, mais avant pas vraiment.
29. *J-B. Étais-tu au courant de cette analyse lorsque tu étais en chirurgie viscérale ?*
30. Jus. Moi je mets l'analyse de la pratique, comme en pneumologie, dans les réunions éthiques, c'est ça pour moi, voilà... analyse de la pratique, tout le monde apportait sur un cas ; c'était des échanges comme aujourd'hui un petit peu en soins palliatifs, on a des réunions de synthèse, c'est obligatoire, parce que c'est obligatoire, c'est différent par là, mais moi ces réunions de synthèse ça m'apporte beaucoup parce que ça permet d'approfondir justement la connaissance du patient qu'on n'a pas toujours, mais moi je parle de ça en soins palliatifs, y avait pas de réunions de synthèse en chirurgie viscérale, y avait des fois un temps aux transmissions, il me semble quand même dans la journée... dire : ben tiens on pourrait parler de ce patient ; des fois aux transmissions, y avait un souci avec un patient et ça arrivait des fois que les médecins viennent échanger mais bon c'était sur un quart d'heure quoi et c'était déjà ça et ça montrait que si on avait des difficultés, les autres aussi...
31. *J-B. As-tu été formée à cette démarche qui vise la réflexion sur la pratique entre les membres d'une équipe ? Tu m'as dit que tu as réfléchi à cette question en allant voir sur internet le sens d'analyse de la pratique.*

32. Jus. En D.U. si on veut mais on n'a pas présenté ça comme de l'analyse ; moi je dirais que si j'ai fait le D.U., déjà c'était mon analyse de la pratique à moi...
33. *J-B. C'est à dire que tu réfléchissais sur ton activité de soignante ?*
34. Jus. justement, si j'ai été sensibilisée à faire le D.U. c'est mon analyse de pratiques... J'étais à l'époque en plein questionnement, parce qu'il y avait quelque chose qui ne me convenait pas en chirurgie viscérale, je ne savais pas quoi et voilà. Quand j'ai fait mon D.U., c'était pas évident pour moi de faire le D.U. et le lendemain d'aller dans le service. Pour moi l'année du D.U., c'était l'idéal, beaucoup de choses, mais comment voulez-vous que je fasse ce que vous dites ? Moi, je m'entends dire : y a pas besoin d'avoir du temps ; c'est vrai que ça m'a aidée parce que je me rappelle toujours cette patiente, on avait beaucoup discuté avec le monsieur et cette patiente qui devait être semi-comateuse, enfin bref, et les soins de bouche et, nous, en soins palliatifs on avait parlé des soins de bouche et nous à l'époque les soins de bouche, c'était à l'Eludril, et en D.U. les soins de bouche au café ; j'arrive dans le service et le monsieur me dit : elle aime beaucoup le café, attendez je vais faire son soin de bouche au café ; et là ça, ça m'a, moi psychologiquement, ça m'a renflouée, redonnée un dynamisme ; moi, j'ai eu le facteur déclencheur des gens en fin de vie, de leur confort... parce que en pneumologie, j'avais vu beaucoup, j'avais bien commencé la réflexion ; et puis j'ai vécu des choses personnelles, quand j'étais en pneumologie papa avait été hospitalisé, il avait des soucis de santé, une première amputation, une deuxième amputation, une dialyse péritonéale, chez un diabétique, décédé en 1999, tout ça, ma vie personnelle et professionnelle, il y a eu là un amalgame et ceci a fait cela. Là c'est bon, j'ai mal vécu de voir ces gens, angoissés de manque de souffle quoi.
35. *J-B. Tu trouvais notamment que les médecins ne les calmaient pas bien ? Tu voulais faire plus et mieux pour les patients.*
36. Jus. Il y a eu une progression entre 1994 et 1999, justement ça a bien avancé au niveau médecine aussi, il y avait des choses, des traitements qui faisaient que... l'hypnovel, je crois, parce que moi je suis un peu fâchée avec les noms des médicaments, je me torture pas l'esprit... Des petites choses, je reviens peut-être en arrière, des petites choses en tant qu'aide-soignante qu'on fait, qui demandent trois fois rien, mais par exemple dernièrement, on avait une dame qui était hospitalisée et en discutant, toujours en discutant, d'où le relationnel, c'est pour ça que j'insiste là dessus, elle m'exprime qu'elle avait envie de voter, c'était les élections présidentielles, on avait une cadre... Mais je lui dit : attendez y a possibilité de voter ; cette dame elle avait une cinquantaine d'années, mais ses filles étaient prises par le travail, eh bien, j'ai fait tout, j'en ai parlé à ma cadre en lui disant : Me untel veut voter, bon je m'en occupe, en plus j'étais pas là le lendemain... Donc j'ai fait mon travail d'aide-soignante, à mon niveau, et cette dame était hospitalisée en mai, après moi je l'ai pas revue parce qu'elle était partie en convalescence, elle est revenue en juin-juillet chez nous, elle est décédée chez nous, elle m'a reparlé, y a quelque chose au fond de moi qui me... je suis pas prête d'oublier et combien de fois elle a dit : ah, Justine, c'est grâce à elle que j'ai voté. Voilà, j'ai discuté avec la famille mais j'ai dit : j'ai rien fait d'extraordinaire, elle voulait voter ; être dans l'écoute et je pense avoir apporté quelque chose d'énorme ; là dessus, cette personne là, je sais pas si ça rentre dans notre discussion, mais aussi je vais revenir au groupe de parole ou plutôt d'analyse de la pratique, c'est la même patiente, décision de sédation de prise donc elle était sédaturée mais elle était très agitée, des cris, c'était insuffisant, la famille était très, très mal, l'équipe aussi, moi je suis arrivée un midi, ça nous gênait nous, mais voilà c'est aussi important, la famille aussi, donc il y a eu une décision de sédation plus forte et moi ça m'a posé beaucoup de questions parce que c'était au mois de juillet et on avait de nouveaux diplômés, j'étais mal, j'étais mal, euh pendant plusieurs jours et là comme c'était les vacances j'ai pas pu en parler comme j'aurais voulu, d'où groupe de parole, voilà, où tu peux exprimer et ça, pour moi ça été difficile.

37. *J-B. Qu'est-ce qui différencie ton service actuel de la chirurgie viscérale pour analyser les pratiques ?*
38. Jus. Je pense qu'en chirurgie viscérale, c'était difficile aussi mais je ne voyais pas le problème autant parce qu'il y avait une charge de travail autre, tu vois ce que je veux dire, intense et pas cette collaboration avec infirmière-aide-soignante, voilà, en chirurgie viscérale, y en avait pas, y en avait pas, parce que les toilettes, les toilettes et puis les infirmières, les pansements, les pansements, voilà ; quelque chose que je vis aujourd'hui et peut-être aussi que je prends plus conscience mais la question était : par rapport à ces jeunes diplômés, il y a les prescriptions, nous on est très... avec les médecins mais je ne sais pas si les nouveaux diplômés se sont posés autant de questions que moi en disant : le traitement, sédatif parce que c'est très fort, l'anesthésiant à injecter, moi ma question c'est : est-ce qu'ils se sont rendus compte de l'importance de cela ? Moi aujourd'hui je suis encore avec ça parce que le groupe de parole par rapport à cette patiente là a eu lieu la veille de mon retour de vacances, je n'ai pas été prévenue ; je reste toujours... par rapport aux nouveaux diplômés, le système... Voilà, c'est quelque chose que je ressens, je l'ai constaté aussi par rapport aux patients, l'expérience de travail avec de nouveaux diplômés, infirmiers, au niveau relationnel tout simplement... oui, je veux dire que le patient a une attitude différente, sans enlever les compétences de l'infirmier ou infirmière jeune, le patient a moins confiance dans un jeune, ce qui peut s'entendre ; moi, je suis pour dire : oui il y a des jeunes qui sont bien, j'en rencontre tous les jours, après ils n'auront pas la même relation que nous avec les patients et heureusement, aujourd'hui c'est le décalage qui me déplaît un peu dans l'institution.
39. *J-B. L'institution ne prendrait pas suffisamment conscience du rôle de l'expérience pour occuper certains postes. Précisément, le retour sur l'expérience te semble-t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation ?*
40. Jus. Oui, facteur d'expérience comme je l'ai dit mais l'expérience, on l'a pas tout de suite ; t'es professionnelle à partir du moment où tu te remets en question, le mot est peut-être fort ; si tu fais ton boulot sans te remettre en question... tu t'interroges, voilà c'est normal.
41. *J-B. La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi, au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation) ? Au niveau cognitif (connaissances) ? Peut-on dire que ces échanges t'ont aidée à devenir un(e) meilleur(e) professionnel(le) (attitudes, comportements, gestes professionnels) ? Peut-on parler de développement personnel ?*
42. Jus. Au niveau psychologique, on en a parlé : avoir une écoute plus, ça donne confiance ; au niveau cognitif, je me souviens des livres dont on parlait, des films, ça donnait des petits outils, c'était en même temps une suite à la réunion ; des livres j'en ai lu... même si ça ne donne pas des outils, ça te confirme dans... cela te reconforte dans ta pratique de tous les jours, on avance pas à pas ; la variété de ouvrages, c'est un plus, ça de donne de l'intérêt.
43. *J-B. Les connaissances ne tombent pas du ciel et la recherche de ces connaissances est permanente. On a présenté par exemple des ouvrages sur le deuil, l'annonce, des biographies.*
44. Jus. Le deuil, ce n'est pas si simple que ça ; quand je dis aujourd'hui que je travaille en soins palliatifs, je vois la réaction des gens en face, voilà c'est bon tu l'as dit, t'en parles plus, tu ne t'étales pas parce que voilà, soins palliatifs bon, après tu en as d'autres qui vont chercher à savoir, le deuil, les familles aussi.
45. *J-B. Veux-tu dire que le deuil faisant peur il est important pour le soignant d'approfondir ce processus afin d'aider au mieux les familles ?*
46. Jus. Oui, en soins palliatifs, comme on a beaucoup d'écoute avec le patient et les familles, il y a des retours et ça me remplume, et il y a un monsieur et sa femme elle était en fin de vie parce que ça c'était le 16 avril 2016, parce que ça c'est une date que je n'oublierai pas, la dame est décédée le 16 avril, c'était un samedi et le jeudi le monsieur

nous dit à moi et à l'infirmière : ah, mais comment vous faites pour travailler dans ce service là, vous êtes formidables et tout , mais je lui dis : eh bien non, merci à vous, c'est vous... le fait de nous dire ça, ça nous renforce, merci de nous le dire, voilà, alors la personne est dans la peine de perdre sa femme et puis elle vient nous reconforter, c'est quelque chose... Je me dis combien de chance on a, tout ça parce qu'on a une écoute, et on met les gens en confiance mais je pense que c'est quelque chose que je n'ai pas dit, mettre le patient et sa famille en confiance, et le médecin aussi parce que s'il n'y a pas de confiance... Et donc je repars sur le monsieur de 32 ans là, euh, il avait peut-être pas toute la confiance parce qu'il ne pouvait peut-être pas s'exprimer devant tout le monde ; si on l'avait mis en confiance ? Une autre dame qui avait fait aussi des complications aussi en chirurgie viscérale et, je sais plus de quoi elle avait été opérée, pareil, et donc en discutant aussi c'était une dame qui avait deux enfants et deux enfants par FIV... FIV problème viscéral, hein je dis c'est pas anodin...

47. *J-B. C'est une interprétation possible, non sûre, mais on peut se poser la question ?*

48. Jus. Moi mon expérience de femme me fait dire et puis mon expérience professionnelle me fait dire que il y a des gens qui ont une maladie, une complication et ce n'est pas anodin et que si on était plus à l'écoute, on ferait des économies à l'hôpital en jours d'hospitalisation, je pense... Je me dis 11 ans de chirurgie viscérale, ça été dure, j'étais frustrée, mais je me dis au jour d'aujourd'hui que ça m'a fait comprendre certaines choses aussi, c'est un passage où la chirurgie c'est bien particulier et ça peut expliquer des choses.

49. *J-B. Dans l'état d'esprit où tu étais le groupe t'a apporté quelque chose ?*

50. Jus. Ah ben oui, ah ben oui, c'est sûr, ça m'a permis de tenir aussi parce que j'étais tellement frustrée de ne pas faire mon travail comme il faut, bon eh bien j'étais pas la seule à ressentir ça...

51. *J-B. C'est d'ailleurs toi qui a assisté au plus grand nombre de réunions, ce n'est pas par hasard. Que peux-tu dire de la participation ou non de la hiérarchie, sachant que ce groupe était devenu un groupe institutionnel ?*

52. Jus. La présence de la cadre supérieure, ça ne me gênait pas... je trouve que c'était normal, elle avait son rôle aussi comme on disait, parce que on aurait pu être un groupe de parole et parler du beau temps et de la pluie, enfin quelque part c'est normal, elle dirigeait, pour donner un temps, on ne fait pas une réunion comme ça, si on déviait un peu trop parce que on pouvait, remettre dans le droit chemin... pas le droit chemin mais revenir à la discussion, on prend pas 3 heures comme ça, qu'on récupère en temps de travail en plus... Ce qui manquait, c'était les médecins, les cadres d'unité pour remplacer à la limite la cadre supérieure ; ça c'est autre chose : il y en a qui sont pas venus des fois mais peut-être aussi parce qu'il y avait pas suffisamment d'intérêt porté à ça de la part des cadres, si les cadres avaient dit : ça a de l'importance , eh bien il y aurait peut-être eu plus de monde, parce que y en a qui sont venus qu'une fois et puis... la parole du petit personnel vaut quoi ? Surtout en chirurgie viscérale, moi je suis partie de la chirurgie viscérale, je me sentais complètement dévalorisée, ah bah c'est clair.

53. *J-B. Tu t'es sentie dévalorisée par l'attitude de certains, est-ce à dire que la participation à ce groupe de réflexion ne t'a pas aidée à te valoriser en devenant une meilleure professionnelle, voire meilleure tout court, plus confiante, plus motivée ?*

54. Jus. je dois dire l'importance d'avoir ces réunions pour continuer à faire mon travail, ce que j'aurais eu du mal à faire autrement, alors parce que je pense que je serais partie plus tôt ; en 2003, j'ai été à mi-temps pendant combien de temps, je sais plus, le fait d'être à mi-temps, ça m'a aidée aussi, je me dis : tu vois aujourd'hui, je suis à 80% et ça ça m'a beaucoup aidée, le temps partiel ça m'a fait tenir, puisque quand tu vois aujourd'hui... je connais plusieurs infirmières de la quarantaine, elles ne savent pas, il y a peu de chances qu'elles aillent jusqu'au bout de leur carrière, elles cherchent autre chose. Moi je suis restée aussi parce que je ne sais pas ce que j'aurais fait d'autre, on a un métier tellement riche quand on est dans l'écoute ; une aide-soignante me disait

l'autre fois : le fait de s'intéresser au patient et de ne pas rester dans la maladie, on a des échanges, on parle de voyages, on parle de choses, on parle de tout, c'est riche parce que voilà, l'autre jour on avait un agriculteur qui était encore en activité, un truc qui lui tombe dessus, un cancer, il était encore dans la force de l'âge, il parle de son métier, enfin voilà, sa femme a écrit un livre, moi je l'ai acheté, on a une autre dame qui a écrit un livre, voilà... ce que je reproche, c'est... faut prendre le patient dans sa globalité, parce que la chirurgie viscérale : on prend les viscères, point barre...

55. J-B. *Ton expérience est riche pour ça, tu peux faire des comparaisons entre plusieurs services hospitaliers.*
56. Jus. Et moi, c'est ça que je reproche le plus, c'est de pas prendre le patient dans sa globalité ; mais oui, je suis sans doute devenue une meilleure professionnelle, il y a les connaissances, oui, je les ai mais je ne vais pas m'arrêter aux connaissances.
57. J-B. *Pourtant, la lecture de certains ouvrages, me semble-t-il, avait considérablement aidé le groupe à penser et donc à animer les discussions.*
58. Jus. Oui, c'est sûr, et de toute façon dans le livre tu retiens pas tout, tu retiens ce que tu as envie de retenir, ce qui t'intéresse, il y a un livre qui m'avait beaucoup aidée, je me rappelle plus.. (*Justine va chercher le livre en question et ramène une pile de 7 ou 8 livres*). Voilà, c'est le livre de Martine Ruzniewski : « Face à la maladie grave - patients, familles, soignants », on l'avait présenté en réunion comme un livre essentiel et un médecin du service de soins palliatifs me l'a emprunté ce livre-là ; le livre de Robert Buckman qui m'a beaucoup aidée, aussi : « S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades », deux livres importants, c'est là je pense que je les ai découverts, et puis il y en a d'autres, « l'accompagnement du malade », Kübler-Ross, Marie de Hennezel, « Le cadeau d'Hannah », un livre que j'avais proposé sur une maman qui parle de sa fille décédée d'un cancer à l'âge de 3 ans, le livre écrit par Marie Humbert sur son fils Vincent qui pose le problème de l'euthanasie ; ce sont des expériences enrichissantes et pleines de réflexions ; moi je me rappelle quand j'ai commencé de nuit à l'hôpital, Eric je me rappelle, un jeune accidenté de voiture, il y avait sa photo d'ailleurs quand il était en pleine forme, il a vécu treize ans dans le coma, comme Vincent Humbert : quelle vie ! A ce moment-là, c'était impossible de penser...
59. J-B. *Cela signifie que le contexte sociétal est important et si notre groupe est né en 2003, est ce que tu ne crois pas que le contexte a eu son influence ?*
60. Jus. Oui, le contexte et nous.
61. J-B. *Développement professionnel, peut-on associer développement personnel ?*
62. Jus. oui, développement personnel, parce que ces réunions on était en 2003, bon déjà la formation « accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille », je devais pas participer au départ parce que cette formation là je l'avais déjà faite en pneumologie en 1997 et c'était dans les temps où papa, papa est décédé en 1999, était pas bien, donc ça été très, très difficile de faire cette formation à ce moment là ; je me souviens, j'étais allée voir la formatrice, j'avais pleuré, donc ça avait certainement déclenché des choses en moi, et donc quand elle a été proposée en 2003, je ne m'étais pas inscrite parce que je l'avais déjà faite, et c'est une aide-soignante qui partait de l'hôpital et qui était inscrite à la formation, et la cadre d'unité m'avait proposé : eh bien, voilà je l'ai déjà faite mais je n'étais pas bien et je crois que j'aurai besoin de la refaire ; je l'ai faite sur un contexte complètement différent, en 2003, papa ça faisait quatre ans qu'il était décédé, je pense que j'avais cheminé, donc faire cette formation, après les réunions du groupe de réflexion, c'est de là que je me suis dit : pourquoi je ferais pas le D.U. en soins palliatifs ? J'en suis arrivée au D.U. et puis aujourd'hui voilà le parcours. Je suis intervenue dans une association une fois pour en parler, parce que j'avais besoin d'en parler ; développement personnel dans la mesure où on apprend à s'exprimer, à penser.
63. J-B. *Cet espace précise-t-il quelque chose sur le rôle infirmier et aide-soignant ? Révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ? Cet espace a-t-il eu une influence sur l'équipe ?*

64. Jus. Echanger avec le malade et aussi le médecin et avec l'équipe : ah ben tiens aujourd'hui cette dame là je l'ai pas trouvée bien par rapport à hier, hier elle m'a dit ça et ça et aujourd'hui non et toi comment la trouves-tu ? Cela permet d'échanger..
65. *J-B. Mais cet échange avec le médecin est relativement récent ? Etait-il possible en chirurgie viscérale ?*
66. Jus. Non, non, en chirurgie viscérale c'est un peu ça en tant qu'aide soignante, pff... t'avais envie de dire quelque chose, avec le médecin tu pouvais pas ; tu sens la barrière, je suis pas non plus quelqu'un qui va... peut-être aussi que le fait d'être à mi-temps aussi, c'est vrai aussi que t'es moins impliquée... parce que moi aussi j'ai besoin au niveau des patients d'avoir un climat de confiance, moi c'est pas dès le premier jour que je vais attaquer, à qui j'ai à faire ? C'est une façon de parler, comme le patient aussi il a besoin... on le sent bien, on le sent bien, on est quand même, infirmier et aide-soignant ; je me rappelle en chirurgie viscérale, quand tu accueilles le patient, c'est un repère pour le patient, c'est vous qui m'avez accueilli, l'accueil révèle... L'évolution aussi des institutions, avec les ordinateurs là, moi les 11ans que j'ai fait en chirurgie viscérale j'ai eu toute l'évolution de l'ordinateur, donc tu vas pour le recueil de données à l'entrée et à la fin tu es sur ton ordinateur, non enfin pff, tu regardes ton ordinateur, tu regardes pas le patient, alors que quand t'avais ton papier et ton crayon, tu t'asseyais, ça aussi, prendre le temps.
67. *J-B. Cet espace de réflexion, s'il a eu une influence sur toi, a-t-il eu aussi une influence sur l'équipe ?*
68. Jus. Euh, sur l'équipe j'ai pas souvenir de ça, à quel niveau ? Moi j'étais dans une unité de chirurgie à 100%, parce que recevoir la famille pour une maladie de Crohn dans le couloir, à propos d'un fils de 17 ans le chirurgien annonce : voilà votre fils il a une maladie de Crohn, l'expliquer dans le couloir ; ça, y a des choses qui sont intolérables en chirurgie et ça ça me mettait en... heureusement que j'ai été longtemps à mi-temps parce que ça me mettait en colère, au fond de moi, au fond de moi ; moi, je me suis entendue dire, à la chambre 102 je crois, après le salle de soin... un patient mais je sais plus quel médecin c'était : mais bon sang ce serait son papa ou sa maman mais bon sang il ferait peut-être quelque chose... (silence) ah... parce que il souffrait ce patient, je sais plus, j'ai des souvenirs vagues... c'est pff, ça me fait mal, au jour d'aujourd'hui je me dis mais comment j'ai fait pour tenir 11 ans en chirurgie viscérale ; la douleur, voilà, parce que autant en pneumologie, on avait peut-être pas assez de moyens mais en chirurgie viscérale, c'est la chirurgie, on sait que les gens ont mal, oh ben il a mal et puis voilà, la douleur, c'était pas l'écoute de la douleur, que ce soit la douleur physique comme psychologique parce que moi j'ai vu beaucoup de douleur psychologique mais la douleur physique... pff, on demandait : donner la note entre 0 et 10, quoi, mais pourquoi ?... ça s'arrêtait là.
69. *J-B. Qu'est-ce que tu peux dire sur ce lieu ? As-tu connu d'autres lieux semblables ? Pourquoi ce groupe a-t-il pu durer cinq ans ? Quelles en ont été les réussites et les insuffisances ? As-tu apprécié les comptes rendus ?*
70. Jus. Oui, le lieu, c'était bien que ce soit dans une pièce en dehors du service, c'était un temps vraiment consacré à cette réunion là, un lieu dirigé, comme si la cadre était là, à la fois pour ne pas dévier...
71. *J-B. La cadre, dont tu parles a participé à 8 réunions sur 23, avec parfois une présence raccourcie par un appel téléphonique.*
72. Jus. oui, et je n'ai pas l'impression qu'on ait dévié, on restait dans le sujet et que toi tu fasses les comptes rendus, pour moi c'était indispensable et je m'en suis servie pour mon D.U. après parce qu'il y avait des choses qui faisaient que, ça oriente, c'était vraiment un compte rendu de ce qui se dit mais après, moi je m'en suis servie pour faire mon mémoire, la patiente dont je parle dans mon mémoire on en avait discuté en réunion et donc le fait que tu aies fait les comptes rendus, moi je l'ai ressorti et même si c'était pas détaillé, pour moi ça m'a remis en mémoire des choses ; tu vois parce que là j'aurais

ressorti les comptes rendus, je serais peut-être plus restée dans la chirurgie parce que là j'ai parlé de mon expérience en soins palliatifs... oui, les comptes rendus, c'était indispensable.

73. *J-B. Pourquoi ce groupe, précisément de chirurgie viscérale, a-t-il pu durer 5 ans, alors que rien n'était écrit au départ ?*
74. Jus. Ce qui était bien, c'était tous les deux ou trois mois, c'était pas trop souvent donc voilà, c'était en dehors du temps de travail tout de même et de savoir qu'il y avait une réunion comme ça à telle date, on se disait de quoi on va parler, de quel cas on va parler, ça pouvait dire ah ben là j'ai rencontré cette difficulté... voilà.
75. *J-B. Qu'est-ce qui aurait pu faire que le groupe ne dure pas ces 5 ans ? En sortant des sentiers battus, en prenant une initiative inhabituelle, en diffusant des comptes rendus, n'y avait-il pas un risque ?*
76. Jus. C'est une question ? Je vois pas ; je pense que tout le monde était conscient aussi que c'était professionnel, comme tout travail ; j'ai connu avant ce groupe, toujours en chirurgie viscérale, un autre groupe, un groupe de parole, j'ai assisté au groupe de parole parce que ça me faisait le rapprochement avec la pneumologie mais je m'y retrouvais pas comme en pneumologie : c'était pour plusieurs services. Pour moi le groupe de parole, c'est de s'exprimer sur des choses personnelles mais des choses personnelles que tu as vécues dans le service, alors que dans cet ancien groupe, le fait pour le vivre aujourd'hui à l'hôpital, c'est bien aussi d'avoir un regard extérieur, mais voilà après il faut être libre de parler et ce groupe ça marchait pas, ça dépend de l'esprit d'équipe, le fait que c'était avec des gens de différents services, de pas avoir peur de dire ce que toi tu ressens alors que ta collègue elle est à côté ; j'ai suivi quelques réunions, sans que ça dure parce que voilà je m'y retrouvais pas ; alors qu'aujourd'hui (en soins palliatifs), je dirais même que ça manque, il y a un an ils ont mis à 16 heures, donc ça veut dire que tu peux assister que si tu travailles, sinon t'attends de 14h30 à 16h, c'était un essai sauf que pendant que tu travailles, moi j'ai vu l'autre fois, j'étais en repos de 3 jours, je reviens l'après-midi et à 16 heures, il fallait aller au groupe de parole, et moi je dis que c'est au détriment des patients, et moi quand je suis au boulot, je suis au boulot, maintenant ça y est, c'est revenu à 14 heures 30, ça veut dire que tu es du matin donc tu restes, c'est compté en heures supplémentaires mais comme les heures supplémentaires ne sont pas forcément comptabilisées, enfin... Au niveau de l'institution, je pense qu'on peut le dire, on ne donne pas les moyens pour, l'analyse de pratiques c'est bien beau oui, mais on ne donne pas les moyens pour faire ça, il faut être efficace à 100% au niveau du taf mais t'as pas le droit de te poser.
77. *J-B. Dans le groupe de réflexion de chirurgie viscérale, quelles ont été les réussites et les insuffisances ?*
78. Jus. Les réussites, c'est fait ; les insuffisances, qu'il y avait pas de médecins, ça pour moi, c'est un grand manque, au début qu'ils ne viennent pas, voilà, mais au fur et à mesure, pourquoi ? Y en a qui ont regardé des comptes rendus donc, qu'ils viennent pas les premiers temps, mais voilà, ç'aurait été porter intérêt à ça ; pour moi le fait que le docteur soit venu une fois, alors ça... je suis sûre, je le revois, et moi justement, le jour où il est venu, c'était un plus et il était vraiment dans l'écoute de ce qu'on disait alors qu'il aurait pu dire : qu'est-ce que vous dites, il aurait pu avoir l'esprit critique, donc voilà le point négatif, c'est ça.
79. *J-B. Est-ce que ce groupe peut être considéré comme un exercice de formation continue ? Peut-on parler d'auto-formation, laquelle se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ?*
80. Jus. Auto-formation, ça peut-être en auto-formation, parce que qui dit formation continue, dit... alors que là c'est plus basée sur le volontariat, il faut que ça reste sur le volontariat ; auto-formation, oui, si je n'avais pas fait ça je n'en serais pas là aujourd'hui, je suis sûre qu'au niveau professionnel je n'aurais pas le même dynamisme, la même motivation que

j'ai encore aujourd'hui, même si à un moment donné il faut lâcher prise, maintenant voilà, il faut, c'est pas pour ça que je ne vais pas faire mon travail bien jusqu'au bout.

81. *J-B. Un terme me paraît important, c'est prise de responsabilité.*

82. Jus. Responsabilité, moi ça au niveau aide-soignante, des fois prises de responsabilité, pff... par exemple, c'est tout bête mais pas voir l'importance de lever le patient, bah il veut pas être levé, on se pose pas plus de questions que ça, ça concerne jeunes et moins jeunes, pas de prise de responsabilité ; il faut comprendre, nous on ouvre tellement de portes, un exemple que je vais donner parce que c'est quelque chose que j'ai vécu, euh, on avait une patiente qui avait un cancer donc, qui était condamnée, et puis elle vivait avec une femme, deux femmes ensemble, dans toute l'écoute qu'on a, ce jour là je travaillais avec une infirmière, c'est quelque chose d'important et, euh, donc la personne qui était là et qui n'était pas malade, elle dit en discutant, toujours en discutant : y a quelques années mon amie souhaitait se marier et puis je voulais pas, et puis là elles ont réussi à en reparler et on a bien senti que c'était quelque chose auquel elles tenaient ; ça c'était le lundi après-midi, on voit, on sent ça quoi, avec ma collègue on se regarde, de plus y avait déjà un mariage qui avait été fait dans le service, notre cadre qui... on s'est décarcassé, allez hop, ma collègue s'est renseignée, moi je me suis renseignée, j'ai même appelé un conseiller que je connaissais pour avoir son avis, et puis le soir même on dit à la personne : demain vous allez en mairie, pour les papiers il faut ça, ça et ça, le mardi rendez-vous avec le maire de la commune, c'est ça, et donc de là le mariage pouvait avoir lieu le jeudi en raison de circonstances exceptionnelles, de là elle dit à moi et l'infirmière en question : on veut que vous soyez présentes le jeudi après-midi, il fallait qu'on soit présente quoi ; malheureusement, ça c'était fin octobre et mon grand regret, désespoir, c'est que ça n'a pas eu lieu parce que la dame qui était malade est tombée dans le coma le jeudi matin, donc le mariage devait avoir lieu le jeudi 1 novembre et pareil je travaillais le vendredi du matin, moi et ma collègue infirmière on se tenait au courant parce que c'est pareil, c'est quelque chose qu'on avait vécu très fort et elle est décédée à midi et moi je finissais à 14h30, c'est pas anodin ; dans son cœur elle était mariée et même la compagne... C'est ça que je me dis être à l'écoute, prendre le patient dans sa globalité et ça c'est tout patient hospitalisé qui devrait être pris dans sa globalité.

83. *J-B. Prendre ses responsabilités c'est donc aussi avoir cette possibilité là.*

84. Jus. Pour en revenir en pneumologie, par exemple, moi je me souviens, le patient est sortant et moi je suis arrivée à dire : mais à domicile, comment il va faire, ah ben c'est pas notre problème ! Ce qu'il y avait aussi de difficile en chirurgie viscérale, c'est qu'il y avait l'annonce, alors que en soins palliatifs, on a connu 2 ou 3 annonces comme ça mais en général les gens ils ont cheminé donc c'est un peu moins difficile qu'en chirurgie viscérale, combien de fois en chirurgie viscérale tel chirurgien opérait le vendredi, il ouvrait, il refermait, on peut rien faire et qu'il laissait la famille et le patient dans le doute ; ça j'y ai repensé y a pas longtemps, justement un patient hospitalisé et qu'on venait de lui avoir annoncer et là ça m'a renvoyée à la chirurgie viscérale en me disant : on avait tout ça à gérer, et nous et les médecins, parce que les médecins, annoncer c'est pas simple non plus et au lieu de se faire aider, de travailler en équipe, ah ben non c'est moi qu'annonce, enfin... alors qu'il nous aurait dit : voilà je compte annoncer demain à tel patient et puis après nous dire : comment il est le patient ? Y a du boulot à faire...

Enregistré le 16 novembre 2017. Durée : 1h40.

Lieu : domicile de Justine.

Annexe 3 : entretien de Nina.

Entretien n°3

Nina, infirmière, 10 ans d'ancienneté en 2003. Aujourd'hui, cadre de santé. A participé à 4 réunions du groupe de réflexion.

Avant d'arriver en chirurgie viscérale en 2003, Nina a exercé en tant qu'infirmière, pendant 10 ans, dans le service de réanimation médicale à l'Hôpital.

1. *Jean-Bernard. Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ? Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui l'accompagne ? Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les trois niveaux) difficiles ou réussies ?*
2. Nina. Je vois, hein, de l'importance dans la communication avec ... Euh le patient ou envers le patient et sa famille en premier lieu ; et puis en deuxième niveau avec les collègues de travail ; donc auprès des patients c'est un savoir-être et déjà une posture, comment je viens au travail et dans quel état d'esprit je suis parce que ça transpire à travers mon geste et si on n'est pas mal intentionné et, si y a quelque chose qui va pas, le patient il a rien d'autre à faire que de patienter et d'observer qui s'occupe de lui ; et le relationnel vis-à-vis de l'équipe, c'est un travail au quotidien de confiance, de dialogue, d'échange d'informations, d'entraide qui fait que on a un retour sur l'investissement quand un jour on est dans la mouise, on peut dire ça. Donc là c'est une vue sur une grosse charge de travail, je pense, par exemple, lorsque j'étais en chirurgie digestive, il y avait des aides-soignantes qui savaient observer quand les infirmières avaient besoin d'un coup de main exceptionnel et quand j'avais cette aide, à mes yeux c'était un retour, un juste retour de mon aide que moi j'avais pu apporter à un autre moment ; et cette relation, ce relationnel-là de soignant, en définitive il est au service du patient parce que quand ça fonctionne bien dans l'équipe, c'est au service du patient, ça fonctionne mieux pour lui.
3. *Jean-Bernard. Que dire du travail cognitif ? Est-ce que le travail relationnel ne demande pas quelques connaissances ?*
4. Nina. Si, si, Il y a une culture d'équipe qui fait que, à mon avis, on est dans un relationnel, un certain type de relationnel ou pas. Cette culture d'équipe, elle s'apprend et elle se cultive. C'est comme ça que je vois les choses : donc oui on apprend mais on n'apprend pas forcément avec, euh, deux jours de formation sur la communication, c'est un travail de plus longue haleine ; j'aurai plus parlé de culture d'équipe, mais en chirurgie digestive, on fait comme ça et tu vas apprendre à faire comme ça et toute l'équipe va suivre ce chemin-là et du coup dans ce sens-là je suis sûre qu'il y a un apprentissage. J'ai fait plusieurs formations sur la communication et je trouve que ça m'a apporté des solutions à mes problèmes perso plus qu'à mes problèmes professionnels. C'est pour ça que oui on apprend, on peut aller en formation, je ne dis pas que c'est pas utile, oui mais il y a aussi qu'est-ce que le service inculque comme valeurs et comme moyens de faire pour trancher dans une culture de service où il y a pas forcément de bienveillance envers les soignants, c'est un peu : fais comme je te dis, je t'explique pas pourquoi et vas-y, fais-le, eh bien, à mon avis ça a une répercussion sur comment on prend en charge les patients et comment on communique entre nous.
5. *J-B. Cela peut signifier que la culture d'équipe a parfois besoin d'être ré-interrogée ?*
6. N. Oui et c'est pas euh... Cela évolue avec la vie, voilà. Je pense par exemple quand j'étais en chirurgie digestive on entendait parler de l'annonce diagnostique avec un temps d'annonce infirmier/médecin/patient et ça c'était quelque chose de nouveau dans

nos pratiques ; on en entendait parler mais 10 ans plus tard on sait que ça existe et c'est mis en place dans plein de domaines, et donc du coup là on était à un moment charnière au regard de cette thématique ; et on voyait tout l'intérêt que ça pouvait apporter au patient puisqu'on savait que ça existait mais de mémoire ça n'était pas encore mis en place pour nos patients et donc là c'est un exemple, ben on évolue ; et euh on va partir sur un nouveau chemin, une nouvelle direction pour préparer le patient à recevoir le diagnostic médical.

7. J-B. *J'anticipe sur les questions à venir mais est-ce que le fait d'avoir participé aux réunions et d'avoir reçu des comptes rendus ça t'as aidée dans ce sens-là ? Est-ce par exemple le fait de prendre connaissance de notre travail théorique et pratique sur l'annonce à partir du livre de R. Buckman (« S'asseoir pour parler : l'art d'annoncer de mauvaises nouvelles aux malades : guide du professionnel de santé ») t'as aidée ?*
8. N. Oui, je me rappelle ça avait contribué. Moi aussi je sors un peu du cadre : ce qui a contribué, c'est le fait que la cadre supérieure de l'époque, elle autorise, elle valide et elle vient de temps en temps contribuer au groupe, ça donnait une assise institutionnelle, la marche au dessus ç'aurait été, euh, un peu plus de marque d'attention de l'équipe médicale et qui là aurait donné vraiment le vrai fil conducteur, on aurait pu arriver en définitive à un bénéfice pour l'institution avec une culture de service, là ç'aurait été... parce que on était dans une culture de paramédical dans notre groupe validé par l'institution avec la cadre supérieure, en ayant bien conscience que c'était individu dépendant par rapport à cette cadre sup-là mais on a eu plaisir de travailler avec elle ; et donc du coup on était bien dans un cheminement de culture paramédicale, à se raisonner, à raisonner, à réfléchir, et on va dire à plus tailler un chemin qui était devant nous.
9. J-B. *Faut-il toujours attendre que le changement s'impose de l'extérieur, ce qui nous dédouane de notre responsabilité ? La cadre supérieure elle-même affichait une attitude passive dans ce groupe.*
10. N. Oui, on aurait pu attendre et il ne se serait rien passé, tout à fait. Il manquait un maillon qui est le consentement médical.
11. J-B. *Est-ce que ton expérience d'aujourd'hui, en neurologie, témoigne de ce maillon manquant ? Quelle différence avec la chirurgie viscérale ?*
12. N. Je suis en médecine et je travaille en ce moment avec des médecins qui sont favorables aux propositions ; du coup on peut être source de propositions et je sais qu'ils vont aller de l'avant avec les équipes paramédicales parce que ils attendent beaucoup de choses pour leurs petites affaires à eux, donc c'est un peu du donnant-donnant, aujourd'hui. Ce n'est pas comme ça partout mais aujourd'hui c'est comme ça. Alors que quand j'étais en chirurgie digestive, ce n'était pas comme ça, il y avait une barrière, bah on était entendu, écouté, euh... on avait une légitimité, on acquérait une légitimité, c'est à dire que ce qui pouvait être dit à 6 mois ou à 3 ans parce qu'on avait fait ses preuves n'était pas écouté de la même façon, mais il manquait un petit quelque chose à mon avis, euh, un consentement voilà, un consentement médical ; mais je suis peut-être un peu exigeante, ils nous ont pas empêché de le faire, donc ne pas empêcher de le faire c'est consentir à ce qui se passe et peut-être qu'on est exigeant à toujours vouloir plus que ce qu'on a. Ils auraient pu dire : non, alors qu'on a eu une belle opportunité et une belle plage de liberté. A mon mémoire professionnel d'école des cadres j'ai travaillé l'innovation et on y est pile poil ; quand on était en chirurgie digestive, on était pile poil dans l'innovation, c'est à dire qu'on était vraiment à côté de ce qui se faisait : tout le monde sait ce qui se passe, mais personne ne dit rien et on observe et on voit, et du coup la limite elle était là (Nina dessine un trait continu sur la table) et le groupe était ici en pointillé (un trait en pointillé apparaît à un côté de la ligne continue), et selon la façon dont ça allait se dérouler la zone de trait continu elle va englober ça ou elle va rester pendant un petit moment en pointillé et dans ces cas-là l'institution ne prend pas de

risque : OK, on sait que vous le faites, faites-le, on vous observe, voilà c'est ça et on a bien fonctionné pour ça.

13. *J-B. C'est ce qu'on a fait avec nos réunions dans un lieu clos ; il y avait néanmoins des comptes rendus de diffusés, qui s'efforçaient de rester factuels, motivant et responsables. Peux-tu donner des exemples d'expériences difficiles ou réussies, notamment en évoquant le travail cognitif ?*
14. N. Alors euh... moi, de mes souvenirs de réunions on discutait de patients qui étaient répartis sur les trois unités de la chirurgie viscérale, d'histoires euh, d'histoires qu'on pouvait tous connaître, par exemple si c'était un patient qui n'était pas de mon unité, je pouvais faire des liens très facilement avec le public accueilli dans mon unité. Ce qui est réussi ou pas réussi, j'ai du mal à me souvenir, pour moi c'est des vécus de prise en charge où on trouvait qu'il y avait eu un manque ou quelque chose de bien fait et on était content de pouvoir le dire : on a réussi à faire ça pour telle dame ou tel patient ; un exemple précis je ne pourrai pas dire mais dans mes souvenirs, c'est ça, c'est : on a buté sur telle ou telle chose ou on revient sur ce dossier parce que le patient il est toujours là au bout d'un mois et qu'en est-il, est-ce que la problématique s'est déplacée ou est-ce quelle est toujours sur place ?
15. *J-B. Quelles problématiques ?*
16. N. L'annonce diagnostique, moi j'ai ça en tête, des patients qui souffrent, qui posent des questions, l'annonce qui est faite ou mal faite... A nos yeux, à nos yeux, tout en reconnaissant la difficulté d'annoncer. Par contre moi je venais de réanimation médicale et en réa méd il y avait une autre culture qu'il n'y avait pas en chirurgie digestive ; euh, je venais avec une force qui était : dans mon expérience d'avant quand on avait un problème et exactement le type de problèmes qu'on traitait dans ce type de réunion en chirurgie viscérale, on faisait une réunion après les transmissions, dans notre salle de transmission de réa méd, avec le médecin responsable des patients ; on fermait la porte et on disait au médecin : pourquoi ceci, pourquoi cela, pourquoi tu fais pas comme à M. Dupont telle chose, pourquoi tu proposes pas comme tu as proposé à Me. Durand telle et telle chose ? Et le médecin il répondait à toutes nos questions, il disait : je ne le fais pas parce que... je le fais parce que... il répond à toutes les questions et après il nous disait : voilà ce que je compte faire, je vais dire à Me unetelle, je vais dire à son conjoint, est-ce que quelqu'un a quelque chose d'autre à rajouter ? Et quand on était d'accord ou pas d'accord c'était plus le problème à la fin de la réunion, on avait une lisibilité sur la construction de pensée du médecin, et c'était facile de mettre la main sur la poignée de la porte et de rentrer dans la chambre même si on savait que le diagnostic n'allait pas être annoncé, parce que on avait en tête le raisonnement du médecin, pourquoi il le faisait ou pourquoi il ne le faisait pas ; et c'est là où je reviens à ce que je disais tout à l'heure, le consentement ou la validation médicale, elle est quand même importante dans notre posture de soignant, parce que j'ai vécu les deux situations et quand le médecin m'a expliqué pourquoi il le ferait, pourquoi il le ferait pas, eh bien je rentrais dans mon collectif d'équipe et je continuais le soin, et je ne portais pas de jugement sur le médecin puisqu'il avait donné son raisonnement et je le respectais ; c'est l'absence de raisonnement du médecin... qu'on a l'impression de marcher sur des œufs, et on se dit : holà là, je vais rentrer dans la chambre et qu'est-ce que je vais répondre si on me pose telle et telle question ? C'est ça, moi, qui était inconfortable en chirurgie digestive ; et du coup c'est le reste de mes souvenirs de ces réunions en chirurgie viscérale, c'était qu'on pouvait dire dans quelle prise en charge je me suis sentie inconfortable.
17. *J-B. Les réunions nous amenaient à formuler notre questionnement pour nous-mêmes, de façon à l'adresser éventuellement aux médecins. Est-ce que ce n'était pas non plus une façon de dire que le travail paramédical n'est pas seulement une application stricte des prescriptions médicales mais aussi une recherche du sens de notre action ?*
18. N. Non ce n'est pas uniquement une application ; je n'étais pas une infirmière qui posait énormément de questions aux médecins non plus. Il y avait une certaine pression, j'étais

jeune, il y avait beaucoup de pression, moi j'étais dans ma pression : j'essaye de bien faire ce qu'on me demande de faire, euh ; j'avais mon mot à dire en matière d'organisation et je me sentais écoutée, par exemple j'ai un souvenir et le chirurgien me dit : voilà M. Untel ne va pas très bien, il va pas sortir ; il vient me le dire avant de rentrer dans la chambre, et là je lui dis : ah non, surtout pas, on n'a plus de lits, surtout pas, s'il ne sort pas, on est vraiment dans la mouise ; ah, bon, d'accord, je vais le voir, il va sortir ; et du coup, il allait modifier ses prescriptions pour la maison, pour que la logique de prise en charge individuelle elle colle avec la logique du collectif. Et du coup dans ce domaine-là je me sentais parfaitement à l'aise pour échanger, expliquer les choses. Le niveau de raisonnement de prise en charge, qu'on pouvait aborder dans les réunions, et qui pouvait à mes yeux mettre un peu mal à l'aise l'équipe médicale, je l'abordais pas de la même façon et pas du tout avec la même euh, la même... sérénité dans l'unité ; et du coup le groupe était utile pour ça, parce que c'était un lieu d'échanges et de sujets qu'on abordait pas forcément au cœur de l'unité, et c'est peut-être aussi pour ça que je me disais que l'aval médical me manquait parce que comme je n'avais pas forcément la force ou le courage de le dire dans l'unité, si je l'avais eu de ce côté là, en réunion, ça avait un petit peu compensé.

19. J-B. *Est-ce que tu ne crois pas que la première chose à rechercher c'est de se constituer une capacité de réflexion pour engager un dialogue avec les médecins ?*
20. N. Le groupe était en effet un moteur de réflexion, la réflexion est collective, il y a forcément plus d'arguments à plusieurs.
21. J-B. *Est-ce que ce travail de réflexion, vu comme un espace de création, relevait de notre rôle, au-delà de notre rôle d'exécution de prescriptions ?*
22. N. Les fois où je me sentais parfaitement à ma place, ça peut paraître dommage, enfin contradictoire, parce que on prenait des décisions lourdes de conséquences, c'était en réa méd après les échanges avec le médecin, quand pour une situation j'avais en tête comment le médecin il voyait les choses, sur quoi il s'appuyait et à ce moment là il y avait une grande zone qui s'éclairait devant moi, parce que évidemment, nous les paramédicaux, on n'a pas tous les résultats des examens et puis on ne sait pas les analyser, eh ben quand j'avais le médecin qui me disait : je le fais pour telle raison, je ne le fais pas pour telle raison, on ne peut pas comparer monsieur et madame parce qu'il y a ça, ça, ça, alors qu'ils ont la même maladie mais il y a ça, ça, ça, qui fait qu'on va raisonner différemment, eh bien je me sentais faire partie d'une équipe médicale, paramédicale et les situations lourdes de conséquences je ne les portais pas comme un fardeau sur mon dos, j'étais à ma place parce que j'avais une vue sur du moyen ou du long terme, et ça correspond à ce que tu dis, j'avais une vue sur un raisonnement qui dépasse la pure application des prescriptions médicales. Moi, j'avais besoin de voir dans quel sens on allait pour me sentir à ma place de professionnelle. Même si on allait arrêter le respirateur, si on allait débrancher le malade, si on arrêtait les soins ou quand nous, l'équipe, on disait c'est de l'acharnement et que le médecin disait non, eh bien là il n'y avait pas de meilleure réunion que celle-là : tu t'acharnes, arrête de t'acharner, non je ne m'acharne pas parce que, toc, toc, toc, donc du coup on confrontait nos idées et là on apprenait ensemble et il y avait une force qui faisait que on continue dans ce sens là.
23. J-B. *Est-ce que tu sentais qu'à ce moment-là tu avais toutes les connaissances nécessaires en éthique, en déontologie, en législation, pour apporter ton avis personnel et éventuellement une contradiction ? Il faut, d'autre part, remettre à leur place la loi de 2002 sur les droits des patients et la loi de 2005 sur les soins palliatifs.*
24. N. Oui, il y avait ce médecin tout-puissant, oui à la fin quand je quittais la réa med en 2003 on commençait à aborder la notion de ces textes et les questions qui commençaient à émerger, mais j'étais à la fin de ma période de 10 ans de réa médicale, voilà ; donc je suis arrivée avec cette culture et ce fonctionnement et du coup je me suis retrouvée dans un système de fonctionnement où on ne dit pas en chirurgie viscérale la maladie au malade, pas toujours ; les gens se font opérer d'amputations extrêmement

importantes et invalidantes et il y en avait qui n'avaient pas compris pourquoi, voilà, comme si ouille... du coup il y avait un écart et un écart entre l'infirmière et le médecin qui fait qu'on ne disait pas la même chose à tous les médecins, et ça c'est partout, mais il y avait des médecins qui étaient plus abordables que d'autres. Après, au regard des textes, euh, moi en réa méd, comme on n'avait pas connaissance de tous ces textes qui allaient sortir, à mes yeux c'était important de comprendre la logique médicale et que c'était quand je ne la comprenais plus que ça faisait friction à l'intérieur ; avant les lois, ce n'était pas aussi cadré ; on n'avait pas en réa méd, à l'époque, de réunion collégiale, du coup je me contentais de l'avis d'un seul médecin, oui il y avait le collectif médical/paramédical avec la logique, mais je n'avais le discours que d'un médecin alors qu'aujourd'hui quand on prend une décision d'arrêt des soins, il y a une réunion à plusieurs médecins et du coup là on aurait plusieurs logiques. Mais on était déjà dans les prémisses d'une réunion, de quelque chose, ce qui faisait que du coup ce qu'il y avait de difficile à faire dans le métier ça prenait sens à mes yeux, ça passait mieux.

25. *J-B. Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ?*

26. N. Les horaires étaient adaptés. Pourquoi as-tu participé ? C'était la seule occasion de débat au sein de l'unité ; les autres réunions c'était des réunions descendantes où on nous demandait pas trop notre avis et je vais citer un exemple qui m'était resté en mémoire, alors c'était une logique institutionnelle mais y avait pas de débat possible : il y avait une réunion de service ou de pôle où on nous avait présenté les nouveaux chariots d'urgence, la nouvelle logique de chariots et dans cette nouvelle logique c'était : vous faites les péremptions une fois que vous vous êtes servis du chariot d'urgence ; et moi je me souviens avoir pris la parole pour dire : mais quand on s'est servi du chariot d'urgence, on est déjà dans le rouge, on a déjà perdu 2 heures de notre temps, donc quand on s'en est servi, on va faire 1 heure ou 2 d'heures supplémentaires donc pitié, ne nous demandez pas de refaire les péremptions en plus, les péremptions il faut les faire quand y a pas une journée affreuse ; et du coup je n'avais pas été entendue, oui c'est comme ça et pas autrement, et donc les réunions c'était vraiment l'information descendante ; là on était dans une logique institutionnelle de refonte et de mise en conformité des chariots d'urgence, on en avait perdu la logique, quand on s'en sert on est dans le jus, donc faut pas en rajouter, pas en rajouter ; et quelques années après ça été changé, c'est à dire qu'ils nous ont arrêtées de faire les péremptions une fois qu'on remplit le chariot parce que c'était vraiment pas opportun, donc ça pour dire, c'est un exemple, dans les réunions de chirurgie digestive c'était : on se réunit, l'information descend, ouvrez la bouche, vous allez la recevoir ; par contre les réunions du groupe, c'était des réunions où on pouvait échanger, communiquer, ça ne descendait pas. Pourquoi j'ai participé à ces réunions du groupe ? C'était le seul espace de parole pour moi dans le fonctionnement de la chirurgie digestive. (Nina lit la suite de la question sur le guide d'entretien) En raison de quel(s) manque(s) et à la recherche de quel(s) bénéfice(s) ? Euh, le manque, Il me manquait le discours et la logique médicale bien des fois, et pour quel bénéfice ? Le premier bénéfice qui me revient, dont je suis convaincue, c'est de sentir que les collègues vivaient les mêmes choses et on n'en parlait pas, les mêmes questionnements, les mêmes incertitudes et y avait qu'à la réunion où on en parlait parce qu'en fait les transmissions c'était l'échange de prescriptions : il est perfusé, il a un davoll (drain), il a un blake (drain), il a pissé tant, et on n'était pas sur du raisonnement éthique ou rarement et si on le faisait, on était 4 ou 5 et ça n'avait pas la même qualité que dans le groupe où on était plus nombreux.

27. *J-B. D'où l'avantage d'un espace dédié ?*

28. N. Oui, un espace où on n'était pas dérangé, parce que au moment des transmissions on pouvait être interrompu par quiconque, n'importe quand. (Nina continue de lire la question) La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans ce lieu te paraît-elle nécessaire ? Pour y avoir goûté, oui ; si il n'y avait pas eu le groupe, j'aurais fait sans, oui c'est nécessaire, c'était utile.

29. *J-B. Connais-tu l'analyse de la pratique ? As-tu été formée à cette démarche qui vise la réflexion sur la pratique entre les membres d'une équipe ?*
30. N. Oui, je connais l'analyse de pratiques ; est-ce que j'ai été formée ? Non ; je connais l'analyse de pratiques au regard de mes expériences sur le... d'analyse de la pratiques en tant que professionnelle ou lors de formations. L'analyse de pratiques, j'en ai entendu parler quand j'étais à l'école des cadres mais c'est pas pour ça que je vais pas te dire que je suis formée...
31. *J-B. Une différence majeure du groupe avec le modèle de l'analyse de la pratique était l'absence de formateur attiré ; as-tu ressenti cette absence à la règle comme un handicap ?*
32. N. Les règles étaient respectées, oui je pense qu'on les respectait, euh... je n'ai jamais entendu aucune critique ou quoi que ce soit vis à vis de ce groupe ; donc y avait une authenticité, tu viens, tu es admis, tu viens pas, t'en parles pas, tu dis rien, voilà, c'était juste authentique par rapport, euh, au reste de l'équipe, t'en as qui ne sont jamais venus et qu'en avaient pas besoin, voilà ; il y avait une liberté d'expression, y avait liberté aussi de venir ou de ne pas venir selon...
33. *J-B. Le retour sur l'expérience te semble-t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation ? J'entends le mot professionnalisation dans le sens le plus simple : de devenir une meilleure professionnelle.*
34. N. Oui parce qu'il donne une vision commune du travail. Oui, dans ce sens là, le collectif unit, euh, le discours collectif permet d'ajuster les pratiques : ah, toi tu fais comme ça, moi je fais pas comme ça, ah je voyais ça comme ça, toi tu voyais pas ça comme ça, et du coup le collectif il permet de monter des marches, alors y en a qui vont monter une marche et d'autres deux mais on va dans le même sens... Oui, je pense que ce retour sur l'expérience permet de devenir une meilleure professionnelle parce qu'il pose un moment où on stoppe le temps et permet de se demander pourquoi on fait, comment on le fait, est-ce que ça a du sens de le faire comme ça ?
35. *J-B. Est-ce que tu ne crois pas qu'à côté des formations initiale et continue il serait nécessaire de ne pas oublier cette possibilité d'espace de parole à l'intérieur des unités ?*
36. N. Maintenant on l'a avec la simulation, par exemple en neurologie, les infirmières doivent être formées à l'alerte X : donc on doit descendre au rez-de-chaussée et gérer un patient ; eh bien, cet apprentissage-là va se faire en simulation, un faux malade, on lui fait ça, ça, ça, raisonnement et toc, toc, toc, et du coup là il y a une expérience pratique dans une fausse unité de soin, mais on est quand même... comment dire, en situation concrète sans avoir un patient, donc on s'approche de la réalité ; et on peut aussi simuler l'annonce : une infirmière, une aide-soignante et un interne et chacun joue son rôle et l'aide-soignante dans la simulation elle accueille le patient, elle le rassure, elle le déshabille, elle prend les coordonnées, il y a pas que du technique, il y a le relationnel, l'administratif, l'accueil de la famille à côté, enfin...
37. *J-B. C'est donc une modalité, à cause de son caractère bien différencié, d'analyse de pratiques qui, en l'occurrence, s'appuie sur un ou plusieurs formateurs ?*
38. N. Oui, on est à peu près dans le même raisonnement, regarder le vécu pour préparer l'avenir, parce que en réunion les patients pouvaient encore être hospitalisés.
39. *J-B. Penses-tu que la construction de la compétence suppose tout un travail de réflexion au long d'une vie professionnelle ?*
40. N. Oui, pourquoi ? Euh... parce que les choses changent, parce que nous changeons, les pratiques évoluent, et que on peut être compétent à un moment donné mais si on maintient pas à jour nos connaissances, c'est pas quelque chose d'acquis, donc oui il y a un fil conducteur de... tout au long de la carrière, à ne pas lâcher pour ne pas perdre en compétence.
41. *J-B. Si la compétence se construit par un travail au fil du temps, est-ce que l'institution hospitalière ne donne pas l'impression de ne pas en tenir compte ?*

42. N. Moi, ce que je ressens, c'est qu'il y a 20 ans on pouvait se former à des... on pouvait bénéficier de formations qui n'avaient pas un lien direct sur la pratique alors qu'aujourd'hui c'est plus le cas, et pourtant du haut de mes 20 et 25 ans, puisque je suis arrivée à l'hôpital j'avais 20 ans, il y a des formations qui m'ont été très, très utiles pour, euh, grandir j'ai envie de dire, et au final être un bon professionnel ; et ça n'existe plus aujourd'hui et ça n'était pas de l'argent perdu que de m'envoyer à ces formations-là parce que avoir des outils pour régler des conflits, que ce soit dans ta famille ou au travail, c'est les mêmes outils et je trouve pour nous... qu'à l'hôpital le catalogue de formations baisse en qualité parce que ils veulent une rentabilité immédiate : tu ne sais pas monter une aspiration, tu vas en formation aspiration, tu ne sais plus transfuser, tu vas en formation transfusion ; mais, euh, si on réfléchit, moi j'ai été par exemple en formation avec Rémy Filliozat, sur « dire non à la maladie », « l'écoute active », eh bien, moi c'est 20/20 ces formations-là ; je m'en souviens encore, je m'en souviens encore, c'était d'une qualité comme on en voit peu, il était bienveillant avec une logique de... différente ; je me souviens de mes préjugés : comment dire non à la maladie, pff n'importe quoi, comment dire non à la maladie, comme si on pouvait dire non à la maladie, mon premier raisonnement sur ce titre-là et puis j'ai fait une autre formation et puis l'année d'après j'ai fait une formation avec Rémy Filliozat, j'ai bien aimé puis je me suis dit : ah, il est drôlement bien, mais comment dire non à la maladie, c'est lui qui fait ça alors que je me disais voilà et en fait je l'ai faite et ça été très euh... bénéfique et aussi, euh, dans le relationnel avec le patient ; en fait c'est bénéfique pour moi mais après avec un esprit plus ouvert, eh bien, on peut mieux écouter et mieux comprendre ce que les patients nous disent ; et je trouve que c'est d'autant plus agréable quand on peut euh... quand on peut accompagner des patients qui ont un raisonnement complètement différent ; par exemple, je me souviens d'un patient qu'on a eu en chirurgie viscérale, on l'a eu plusieurs fois et il voulait se soigner avec des aimants, autant dire que les chirurgiens rigolaient pour dire, ricanaient dans le couloir, hi, hi, hi, il veut se soigner avec des aimants, sauf que lui, c'était sa croyance et sa façon de voir les choses, et moi je n'étais pas mal à l'aise parce que je me disais que j'avais l'esprit un peu plus ouvert que les chirurgiens quoi, entre guillemets.
43. J-B. *Est-ce que tu veux dire que tu fais une différence entre maladie, dans une logique objective et professionnelle, et santé, dans une logique subjective et personnelle ? Et que c'est cette différence et cette complémentarité en même temps qui n'est pas toujours reconnue au nom du seul caractère professionnel ?*
44. N. Comme il sortait un peu du moule, c'était une autre logique, une autre façon de faire et moi à ce moment-là ça répondait à mes attentes ; alors qu'aujourd'hui je voudrais faire un niveau 2 d'une de ces formations, ben, le catalogue de l'hôpital est plutôt maigre en la matière... c'est là qu'on s'aperçoit que professionnel et personnel vont ensemble. C'est pour ça que je disais que mes premières formations elles m'ont été plus utiles à titre personnel mais que, à mes yeux, c'était de l'argent gagné à l'hôpital parce que si je me sens mieux dans ma vie, si je ne suis pas malade, si je suis épanouie, forcément quand je suis en blouse blanche dans ma situation d'infirmière, eh bien, je dégage quelque chose d'autre et je suis plus à l'écoute que si ma vie est remplie de problèmes que je pense insolubles quoi. Et du coup, envoyer quelqu'un en formation 2 jours pour ne pas apprendre quelque chose de pratico-pratique, ce n'est pas de l'argent perdu, voilà c'est ça, alors qu'aujourd'hui : oh tu vas aller en formation, ça ne va pas apporter un bénéfice au service... ben non, ce n'est pas grave, il faut avoir une vue à plus long terme. Or, le raisonnement est de plus en plus à court terme, vers l'efficacité. Ils veulent enlever 100 postes en 2018, en 2017 ils ont déjà enlevé 100 postes, 100 postes c'est énorme et les conditions de travail n'étaient pas extraordinaires mais avec 100 postes en moins... Le côté relationnel va souffrir parce que la relation ça prend du temps et cela est vrai à tous les autres niveaux.

45. *J-B. Est-ce que l'écoute n'est pas un état d'esprit, une ouverture à l'autre, autant qu'une question de temps ?*
46. N. Sauf qu'on revient à ce qu'on disait tout à l'heure, si les soignants ne se sentent pas entendus, maltraités, eh bien, ils renvoient quelque chose de négatif et que quand on se sent malmené on n'a pas le cœur, ou alors ils sont exceptionnels ces soignants-là, ah je me sens malmené, je n'ai pas les vacances que je veux, j'peux pas ceci, j'peux pas cela et mes collègues contractuelles, elles vont partir, on va travailler à moins, et être bienveillant et constructeur après des patients à côté !... cela revient à dire que le privé et le professionnel sont sur une même personne et que c'est quand même intimement lié et que si on n'est pas bienveillant avec les soignants, eh bien, et moi mes directeurs de soins ils diraient que je me plante, hein mais bon, si on n'est pas bienveillant avec les soignants on ne peut pas leur demander de donner, euh, tout ce qu'il faut au patient avec ce petit côté en plus qui dépasse le drap propre, à boire, à manger, enfin c'est à un niveau au-dessus ; cette communication là, qui peut être bienveillante, elle existe entre aide-soignante et patient, entre infirmière et patient, c'est la même chose : premier lever en chirurgie, ah non j'ai trop mal au ventre, je veux pas être levé tout de suite, ah, c'est l'heure, c'est le tour, vous allez vous mettre debout ; bon allez, vous voulez finir votre émission-là en réalité et puis j'attends un coup de fil important, bon alors, on finit notre tour, on va jusqu'au bout du couloir et on revient ; là, c'est pas compliqué, ça change rien à la face du monde parce que de toute façon si tu es en retard tu n'es pas plus ni moins en retard puisque tu seras toujours en retard, et y a ce petit côté, voilà on arrondit les angles et puis on est à l'écoute du patient ; combien de fois j'ai vu : c'est l'heure, c'est l'heure, allez debout, non je veux pas me mettre debout ; il y a une façon de dire les choses et d'accompagner et pour que cette façon elle émane de n'importe qui, eh bien, il faut nourrir le feu, c'est ce que j'ai envie de dire, parce que si on est sec avec tout le monde, il faut pas s'attendre après à ce que les gens ils soient...
47. *J-B. La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi, au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation) ? Au niveau cognitif (connaissances) ?*
48. N. Au niveau psychologique, oui, moins de pression parce que le fait d'en parler et de se rendre compte que plusieurs personnes vivaient la même chose, ben humainement moi ça... de m'en rendre compte, ça me faisait du bien et émotionnel, euh, ça me rassurait de me sentir faire partie d'un groupe, c'est surtout ça, on en a parlé ensemble, on voit les choses pas trop de la même façon ou à peu près de la même façon, du coup je me sentais faire partie d'un groupe et pas seule à me questionner sur un point, toute seule je ne peux pas avancer ; donc écoutée, plus en confiance et le collectif me nourrissait ma motivation ; au niveau cognitif, j'ai lu des textes qu'on avait en photocopie et du coup ça m'apportait un autre regard, euh... après c'est difficile de dire... comme c'est difficile de dire ce qu'on ne sait pas, c'est difficile de dire ce qu'on a appris aussi : oui j'ai appris des choses mais quoi exactement je ne peux pas te dire.
49. *J-B. Est-ce que notre profession, centrée sur l'action et son efficacité, n'est pas en déficit de paroles et d'écrits ?*
50. N. Pour toi, c'est facile de passer à l'écrit mais pour beaucoup de soignants passer du mode faire à je couche sur le papier, c'est pas quelque chose de simple ; ça explique pourquoi il y a des freins : on a beaucoup de mal à expliciter ce qu'on a appris ; donc au niveau cognitif, oui, mais pour te donner un exemple, je ne peux pas te dire, je n'en sais rien ; je suis convaincue d'avoir appris mais c'est exactement comme... je ne peux pas te faire la liste de ce que je ne sais pas, je ne peux pas non plus faire la liste de ce que j'ai appris à ce moment là ; par contre je me suis sentie faire partie d'un groupe et ce groupe là il était important, j'avais pas besoin d'y aller forcément tous les mois mais de savoir qu'à un moment je pouvais le faire, je pouvais y aller et échanger sur un problème, c'était déjà une belle opportunité. (Nina lit la suite de la question) Peut-on dire que ces échanges t'ont aidée à devenir une meilleure professionnelle ? Oui, puisque que en

sortant de la réunion on était plusieurs soignants de la même équipe à avoir raisonné sur telle situation et du coup on s'approchait de ce que j'avais connu en réanimation médicale avec le discours médecins-internes-infirmières-aides-soignantes, on s'en approchait, pas à la même échelle à mes yeux, mais c'était quelque chose de la même veine donc, oui ; parce que comme on travaille en équipe, forcément on est meilleure professionnelle quand on en a débattu en équipe, parce que un tout seul qui revient d'une formation, par exemple je me souviens, la cadre d'unité m'avait un jour demandé : Nina faites-nous un résumé de votre formation sur la responsabilité juridique, donc j'avais préparé ma petite fiche Bristol, les éléments-clés que je devais donner à l'équipe mais c'était bien, mais c'était de la culture générale pour l'équipe, une fois que la formation... une fois que mes informations avaient été dites, bah, chacun en avait eu plus qu'il ne voulait, retenu 25% et puis ça n'avait rien changé à la face du monde ; c'était bien de l'avoir fait mais c'était encore une fois de l'information qui tombait toute cuite alors que là les échanges en groupe ce n'était pas de l'information qui tombait toute cuite et du coup je trouve que ça n'a pas le même impact.

51. J-B. *Finale, nous l'avons déjà en partie évoqué, tous ces changements professionnels qui s'opèrent n'ont-ils pas deux conséquences : une possibilité de devenir une meilleure professionnelle et un lien avec le développement personnel ?*

52. N. Oui, oui, comment je réagis et comment je vis l'injustice quand je sens qu'il y a de l'injustice. Exemple : le chirurgien qui... Me Dupont veut sortir coute que coute, le traitement n'est pas fini, elle veut sortir coute que coute ; elle se débrouille pour obtenir une permission, le lundi le médecin s'en rend compte, elle a eu sa permission pour sortir coute que coute et le chirurgien la met à jeun 48 ou 72 heures pour, entre guillemets, la punir ; c'est du vécu et ça c'est dégueulasse et c'est... et comment en tant que soignant on fait avec ça, comment on fait... avec le chirurgien qui met une certaine pression, on peut pas dire tout le temps, voilà... enfin, ces échanges là, ce type de situation, ça met comme une chape de plomb sur les épaules de tout le monde, ça devient un peu tabou, on sait mais on n'ose pas trop le dire, et quand ça se répète, ce n'est pas le cas, mais si ça devait se répéter maintes et maintes fois, on obtient pas du bon travail et on n'obtient pas un développement personnel puisque... qu'est-ce que je fais là au milieu de cette galère ? Donc oui, puisque je remonte le raisonnement à l'envers, oui les échanges, que nous avons connus, ont permis un développement personnel parce que c'était quelque chose de posé, de construit, euh à l'écoute. Et une meilleure professionnelle parce que quand on rafraîchit le sens de pourquoi on fait les choses, je pense qu'on travaille mieux ; c'est pour ça que je parle de rafraîchissement euh, on... y a plein de choses qu'on sait mais on l'oublie un petit peu, du fait de le redire, de le requestionner, sous une nouvelle forme, ça réactive les choses.

53. J-B. *Cet espace d'échange précise-t-il quelque chose sur le rôle infirmier et aide-soignant ? Révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ?*

54. N. Pour moi, ça a noué des relations infirmière-aide-soignante, ça a noué des rôles, c'est à dire une meilleure entente entre le rôle infirmier et le rôle aide-soignant, parce qu'en gros de façon imagée, de temps en temps on mettait les mains dans le caca et on dégrossissait une situation et une fois que ça c'était fait, ben on y voyait un petit peu plus clair et on savait mieux dans quel sens on allait. Alors, c'était pas avec tout le monde mais moi j'ai des bons souvenirs de relation de binôme de collègues où, comment dire... (silence prolongé) on n'avait pas besoin... d'être à faire le tour forcément côte à côte mais que au moment où l'une avait besoin de l'autre, ça fonctionnait et c'était pas... il y a deux cas de figure : infirmière-aide-soignante, on fait tout le tour ensemble, on s'attend, gnein, gnein, gnein, il y en a un qui met une pression à l'autre et l'autre cas de figure, c'est que chacun va comme ça en quinconce mais que au moment où on doit être deux, pof on est deux, puis dix minutes après, pof on est deux, et oui tiens aujourd'hui, j'ai moins de travail, je t'aide à ça et demain ce sera le contraire ; et donc du coup la relation dans ce cas de figure-là, tout le monde en sort grandi parce que on est utile au bon

moment avec la bonne personne et de discuter comme ça des choses un peu compliquées ça contribue après à une meilleure entente et pas à quelque chose de routinier du style : j'ai plein de sorties, je ne ferai pas ton tour avec toi à 15 heures, point barre, même s'il est dur, enfin où chacun s'accroche à l'heure, l'organisation telle qu'elle doit être et qu'elle peut pas être autrement, alors que tous les jours elle se passe autrement ; et du coup c'est ces échanges-là qui apportent de la rondeur après dans les organisations.

55. *J-B. Cet espace a donc eu une influence sur l'équipe.*

56. N. Oui, pour moi, oui, après j'ai des bons souvenirs de binôme avec des aides-soignantes, celles qui, à mes yeux, étaient un peu plus ouvertes et ma mémoire elle a sans doute effacé les centaines de jours à travailler avec d'autres personnes avec qui il n'y avait pas forcément cette relation là, mais le travail il était fait, quand même peut-être moins bien des fois, peut-être voilà... j'en garde pas le même souvenir ; donc est-ce que le groupe a eu une influence sur l'équipe, moi je dirai oui et on ne pourra jamais comparer oui/non et on ne pourra jamais encore une fois lister les avantages, euh ; puisque le groupe existait et sur 5 ans, on peut difficilement se dire qu'il n'y pas eu d'influence, donc je répondrai : oui une influence positive et d'autant plus qu'il y avait des filles de nuit qui venaient, nuit et jour du coup ça englobait les 24 heures de chirurgie.

57. *J-B. Je vais dévier de notre question : en parlant de « caca », je voudrais évoquer avec toi une intervention emblématique de la chirurgie viscérale qui est la stomie.*

58. N. (Silence) Qu'est-ce que je peux t'en dire ? Je sais pas... Oui c'est difficile à vivre, euh... c'est pas le domaine de prédilection pour accompagner un patient, là je parle de moi, c'est pas mon domaine de prédilection, moi ce que j'adorais en chirurgie digestive, c'est accueillir quelqu'un et lui expliquer toutes les étapes de son hospitalisation : le pourquoi on va faire ça, le pourquoi on va faire ça et après l'intervention quand ça se passait mal et que le patient était inquiet, qu'est ce qu'on avait nous comme moyens pour savoir ce qui allait pas bien et j'adorais expliquer ça ; (rires) alors là c'était mon kif ! C'est bête ? Non c'est pas bête, c'est très utile, je me sentais utile... la stomie, j'ai pas trop de souvenir.

59. *J-B. Revenons à notre question précédente : cet espace révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ?*

60. N. Euh... Je ne vais pas dire que le groupe a révélé une dimension oubliée ou ignorée, le groupe a motivé ma posture relationnelle parce que je ne pense pas que je l'avais oubliée ou ignorée ; par contre, ça m'a nourrie et ça m'a donné un élan pour aller dans ce sens-là et de toute façon je voyais bien que je ne devais pas être... je ne suis pas parfaite mais dans les exemples que je t'ai dit, accueillir un patient, lui expliquer : on va faire ça, ça, ça, avez-vous des questions, aujourd'hui ça va pas ? Eh bien demain matin vous êtes à jeun, vous savez pourquoi ? Parce que demain on va faire un bilan sanguin dans lequel il y a la CRP et la CRP il faut être à jeun, et ça c'est un facteur, une protéine qui va nous dire s'il y a une inflammation ou pas, on a les résultats dans la journée ; mais quand on expliquait ça aux gens, ils étaient là : ah bon, ah mais je comprends mieux pourquoi je reste plus longtemps parce que on attend les résultats ; et du coup moi je me sentais super utile et répondre à l'attente des patients et je me souviens très bien que dans le couloir les aides-soignantes elles me disaient : ah ben dis donc toi, comment t'expliques les choses, même moi j'ai appris des trucs que je ne savais pas (rires), eh bien voilà, moi ça me faisait kiffer ce genre de chose-là ; et donc du coup j'étais bien dans mon travail relationnel en expliquant ce qu'on va faire, pourquoi on va le faire, voilà, je ne peux pas vous donner plus d'éléments parce que après c'est médical, déjà de ce que j'en sais, déjà avec ça on va avancer, vous demanderez au médecin demain ou je donne quelques éléments pour éclairer le patient ; et donc le groupe de travail, pour moi le relationnel c'était pas oublié ou ignoré mais ça me relançait, tu vois ça me relançait parce que clairement un jour où tu as mal au dos et que tu es fatiguée, tu n'es pas obligée de faire ce travail-là de communication avec le patient, personne n'en verra rien,

qu'il est fait ou qu'il n'est pas fait de toute façon voilà, et donc du coup si on n'a pas de quoi entretenir le feu, ben, il peut s'éteindre, on ne s'en rend même pas compte.

61. J-B. *Qu'est-ce que tu peux dire de ce lieu d'échange ? As-tu connu des lieux semblables ?*
62. N. Euh, qu'est-ce que je peux dire de ce lieu ?... (Silence) Je me sentais libre d'y parler, d'écouter, euh... voilà, pour moi, c'était un lieu de liberté... oui j'ai connu des lieux semblables dans mon exemple en réa med après les transmissions cette fois-ci avec l'équipe médicale où on abordait des sujets identiques... Pourquoi ce groupe a-t-il pu durer 5 ans ? Parce que l'organisateur était régulier dans l'échéancier des rendez-vous, si tu n'avais pas été là ça n'aurait pas perduré aussi longtemps mais le fil conducteur donnait un rythme, ça faisait que ça a duré, donc la constance du coordinateur ; quelles en ont été les réussites et les insuffisances ? Les réussites de l'échange : rassembler, euh... C'était du temps de travail ?
63. J-B. *Oui, à partir de la troisième réunion, ce temps a été comptabilisé comme du temps de travail.*
64. N. La réussite, c'est rassembler, constituer un collectif qui parle d'éthique, les insuffisances, euh... j'en sais rien (silence)... que ce soit pas relayé à un moment par le corps médical... pas tellement l'absence des médecins... J'ai presque envie de dire maintenant que je suis cadre, je me dis qu'est-ce qu'ils ont été bêtes de pas en profiter au niveau communication, euh, parler de ce qui se faisait à l'époque c'était vendeur et prometteur et en fait on n'avait pas trop d'échanges avec l'équipe médicale, mais aujourd'hui faire ça sans se saisir de quelque chose qui existe au niveau communication ce serait la ruine, alors j'ai envie de dire : c'était la même chose à l'époque, sauf que j'avais pas mon regard de cadre... Et je me souviens qu'à l'époque la cadre supérieure ne travaillait pas de près avec les directeurs de soins... Le relais institutionnel n'était pas le premier objectif du groupe... Maintenant il y a eu du gâchis et là c'est le cadre qui parle, il y avait quelque chose qui fonctionnait bien sur la durée, qui apportait quelque chose et qu'a pas été valorisé comme il aurait pu l'être, et faire partie du projet de la chirurgie en le prenant comme part active à tout le travail collaboratif de l'ASH (agent des services hospitaliers) au chirurgien.
65. J-B. *As-tu apprécié les comptes rendus ?*
66. N. Oui, parce que quand je n'y étais pas, euh, j'avais le fil conducteur...
67. J-B. *Était-ce bien éthique de mettre à la connaissance des lecteurs de chirurgie viscérale le contenu de nos échanges ?*
68. N. Oui, parce que ça montrait que c'était du sérieux ; je trouve que le compte rendu assurait la légitimité ; comme ça on était sous le secret professionnel comme quand on était en blouse blanche dans le couloir et du coup la légitimité... Si le groupe devait être remis en cause à un moment, il y avait une transparence... qui fait que le groupe n'a jamais été attaqué mais comme c'était sérieux et qu'on savait ce qui s'y passait, personne n'a jamais, euh, voulu stopper ça, parce que il y a bien des médecins qu'auraient dit : stop ! Je ne suis pas d'accord, je ne veux pas, voilà, alors que ça n'est jamais arrivé, 5 ans c'est beau hein.
69. J-B. *Est-ce que ce groupe peut être considéré comme un exercice de formation continue ?*
70. N. Bah, la première fois que j'ai lu la feuille, je me suis dit : bah, peut-être pas quand même, alors que maintenant j'aurais envie de dire oui, c'est un exercice, ça permet de dérouiller les engrenages de raisonnement. Peut-t-on parler d'auto-formation, laquelle se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ? Oui, c'est de l'auto-formation... et j'aime bien la fin : en vue de la recherche du sens de son action, et que ça, euh, il faut l'activer régulièrement la recherche du sens parce que surtout, quand tu arrives à un certain niveau d'expertise et que y a plus beaucoup de nouveautés, tu peux tourner en mode routine, routine, routine... jusqu'à la retraite. En chirurgie digestive, le

souvenir que j'en ai, c'est un travail mécanique avec une pression de temps, c'est à dire que bien des journées pour les infirmières, c'était : j'ai tout ça à faire et déjà avant de commencer, je sais que je ne vais y arriver qu'en me dépêchant tout du long avec tous les antalgiques à poser, à préparer et tout, quand j'ai vu qu'il fallait deux chariots pour poser les antalgiques de tous les patients de mon secteur, eh (rires) je me vois encore courir, courir gentiment, mais me dépêcher pour y arriver ; on y arrivait mais fallait pas perdre une minute, pas perdre une minute, et donc à la chaîne, à la chaîne, à la chaîne et bah à ça, et bah faire ça sans arrêt, pff... c'est comme être à l'usine.

71. J-B. *Le travail comprend une plus ou moins grande partie de frustration à partir de cette surcharge qui empêche de réaliser l'activité telle qu'on la voudrait et non telle qu'on l'a réalisée. Est-ce que tu ressens ça ?*

72. N. Mais les soignants aussi ils veulent toujours faire plus, toujours, toujours, que ce qui est possible aussi et que à un moment il faut dire : déjà tout ce que vous faites, c'est déjà très bien et il faut arrêter de... c'est bien de voir un peu plus loin mais il faut pas tout le temps voir trop, trop loin, sinon ça en plus... Quand on a fini sa journée et qu'on pose sa blouse dans le vestiaire, eh bien on n'est jamais contente de ce qu'on a fait si on est tout le temps dans l'attente de quelque chose qui est pratiquement irréalisable... à un moment, il faut aussi pouvoir rentrer chez soi en disant aujourd'hui je suis contente de moi pour ça.

Enregistré le 29 décembre 2017. Durée 1h32.

Lieu: domicile du chercheur.

Annexe 4 : entretien de Vicky.

Entretien 4

Vicky, 18 ans d'ancienneté en 2003, aujourd'hui aide-soignante référente logistique. A participé à 9 réunions du groupe de réflexion.

Vicky a toujours travaillé à l'hôpital. Elle a travaillé tout d'abord en neurologie puis dans un service d'endocrinologie avant d'arriver en 1997 en chirurgie viscérale. Depuis 2012 elle est référente logistique pour plusieurs services c'est à dire qu'elle gère l'approvisionnement de l'équipement hôtelier, de la papeterie, à partir d'un budget qu'elle doit respecter, et centralise les réparations de certains matériels biomédicaux : « je me suis éloignée des services de soins, mon rôle il est plus du tout dans le soin, ça me convient bien parce que de toute façon je suis partie au bon moment ».

1. *Jean-Bernard. Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ? Je reviens sur ce que j'ai écrit dans la lettre d'introduction que tu avais reçue : « mon objectif est de montrer que, dans un contexte professionnel de questionnement permanent, la formation ne peut se limiter à la seule formation initiale ou continue : est-il possible d'envisager une autre méthode d'apprentissage, plus proche des réalités quotidiennes, sans exclure les autres façons d'apprendre ? ».*
2. Vicky. Forcément, on apprend sur le tas... on ne met pas de toute façon en application tout ce qu'on sait et tout ce qu'on apprend, et puis on ne nous donne pas tous les moyens de... de le faire ; on peut, on essaye de le faire quand tu vas dans une chambre, d'appliquer ce qu'on nous a appris mais le problème c'est que, bon, arrivée moi à la fin en chirurgie, soit en... 2012, si tu veux c'est plus du ménage qu'on nous demande à faire... et non le vrai travail d'aide-soignante. Voilà, voilà, ça c'est, après euh...
3. *J-B. Qui est-ce qui faisait le travail d'aide soignant ?*
4. V. Eh bien Pff... y en a plus, moi je trouve que plus ça va, plus la profession pff... à part que faire les toilettes etc... ça d'accord, mais après ta relation elle est complètement... le côté relationnel y en a plus du tout parce que il faut se dépêcher pour aller faire du ménage pour pouvoir accueillir un autre patient et puis que ceci et puis... moi je trouve que ça devient pff... et encore quand je suis partie ça le faisait encore ; moi depuis je trouve que c'est une machine à usine, c'est l'usine, le problème c'est que là-dedans c'est le patient qui compte et c'est lui qui a le moins de soin possible.
5. *J-B. Ma recherche s'intitule « Apprendre par la pratique ».*
6. V. Tu apprends sur le tas ... et beaucoup de choses, ben oui. Là après le problème c'est que maintenant, moi je trouve c'est que on ne nous aide plus du tout, enfin on ne réfléchit plus, c'est de l'automatisme.
7. *J-B. Tu parles de la période actuelle ; revenons à la période de 2003-2008 qui est celle du groupe de réflexion.*
8. V. C'est vieux tout ça (rires). Les années 2003-2008, bon c'étaient encore les années où, si tu veux, on nous donnait quand même, enfin, certaines responsabilités ; moi je me rappelle quand même, en chirurgie viscérale 1, euh tu faisais beaucoup de choses, c'était euh énorme enfin tout ce que tu faisais, enfin... vis à vis de maintenant, tu avais quand même, euh tu faisais plus, bien sûr encadrée, les filles... y avait pas la même organisation et c'est vrai qu'elles perdaient beaucoup, beaucoup de temps ; les pratiques de chirurgie ont beaucoup évolué et ça je pense que c'est un bien parce que, bon c'est ce qu'on disait, une vésicule biliaire qui était en 2003, ça se faisait encore sous coelioscopie, qui se faisait si tu veux avec une sonde gastrique qui était là pendant 10 jours, on ne levait pas spécialement les patients etc... Maintenant c'est plus du tout ça,

c'est presque trop rapide, ça se fait en ambulatoire ; c'est vrai qu'il y a quand même une évolution de la chirurgie, enfin de la pratique, qui a été faite, c'est vrai qu'on avait peut-être pas plus le temps des fois de s'occuper des patients parce que les patients ils devenaient trop lourds, ils étaient moins autonomes et on était obligé de plus s'en occuper... Aujourd'hui, avec l'évolution de la chirurgie, les gens sont debout beaucoup plus vite, ah oui, aujourd'hui on essaye de mettre les gens beaucoup plus tôt, des fois le lendemain ou le surlendemain ; de toute façon, ça dépend de l'âge, bien sûr une personne âgée, elle est plus fatigable qu'une autre ; moi je trouve que maintenant les méthodes ont changé, c'est vrai que c'est pas du tout la même pratique, on ne peut plus parler maintenant et entre 2003 et 2008, c'est plus du tout la même... euh fonctionnalité au niveau des interventions, donc on passait beaucoup plus de temps auprès des patients, c'était beaucoup plus lourd au niveau des chirurgies ; il reste des chirurgies lourdes quand même à l'unité de soins continus où elles sont concentrées, dans les autres services il y a de plus en plus d'ambulatoires et il y a une diminution de lits à cause de l'ambulatoire, 10 lits entre les deux unités 1 et 2, et là ils risquent... Enfin c'est des bruits qui courent sur encore la fermeture de 9 lits ; ah oui oui là on a mangé notre pain blanc, je pense que c'est pas... Il faut que je me repère, 2003-2008, alors 2003... 2008, c'était donc avant ou après le déménagement ?

9. *J-B. Le service a déménagé en 2009... Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ? Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui accompagne ce rôle ? Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les trois niveaux) difficiles ou réussies ? Je pense par exemple à notre rôle au moment de l'annonce.*
10. V. Oui, c'est ça , dans l'ancien service, j'étais dans l'unité 1... De toute façon, moi je me rappelle que je faisais beaucoup... en rapport... vis à vis des infirmières, quoi, qui étaient là à l'époque, euh, de là à dire des choses... Je faisais mon travail d'aide-soignante parce que je ne pouvais pas faire autre chose, on était déjà bien occupé, bon quand c'était plus calme, c'est sûr, bon, on était un petit peu plus, si tu veux, on parlait davantage, on était plus proche du patient mais... c'était très rare, c'est vrai que qu'est-ce qu'on a pu courir entre... le service était divisé en deux branches, qu'est ce qu'on a pu courir oh la la dans les deux sens, donc euh... j'ai pas eu tant de difficultés que ça, de toute façon à cette époque-là on fonçait, on fonçait, on était toutes en... je trouve qu'il y avait une bonne ambiance sur ce côté-là, on était assez solidaire des deux côtés, dès qu'il y avait...
11. *J-B. Sur le secteur 1, l'activité était particulière, différente des secteurs 2 et 3.*
12. V. Oui sur le 1 on avançait plus facilement ensemble, on faisait du travail d'équipe. Il y avait de quoi faire, les infirmières faisaient leur boulot d'infirmières, c'est vrai que... maintenant, il est vrai qu'elles travaillent plus ensemble qu'avant, on faisait notre travail d'aide-soignante mais elles avaient pas spécialement le temps de euh... de le faire avec nous, si tu veux y avait pas de binôme comme maintenant ; on prenait les choses ensemble mais on allait chacun de son côté, on faisait pas la même chose dans la chambre c'est ça, les infirmières elles s'occupaient des pansements, des perfusions etc... et nous d'autres choses. Je trouve qu'elles travaillent davantage ensemble aujourd'hui.
13. *J-B. Cette différence entre les secteurs ça tenait à quoi ?*
14. V. Le 1 c'était un chirurgien qui bourrait, bourrait l'unité, le 2 c'était un autre chirurgien qui commençait à avoir des interventions, si tu veux... c'était plus cadré tandis que sur le 1 il opérait, excuse moi du terme, tout et n'importe quoi, les grosses interventions il adorait ça, donc on avait des choses trop, trop lourdes, ah non non non, il y avait beaucoup de différences entre le 1 et le 2, nous on le disait à chaque fois : ben oui c'est encore nous qui allons prendre...
15. *J-B. Est-ce que tu te rappelles d'accompagnements très compliqués ?*
16. V. Ce dont je me souviens le plus c'était des patients qui avaient des interventions importantes, c'est cela dont je me souviens le plus, c'était les drains, on en avait des

tonnes et des tonnes, des sondes gastriques, on avait pratiquement que ça, des perfusions en quantité, et puis on avait peut-être moins de matériel qu'aujourd'hui, fallait déshabiller Paul pour habiller Jacques ; pour moi cette période-là elle était beaucoup plus dure qu'après, le côté technique était très important, beaucoup de surveillance, il faut que l'aide-soignante elle fasse attention à tout ce qui est perfusion, aux drains, au niveau des pansements il faut faire attention parce que souvent ça suintait, il faut qu'elle fasse attention... il faut quand même lever le patient pour éviter les escarres parce que on était en formation là-dessus hein... on essayait quand même de faire notre boulot.

17. *J-B. Est-ce que ça interdisait tout travail relationnel, même si les conditions pour le réaliser étaient difficiles ?*
18. V. On discutait quand même avec les gens, on rigolait quand même, on était là pour le boulot et puis voilà quoi ; vis à vis du patient moi je sais que on a eu des bonnes doses de rire aussi, on en a eu quand on était avec telle ou telle infirmière, on était très solidaire et puis on le faisait ensemble ; j'ai été marquée par le fait que le 1 était très technique, le côté technique était prépondérant plus que sur d'autres secteurs, et qu'il fallait d'abord faire ça, bon si tu veux, on essayait toujours de trouver un moment quand même... Il y avait des périodes qui étaient un petit peu plus calmes quand même, des week-ends et le dimanche soir plus ; je me souviens d'une patiente qui a failli nous filer entre les mains, j'étais justement avec l'infirmière de tout à l'heure, j'étais toute seule dans la chambre et je voulais la lever etc... et puis elle a fait un malaise cardiaque, il a fallu appeler... C'était tout et n'importe quoi, c'était vrai qu'il y avait des patients qui étaient un petit peu mieux... En 2008, les techniques opératoires elles commençaient à être un peu plus légères que en 2003 où c'était euh affreux ... y avait quand même beaucoup de gens comme ça...
19. *J-B. Il y a une particularité de ce service en tant que service hospitalier et chirurgical.*
20. V. Comme j'ai dit tout à l'heure, oui, il faut faire attention aux perfusions, aux pansements, rien à voir avec une maison de retraite.
21. *J-B. Est-ce que toi tu regrettais de ne pas pouvoir jouer un peu plus ce rôle relationnel ?*
22. V. On avait beaucoup de gens comme ça, non je ne regrettais pas, je m'adaptais au service, on n'avait pas le choix, c'est vrai que des fois peut-être que les gens ils nous considéraient comme des, comme des... sauvages parce que on n'avait à peine le temps d'être à leur écoute, c'est ça... la technique, la technique, faire des toilettes dans des conditions plus ou moins difficiles, travailler rapidement... C'était un service qui n'était pas proche de la réanimation mais qui était à la limite vu tout ce qu'on avait au niveau matériel, on ne pouvait pas faire autrement.
23. *J-B. Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ? En raison de quel(s) manque(s) et à la recherche de quel(s) bénéfice(s) ? La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans un lieu dédié te paraît-elle nécessaire ?*
24. V. Si tu veux, je participais à ces réunions du groupe pour m'améliorer dans ma relation, pour apprendre d'autres méthodes ou peut-être le petit plus... d'entendre les autres si tu veux ça permettait d'apprendre... de voir ce que faisaient les autres, et puis dire est ce que ce que je fais c'est bien ou pas ? Voilà, est ce que les autres ont des difficultés ou pas ? Donc c'est vrai que je participais à ces réunions pour m'enrichir aussi personnellement et au niveau du travail, voilà c'est ça.
25. *J-B. Était-il facile d'y participer ?*
26. V. Je ne serais pas revenue sur un temps de repos, j'avais encore des enfants qui étaient jeunes, donc je ne pouvais pas me permettre de... à l'époque on était tous pareils au niveau financier, quand tu as trois enfants, tu fais attention au niveau gardes... voilà, bon mais quand je pouvais oui, j'essayais de participer après une matinée de travail et puis c'était difficile aussi mais on était plus jeune (rires) ; on récupérait ce temps-là, si si, mais maintenant ça devient plus difficile.
27. *J-B. Et la possibilité de t'exprimer dans un lieu dédié ?*

28. V. Oui, de toute façon c'est toujours attractif et intéressant de connaître ce que les autres ressentent aussi, on se sent moins seul. Pendant les transmissions on essayait de participer aussi, le problème... moi j'ai toujours essayé de dire ce que j'avais à dire vis à vis des patients, je pense que c'était important au niveau relationnel, peut-être donner un petit détail en plus parce que, bon pour éclairer un petit peu, si y pouvaient pas rentrer... ou par exemple s'ils avaient des difficultés autres, psychologiquement aussi... donc on pouvait avoir des sensations peut-être, au niveau euh... pour comprendre des fois pourquoi il y avait des choses à éclairer.
29. J-B. *Est-ce que tu te souviens par exemple d'une dame qui venait pour une intervention abdominale extrêmement importante et qui manifestait des propos le plus souvent incohérents rendant l'accompagnement très difficile ? Elle vivait dans des conditions très précaires et c'est la mairie qui avait poussé à son hospitalisation devant la dégradation de son état de santé.*
30. V. Oui je me souviens, elle avait pas de chauffage, dans un taudis ou presque ; c'est son chien qui la préoccupait... très difficile de la suivre dans son délire, son opposition aux soins ; je me souviens de ça, elle se contredisait, elle est restée, il me semble, 3 ou 4 mois... Mais c'est loin, c'est vrai qu'au niveau souvenir... si tu veux, des patients, j'ai pas, euh, il y a eu des choses... mais de toute façon à cette époque-là on n'avait pas trop de... Moi je sais combien de fois je suis sortie, j'en pleurais parce que tellement y avait de boulot et qu'on arrivait pas à faire tout ce qu'on voulait quoi, c'était du bâclé... c'était du bâclé voilà, tellement y avait du boulot, on faisait ce qu'on pouvait mais euh... c'est vrai que c'était une époque où on était claquée, claquée, claquée... il ne fallait pas qu'on soit défaillante, c'est ça... et ça te prend la tête parce que tu te dis : ben non, j'ai pas tout fait...
31. J-B. *A quel niveau : technique, psychologique, relationnel ?*
32. V. Systématiquement tu te dis : j'ai pas tout fait à tout niveau, relationnel de toute façon, systématiquement tu étais perdant... je pense que si tu veux le côté émotion tu le mettais de côté parce que je te dis t'avais pas le temps de réagir vraiment, il fallait que tu fonces...
33. J-B. *est-ce qu'à l'hôpital les émotions du soignant sont peu prises en compte ?*
34. V. Oui mais ça dépend avec qui tu es, je pense que devant le patient tu essaies de ne pas montrer, après tu peux craquer, c'est sûr, moi j'ai eu... j'ai craqué quelques fois mais, euh, si tu veux après il faut reprendre le boulot, oui, oui, ça ça m'est arrivé, oui, oui... de passer le relais parce que je peux plus... parce que c'était la fatigue aussi, la fatigue accumulée, au bout d'un certain temps tu peux plus répondre à tout. Heureusement, l'ambiance était bonne, une solidarité existait entre les soignantes.
35. J-B. *Connais-tu l'analyse de la pratique ? As-tu été formée à cette démarche qui vise la réflexion sur la pratique entre les membres d'une équipe ? Le retour sur l'expérience te semble-t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation ? Penses-tu que la construction de la compétence suppose tout un travail de réflexion au long d'une vie professionnelle ?*
36. V. J'ai entendu parler de cette analyse mais je n'en ai jamais fait. J'en faisais sans doute sans le savoir si, comme tu le dis, c'est la réflexion sur la pratique entre les membres d'une équipe... plus ou moins comme dans le groupe de réflexion. Peut-être on me l'a proposée en formation continue... mais dans le service tu n'as même plus de réunions de service, si tu veux il y a des points infos, ils appellent ça comme ça, mais c'est pas pareil ; de temps en temps, si, ils essaient de se poser vis à vis d'un patient qui pose problème, mais autrement pff, non de moins en moins, de temps en temps il y a des réunions de service, je trouve que les gens délaissent de plus en plus, s'ils sont pas là ils viennent pas.
37. J-B. *Le retour sur l'expérience te semble-t-il pourtant un outil d'apprentissage essentiel ?*
38. V. Oui, c'est essentiel sinon tu peux pas avancer, tu peux pas acquérir de l'expérience, non, non.

39. *J-B. Ton expérience pouvait-elle aider les plus jeunes soignants ?*
40. V. Oui bien sûr on essayait d'expliquer mais c'est pas toujours très bien, très bien... soit analysé soit, si tu veux, accepté parce que, chaque personne est différente et si tu veux essayer au mieux de leur apprendre de ce que toi tu ressentais mais bon... ce que les autres ressentent voilà... mon expérience elle était pour moi, je pouvais expliquer certaines choses c'est sûr, il n'y avait pas de transmission organisée.
41. *J-B. Penses-tu que tu construis encore ta compétence ?*
42. V. Même si tu changes de profession comme moi j'ai fait en venant à la logistique, tu apprends toujours et puis c'est une source de connaissances sans limites, tu peux toujours apprendre.
43. *J-B. La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi, au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation) ?*
44. V. Oui, De toute façon la participation aux échanges, c'est ce que je dis, à chaque fois tu apprends autre chose. Les changements, si tu veux au début, t'essaies de... bah ce que tu as appris enfin au niveau des réunions, t'essaies de l'appliquer sur certaines choses parfois, mais soit l'habitude revient au galop, ça dépend du travail, soit t'essaies de changer un petit peu ce que toi tu penses bien mais bon après des fois c'est pas possible... Ecoute, confiance, motivation : oui, tu te dis on n'est pas les seules dans la même galère, on est tous là pour la même paye bon voilà, si, si, on s'aperçoit qu'on n'est pas les seules... seules dans le service ; il y a d'autres services qui euh... malgré tout on était beaucoup de la chirurgie, je sais pas s'il y avait beaucoup de soignants qui venaient d'autres services ?
45. *J-B. Non, il y avait seulement des soignants de chirurgie viscérale. Auparavant, a existé un groupe de parole, que tu as dû connaître, destiné à plusieurs services et animé par une psychologue.*
46. V. Oui, j'ai dû y participer un peu mais je ne me suis pas sentie libre de parler comme dans le groupe de réflexion, c'était pas la même chose. Les réunions d'équipe en chirurgie etc... c'était beaucoup plus intéressant, c'est vrai, on parlait d'un patient qui posait problème, c'était du concret et puis, en restant dans le viscéral, on savait quelle intervention, comment à peu près aborder les problèmes... c'était plus au niveau psychologique du patient et la différence était au niveau du patient, c'est ça ; mais après, euh, le fait d'en discuter ça permettait de voir, y en avait une qui était plus à l'aise, l'autre non, on pouvait après s'échanger ou dire : tiens je me sens plus à l'aise avec ce patient-là, j'ai moins de problème avec ça.
47. *J-B. Est-ce que les comptes rendus, en prolongeant les réunions, avaient un rôle au niveau cognitif ?*
48. V. Non, pff, le problème c'est que bon si tu participais, bien sûr tu te souvenais mais si tu participais pas, t'avais pas spécialement le temps de lire les comptes rendus, voilà c'est dommage, je dis bien que c'est dommage, mais, si tu veux tu n'as pas le même ressenti quand tu expliques en groupe que quand tu lis le papier, sur un papier ça n'a pas le même impact, tu te sens plus détachée quoi.
49. *J-B. As-tu quand même bénéficié d'un apport cognitif par ta participation à 9 réunions ?*
50. V. Oui, ça apprenait quelque chose, de toute façon tu apprends toujours quelque chose... plus sur la psychologie, le reste non, sur la psychologie oui, savoir comment aborder un patient.
51. *J-B. Te rappelles-tu des réflexions que nous avons menées à partir du livre de Robert Buckman : « S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades » ? Ce travail avait consisté à mettre en parallèle une partie théorique avec des illustrations tirées de notre vie professionnelle.*
52. V. Oui, je me souviens un petit peu, au niveau connaissances oui, ça te permet de voir comment au niveau d'un patient réagir, au niveau psychologique plus ; on avait aussi, je me souviens, parlé de la douleur, et d'ailleurs les médicaments n'étaient peut-être pas aussi forts à l'époque que maintenant... calmer était difficile.

53. *J-B. L'annonce était-elle souvent un moment crucial et mal vécu ?*
54. V. C'était plus les infirmières et nous on ne participait pas beaucoup à ça, on savait quand vous aviez annoncé, mais après euh... On n'était pas, si tu veux, assez mises dans le... Dans ce contexte-là ; j'étais plus centrée sur le malade que sur la maladie, moi j'ai toujours essayé d'être assez proche du patient, la maladie c'est sûr qu'elle est là mais plus être dans la globalité du patient et non dans la maladie quoi.
55. *J-B. Peut-on dire que ces échanges t'ont aidée à devenir une meilleure professionnelle (attitudes, comportements, gestes professionnels) ? Peut-on parler de développement personnel ?*
56. V. Ben oui, parce que moi après j'ai fait des formations au niveau du toucher, le fait d'avoir participé aux réunions ah oui ça m'a poussée ; le fait si tu veux justement bon... en parlant comme ça... je pense que le fait de soulager, d'ailleurs je sais pas si c'était une spécialité de ma part, je faisais beaucoup de massages, bon, je rafraîchissais beaucoup les gens l'après-midi avec un gant etc... quand je pouvais je faisais des massages et les gens me le demandaient ; si tu veux après j'ai fait une formation avec ça, sur le toucher et même sur le non-dit, c'est à dire que même si tu ne parlais pas tu pouvais aussi mettre ta main pour apaiser etc... ah si, si, moi au niveau du comportement, le groupe de réflexion m'a incitée à aller dans ce sens-là... Précisément ça rejoint le développement personnel, ben oui, moi je sais que au niveau massage j'ai essayé de le faire aussi sur mes enfants et dans ma famille quoi et développement personnel oui ; c'est pas en lien vraiment, t'évites enfin dans une situation difficile de trop en parler euh au niveau de ta famille.
57. *J-B. Pourquoi est-ce que le développement personnel n'est pas vraiment en lien ?*
58. V. Non, je pense que j'étais la même au boulot qu'à la maison et avec mes enfants, ça m'a pas... j'arrivais à faire la coupure, la part des choses et ça j'ai toujours su faire la différence entre travail et vie privée, j'évitais de trop... bon bien sûr il y a des fois où tu es obligée d'y penser, tu vois le jour où... Je m'en souviendrais toujours, le jour où cette petite dame elle a fait un malaise cardiaque, il a fallu commencer à la masser, il a fallu bon, tout ça c'est panique à bord, et ça je m'en souviendrai tout le temps, c'est des trucs euh... Mais autrement je sais faire la part des choses.
59. *J-B. Cet espace précise-t-il quelque chose sur le rôle aide-soignant ? Révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ?*
60. V. Il m'a aidée à préciser mon rôle par le toucher et les massages, à toutes sortes de moment, la toilette etc... c'était souvent au niveau du dos, les jambes, tout ça, le fait de masser ça te permet de rentrer en relation de façon beaucoup plus intense avec le patient, pendant que tu fais ton massage soit tu parles, soit tu parles pas, le patient il est reposé, il se détend, il n'est plus contracté, ça permet si tu veux le respect de l'un vis à vis de l'autre ; j'ai fait aussi une formation complémentaire sur la réflexologie plantaire mais tu as des gens qui supportent moins bien parce qu'ils sont chatouilleux ; je l'ai faite mais c'est vrai que j'ai quasiment pas pratiqué en service, le manque de temps, je faisais beaucoup sur les massages mais ça non... alors que ce serait utile. Non mais c'était très bien... je suis pour les médecines douces etc... les médecins entre 2003 et 2008, ils étaient pas du tout dans ce contexte-là, maintenant ils commencent à y venir un tout petit peu mais à cette époque y avait que la chirurgie, maintenant ça a évolué, on n'est plus dans le même contexte de 2003-2008 ; même au niveau chirurgical, les méthodes ont beaucoup changé. La chirurgie oublie souvent de prendre le malade dans sa globalité.
61. *J-B. Cet espace a-t-il eu une influence sur l'équipe ?*
62. V. (Silence). Pff... Je sais pas si ça a vraiment eu une influence sur l'équipe, moi je ne pense pas, non c'est pas manifeste, peut-être pour quelques-unes mais moi je ne trouve pas, je te dis les gens ils étaient tête baissée dans leur travail, je sais pas si vraiment le fait de se réunir... Si, ça dû avoir de l'importance mais de là à dire pour toute une équipe et comme tout le monde était un petit peu individualiste, et c'est pire maintenant.
63. *J-B. Qu'est-ce que tu peux dire sur ce lieu ? As-tu connu d'autres lieux semblables ?*

64. V. Euh, je n'ai pas connu d'autres lieux semblables à part le groupe de parole dont je me souviens plus très bien. Moi, après ça été les formations permanentes et euh après y a plus eu de groupe, même aujourd'hui. Notre lieu en chirurgie, c'était en dehors du service donc c'était très bien, il faut que ce soit coupé du service ; on pouvait s'exprimer sans problème, c'était un moment de paroles, les gens ils avaient besoin de s'exprimer justement.
65. J-B. *Tu penses que les gens avaient besoin de s'exprimer ?*
66. V. Tellement il y avait de tension, il fallait que les gens s'expriment ; c'était une soupape pour les tensions dues au travail intensif, voilà c'est ça, dues au manque d'organisation de certains médecins, dues si tu veux aux filles qui y arrivaient pas, on pouvait pas des fois faire nos toilettes parce qu'il y avait tel et tel soin avant, c'était un peu compliqué... il fallait que ce soit autre part que dans le service pour avoir cette liberté.
67. J-B. *Pourquoi ce groupe a-t-il pu durer cinq ans ? Quelles en ont été les réussites et les insuffisances ?*
68. V. Ah ben tu vois je pensais pas qu'il avait duré 5 ans, alors pourquoi 5 ans ? Je pense que c'était le groupe, le besoin de parler, le besoin de s'exprimer pour évoquer justement soit les patients soit aussi ta difficulté de rentrer en relation ou du service qui était trop lourd et puis qu'on n'arrivait pas à faire tout ce qu'on voulait ; d'un autre côté il y avait une bonne ambiance dans ce groupe-là si bien qu'on était porté et tout le monde était porteur. Les réussites, la possibilité de s'exprimer sans être en difficulté, on pouvait discuter, j'ai jamais été mis en difficulté ça c'est sûr ; les insuffisances, euh...
69. J-B. *Est-ce que par exemple tu vois l'absence des médecins, mis à part une fois pour un médecin, et l'absence des cadres comme une insuffisance ?*
70. V. Oui, c'est vrai ; c'est vrai que les médecins étaient complètement absents ; les cadres des fois auraient pu venir, savoir... comment était leur équipe au moins à ce moment-là. D'un autre côté ça faisait qu'on était plus libre, on aurait certainement pas parlé pareil.
71. J-B. *Est-ce que l'inconvénient de leur absence, c'est qu'elles s'excluent à ce moment-là de l'équipe ?*
72. V. Oui, on ne sait plus trop quel est leur rôle ; qu'est-ce qui n'est pas de leur rôle ? Et maintenant c'est pareil, bonne question... pff, être proche des équipes, ce serait normal... En 2003-2008, elles étaient plus proches, elles essayaient de voir, de ressentir si tu n'allais pas bien et... bon, quand c'était trop lourd elles essayaient quand même de, de... enfin, si tu veux de dire : tiens, on va essayer de mettre un patient plus léger dans l'unité, tu vois ce côté-là, ça c'était important mais maintenant, c'est pff...
73. J-B. *As-tu apprécié les comptes rendus ?*
74. V. Moi je lis si j'ai le temps voilà ; c'est vrai que quand tu participes tu connais, autrement, si tu veux, tu n'as pas la même sensation, si tu veux tu lis, bon, après t'es pas impliquée de la même façon.
75. J-B. *Est-ce que ce groupe peut être considéré comme un exercice de formation continue ou plutôt d'auto-formation ?*
76. V. Oui, je pense que ça peut être considéré comme une formation continue parce que des fois tu apprends plus de choses dans ces réunions-là que dans les formations continues ; l'intérêt c'est de parler de choses qu'on vit et d'apprendre, oui, là-dessus, là c'était vraiment dans le cadre du service.
77. J-B. *Et d'auto-formation ? L'auto-formation se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action : es-tu d'accord ?*
78. V. Oh là, là (rires) ça veut dire quoi tout ça... oh là, oui auto-formation, oui, c'est une formation appropriée au service, on vient ou on vient pas, oui, de toute façon si t'avais pas envie d'y aller tu n'apprenais pas mais t'apprenais systématiquement quelque chose dans ces réunions, donc au cœur de la liberté d'apprendre oui...
79. J-B. *En vue de la recherche du sens de ton action ?*

80. V. Oui, le sens c'est de prendre le malade dans sa globalité... oui on peut parler d'auto-formation parce que on prenait le malade dans sa globalité. Je pense qu'on apprenait beaucoup de choses au niveau psychologique, le ressenti tu vois et surtout le fait de discuter et euh je pense que c'est plus de ça dont on avait besoin, le besoin de dire ce qu'on pensait et aussi le fait de comprendre ce qui se passait quoi, et c'est comme ça qu'on peut dire qu'on apprenait tous les jours.

Enregistré le 22 janvier 2018. Durée : 1h05.
Lieu : bureau de Vicky en chirurgie.

Annexe 5 : entretien d'Irène.

Entretien n°5

Irène, infirmière, 14 ans d'ancienneté en 2003. A participé à 8 réunions du groupe de réflexion.

Irène a travaillé 20 ans dans le même centre hospitalier : 12 ans dans un service de maladies infectieuses avant de rejoindre la chirurgie viscérale pendant plus de 8 ans ; elle est maintenant infirmière en cabinet infirmier depuis presque 8 ans.

1. Irène. Quand tu m'as proposé de m'aider des comptes rendus, je me suis dit : je suis sûre de les avoir quelque part, je ne les ai pas cherchés longtemps, mes comptes rendus ils sont tous là (sur la table), ceci dit c'est clair que je n'ai jamais remis le nez dedans depuis que j'ai quitté ; du coup ça m'a interpellée mais je me suis dit il faut que je retourne voir un petit peu, alors j'ai pas tout lu, j'ai pris un peu comme ça à la volée, à différents moments, parce que sur 5 ans il y a quand même des pages. Ce que je trouve qu'il y avait d'intéressant c'est qu'il y avait euh, on est parti de ce qu'on vivait au sein des services et qu'après il y avait une analyse, enfin tu faisais un compte rendu bien précis par rapport à des choses qui après nous servent dans notre quotidien autant personnel que professionnel.
2. *Jean-Bernard. Tu associes le personnel et le professionnel ?*
3. Irène. Tout à fait, je pense que les deux vont ensemble, à partir du moment où tu es en relation avec de l'humain, quelle que soit la profession ça joue ; je le dis souvent aux gens parce qu'ils ont tendance à dire oui, la vocation d'infirmière... Je voyais une secrétaire d'un garage où je mène ma voiture, on en parlait hier, elle me dit : je vous admire, mais je lui ai dit : il n'y a pas d'admiration à avoir, quand vous vous recevez les clients, quand on arrive avec notre voiture, qu'il y a un problème, vous nous dites : ne vous inquiétez pas, on gère, eh bien, rien que ça c'est rassurant, c'est du même style que ce qu'on peut apporter nous auprès des patients, y a pas que le domaine de la santé qui est concerné ; si le terme de vocation est dépassé, ceci dit je pense que quand même on ne peut pas faire ce métier si on n'a pas un sens humain, une fibre, on est appelé par ce qu'on est, par ce qu'on a envie de faire, par nos motivations ; dans tous les domaines on a besoin les uns des autres, après il faut savoir reconnaître où sont nos limites et puis ce qu'on peut apporter chacun, voilà, voilà.
4. *Jean-Bernard. Tu as donc relu certaines parties des comptes rendus ?*
5. Ir. Je l'ai fait parce que ces comptes rendus c'est des choses que je garderai sûrement très longtemps. Il se passe quelque chose à travers ces écrits et du coup moi ça m'a fait prendre conscience que les écrits sont très très importants, parce que on a beau avoir des transmissions orales, se dire les choses comme ça, le fait de les avoir écrits et de pouvoir retourner dedans, ça conforte des fois sur ce qu'on fait ou sur ce qu'on ne fait pas, ou ça peut nous ré-interpeler parce que avec le temps, l'activité euh, on est tous un peu pris par différentes choses, et là simplement de se poser et puis de reprendre : ah, oui là tiens au jour d'aujourd'hui, ça c'est vrai que je pourrais peut-être le mettre en place ou je pourrais peut-être le réutiliser d'une autre façon.
6. *J-B. Est-ce que les comptes rendus ne racontent pas la vie du groupe et toute son évolution ?*
7. Ir. Si, parce que on ne part pas dans le vague, il y a quelque chose derrière cette participation volontaire après une matinée de travail. Le point de départ du groupe pour nous c'était la cohésion qu'il y avait entre les gens, en tout cas pour moi c'était ça, c'était

le fait d'être à l'aise avec des gens du même milieu que moi ; et aussi c'est les données qu'on a eues sur cette formation par rapport au deuil, c'est à dire la formation de service d'octobre 2003 qui a précédé les réunions, je crois que c'est ça et après quand on est revenu dans le service on s'est dit que ce serait peut-être bien d'aller plus loin... et là les choses se sont mises en place, la formation de service a été importante parce que sinon il n'y aurait rien eu, la formation ça été l'occasion de parler ensemble des mêmes problèmes, que peut-être on soulevait un petit peu lors des transmissions, le temps était pas consacré à ça ; moi en tout cas j'ai pris conscience que les difficultés que j'avais ou ce qui me posait un peu problème, les autres les avaient aussi et ça quelque part ça a un côté sécurisant et rassurant, parce que on se dit je ne suis pas forcément toute seule et puis voilà, et puis l'importance de l'équipe justement pour euh avancer et évoluer car tout le monde je crois avait les mêmes problèmes et pas peut-être les mêmes solutions.

8. *J-B. La formation de service a entraîné la naissance du groupe de réflexion, mais est-ce que l'originalité de ce dernier n'est pas d'avoir été totalement imprévu ?*
9. Ir. Oui c'est ça, totalement, c'était inattendu et la cadre supérieure a été la première surprise ; ce n'est pas par hasard qu'elle a voulu s'inclure dans le groupe, pour voir ce qui se disait et comment les choses s'organisaient, et nous accorder du temps récupérable... Ce n'était pas le but de la formation de prendre un temps de notre propre initiative. Je pars du principe qu'on a tous au sein d'une équipe un caractère différent, une approche différente, mais que la cohésion de tout le monde permet d'avancer, y en a qui vont être plus dans l'écoute, plus dans le technique, plus dans la pratique que dans la théorie, voilà je pense que c'est ça la multiplicité des façons de voir et d'agir qui fait que... après on peut avancer comme ça.
10. *J-B. Avant de passer à la première question, est-ce que la grille que tu as reçue pour l'entretien t'a aidée dans ta réflexion ?*
11. Ir. Oui, parce que je ne savais pas quoi dire exactement à la seule question : qu'est-ce que le groupe de réflexion t'a apporté ? Les questions m'ont permis de développer.
12. *J-B. Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ?*
13. Ir. Je dis que c'est quelque chose qui était très très important, que ça conditionne beaucoup la prise en charge du patient euh, que ça permet de mettre en confiance par rapport à quelqu'un qui est inconnu autant dans le sens soignant/soigné que dans le sens soigné/soignant, la façon dont tu vas rentrer en relation avec la personne ça conditionne tout le reste, tout le reste et je pense que si on arrive à mettre les gens en confiance tout est acquis après, parce que si on rate notre accueil, notre façon d'aborder les choses, c'est foutu et ça c'est vrai autant en milieu hospitalier qu'en milieu libéral pour l'avoir vécu... En même temps, c'est une adaptation à chaque personne, ses besoins sont toujours particuliers. Tu dis que tu es quand tu accueilles, tu te présentes, moi on me dit souvent que je suis souriante, c'est quelque chose de naturel, je ne m'en rends pas compte, alors on me dit vous êtes souriante, ça me met en confiance, après tu pars de ce que les gens ont besoin de te dire, c'est à dire que tu vas pas être euh... Parce que j'ai des retours par rapport à d'autres collègues des fois qui sont un petit peu invasives, ça ne nous regarde pas, on ne vient pas pour ça, donc si on part de ce que les gens ont besoin de dire au départ, après tu rebondis en fonction de ça parce que tu as des gens qui ont besoin de parler et tu en as d'autres qui ont besoin de rester secret quoi ; donc je crois que ça c'est vachement important.
14. *J-B. La relation soignant/soigné constitue le cœur du métier mais ce rôle, qui n'est pas solitaire, s'inscrit dans un contexte qui va avoir une influence sur celui-ci en le favorisant ou pas ; est-ce que tu ne crois pas que le rôle relationnel s'adresse par conséquent à l'équipe paramédicale, aux cadres, aux chirurgiens, et dans une certaine mesure à l'organisation dans son ensemble jusqu'au sommet de la hiérarchie ?*
15. Ir. Tout à fait ; je crois pour ça qu'à l'hôpital les temps de transmission c'était super important parce que dans les services où j'ai été, y compris en chirurgie viscérale, les cadres étaient présentes aux transmissions la plupart du temps, surtout le midi, le soir et

le matin c'était plus limité, c'était surtout le midi qu'il y avait des échanges plus importants. Moi j'ai travaillé sur l'unité 3, et l'unité 1 pendant quelques années avant d'aller au 3 ; l'unité 1 c'est vrai que c'était assez intensif parce qu'il fallait être dans les temps mais ce qui me plaisait bien aussi là-bas c'est qu'on avait un nombre limité de patients donc tu pouvais entrer plus en communication, avec une infirmière par secteur plus une en coupe (8h-16h) donc on se partageait la tâche, par contre moi dans mon souvenir ce que j'aimais bien c'est qu'on travaillait pas mal en binôme avec les aides-soignantes, ça c'est quelque chose d'important, j'en garde un bon souvenir quand même. Après, j'avoue que la relation avec le médecin, contrairement avec ce que j'ai vécu en médecine, même si ce n'était pas au top, je dis pas que c'était parfait loin de là, on avait quand même le sentiment d'être plus écoutée qu'en médecine ; on posait des problèmes, alors c'était pas forcément toujours d'ordre relationnel mais quand on signalait un truc, je me souviens des chirurgiens qui faisaient attention, on disait : je le sens pas trop ou je le sens pas bien, parce que beaucoup de problèmes relevaient du psychologique ; moi par rapport à mon vécu de médecine, je trouvais qu'on arrivait à soulever des problèmes, même si on n'y arrivait pas toujours on était écouté, donc ce n'était pas tout blanc ou tout noir même si c'aurait pu être mieux...

16. *J-B. La qualité de la communication ne relève-telle pas aussi de la motivation du soignant responsable à s'engager dans une relation constructive avec le médecin, c'est à dire argumentée ?*
17. Ir. Je vois les visites médicales, après peut-être plus sur l'unité 1 que sur l'unité 3, il y avait deux visites, une le matin et une l'après-midi et les chirurgiens exigeaient qu'on soit à la visite et ça déjà ça m'a beaucoup surpris en arrivant en chirurgie, en médecine si tu n'étais pas là, ils démarraient la visite, tu prenais en cours, on se rendait compte qu'il y avait des insuffisances parce qu'il y avait des questions qui n'avaient pas été réglées faute d'être là mais peu leur importait, eux ce qu'ils voulaient... alors qu'en chirurgie il y avait des créneaux horaires où il fallait qu'on soit là, on exposait les problèmes avant de rentrer dans la chambre d'ailleurs, parce que moi ça m'est arrivé de dire aux gens n'hésitez pas, il faut en parler, mais ça ne venait pas, donc je suggérais, j'allais au devant en disant voilà tout à l'heure vous avez soulevé tel problème, est-ce que vous voulez en parler au médecin ? Et puis si ça ne venait pas c'est moi qui posais ensuite la question ; de mon souvenir, l'organisation fonctionnait relativement bien, même si toutefois ce n'est pas forcément évident de rentrer en contact avec un chirurgien ou un anesthésiste mais franchement par rapport à ce que moi j'avais vécu en médecine c'était tellement différent que j'ai euh... une vision assez positive.
18. *J-B. Un paramédical ne peut pas se plaindre d'une mauvaise communication s'il ne soigne pas sa parole. Est-ce qu'on n'a pas une responsabilité dans notre façon personnelle d'entrer en communication, ce qui suppose d'y réfléchir ?*
19. Ir. Oui, il ne s'agit pas de se noyer dans ses propos, la façon dont on présente les choses a une grande importance, ce n'est pas vécu de la même façon, il s'agit d'ouvrir le dialogue ; M. et M. sur le secteur 1 étaient des chirurgiens capables d'entendre des remarques, il y en avait d'autres aussi parmi les chefs de clinique et les internes. Je n'ai connu dans le service qu'un chirurgien qui me gênait beaucoup, là j'avoue il me refroidissait, c'est le genre de personne qui m'aurait fait faire des bêtises parce que au lieu d'apaiser les choses... il trouvait toujours la réflexion méchante, je me souviens d'une fois où il a attendu que je tourne les talons, que je sorte et je venais de lui signaler un truc et la réflexion est partie cinglante en disant : me déranger pour ça, enfin, ah ben oui ça m'avait ah... Après j'étais plus du tout dans des conditions favorables, c'était pas pour moi personnellement, ça ne semblait pas mériter cette réaction, enfin bon bref. Alors oui l'organisation a un rôle : moi j'aurais pas pu travailler dans une unité avec ce chirurgien où il aurait été continuellement, ah non, non, et cela les malades le ressentaient aussi, moi j'ai entendu des réflexions sur sa froideur ; j'ai eu affaire avec d'autres chirurgiens, la plupart étaient charmants.

20. *J-B. Dans le monde du soin, l'hôpital est un lieu particulier et la chirurgie aussi. Qu'est-ce que la stomie, qui est une « spécialité » de la chirurgie viscérale, t'évoque ? Est-ce une expérience difficile pour toi ?*
21. *Ir. Oui, la chirurgie viscérale c'est une grosse chirurgie ; l'hôpital est une expérience qu'on ne peut pas remplacer parce que tu apprends les gestes : poser une sonde, faire les pansements. On avait fait un travail là-dessus, il y avait eu des réunions avec la cadre pour faire un document et la stomie c'est pas si simple que ça parce que finalement tu t'apercevais que les gens qui étaient bien préparés, à qui on avait expliqué, tout ça... Le rôle de l'infirmière stomathérapeute était super important dans cette prise en charge-là, quand elle avait le temps de rencontrer les gens avant, voilà, quand ça ne se faisait pas dans l'urgence, le vécu après était complètement différent, les gens se prenaient beaucoup plus facilement en charge parce que nous notre rôle après c'était d'éduquer les gens à faire leurs soins et tu te rendais bien compte que si y avait pas eu d'avant stomie, les gens ne percutaient pas pareil.*
22. *J-B. Tu veux dire que la préparation psychologique du malade, quand elle était faite en dehors de l'urgence, rendait cette expérience traumatisante moins difficile pour le soigné et le soignant.*
23. *Ir. La stomie c'est beaucoup plus un problème psychologique, un deuil, qu'un problème technique. Tu n'abordais pas les gens de la même façon que pour une autre pathologie. Se voir avec ça, tu les faisais manipuler leur poche, d'avoir de la merde sur les mains, c'est le cas de le dire, y avait les odeurs aussi, tu rassurais les gens : vous savez quand vous allez aux toilettes... ils se disaient comment je vais faire pour m'habiller ? Si j'ai un problème pendant mes courses ? Si ça fuit ? Je retrouve à domicile des gens avec des stomies, ce n'est plus ce que c'était parce que je me souviens quand on avait les gens à l'hôpital on les éduquait, on vérifiait qu'ils maîtrisaient leurs soins avant de partir, au jour d'aujourd'hui ils arrivent chez eux et on nous dit de faire leurs soins, on va chez eux pour faire leurs soins, ce qui fait que quand il y a des fuites, ça n'arrive pas si souvent... J'ai le souvenir d'une dame qui avait une stomie qui fuyait, la stomie n'avait pas été bien positionnée, il fallait y aller 3 à 4 fois par jour, la dame elle était déprimée, déconforte, avec une peau abîmée, t'avais beau essayer de faire des appareillages, c'était pas ça pff. Le patient stomisé a besoin d'un accompagnement, ne serait-ce que d'être à ses côtés.*
24. *J-B. Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel nécessité par le rôle relationnel ?*
25. *Ir. Qu'est-ce que tu entends par cognitif ?*
26. *J-B. Entrer en relation avec un malade c'est bien sûr accueillir sa parole mais aussi rendre cette communication plus riche en s'appuyant sur des connaissances en déontologie, en éthique, en psychologie... Il y a notamment des enjeux éthiques, par exemple le respect de l'autonomie, l'euthanasie, l'annonce d'une maladie grave, qui méritent que le soignant s'informe. Depuis une dizaine d'années l'annonce concerne les paramédicaux, et non plus seulement les médecins, non pas pour annoncer eux-mêmes mais pour aider le malade dans sa compréhension et respecter son cheminement. Ceci est très lié aux nouveaux droits des patients dont l'avis est recherché au nom du consentement éclairé.*
27. *Ir. Oui, je suis d'accord, il faut souvent partir de ce que les gens ont en tête, derrière une question il y a une autre question et quelques fois le fait simplement de laisser aux gens la possibilité d'exprimer ce qu'ils ressentent ou comment ils voient les choses, ça suffit à dédramatiser, tu n'as pas besoin de donner forcément beaucoup d'informations.*
28. *J-B. Une information respectueuse de l'éthique ?*
29. *Ir. Je n'ai pas eu de formation en éthique et donc euh... je pense que c'est important d'avoir des notions et c'est grâce à ça aussi qu'on arrive à comprendre certaines choses après dans le comportement des gens ; moi j'ai un exemple en tête en ce moment : on a quelqu'un qui est en chimiothérapie et en radiothérapie pour un cancer de la gorge et qui*

jusque-là paraissait tout bien maîtriser, parce que là il a une gastrotomie et tout ça, et puis là l'autre fois il était assez agressif, voire très agressif vis à vis du personnel soignant, donc sur le coup ça m'a un petit peu froissé et puis en analysant je me suis dit il est peut-être dans la phase de colère, je me suis dit stop ; c'est arrivé deux fois, la première fois je me suis dit : il est dans la colère on laisse couler, le lendemain sa femme était là et puis je lui dis : je sais que les traitements de chimiothérapie peuvent aussi altérer la personne, je dis au malade je vous sens un petit peu énervé en ce moment, est-ce que c'est dans votre caractère habituel, parce je sais que des fois avec le traitement ? Et sa femme me répond oh, ben vous savez, il est toujours comme ça, un peu rentre dedans, il est vrai que là depuis qu'il a ses traitements il est un peu plus... je lui dis d'accord, je comprends... Il est en colère vis à vis de sa femme, de ses enfants, des soignants, ce que je voulais faire remonter à la famille, visiblement la dame avait bien compris et c'est même elle qui a dit ne vous inquiétez pas, c'est pas vis à vis de vous, non, non, je l'entends bien comme ça.

30. *J-B. Est-ce que tu te souviens qu'on avait étudié en réunion un livre de Robert Buckman : « S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades » ?*
31. Ir. Oui, c'est possible, ce qui m'a surtout marquée ce sont les phases du deuil ; au jour d'aujourd'hui, j'arrive à retrouver ces phases, autant dans le deuil, la mort, que dans des deuils autres, il y a plein plein de choses qui entrent dans ce processus euh... qui est subjectif, on pourrait dire parfois c'est pas la fin du monde mais on n'a pas à juger... la prise en charge elle ne peut pas être que technique.
32. *J-B. Sans avoir de formation éthique, tu cherches à avoir un comportement respectueux de la personne, de ses désirs et de ses propos. Est-ce que ça ce ne n'est pas un comportement éthique ?*
33. Ir. Je m'appuie plus sur la partie psychologique et émotionnelle ; je sais que j'étais quelqu'un de très très timide et que on me faisait le reproche à l'école d'infirmières, trop timide, et en fait moi ce qui m'a donné confiance en moi c'est quand j'ai commencé à travailler et que je suis tombée sur des cadres qui étaient à l'écoute et qui valorisaient d'une certaine façon notre travail et puis voilà qui aussi te faisaient participer en te demandant ton avis par rapport à certaines choses... Moi je suis très reconnaissante parce que moi ça m'a permis de gagner de la confiance en moi.
34. *J-B. Le rôle relationnel comprend les relations qui s'instaurent à l'intérieur d'une équipe, par delà les échelons hiérarchiques.*
35. Ir. Tout le monde parle avec tout le monde, ce qui suppose une certaine exigence vis à vis de soi, il faut parfois se remettre en question ; mais aussi il faut rencontrer des soignants qui aient envie, tu sens de toute façon à l'attitude de la personne si tu peux ou pas. Mais ce qui fait notre particularité par rapport aux médecins, qui sont obligatoirement très techniciens et on leur demande, c'est de faire attention à tout ça, notre rôle relationnel est très important ; c'est pas par hasard aussi que les gens t'interrogent des fois à posteriori, ils ont eu des informations mais ils vont te dire qu'est-ce que vous en pensez ou bien le médecin m'a dit ça mais ça veut dire quoi, j'ai pas bien compris, vous pouvez me ré-expliquer ; ça veut dire quelque chose sur la relation, ce qui casse le dialogue c'est de dire tout de suite vous en parlerez au médecin ; toujours en partant de ce que la personne dit, tu corriges en fonction, et l'infirmière peut aussi transmettre des questions au médecin.
36. *J-B. Ce rôle relationnel est complexe. La formation initiale et continue est-elle suffisante ?*
37. Ir. Non, tu as des bases et après c'est l'expérience professionnelle, et la compétence elle vient de là ; on peut facilement rentrer dans une routine, tu fais ce que tu as à faire et puis tu rentres chez toi, tu ne te poses plus de questions, personne te le reprochera, tu considères que t'as fait ton boulot : est-ce que c'est satisfaisant ? Pas vraiment pour moi, c'est pas suffisant, d'où l'utilité d'un espace de parole. Dans le libéral, on peut pas agir

comme ça et même des fois en allant plus loin, tu es toujours en train de te demander : est-ce que j'ai bien tout dit, est-ce que j'ai bien tout fait ? Tu cogites, tu réfléchis et puis après tu retournes et puis tu te dis : mais au fait par rapport à ce que vous m'avez dit l'autre jour peut-être qu'on peut vous orienter vers telle... solution. Il y a des choses qui sont similaires en milieu hospitalier mais en libéral il y a autre chose parce que derrière justement il y a pas toute l'équipe qui peut prendre le relais.

38. *J-B. Pourquoi as-tu quitté l'Hôpital ?*

39. Ir. Moi ce qui m'a fait quitter l'hôpital, c'est qu'on consacrait beaucoup plus de temps à l'administratif qu'aux soins eux-mêmes, t'étais obligée de faire vite parce que tu avais les transmissions qui arrivaient, les perfusions il fallait qu'elles soient posées etc... du coup t'étais obligée de court-circuiter tout ça, par contre tout le côté administratif derrière il fallait consacrer du temps à ça et je m'aperçois qu'à domicile, y a le même problème... Je retrouvais plus mes valeurs, mes convictions ; en partant, la cadre m'a dit : quelle hémorragie ! on perd des infirmières qui ont de l'expérience. En plus à l'Hôpital tu peux pas le dire, ce qui ne s'est pas arrangé d'après ce que j'entends, c'est l'usine, même les gens hospitalisés, ils nous le disent, elles courent dans tous les sens, elles ont à peine le temps.

40. *J-B. Est-ce que tout ce que tu as connu en chirurgie viscérale, et particulièrement le groupe de réflexion, a été formateur ?*

41. Ir. Ah ben complètement, au jour d'aujourd'hui je ne pense pas qu'on peut faire du libéral si on n'est pas passé par le système hospitalier, tant de la part des connaissances, parce que par exemple quand tu es confrontée à un patient qui a une sonde urinaire à domicile, si t'as jamais posé de sonde urinaire, si t'as jamais fait de lavage sur sonde, ça ne s'improvise pas, il y a un problème technique, après il faut aussi savoir faire la part des choses, se dire : est-ce que j'appelle le médecin, est-ce qu'on attend, est-ce qu'on rassure ? Et voir comment les choses évoluent.

42. *Et le groupe de réflexion ? Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les trois niveaux) difficiles ou réussies ?*

43. Ir. Pour moi, ça été très formateur, complètement, ça été une vraie porte qui s'ouvrait par rapport aux expériences qu'on a pu vivre, voir les choses différemment ; même encore aujourd'hui je retrouve beaucoup de gens cancéreux à domicile, on passe par toutes ces phases du deuil qu'on avait étudiées... Des exemples concrets, je me rappelle pas d'expériences précises, juste quelques bribes mais le fait de participer fait que forcément tu n'abordes pas les choses de la même façon quand tu participes à des groupes comme ça, tu développes des choses. Tu vois je n'ai pas d'exemples concrets mais je pense que ça a permis de développer l'écoute, l'empathie, euh... la gestuelle, par exemple t'as pas forcément besoin de dire grand chose, t'attrapes la main, tu t'assois à côté de la personne quand elle a envie de parler, pour montrer qu'on est à l'écoute ; je pense que si y avait pas eu ça, cette formation par le groupe, moi je pense attraper la main de quelqu'un comme ça spontanément, ça ne me serait pas venu forcément, y a quelque chose qui passe quoi entre les deux, ça a vraiment un intérêt.

44. *J-B. Quel rôle ont joué les comptes rendus ?*

45. Ir. Moi j'écris beaucoup, j'ai trouvé que c'était super important parce que ça prouvait que derrière y avait un travail, il y avait quelque chose qui ressortait de ce groupe. Je pense que c'est pas par hasard que ça a duré cinq ans aussi parce que même si on n'était pas à la réunion on avait le compte rendu, donc on pouvait reprendre le cours des choses après ; à chaque fois que j'ai eu un compte rendu je l'ai lu et je me retrouvais dans certaines choses, ça c'est clair, les comptes rendus reflétaient bien les propos des participants, c'était fidèle et donc c'était un travail admirable.

46. *J-B. Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ? En raison de quel(s) manque(s) et à la recherche de quel(s) bénéfice(s) ?*

47. Ir. Bah, c'était surtout dans la continuité de la formation qu'on avait faite avant et puis surtout partager l'expérience, une expérience commune, et puis le besoin de se rassurer,

moi je reviens toujours par rapport à notre façon de faire, que les difficultés qu'on pouvait avoir, les autres les sentaient aussi et quelque part c'est rassurant de partager les mêmes difficultés, tu avais par là le soutien du groupe, sans jugement ; tu sentais que tu passais pas à côté de quelque chose, que tu n'étais pas forcément dans le négatif... Quels manques pour quels bénéfices ? Pouvoir exprimer notre ressenti par rapport à des problématiques rencontrées, voilà, et puis prendre du temps exprès pour ça, qu'on n'aurait pas pris autrement ; tu sais que tu vas avoir réponse à des questions et du coup tu n'abordes pas les choses de la même façon après.

48. *J-B. Comment le groupe apportait-il son soutien ?*

49. Ir. C'est là aussi que c'est important c'est quand on arrive à communiquer avec des gens qui sont à l'écoute ou qui sont dans les mêmes conditions relationnelles que toi, sans agressivité... Des fois dans des groupes tu as des gens qui s'imposent, qui ont toujours quelque chose à raconter ou qui vont couper la conversation, t'as des gens qui vont te poser une question et qui ne vont pas écouter ta réponse, au contraire dans ce groupe je sentais qu'il y avait possibilité de s'exprimer et d'être écouté, y avait pas quelqu'un qui dominait... c'est un lieu où tu peux parler d'égal à égal.

50. *J-B. La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans un lieu dédié te paraît-elle nécessaire ?*

51. Ir. Oui, parce que les transmissions ce n'était pas un lieu tranquille, tu pouvais être dérangée à n'importe quel moment, tu as des gens qui écoutent, tu en as d'autres qui parlent, et puis ce lieu dédié, je sais pas si l'expression est bonne, mais tu pouvais parler d'égal à égal parce que y a des situations que tu pourrais évoquer au sein de ta famille mais quand les gens ne le vivent pas ils ne peuvent pas le comprendre et y a des choses que tu ne peux pas dire non plus.

52. *J-B. L'absence des cadres d'unité a eu quelle influence ?*

53. Ir. Avantage/désavantage, je dirai qu'il y a les deux : plus grande liberté sans doute mais n'était-ce pas leur place d'être présentes ? Tout en préservant cet espace de liberté... c'est dommage et en même temps les deux je ne pense pas que c'était ... La cadre supérieure venait voir ce qui se passait, elle a jamais été négative, je pense qu'elle ne pouvait pas le dire non plus parce que ç'aurait pas été honnête de sa part si elle avait tenu ce genre de discours, parce que elle était quand même dans les premières à vouloir faire avancer le service.

54. *J-B.. Connais-tu l'analyse de pratiques ? As-tu été formée à cette démarche ?*

55. Ir. Je n'ai pas fait de formation là-dessus... Non, je n'ai pas... C'est quoi exactement ?

56. *J-B. La deuxième partie de la question donne une piste : démarche qui vise la réflexion sur la pratique entre les membres d'une équipe, avec l'aide d'un formateur devrai-je ajouter. C'est ce qu'on tentait de faire dans le groupe de réflexion en essayant de dépasser le simple stade de la description pour entrer dans un processus de compréhension de notre vécu.*

57. Ir. Ah oui, en effet on l'a peut-être fait un peu à notre façon et ça partait quand même de notre vécu... on n'avait pas de formateur... l'équipe mobile de soins palliatifs était venue pourtant ?

58. *J-B. Oui, les membres sont venus à deux reprises, à la demande de la cadre supérieure, et puis elles ont considéré qu'on pouvait continuer seuls, d'autant qu'elles étaient peu disponibles.*

59. Ir. C'était plutôt flatteur mais ça aurait pu être un plus encore... aussi ça pouvait empêcher peut-être la circulation de la parole... quoique, même si le but c'est de permettre à tout le monde de parler, des fois on n'a pas envie, on préfère être à l'écoute, entendre, on a chacun son mode de fonctionnement, moi je sais que à une info qui va être lancée, répondre spontanément souvent ça me panique, me stresse, parce que je n'ai pas les arguments, par contre après a posteriori quand t'as eu le temps de réfléchir, tu peux argumenter de façon plus fine... Il y a des gens qui ont tout de suite l'argument pour contrecarrer, bien amené, juste, mais moi je peux pas, on n'a pas tous la même

façon de penser, moi il me faut du recul, cinq minutes voire plus des fois... après coup tu te dis mince cet argument-là aurait pu mais bon c'est trop tard, le temps est passé, tu ne peux plus l'amener.

60. *J-B. Le retour sur l'expérience te semble t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation ? Penses-tu que la construction de la compétence suppose tout un travail de réflexion au long d'une vie professionnelle ?*
61. Ir. Je pense, l'expérience, tout ce qu'on vit, tout ce qu'on fait, ça nous sert ; le vécu que tu as eu te permet aussi d'avancer par rapport à ce que tu vas vivre après.
62. *J-B. Mais l'expérience n'a-t-elle pas besoin d'un temps de recul pour prendre bien conscience de ce qui a été vécu, sinon le danger c'est d'être constamment dans la répétition ?*
63. Ir. Oui, d'accord, répéter c'est sans doute une attitude tranquilisante pour tout le monde mais en même temps rien ne change, on n'avance pas. Cela peut poser problème au niveau relationnel si on considère que les relations ont évolué quand même. Alors la construction de la compétence... au long, euh, si ben oui, on est obligé d'évoluer, c'est une profession dans laquelle on ne peut pas rester sur des acquis et dire y a que ça... d'ailleurs il faut le voir plutôt comme un enrichissement, on n'est pas dans une routine continue, enfin voilà c'est ça... Avec le recul je t'avoue qu'il me manque un petit peu quelque chose à domicile, c'est le côté plus technique parce que, bon, on perd...
64. *J-B. Tu peux peut-être plus développer le côté relationnel ?*
65. Ir. Oui mais ça reste limité parce que on a beau, c'est là aussi la faille du libéral, on a beau être une équipe, on n'a pas toutes les mêmes objectifs de soin, à l'hôpital d'une certaine façon on est obligé d'avoir le même objectif ; pour moi tu vois le relationnel c'est hyper important mais en libéral tu as les collègues côté qualitatif et côté quantitatif et un mixte au milieu ; le côté relationnel peut être très écourté, ce qui fait que toi des fois tu vois bien quand les gens te disent : ben dis donc elle a été vite, j'ai même pas eu le temps de lui parler... La notion d'équipe c'est super important, moi je vois le manque qu'on a ici, le problème c'est qu'il n'y pas de réunion ici pour se poser et dire on parle de telle personne.
66. *J-B. La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi, au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation) ?*
67. Ir. Oui, ah bien, je pense qu'on évolue grâce à ça, on prend du recul par rapport à certaines choses, on est plus dans la relation parce qu'on se dit que c'est ça qui crée la confiance, tu te rends bien compte, moi je le dis souvent, moi je préfère prendre un peu plus de temps à écouter les gens parce que après tu sais que ça va couler tout seul, c'est du temps gagné pour l'avenir parce que si tu bloques la conversation y a des plaintes qui reviennent continuellement tant que tu n'as pas réglé le problème, voilà... cela c'est vrai à l'hôpital comme en libéral.
68. *J-B. La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi au niveau cognitif (connaissances) ?*
69. Ir. Oui forcément on a appris des choses quand même, alors honnêtement j'ai pas lu de livres, après je dis pas qu'à l'avenir si j'avais plus de temps je me replongerais pas dans la lecture car je reconnais qu'aujourd'hui ça m'apporterait plus, ça ça me manque.
70. *J-B. Peut-on dire que ces échanges t'ont aidée à devenir une meilleure professionnelle (attitudes, comportements, gestes professionnels) ? Peut-on parler de développement personnel ?*
71. Ir. On peut pas s'analyser soi-même comme ça, après t'essayes de mettre à profit ce que tu sais, comment je vois que ça évolue chez les gens... bien sûr les réunions m'ont aidée à devenir une meilleure professionnelle, par exemple ce que j'ai dit tout à l'heure pour prendre la main d'un patient... Le développement personnel ? Ah oui forcément parce que ce qui t'aide dans ta profession t'aide aussi d'un point de vue personnel, pour ton entourage, je veux dire tu évolues... Même par rapport à toi-même, tu comprends des choses, ton vécu, par rapport à ton travail de deuil, on a aussi des deuils

personnels... il y a des échanges entre les deux ; le fait d'être infirmière amène des comportements différents vis à vis des gens, tu côtoies des gens que tu n'as jamais vus de ta vie, simplement on te demande tu fais quoi dans la vie, ah, tout de suite tu sens qu'il y a quelque chose et ça va même au-delà parce qu'il y a des gens qui viennent te confier des trucs mais tu dis : ils ne me connaissent pas, ils me confient déjà tout ça parce que tu es soignant ; tu portes un autre regard sur les gens différents parce que tu t'arrêtes pas à la différence, tu prends les gens dans leur globalité ; tu vois à domicile il y a des gens qui te disent : oh ben moi vous savez je sais pas si je devrais vous le dire mais je suis allé voir quelqu'un qui m'a touché, un guérisseur, eh bien pourquoi pas ? Si vous considérez que ça vous fait du bien, faut pas vous gêner, il faut y aller, des fois tu as des gens qui s'excusent presque mais qui ont envie de le dire, c'est quelque chose que j'ai toujours respecté parce que je me dis même si c'est seulement psychologique, du moment que ça leur fait du bien, pourquoi pas ?

72. J-B. *Cet espace précise-t-il quelque chose sur le rôle infirmier et aide-soignant ?*

73. Ir. Chacun a son rôle et une compétence et on ne peut pas fonctionner les uns sans les autres ; je pense qu'il faut que chacun apporte sa pierre et puis justement qu'il y ait une cohésion, une coordination entre les soignants ; le groupe de réflexion allait au-delà du rôle prescrit ; si on n'avait pas forcément le temps de voir ou de se dire ce que les filles avaient entendu ou ressenti, eh bien le groupe permettait de faire la synthèse et puis voilà, je pense que dans une prise en charge comme on dit dans la globalité, ça c'est super important de savoir ce que chacun a à dire ; on s'en tenait plus à moi je fais la toilette, moi je fais le pansement, la piqûre, le médecin fait sa visite et terminé, non, le tout c'était de rassembler tout ça, parce que y avait des choses qu'étaient pas dites pendant les transmissions ; déjà pendant les transmissions les aides-soignantes des fois elles avaient pas tout à fait fini, elles arrivaient en cours de route ou ça discutait d'un côté.

74. J-B. *Précisément, dire dans le groupe est-ce que ce ne n'était pas la possibilité d'aller au-delà des choses convenues ?*

75. Ir. Le groupe permettait de dire des choses qu'on ne pouvait pas dire ailleurs, en transmission par exemple, alors que pourtant on a le droit de dire qu'un malade commence à nous... le groupe permettait de dire ce qu'on n'aurait peut-être pas dit autrement, je pense qu'honnêtement à l'époque je n'aurais pas dit il « m'emmerde », dans le contexte où on était, par contre au jour d'aujourd'hui je m'autoriserais parce que, en ayant de la bouteille, c'est pas parce que tu te dis que le malade il « t'emmerde » que tu le dénigres, c'est simplement qu'on a aussi nos limites et qu'il y a des fois des choses qui nous insupportent, on a le droit aussi... Moi j'arrive à 29 ans de diplôme, il y a des fois je me dis je ferais bien un break parce que à force quelques fois d'avoir toute la misère du monde, c'est à moi aussi de trouver les moyens de m'en sortir, mais y a des fois je vois avec mon ami qui me dit on pourrait inviter des amis ou quoi, je dis non je peux pas, je peux plus parce que déjà le fait de savoir que je suis infirmière tout le monde arrive en me disant toutes ses petites misères, tous ses petits malheurs, arrive un moment où j'ai l'impression de ne plus ingurgiter, moi je peux pas dire on ne parle pas de boulot, moi je m'autorise pas à le dire ça aux autres, par contre mon ami ça il peut le dire à ma place, là : on va arrêtez parce que là on est en train de faire des heures supplémentaires.

76. J-B. *Cet espace de chirurgie révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ?*

77. Ir. Si, y a quand même quelque chose d'important, c'est qu'on a une meilleure connaissance entre professionnelles aussi dans ce genre de groupe, parce que quelques fois on travaille les unes avec les autres mais on n'a pas le temps forcément de développer des choses, on parle de la connaissance globale mais c'est un peu aussi la connaissance globale de nos collègues par rapport aux affinités qu'on peut avoir, par rapport aux centres d'intérêt, enfin on apprend... cela m'a permis pour certaines de les voir sous un autre angle, tu vois t'as des fois des gens qui te donnent une impression,

t'es pas forcément à l'aise avec et puis après quand tu participes à des groupes comme ça tu te dis ah tiens je l'avais pas perçue comme ça ou je pensais pas qu'elle aurait pensé ça.

78. *J-B. Cet espace a-t-il eu alors une influence sur l'équipe ?*
79. Ir. Moi je pense, là aussi ça nous a permis aussi de partager plus de choses quand on était en binôme... pas forcément sur toute l'équipe mais c'est vrai que les gens que tu croisais dans le groupe on se confiait peut-être plus de choses, tu partageais, c'est une occasion d'ouverture à la discussion.
80. *J-B. est-ce qu'il ne manque pas quelque chose à une équipe qui n'a pas la possibilité de partager ses expériences ?*
81. Ir. Je suis d'accord avec ça parce que, bon des fois, même si on n'a pas toutes la même façon de travailler, le groupe permet une certaine cohésion, d'aplanir des différences parce que tu as des trucs qui énervent et qui peuvent pousser à des réflexions ou à des commentaires désobligeants. L'atteinte d'un objectif commun est remise sur le tapis.
82. *J-B. Qu'est-ce que tu peux dire sur ce lieu ? As-tu connu d'autres lieux semblables ?*
83. Ir. C'était un lieu de parole nécessaire pour revenir sur des événements difficiles... S'il a existé c'est bien parce qu'il y avait un besoin sous-jacent oui... alors que au départ c'était assez improbable qu'il existe, il s'est révélé lors de la formation mais y avait un réel besoin derrière... D'autres lieux semblables ? Non, non. En maladies infectieuses la psychologue venait aux transmissions mais y avait pas un tel lieu ; pourtant le rôle relationnel était important, c'était à l'époque du sida, la psychologue intervenait déjà auprès des patients, aux transmissions elle venait pour écouter ce qu'on disait et puis après pouvait donner des explications en même temps par rapport là encore à des situations, on pouvait s'adresser à elle si on était en difficulté, elle nous guidait par rapport à ce qu'on pouvait dire ; mais tu sais moi j'étais jeune diplômée, moi fallait que je prenne de l'assurance, confiance en moi, tu te cantonnes à bien faire ce que tu as à faire et déjà tu as de quoi faire, et puis après je pense qu'avec l'âge on mûrit, ça ça vient petit à petit. L'analyse de pratiques vient plus tard quand tu as de la bouteille.
84. *J-B. Est-ce que tu ne crois pas aussi que la loi a eu une influence sur la relation soignant/soigné et donc sur notre rôle ? Je pense à deux lois importantes, en 2002 et 2005, sur les droits des patients qui sollicitent l'avis des patients.*
85. Ir. C'est vrai que ça crée un autre climat, ce qui n'est pas anodin et notre formation est arrivée à ce moment-là, quand on y pense, tu vois je me rappelais pas, mais ça joue... oui y a eu une évolution, quand on le vit au quotidien on s'en rend pas compte, avec le recul c'est différent... y avait des sujets dont on parlait pas avant, je me souviens de la mère de cinq enfants qui avait annoncé et préparé sa mort... c'est donc qu'il y a une évolution.
86. *J-B. Pourquoi ce groupe a-t-il pu durer cinq ans ?*
87. Ir. Y avait, on l'a dit, un besoin, une nécessité, dans un groupe qui marchait bien, avec une cohésion, des affinités plus plus entre les participants, l'envie de se retrouver pour avancer, c'était des bons échanges, des bons moments, une écoute et une volonté d'améliorer la prise en charge pour les patients, je suis jamais venue à reculons sinon je ne serais pas venue.
88. *J-B. Quelles en ont été les réussites et les insuffisances ?*
89. Ir. Les réussites en ce qui me concerne c'est que moi ça m'a permis d'avancer après et puis ça me permet d'avancer toujours... Les insuffisances, eh bien voilà, c'est que ça peut pas se mettre en place, ou du moins faudrait que ça puisse se mettre en place, dans l'exercice que je fais aujourd'hui.
90. *J-B. Parmi les insuffisances, places-tu l'absence des cadres d'unité qui, notamment, mettait en doute le caractère institutionnel de cet espace ?*
91. Ir. Le groupe ne constituait pas leur priorité... Je pense aussi qu'elles n'étaient pas impliquées comme nous auprès des patients parce que moi je ne les ai jamais vues beaucoup aller auprès des gens pour discuter ou pour autre chose, après tout pourquoi

pas ? C'est ça aussi connaître les patients et s'assurer que tout va bien ; c'est une autre fonction, ceci dit ça pose question...

92. J-B. *As-tu apprécié les comptes rendus ? Quels rôles ont-ils joué ?*

93. Ir. Ah bien oui je peux pas dire le contraire et puis encore aujourd'hui on peut se replonger dedans, c'est toujours d'actualité, ça conforte notre position dans certaines questions aujourd'hui mais honnêtement je ne les avais pas relus ; là je les ai relus pour préparer et je me suis dit qu'on oublie les choses et quand tu te replonges dedans tu te dis : oui c'est vrai, finalement on allait loin dans la réflexion, on posait le problème, y avait une analyse, aller en profondeur ; ce groupe a été une formation très importante à l'exercice professionnel postérieur. Il y a un truc qui me revient en tête dans ce que je relisais : une dame qui ne pouvait plus s'alimenter et qui rêvait de prendre un petit café et qui avait des bains de bouche au café, en relisant ça je me disais c'est des choses qu'on n'aurait pas eu à l'esprit de faire ça spontanément, de proposer, et puis avec le recul de se dire si c'était ça qui lui faisait plaisir, eh bien pourquoi pas, c'est des petites choses tellement simples à faire, des fois les gens ils ont des envies.

94. J-B. *Ce groupe peut-il être considéré comme un exercice de formation continue ? Peut-on parler d'auto-formation, laquelle se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ?*

95. Ir. Oui c'est un peu compliqué... Après, si on décompose, un exercice de formation continue oui, moi je pars du principe que c'était dans une continuité de quelque chose qui avait été initié par la formation de service, c'est un style de formation continue ... particulier. Auto formation, je pense aussi parce que il faut que tu sois volontaire, à la fois tu participes et tu reçois, il y a un échange où tu dois t'impliquer puisque on te l'impose pas, donc responsabilité, tu y vas de ton plein gré, sujet c'est pas de la parade, tu t'impliques, tu peux ne pas le faire, c'est ton propre choix ; le sens, oui, dans la mesure où il est pas donné, on l'a dit, ça suppose de le chercher : y a ce qu'on attend et ce qui est possible.

Enregistré le 16 février 2018. Durée : 1h40.
lieu : domicile d'Irène.

Annexe 6 : entretien de Géraldine.

Entretien n°6

Géraldine, infirmière, 16 ans d'ancienneté en 2003. A participé à deux réunions du groupe de réflexion.

Géraldine a travaillé en chirurgie viscérale puis en urologie dans le même centre hospitalier.

1. *Jean-Bernard. Est-ce que le questionnaire t'a été utile ? Est-ce que la seule question : qu'est-ce que le groupe de réflexion t'a apporté, aurait été suffisante ?*
2. Géraldine. Si, le questionnaire est utile par rapport à ton sujet, sinon on peut aller à droite et à gauche, non, ça guide.
3. *J-B. Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ? J'entends par ce rôle la relation soignant/soigné et les relations entre professionnels.*
4. Gé. Le rôle relationnel du soignant paramédical est primordial, il est même essentiel dans une équipe, comme tu dis, dans une équipe il faut que les gens communiquent mais en général c'est rare, ça peut peut-être arriver, j'en sais rien, que ce soit pas le cas ; je sais que nous au moment des transmissions on discutait beaucoup sur des patients qui posent problème, que ce soit à n'importe quel niveau, chirurgie, état psychologique, et puis après quand on arrive avec des gens où on sait qu'il n'y aura plus de curatif, on se dirige vers du palliatif ; là où c'est difficile c'est quand c'est pas défini par l'équipe médicale si nous on le décrète, enfin on dit bon voilà... Mais la relation est primordiale, si on n'a pas ça on peut pas avancer auprès de la personne, on peut pas soigner, on peut pas accompagner correctement le patient et la famille aussi et tout l'entourage.
5. *J-B. La relation avec l'équipe médicale est importante.*
6. Gé. La relation était bonne du côté chirurgical, c'est leur boulot à eux et en général ça se passe bien, oh, y a des prescriptions qui sont dans le flou, bon, c'est du basique, ça se gère au jour le jour, dès qu'on parle que de la chirurgie ça va mais dès qu'on commence à élargir ils ont énormément de mal à dire on arrête, on n'est plus dans le curatif. C'est vrai encore aujourd'hui, ils ont inséré dans l'équipe d'urologie une oncologue pour des essais thérapeutiques, mais non on n'est pas encore dans le palliatif, on va encore soigner, en sachant que de toute façon y aura plus rien. C'est difficile de parler de psychologie comme de palliatif avec les chirurgiens, on chatouille pas avec ça, par contre on peut voir la différence avec certains jeunes médecins, par exemple pour les annonces diagnostiques ; avec les chirurgiens, comme ils sont au bloc tous les jours, on a revu le problème, ils font ça le soir... avant la nuit les gens se prennent ça en pleine figure ; les jeunes médecins je trouve qu'ils ont un abord plus franc de la maladie et de sa prise en charge.
7. *J-B. Et en chirurgie viscérale de 2003 à 2008 à l'époque du groupe de réflexion ?*
8. Gé. Ah, on retrouvait les mêmes choses, ils étaient dans le curatif et dès que tu arrivais dans le palliatif, le psychologique, c'était pareil ; les annonces même chose, je ne sais même plus quand est-ce qu'elles étaient faites, parce que de toute façon ils requéraient pas notre présence comme aujourd'hui ; il y a eu un progrès, pendant cette période là, avec l'apparition des feuilles vertes qui avaient été ajoutées au dossier infirmier et c'est quelque chose qui avait été abordé pendant les réunions et qui avait donné l'idée à certaines d'en parler aux chirurgiens ; maintenant qu'on en parle je dois dire que les réunions avaient eu un impact, ah oui, oui un impact parce quand tu récupères les gens à la petite cuillère dans leur lit, ils sont hospitalisés, ils sont pas bien et qu'on leur dit que,

oh là là, c'est pas très bon ; oui je me rappelle de ces feuilles vertes là où le chirurgien marquait ce qu'il avait dit au malade, en présence de qui.

9. *J-B. le premier plan national d'annonce date de 2003-2007.*

10. Gé. Le rôle n'est pas uniquement technique mais aussi d'équipe, il faut qu'on se fasse des transmissions, à l'époque on écrivait, fallait qu'elles soient lues et comprises, les transmissions orales étaient aussi primordiales pour que l'équipe d'après prenne le relais, qu'on sache où on en était parce que y avait des personnes qui étaient plus en confiance avec d'autres ; la re-formulation est primordiale : le médecin vous a dit quoi, que j'avais quelque chose dans le colon, ça veut dire quoi et puis après tu arrivais à creuser un petit peu en reformulant ; à la fin de la discussion, j'ai peur que ce soit cancéreux, tu disais il faut attendre les résultats des prélèvements et puis on peut pas dire plus ; et c'est dans les réunions qu'on apprenait à développer ça ; on l'avait mais on ne l'utilisait pas parce que c'était toujours à la va-vite et après il fallait prendre le temps de s'asseoir. Ce n'était pas à nous d'annoncer mais d'être à l'écoute du patient, d'où la re-formulation.

11. *J-B. Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui accompagne ce rôle relationnel ?*

12. Gé. En effet, psychologiquement et émotionnellement, c'est dur pour le malade d'entendre et puis d'accepter une mauvaise nouvelle et puis pour le soignant de l'accompagner mais ce qui est important c'est que tu prends tes ressources dans ce que tu as appris pendant ta formation mais moi ce que je trouve d'important surtout quand tu arrives à ce niveau-là, après ça dépend de chacun, tu peux utiliser aussi ton propre vécu, si tu as vécu ça avec un proche où tu t'en as pris plein la figure tout d'un coup ; moi je sais que j'essaie d'être comme ça en me préservant mais en me disant : pour l'avoir vécu, faut pas qu'il se prenne tout, j'essaie de l'apaiser, et j'utilise la re-formulation ; alors des fois le patient il te dit oui oui, sur le coup il dit oui à tout et tu t'aperçois quelques jours après il a pas pu tout enregistrer, il a eu tellement d'informations en peu de temps ; quand je les vois venir pour une chirurgie, moi je leur demande vous venez pour quoi, après forcément le plus difficile c'est pas toujours auprès du patient mais auprès de la famille, la famille qui est perdue, qui n'a pas forcément toutes les informations ; on prend pas autant de temps auprès de l'entourage parce qu'on les voit moins déjà et puis, moi ça m'est arrivé, les relations ne sont pas forcément conflictuelles mais la famille avait fini par nous dire qu'ils se sentaient mis à l'écart, qu'on s'était focalisé sur le malade, c'était un ressenti qu'ils avaient parce que en fait ils avaient peur ; et puis, peut-être moins maintenant, mais il y 10 ans le médecin déjà c'est le médecin, le chirurgien, c'est quelque chose, et en plus si on a à faire avec le professeur, c'est encore autre chose, donc ils n'osent pas les affronter, ils reviennent toujours vers nous donc au bout d'un moment tu leur dis : prenez rendez-vous, nous on ne donne pas d'informations médicales.

13. *J-B. La relation est compliquée et les connaissances en psychologie, en éthique, peuvent être une aide précieuse. Est-ce que toi tu as fait des formations sur le rôle relationnel ?*

14. Gé. J'avais fait en chirurgie viscérale la formation de service : « accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille » que j'avais déjà faite en urologie ; c'était un choix de service avec l'accueil justement parce que un accueil réussi c'est 50% d'hospitalisation meilleure puis une autre formation sur la douleur ; par contre je n'en ai pas fait sur l'éthique, qui s'appelait d'ailleurs les droits juridiques dans lesquels l'éthique était imbriquée, il y avait une liste d'attente.

15. *J-B. Le groupe de réflexion a des liens avec cette formation.*

16. Gé. Oui, je me souviens que le groupe de réflexion est venu de notre initiative après cette formation de service, dans la continuité de la formation de service ; l'intérêt, bon la formation c'est plus général, tu dis ton vécu mais là le groupe c'était propre au service de chirurgie viscérale, donc c'était beaucoup plus concret pour nous tous. J'ai relu des

comptes rendus, oh ben oui ils sont classés, oui c'est vrai on disait tout ça, c'était important de parler du service, ces comptes rendus ils ont donné à d'autres envie de faire la formation.

17. Gé. *Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les 3 niveaux : cognitif, psychologique, émotionnel) difficiles ou réussies ?*
18. Gé. C'est difficile de se rappeler d'exemples concrets... Je me souviens d'une famille qui était en colère, qui n'acceptait pas la maladie du patient qui était quasiment mourant, ça avait été rapide, les chirurgiens n'avaient pas pu faire l'intervention qu'ils voulaient, et ça avait été très difficile parce que en plus le patient était vite devenu semi-comateux ; enfin moi je me suis sentie démunie parce que que voulais-tu faire un moment donné devant leur colère, sans baisser les bras ?
19. J-B. *On avait réfléchi en groupe sur le processus de deuil. Est-ce que ce n'est pas un exemple de travail cognitif ?*
20. Gé. Oui, le deuil. Quand tu as vécu ça personnellement tu sais de quoi ça retourne et tu peux accompagner un peu mieux. Bien sûr les connaissances sur le deuil aident, le déni, la colère, l'acceptation, les différentes étapes ; par contre, je me rappelle c'était la première chambre sur le premier secteur, une des filles du patient était infirmière donc ça aide aussi, ça c'était fait dans le calme, on avait dû le garder trois semaines et c'était apaisant pour tout le monde, la famille, le patient et puis pour nous parce que tu dis : oh là, je vais rentrer dans la chambre et qu'est-ce qui va se passer ? On arrivait même à parler d'autre chose, de l'après, la famille était plus dans la sérénité, c'est plus facile à gérer parce que la demande, c'est ce qu'ils disent tous : on ne veut pas qu'il souffre. Quand je vois la famille qui était en colère, il fallait à tout prix qu'il mange, ben non, il est dans l'incapacité de manger parce que pour eux le manger c'est la vie.
21. J-B. *Les histoires compliquées ont été nombreuses.*
22. Gé. La douleur, la souffrance, oui elle était pas prise en charge comme maintenant ; l'annonce est aussi un moment compliqué et c'est pas le rôle d'un chirurgien de rentrer dans la phase palliative, il ne faisait pas intervenir l'équipe mobile de la douleur, des soins palliatifs, il n'appelait jamais... les protocoles de douleur, de mise en place de la morphine, ils étaient mis en place vraiment à la fin alors que c'est pas parce qu'on les met en place que la mort va arriver, tu peux calmer des gens au long cours... C'est vrai qu'on en a eu des cas difficiles, oh oui, des hémorragies digestives... tiens, un malade qui hurlait, on savait plus quoi faire, on était démunie. Il y avait une différence entre les appréciations des chirurgiens et celles des paramédicaux puisque on ne jouait pas dans la même cour, manque de cohésion et puis pour eux, même encore maintenant, ils ont du mal à rentrer dans le palliatif, non je vais le soigner ; des fois je leur dis : à quel prix ? Dans quelles conditions ?... Alors c'est vrai aussi qu'en 2003 je travaillais encore à 50%, et puis après à 80%, donc il y a des choses que je n'ai pas vécues.
23. J-B. *Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ?*
24. Gé. Je sais plus combien de fois j'ai participé.
25. J-B. *Deux fois, puisque les participants étaient marqués au début des comptes rendus.*
26. Gé. Deux fois parce que je travaillais sinon c'était pas possible, mais par contre à chaque fois j'avais les comptes rendus et j'en discutais avec deux aides-soignantes qui participaient aux réunions ; pourquoi participer ? Cela permettait, quand tu avais eu une phase difficile, un décès difficile ou même des questionnements, ça permettait d'écouter le ressenti des autres parce que on n'a pas forcément le même ressenti par rapport à une personne ; je trouvais que c'était intéressant et puis ça donne d'autres points de vue, d'autres idées, d'autres façons de travailler qu'on n'a pas forcément, je me rappelle qu'on apportait pas mal de choses importantes et toi tu pointais ce qui méritait d'être exploité chacun à sa façon, comme il pouvait.
27. J-B. *En raison de quel(s) manque(s) et à la recherche de quels bénéfice(s) ?*
28. Gé. C'est toujours pour soi-même d'abord, pour être mieux parce que faire un pansement d'une petite vésicule biliaire c'est rien, on n'aborde pas la même chose d'un

pansement tout bête et le pansement de quelqu'un qui est en fin de vie, ses soins on les fait autrement, on aborde la personne autrement... attention quand on peut parce que des fois on pouvait pas, des fois on n'avait pas le temps ou c'était dans l'urgence. Ce qui était important, je me rappelle qu'il y en avait qui l'avait peut-être dit, c'est que des fois on prenait trop à cœur, nous, on pensait bien faire en faisant par exemple les soins d'hygiène tous les jours, changer de position, sans vraiment demander à la personne ce qu'elle ressentait et maintenant je sais que j'ai évolué : elle veut pas, on fait pas, si c'est pour la tourner dans tous les sens, pour lui faire mal, on n'insiste pas, on remet ; n'obligez pas si elle veut pas ou si elle préfère que ce soit sa femme, je crois qu'on l'avait dit en réunion alors que notre formation ne nous avait pas dit ça. On avait pas mal de soins palliatifs, de cancérologie, les cancers du pancréas, de l'estomac, du colon sans ou avec colostomie, du rectum, si, on en avait beaucoup finalement et puis c'était des gens qui restaient au long cours.

29. *J-B. Tu évoques les colostomies. As-tu été marquée par cette intervention ?*

30. Gé. J'en parle différemment aujourd'hui parce que les chirurgiens ont évolué dans leur technique ; alors ça s'est pas banalisé mais c'est vrai que j'avais dans l'idée que quand on arrivait à la colostomie c'était grave ; à cette époque-là du groupe de réflexion la colostomie c'était les tumeurs importantes du colon, du rectum, ça c'était ce qui me marquait plus qu'une colostomie. L'intervention qui m'a le plus marquée c'est elle sur le pancréas, quand ils arrivaient pas à opérer, tu savais que pour la personne c'était une histoire de 3 à 6 mois, c'est fulgurant. Le cancer du rectum, l'opération était jamais simple, pour les gens, les proches et j'étais, à cette époque-là, pas assez vigilante parce qu'on est habitué dans le train-train des soins, les gens sentaient leur odeur et ils disaient je suis en train de pourrir : c'était dur ça, que veux-tu répondre à ça ? J'ai toujours connu mon grand-père, il a presque 95 ans, ça doit faire 40 ans qu'il a sa stomie, il est toujours vivant, donc la colostomie n'a pas pour moi la même image que d'autres cancers.

31. *J-B. Donc quel a été le rôle du groupe pour toi ?*

32. Gé. Pour un enrichissement personnel et professionnel. Personnel : être à l'écoute du patient mais même à l'extérieur, auprès de tes proches. Les deux vont de pair parce quand tu es encore actif tu travailles avec les deux ; quand tu t'enrichis sur le plan personnel, tu l'apportes au niveau professionnel aussi. Cela permettait de dire que quand tu as eu un deuil dans ta famille, moi c'est ma maman qui est morte à 53 ans d'un cancer fulgurant du foie, tu vas pas dire ça à tout le monde, je lui dit en formation, c'est une des rares fois où je l'ai dit, c'est un comité où tu sais que tu peux partager, c'est restreint, on parle de ça, et tu peux là donner ton témoignage privé et après professionnel ; donc ça enrichit et puis après ça permet de pouvoir le dire, ça soulage ; en plus de ça je sais c'avait pas été très facile, c'était entre deux portes parce que il y avait le médecin qui parlait : cancer primitif du foie stade... j'avais compris et puis quand il nous a convoqués dans son bureau, je lui ai dit : ne vous inquiétez pas je suis infirmière, j'ai compris ce que vous avez dit entre deux portes, par contre là mes frères et sœurs et mon papa, on va annoncer autrement, en comité ; là y a des fois où il faut faire attention à tout ce qu'on dit dans le couloir, moi on me faisait attendre et j'ai entendu le diagnostic, c'est vrai que les frères et sœurs auraient été là ils auraient rien compris, c'est pour ça que je dis : ça peut aider.

33. *J-B. Est-ce que justement il est nécessaire de savoir reconnaître ses limites car tout n'est pas enrichissement ?*

34. Gé. Oui il faut savoir mettre une barrière en disant là je peux plus ; je me rappelle en chirurgie viscérale des fois on faisait ça, on se passait entre guillemets le relais parce que y en avait qui pouvaient plus rentrer dans telle chambre parce que ça devenait trop lourd, il faut savoir aussi passer la main. En chirurgie viscérale c'était possible, dans une certaine mesure.

35. *J-B. La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans un lieu dédié te paraît-elle nécessaire ?*
36. Gé. Oui, c'est nécessaire dans un lieu séparé, sans être dérangé ; et puis je sais aussi qu'on avait fait quelques réunions, cette fois-ci dans l'unité, parce qu'on précisément on ne comprenait pas la prise en charge médicale entre le curatif et le palliatif et l'équipe mobile de soins palliatifs était venue pour nous aider au sujet d'un patient, que tout le monde s'exprime et qu'on mette à plat pour que tout soit clair ; ce qui manquait le plus à chaque fois à ces réunions dans le service, 2 ou 3 fois, c'est qu'il n'y avait pas de chirurgien, on faisait avec cadre, équipe mobile et personnel seulement. D'ailleurs c'était, je pense, alors les réunions du groupe qui avaient permis de faire intervenir l'équipe mobile parce que on avait dit qu'on ne pouvait plus et que l'équipe mobile pouvait être une ressource, c'était d'autant plus important qu'on gardait les malades en fin de vie jusqu'au bout. C'est souvent les infirmières et aides-soignantes qui poussaient à demander l'équipe mobile.
37. *J-B. Connais-tu l'analyse de pratiques ? As-tu été formée à cette démarche qui vise la réflexion sur la pratique entre les membres d'une équipe ?*
38. Gé. Non, je n'ai pas fait de formation sur cette démarche, je me suis formée sur le tas mais je crois que quand tu as un peu de bouteille l'analyse de pratiques tu la fais automatiquement ; maintenant on a une cadre qui nous fait justement travailler dessus, enfin elle voudrait le faire sous la forme de groupe de travail mais on n'a pas pu commencer avec la réorganisation en cours ; mes jeunes collègues elles sont formées à ça, formatées (rires), mais c'est une analyse qui a besoin de se confronter à la réalité de leur nouveau vécu, à leur raisonnement clinique ; moi mon raisonnement clinique je le fais automatiquement.
39. *J-B. la différence entre le raisonnement clinique et l'analyse de pratiques tient au fait que le premier s'intéresse au malade et que le second interroge le soignant mais les deux ont en commun un processus qui aboutit à un questionnement, tout au long d'une vie professionnelle.*
40. Gé. Oui, comme tu dis dans ta question, ce questionnement est un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation. On se forme tout le temps si on veut, la formation demande une suite ; et puis maintenant elles ne sont plus formées comme nous, c'est l'Université, donc c'est théorique ; si tu as des gens motivés pour la pratique, ça va, mais si tu as des gens très théoriques, dans le service, pff... une formation au long cours et une remise en question permanente.
41. *J-B. La participation à ces échanges, lors du groupe de réflexion, a-t-elle provoqué un changement en toi au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation) ?*
42. Gé. Un changement, pas forcément euh... cela m'a peut-être appris plus à partager, surtout à partir de tout ce qui nous arrive au point de vue émotionnel, plus qu'au niveau psychologique, il faut savoir lâcher prise et pas avoir honte de pleurer... un changement, non, c'est trop, un changement c'est radical, non, une évolution, une amélioration dans l'écoute, oui, tu dis la confiance, la motivation ; la confiance de voir que chacune connaît des problèmes, la motivation parce que il s'agit d'aller de l'avant.
43. *Et au niveau cognitif (connaissances) ?*
44. Gé. Moi j'ai été formée dans une école où l'objectif de la directrice c'était de nous former au niveau de tout ce qui était relationnel et pas seulement technique ; je sais qu'on a eu énormément de formations sur les soins palliatifs par exemple, la douleur, le soin relationnel, on était même allé 3 jours à Paris à un colloque, toute la promotion ; les échanges au niveau du groupe de réflexion ont participé à donner des connaissances et à un mieux ; on vient d'horizons différents, on a tous des connaissances différentes, un abord différent.
45. *J-B. Dans ces réunions, on avait présenté des livres.*

46. Gé. J'avais lu... deux livres qui m'avaient été prêtés par quelqu'un du groupe, je me souviens plus exactement... c'était sur l'abord du deuil, elle me l'avait prêté, ça remonte mais c'est enregistré dans ma tête ; c'est enrichissant et puis de moi-même quand je vais à la bibliothèque je vais pas forcément vers les rayons professionnels ; par contre quand tu es dans un groupe comme ça, ça t'incite à t'interroger sur tel sujet et puis on avait des références qu'on pouvait utiliser.
47. J-B. *Est-ce qu'on peut dire que ces échanges t'ont aidée à de venir une meilleure professionnelle ?*
48. Gé. Ils ont contribué à ma vie professionnelle et à m'améliorer, c'est sûr ; à partir des choses qui ont été dites ou d'un livre on s'y réfère, je dirais pas à devenir meilleure mais à s'améliorer ; si ça n'avait pas existé, j'aurais peut-être pas exploité les formations qu'on avait eu sur l'accompagnement parce que j'aurais perdu le truc tout bête, l'attitude à avoir, s'asseoir sur le bord du lit, avant on ne le faisait pas, prendre la main on ne le faisait pas non plus, on n'osait pas, ah oui, la place du silence dont on avait parlé, un silence n'est pas gênant mais à entendre... oui ça permet finalement de devenir une meilleure professionnelle, ça me revient, sur l'attitude à avoir, physique et du comportement, le contact, c'est vrai que nous on n'apprenait pas ça à toucher les gens, là-dessus ça c'est développé après, je crois que c'est unetelle qui en faisait pas mal de massages, c'est important, des massages de confort, de bien-être, de toucher ; tu vois je reviens à ce que je disais tout à l'heure, le monsieur, il voulait pas la toilette parce qu'il était trop fatigué, on peut proposer un massage à la place, du dos ou du cuir chevelu ; sans ces réunions-là de rappel ou les comptes rendus, parce que je sais que je les lisais, il est vrai qu'on n'exploite pas toujours la formation : au fil du temps on oublie et puis il faut pouvoir y aller, d'où l'intérêt d'une formation dans le service.
49. J-B. *Cet espace précise-t-il quelque chose sur le rôle infirmier et aide-soignant ? Révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ?*
50. Gé. Si, c'est bien en plus d'avoir mis infirmiers et aides-soignants parce que les gens ne disent pas la même chose, les aides-soignantes sont plus aux soins d'hygiène, elles mettent plus de temps, nous on arrive avec le soin technique, le soin qui va faire mal, j'exagère un peu, elles n'ont pas le même rapport et le fait d'être ensemble c'est important, on n'a pas le même ressenti et ça permet de prendre la personne plus dans sa globalité, ce qu'on faisait avant ou qu'on ne faisait pas ; on le faisait pas toujours avant et je sais qu'on commençait à le faire en viscéral quand on a justement des gens qui sont pas bien, pas forcément en palliatif, qui sont fatigués et quand tu as à la fois les soins d'hygiène et les pansements, hop on se réunit et on le fait ensemble pour ne pas avoir 36 entrées dans la chambre, 36 retournements, ou même dans les soins palliatifs, tu as des soins d'escarre, autant le faire en même temps ; et ça oui ça a permis de travailler plus en binôme, de coordonner nos soins pour le confort de la patiente et pas notre planning à nous ; on commençait à le faire en viscéral.
51. J-B. *Cela a donc eu une répercussion sur l'équipe.*
52. Gé. Je pense que les réunions ont une influence dans ce sens-là, pour le confort, parce que tu sais avant on faisait notre tour... quand on avait un patient difficile, qu'était pas forcément en soins palliatifs, qu'avait beaucoup de pansements et qui était douloureux, c'est à dire un grand malade, je sais que j'étais plus vigilante, alors peut-être pas avec tout le monde, celles qui étaient plus réceptives, on coordonnait nos soins et on les faisait ensemble ; je continue à travailler comme ça aujourd'hui avec celles qui veulent et puis tu as des collègues qui ne veulent pas ; le fait d'associer infirmiers et aides-soignants pendant les réunions était quelque chose d'important.
53. J-B. *Cet espace révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ? Tu viens de signaler la dimension collective.*
54. Gé. Alors je dirais oubliée et ignorée parce que y en a qui l'ignorent, d'autres qui l'oublient ce rôle relationnel ; oui, on peut pas se contenter d'exécuter des prescriptions, on a donc ce rôle relationnel, alors à l'heure de l'informatique c'est peut-être plus

compliqué ; là j'ai une étudiante en ce moment qui travaille bien, elle est très bien avec les patients mais ce qui me gêne c'est qu'elle valide uniquement ses soins techniques ; on n'est pas seulement des exécutantes de prescriptions médicales, tu as des surveillances à faire du sommeil, de l'agitation, de la douleur, à évaluer pour pouvoir les valider ; nos propres prescriptions paramédicales ne sont pas mises en avant, la globalité du soin.

55. *J-B. Qu'est-ce que tu peux dire sur ce lieu ?*

56. Gé. Ce lieu était bien c'est que c'était un lieu de partage, où on n'était pas dérangé, un lieu de partage libre, sans accrochages, avec un animateur.

57. *J-B. Tu veux parler de la cadre supérieure ?*

58. Gé. Toi tu jouais pas un peu ce rôle-là de recadrer, de ramener le débat à l'essentiel, en évitant de se disperser ? Parce que on avait vite fait de partir de côté...

59. *J-B. Oui, à la demande de la cadre supérieure mais c'était sans avoir le statut de formateur, juste être là pour recadrer le débat qui appartenait à tous les participants. J'ai toujours eu le sentiment qu'on arrivait à se discipliner nous-mêmes.*

60. Gé. De toute façon on était entre professionnels.

61. *J-B. Mais sans nos collègues cadres d'unité sauf la cadre supérieure parfois ; les participants étaient marqués en tête des comptes rendus.*

62. Gé. Oui, il fallait que ce soit des gens qui viennent pour écouter, pas pour imposer.

63. *J-B. As-tu connu d'autres lieux semblables ? Par exemple le groupe de parole qui a existé à la fin des années 90.*

64. Gé. Non, et je suis jamais allée au groupe de parole qu'il y avait eu très longtemps avant le groupe de réflexion, parce que il n'y avait rien de défini ; c'était un groupe disparate, un peu comme à la formation, on venait de différents horizons, donc pourquoi pas ? Moi je n'y allais pas parce que ce que je voulais, c'était soulever des problèmes du service avec des gens du service sinon y a pas beaucoup d'échanges, ce qui revient à la formation ; alors ce qu'on voulait nous c'est que ce soit interne au service donc je n'y suis jamais allée. C'est vrai que ça avait été proposé.

65. *J-B. Pourquoi ce groupe a-t-il pu durer 5 ans ? Réussites et insuffisances de ce groupe ?*

66. Gé. Parce qu'il y avait certainement un besoin (rires) et que ce besoin il a trouvé un lieu, des gens motivés pour que ça continue, voilà. Les réussites ç'a été le partage, d'avoir la parole, de dire son ressenti ; les insuffisances euh peut-être l'absence des médecins, des fois peut-être, mais pas tout le temps, de façon ponctuelle ; de toute façon c'est difficile de les choper.

67. *J-B. Un anesthésiste était venu une fois et puis un autre, le docteur B., voulait venir au moment même où le groupe s'est arrêté.*

68. Gé. Ah oui il était spécialisé dans la prise en charge de la douleur, c'était le référent du service. Quand les patients n'étaient pas soulagés, on l'appelait ou ses collègues l'appelaient.

69. *J-B. Est-ce que les comptes rendus n'ont pas aidé à cette continuité ?*

70. Gé. Si, si, parce que j'ai fait que deux réunions mais je lisais les comptes rendus, ça interpellait ; même si je n'étais pas à la réunion, c'est comme si j'y étais, enfin presque ; des fois ça m'arrivait d'en reparler avec des participantes, deux aides-soignantes.

71. *J-B. Est-ce que le groupe peut être considéré comme un exercice de formation continue ? Peut-on parler d'auto-formation, laquelle se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ?*

72. Gé. Oui, ça peut être considéré comme un exercice de formation continue, comme on a eu la formation ça permet d'exercer les connaissances qu'on a apprises, de pouvoir les mettre en pratique, de les exercer ; c'est une auto-formation aussi parce que tu t'auto-formes avec ton acquis mais surtout l'acquis des autres parce que autrement on est auto satisfait, auto-formé aussi avec les lectures qu'on pouvait faire soi-même, nos propres recherches ; à moins d'être très scolaire et d'apprendre pour apprendre, tu apprends

pour trouver un sens à quelque chose, ça permet de diriger ton action plus correctement. Des fois nous on en reparle de ces réunions, au moins de refaire une petite mise à plat entre nous, pour un problème par exemple quand les gens sont en fin de vie : dernièrement on a eu le cas d'une dame qui nous a dit : faites-moi donc la dernière piqûre ; tu vois aussi on a eu le cas au sujet de la personne de confiance mais pour moi c'est des lacunes alors qu'on est obligé de demander maintenant : je sais des choses là-dessus mais je me trompe peut-être, heureusement c'est bien expliqué dans le livret d'accueil, ça reste pourtant rare d'avoir une vraie personne de confiance parce que les gens confondent avec la personne à prévenir ou la famille.

73. J-B. *Tu abordes des questions qui relèveraient de l'éthique : l'obstination déraisonnable, l'euthanasie, la personne de confiance et son rôle.*

74. Gé. Tu vois, l'acharnement thérapeutique, quand on parle de pas de réanimation, comment ça doit se passer, il faut que ce soit réévalué régulièrement ? Euh il faut renouveler tous les jours... arrêt des soins par rapport à pas de réanimation ? Qui est-ce qui décide ? L'euthanasie on en entend de plus en plus parler, les gens y disent pas ça comme ça. Qu'est-ce qu'on répond ? Qu'est-ce qu'on a le droit de faire exactement ? Quand j'ai commencé à travailler on utilisait un médicament radical, je me souviens plus.

75. J-B. *On appelait ça un cocktail lytique (DLP).*

76. Gé. Moi, je commençais à travailler en 1987, j'avais refusé de le poser. Il y a eu une évolution c'est sûr mais elle est pas flagrante, on est toujours démuni face à la détresse des gens quand on leur apprend qu'ils ont un cancer qui ne peut plus être soigné parce qu'il n'y a pas une cohésion médicale et paramédicale, enfin voilà c'est le début du problème ; en chirurgie, contrairement à la médecine, on doit être forcément curatif, on soigne le bout de boyau, pas la tête, j'enlève la tumeur sans regarder la tête du patient pour voir ce qu'il en pense ; la chirurgie, c'est la technique, je me souviens on faisait nos perfusions à la chaîne... Aujourd'hui, la chirurgie a fait beaucoup de progrès, les interventions sont moins lourdes, les hospitalisations moins longues, mais la gravité de la maladie elle est toujours là.

Enregistré le 19 mars. Durée : 1h20.

Lieu : domicile du doctorant.

Annexe 7 : entretien d'Annie.

Entretien n°7

Annie, aide-soignante, 6 ans d'ancienneté en 2003. A participé à deux réunions du groupe de réflexion.

Annie est devenue aide-soignante en 2004, après avoir été 6 ans agent des services hospitaliers ; depuis cette date elle a toujours travaillé en chirurgie viscérale.

1. Annie. J'ai participé à deux réunions, c'est vrai qu'on pouvait pas participer à toutes les réunions par rapport à nos obligations ; le problème c'est que moi j'étais beaucoup du soir, alors j'ai pas pu participer à beaucoup de réunions : mon mari travaillait le matin et pour s'occuper des enfants, on alternait ; et comme à un moment donné on n'était plus qu'une aide-soignante du soir, je pouvais pas trop me détacher du service, soit je venais sur mes jours de repos ou soit je devais être en coupe, si c'était possible de s'absenter. Je participais peu aux réunions mais je lisais tous les comptes rendus. Les réunions étaient surtout sur les soins palliatifs et je me pose la question de savoir si les réunions avaient lieu avant ou après le décès de la personne. Je me rappelle que c'était plus souvent après, on discutait du malade et comment on avait agi, comment on l'avait vécu, je pense que c'était plus souvent après ; je me rappelle qu'on parlait beaucoup des soins palliatifs. Est-ce qu'on parlait aussi des prises en charge difficile des patients ?
2. *Jean-Bernard. Si, et les prises en charge difficiles concernaient souvent des patients relevant des soins palliatifs mais pas exclusivement ; nous avons évoqué des patients très agressifs, douloureux chez des personnes atteintes de pathologie lourde.*
3. Annie. J'ai du mal à me rappeler mais je n'ai pas relu de comptes rendus ; si je l'avais fait, j'aurais dû te les demander, je pense que ça m'aurait rappelé certains événements. Je pense qu'on n'avait pas beaucoup de malades en fin de vie, c'est à dire qui mouraient dans l'unité 1, y avait pas tant que ça de décès, ils passaient assez rapidement sur le secteur 2.
4. *Jean-Bernard. Soins palliatifs ne signifie pas décès mais arrêt de certains soins curatifs chez des patients atteints d'une maladie grave dont l'évolution est d'une durée très variable.*
5. An. Moi je suis arrivée en 2004, j'étais toute nouvelle, je débutais, je connaissais un peu la chirurgie viscérale, du fait de mon statut d'agent des services hospitaliers avant de devenir aide-soignante ; j'ai été affectée sur le premier secteur, avec les grosses pathologies, on travaillait beaucoup en binôme avec l'infirmière : au début, on était deux infirmières et deux aides-soignantes le matin, deux infirmières et deux soignantes le soir, après, l'après-midi jusqu'au soir, on est passé à deux infirmières et deux aides-soignantes, un aide-soignante en coupe et une aide-soignante du soir. Le soir, c'était dur : moi, qui ai fait particulièrement beaucoup de soirs, c'était moins bien mais en contre-partie on travaillait très bien avec l'infirmière qui était avec nous, c'était vraiment un travail soudé, en binôme, c'était de l'organisation, c'est ce que j'ai apprécié beaucoup parce que c'était un travail ensemble.
6. *J-B. Ce travail, est-ce qu'il ne se caractérisait pas par beaucoup de soins techniques ?*
7. An. Oui, mais c'était un service petit, convivial, certes avec des locaux vétustes ; il y avait quand même ce sentiment cocooning, on était trois le soir mais on pouvait compter l'une sur l'autre, j'avais ce sentiment-là, on pouvait s'organiser, c'est vrai que moi en tant

qu'aide-soignante toute seule je me partageais avec les deux infirmières mais c'était bien parce que je faisais une partie avec l'une puis une partie avec l'autre.

8. *J-B. Venons-en au groupe de réflexion. Est-ce que le questionnaire t'a été utile ? Est-ce que la seule question : qu'est-ce que le groupe de réflexion t'a apporté, aurait été suffisante ?*
9. An. La seule question, sans doute pas. Non, les autres questions m'ont aidée à préciser. Alors dis-moi justement.
10. *J-B . Comment vois-tu le rôle relationnel du soignant paramédical ? Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui l'accompagne ? Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les trois niveaux) difficiles ou réussies ?*
11. An. Le rôle relationnel est complémentaire : travailler ensemble, on apprend les uns avec les autres ; j'ai appris beaucoup de choses avec les infirmières, surtout moi, jeune aide-soignante débutante, j'avais eu une formation sur 12 mois, bon je connaissais déjà l'hôpital parce que en tant qu'agent des services hospitaliers. Je faisais quand même des soins, la formation m'a plus apporté le diplôme et des choses importantes dedans quand même, j'avais un peu d'expérience sur différents services. En arrivant en chirurgie viscérale j'ai tout de suite apprécié parce que c'est un service où tu travailles en binôme avec l'infirmière, je ne peux pas travailler seule.
12. *J-B. Tu évoques le rôle relationnel entre collègues paramédicaux ; peux-tu parler du rôle soignant-soigné ?*
13. An. Cette relation avec le patient, ça dépend, parce que je sais que souvent les infirmières parlaient beaucoup de la maladie avec le patient, de leur diagnostic, des soins techniques et moi je n'étais pas dans cette optique-là, j'étais sur une relation différente en fait, plus familial, loisirs, je me disais que reparler de la maladie tout le temps, à un moment donné le patient il va en avoir marre, déjà l'infirmière en parle, le médecin aussi, pourquoi moi j'irais en reparler, alors je préférais parler plus de lui, ça c'est aussi important. Je suis quelqu'un qui aime bien parler famille, je suis très famille, au début quand je suis arrivée, j'étais toute jeune, j'appréhendais et je trouve que je me suis mise vite dans le bain mais la maladie c'est pas trop mon truc, je pouvais en discuter un petit peu mais j'étais plus sur une relation entourage, famille. Le malade n'est pas seulement une maladie, c'est un être humain, ce qui me parle c'est la personne entière, pas seulement le soin technique : à la base c'est une personne, un être humain qui a des envies, des sentiments.
14. *J-B. On a passé en revue l'infirmière, le patient ; et avec le chirurgien ?*
15. An. Là, non. On les voyait, ils faisaient leurs visites, je ne me rappelle pas de petits moments, ou alors ça été très bref, s'asseoir avec nous dans la salle et discuter ; non, je trouve qu'il y avait une absence de communication ; moi, j'ai vu très peu de médecins parler de nos pratiques, à l'époque des réunions. Aujourd'hui, ça a beaucoup évolué, c'est plus facile, les infirmières se rebellent plus, on exprime plus nos sentiments enfin. On parlait seulement entre nous, infirmiers, aides-soignants, et je trouvais que ça n'allait pas plus loin, même au niveau de la direction. Mais moi j'étais toute jeune, même les années suivantes j'ai jamais vu un médecin prendre le temps et discuter le cas d'un malade ; je trouvais qu'on en discutait plus entre nous, en petit groupe, dans notre unité.
16. *J-B. D'où peut-être l'utilité des réunions pour tenter d'élargir la discussion à plus de soignants ?*
17. An. Oui, c'est possible, mais est-ce qu'on était nombreux ?
18. *J-B. Non, aux réunions on n'a jamais été nombreux, la moyenne de participation était autour de 5-6 personnes ; par contre l'intérêt pour les comptes rendus était manifeste et la quantité à distribuer a toujours augmenté, jusqu'à 50.*
19. An. Je pense que ça s'est éteint avec le déménagement du service.
20. *J-B. Pourquoi est-ce que la communication médecins-paramédicaux a évolué au fil du temps après la disparition des réunions ?*
21. An. Nous, on les a peut-être plus abordés, on a été plus les chercher, peut-être.

22. *J-B. est-ce que le groupe de réflexion a eu une influence sur la relation avec les médecins en nous prouvant notre capacité à entrer en discussion, en se préparant à cet échange et en osant le dire par la production de comptes rendus ?*
23. An. Peut-être ; tout dépend aussi sur quel chirurgien tu tombes ! Il y a aussi la question comment on aborde le chirurgien et c'est là sans doute que le groupe a pu influencer ; et puis on les voyait peu. Aujourd'hui c'est différent parce que les chirurgiens ont évolué et nous aussi, donc tout le monde a évolué, alors on se rebiffe un petit peu plus parce que par l'expérience, on prend de l'âge, on dit plus non ; est-ce que le fait de dire plus non, de dire est-ce que tu veux bien m'écouter ? C'est pas parfait parce que il y toujours des médecins qui ont du mal à nous entendre mais je trouve que les nouvelles générations écoutent plus, elles voient qu'on est là quand même, qu'on s'occupe bien de nos patients. A l'époque du groupe de réflexion, je me rappelle juste de les voir faire leurs visites, faire leurs prescriptions, et repartir mais je ne les vois pas comme maintenant où ils viennent prendre un café avec nous, ils viennent si on est à la pause, ils sont plus présents.
24. *J-B. Que dire du travail cognitif, psychologique et émotionnel qui accompagne ce rôle relationnel ?*
25. An. Sur le plan cognitif, moi j'allais voir les anciennes, je trouvais que l'expérience des anciennes aidait beaucoup plus que d'aller chercher des connaissances sur internet, dans les livres ; je leur posais des questions à propos des malades, de leur agressivité, pourquoi ils étaient comme ça, un peu sur la maladie parce que je débutais en chirurgie viscérale, sur les pathologies, si une des pathologies pouvait donner cette agressivité, cette violence ; je pense que j'allais chercher de l'aide comme ça parce que peut-être que j'étais pas encore prête, ça me travaillait et alors ça me rassurait. Sur le plan psychologique, oui y avait des grosses pathologies mais je trouve que les malades ils restaient pas très longtemps avec nous, ça tournait assez vite, ils sortaient dès qu'ils allaient mieux du 1 pour aller au 2, on a eu juste une malade qui est restée plus d'un an, ça tournait beaucoup, beaucoup, comme c'était du soin intensif ; on a eu peu de patients qui sont restés plus d'un ou deux mois. Sur le plan psychologique, je me posais pas trop de questions, je débutais, moi ma première préoccupation, c'était déjà de trouver ma place dans l'équipe, de m'imposer, si j'avais des soucis psychologiques avec un malade, j'allais trouver une aide auprès des anciennes.
26. *J-B. Tu reconnaissais tout le bénéfice de l'expérience.*
27. An. Ah oui, moi j'ai toujours dit que l'expérience ça servait vraiment à quelque chose. Tu apprends tout le temps des anciens. Moi je suis là pour les patients, j'étais contente d'entendre les patients me dire que je m'étais bien occupée d'eux, une reconnaissance, pas tout le temps je ne demande pas ça, j'avais le sentiment que mon travail était utile. C'est comme ça que je vois le côté psychologique. Bien sûr, il y a eu des gens qui voulaient pas accepter les soins, pour différentes raisons, on troublait leurs habitudes de vie.
28. *J-B. Peux-tu donner des exemples d'expériences (sur les trois niveaux) difficiles ou réussies ?*
29. An. La seule expérience où j'ai pris très dur sur le plan émotionnel, c'est l'expérience d'un malade dont je me suis très très bien occupée, il y a eu des hauts et des bas et après un haut il y a eu un bas, il est parti très vite ; c'est la seule expérience où j'ai pleuré mais pleuré, je ne m'y attendais pas ; je pleure pas facilement, je suis touchée quand même ; alors, au début j'étais très touchée et plus on avance dans la profession et plus on se met des barrières ; je pense que c'est le seul malade qui m'a fait pleurer parce que c'était quelque chose de trop important. Le réconfort je l'ai trouvé dans le fait de travailler en binôme avec des infirmières tout le temps, ça été un soutien. Depuis, je me suis mis cette barrière... de faire du mieux mais aussi de me protéger, on peut pas tout changer.
30. *J-B. Parmi les interventions lourdes, il y a la stomie ; est-ce que c'est un soin qui t'a marquée ou qui a été difficile ?*

31. An. Non, voir la stomie, ce n'était pas difficile pour moi, ce qui était difficile c'était plutôt de voir les gens comment ils acceptaient la stomie ; moi j'étais plus, étant jeune, à découvrir ce que c'était une stomie, comment ça fonctionnait, comment on la nettoyait, comment on la prenait en charge. Je connaissais la stomie avant de devenir aide-soignante en chirurgie viscérale puisque j'avais fait des passages comme A.S.H. Non, ça ne m'a pas dérangé, ce qui me gênait c'était plus la personne qui avait la stomie, comment elle va la regarder, comment elle va nous en parler, l'accepter.
32. J-B. *Pourquoi as-tu participé à des réunions du groupe ? En raison de quel(s) manque(s) et à la recherche de quel(s) bénéfice(s) ?*
33. An. Jeune diplômée, je pense que je voulais aller voir, je pense qu'on m'a un peu embarquée dedans aussi, d'autre part les soins palliatifs je ne connaissais pas ; j'ai du connaître un décès dans ma vie, c'était à l'époque où... voilà ; comme j'ai dit, par rapport aux anciennes, profiter de leur expérience, de ce qu'elles disaient ; par rapport aussi à moi, un échange pour dire les choses que je ressentais moi, on peut pas tout le temps dire mais peut-être que ce lieu-là permettait de dire j'ai ressenti ça, j'ai trouvé dure ça, voilà. En raison de quel(s) manque(s) ? Les réponses à mes questions en écoutant les anciennes, c'est vrai surtout sur les soins palliatifs, parce que on parlait beaucoup des soins palliatifs.
34. J-B. *Le groupe s'intitulait « groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs » pour englober tous les soins palliatifs ou non. Est-ce qu'il n'y avait pas d'autres questions abordées comme l'annonce, la douleur, les familles ?*
35. An. On a dû parler aussi de prises en charge difficiles, même si il n'y a pas de soins palliatifs. Le problème de l'annonce était pas triste ; en plus on n'avait pas de lieu, des couloirs vieux, pas de salon des familles, des chambres à deux pour certaines, voire à trois, les chambres n'étaient pas des lieux idéals pour l'annonce. Les chambres doubles c'était un problème quand on t'annonce quelque chose et que tu as quelqu'un à côté, juste un rideau qui sépare. J'ajouterai, oui, les prises en charge de la douleur chez des gens qui souffraient. Et puis, les retours à domicile avec les familles, les convalescences, des fois on les voyait partir en se disant mais comment ça va se passer, comment il va faire chez lui, bien que souvent on se posait pas tant de questions, on faisait le retour, point, y avait pas de discussions ; moi je voyais moins cette partie-là parce que ils partaient rapidement sur l'unité 2 ou 3 mais c'était des questions.
36. J-B. *La possibilité de t'exprimer sur ton vécu dans un lieu dédié te paraît-elle nécessaire ?*
37. An. Oui, dire ce qu'on a à dire et qu'on a du mal à dire ailleurs dans un lieu dédié comme c'était : un endroit convivial, à l'écart des unités, on était dans la bibliothèque, il faut un lieu comme ça, autre que la salle de soins pour ne pas être dérangé par les sonnettes et les passages ; il faut aussi un lieu où on vient librement, moi ça me posait pas de problème de venir. Aujourd'hui le lieu où on parle le plus c'est notre salle de pause. Sans lieu ça peut pas marcher. Y a plus aujourd'hui de réunions comme à cette époque-là, ça s'est arrêté, je crois avec le déménagement. Maintenant, quand on se retrouve c'est maintenant, c'est à dire ponctuel, quand la situation est critique, qu'il y a plein de choses et ça va se décider du jour au lendemain, il faut faire quelque chose maintenant quoi ; là on prend un temps, le médecin choisit un temps, le médecin arrive, on va dans la salle de pause, on discute de la personne, autant sur la question des soins palliatifs que sur la prise en charge de la douleur. C'est au bout d'avoir ramé, ramé, ramé, qu'on ait bien exprimé notre ras le bol ; après quand c'est une situation très difficile, il y a quand même notre cadre qui nous prend un temps, un petit temps pas comme les réunions parce qu'on n'a pas trop le temps, donc qui prend un temps après les transmissions où il y a plus de monde pour reparler de situations ; sinon, si vraiment on a un gros soucis, qu'on a très mal vécu, on va voir la surveillante, on va dans son bureau et là c'est le bureau du lâchage.
38. J-B. *Est-ce que ces temps de parole donnent lieu aujourd'hui à des comptes rendus ?*

39. An. Non.
40. J-B. *Qu'est-ce que tu penses des comptes rendus qui reprenaient les échanges du troupe de réflexion ?*
41. An. Le compte rendu c'est autre chose que les transmissions sur informatique ; alors que beaucoup ne lisent pas les transmissions sur ordinateur, quand un papier apparaît, sur n'importe quel sujet, tout le monde le lit, voilà, c'est un peu ça ; par exemple, tout ce qui était psychiatrie et c'est important, avant c'était sur papier, maintenant c'est sur informatique, c'est moins pratique. Avant on avait les classeurs, y en a plus sur lesquels on notait tout, moi j'aimais bien prendre les classeurs, ouvrir le classeur et lire toutes les feuilles ; là tu t'embêtes avec un ordinateur qui plante tous les quatre matins, ça fait mal aux yeux à cause de la lumière, tu sais pas forcément où aller chercher les renseignements. Le papier c'est mieux, franchement je préférerais prendre le classeur comme un bouquin et lire tranquillement.
42. J-B. *Les comptes rendus sur papier avaient quelle fonction, en dehors de se prêter plus facilement à la lecture ? Est-ce qu'ils ne racontaient pas une histoire ?*
43. An. Tout à fait, les comptes rendus permettaient de rediscuter de situations avec des personnes qui y étaient, même si tu n'avais pas été à la réunion, parce que tu retrouvais une histoire ; moi j'aimais lire les comptes rendus, c'est vrai qu'on ne pouvait pas participer à toutes les réunions ; ça permet de lire en nous apportant quelque chose en plus ; moi je préfère l'écriture et tu prenais connaissance de situations qu'on n'avait pas vécues ; si on avait vu le patient, on revient il est plus là, on savait ce qui s'était passé ; les comptes rendus avaient de l'importance, moi je les lisais tous. Maintenant c'est beaucoup informatisé et on regarde pas tout.
44. J-B. *Connais-tu l'analyse de pratiques ? As-tu été formée à cette démarche qui vise la réflexion sur leur pratique entre les membres d'une équipe, réflexion encadrée par un formateur ?*
45. An. Non, je ne connais pas et je voyais pas du tout avant que tu m'expliques. Pour moi les formateurs c'était vous les anciens ; le formateur c'est quand on va en formation mais tu sais pas si le formateur il a toute l'expérience qu'il faut au niveau infirmier et moi, j'ai plus appris avec vous qu'avec des formateurs ; d'abord parce que je ne faisais pas beaucoup de formation continue, par manque de temps et faute d'être acceptée, j'ai dû en faire en ergonomie mais pas sur le plan relationnel.
46. J-B. *Est-ce que tu avais fait la formation de service « accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille » qui avait été en 2003 à l'origine du groupe de réflexion ?*
47. An. Non, je ne l'avais pas faite, mais j'en ai fait sur les droits, ce qu'on pouvait faire et ne pas faire en tant qu'infirmier et aide-soignant, ça c'était bien, mais tout ce que j'ai appris je le dois aux anciens, voilà.
48. J-B. *A ce propos, le retour sur l'expérience te semble t-il un outil d'apprentissage essentiel, facteur d'expérience et donc de professionnalisation ?*
49. An. Je savais vers qui j'allais me tourner, tout dépend de la relation que tu as avec ton... tuteur, par exemple si tu n'as pas une relation saine avec lui tu vas rien apprendre parce que il va pas s'intéresser à toi, tu fais ton boulot d'aide-soignante et t'apprends rien ; je suis tombée sur des tuteurs infirmiers qui m'ont appris plein de choses, on a eu cette relation aussi qui s'est construite, il faut aussi le vouloir même si dans le secteur 1 l'infirmière fallait qu'elle t'accepte, elle n'avait pas le choix puisque tu étais le soir la seule aide-soignante. Moi je suis pas d'un tempérament à être froide, je suis à l'écoute de tout, même je supportais les humeurs des infirmières un peu énervées quand y avait du boulot, j'acceptais, je restais très calme en me disant qu'elles allaient se calmer, qu'on allait reprendre, rediscuter... Y avait des moments plus intimes quand on prenait le café ensemble ; pour moi le formateur c'est quelqu'un qui a la connaissance, l'expérience et qui veut les partager.

50. J-B. *Penses-tu que la construction de la compétence suppose tout un travail de réflexion au long d'une vie professionnelle ?*
51. An. Moi j'ai eu de la chance parce que j'ai été encadrée par beaucoup d'infirmières et d'aides-soignantes qui avaient de la bouteille, c'est vrai que l'expérience ça compte et c'est vrai aussi de ne pas oublier ou revenir aux anciennes méthodes, tout en suivant les nouvelles méthodes. Jusqu'à ma retraite je vais apprendre plein de choses parce que là maintenant on apprend de nouvelles choses avec les plus jeunes, il y a un échange, les plus jeunes vont nous apporter des nouveautés et les plus anciennes leur expérience. Les jeunes aides-soignantes se tournent vers les anciennes parce qu'elles sont plus douces, plus posées ; j'ai quand même 44 ans mais je le vois bien que je deviens un peu formatrice sur les nouvelles aides-soignantes, je ressens que j'ai un rôle et même je vois qu'elles viennent vers moi : est-ce que je leur apprends des choses ? Est-ce parce que je suis facile d'approche, ce qui n'est pas le cas de tout le monde ? Je fais facilement le tampon quand ça va moins bien mais à des fois à faire trop le tampon...
52. J-B. *La participation à ces échanges a-t-elle provoqué un changement en toi, au niveau psychologique et émotionnel (écoute, confiance, motivation) ?*
53. An. La participation aux échanges : tu as dit 2 participations mais moi je pense que les comptes rendus peuvent entrer dans la participation parce que je les lisais à chaque fois et que ça m'arrivait d'en rediscuter avec les anciennes.
54. J-B. *En fait, tu dirais que ta participation est triple : les réunions, les lectures de comptes rendus et les discussions dans l'unité à la suite des réunions ; pour quel changement ?*
55. An. Alors de l'écoute surtout, la confiance pas encore je crois, la motivation sans doute. On change, je change sur la façon d'être c'est sûr, déjà en avançant dans le métier. Au niveau cognitif j'ai appris plein de choses parce que je ne connaissais pas trop les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur, ça m'a appris déjà où on pouvait aller chercher des renseignements, par exemple auprès de l'équipe mobile de soins palliatifs ; lire les comptes rendus déjà ça me donnait des connaissances : tiens, ils ont fait comme ça, tiens, comment ils l'ont ressenti par rapport à moi, moi je l'ai plutôt ressenti comme ça, voilà ça va être ça moi.
56. J-B. *Est-ce que tu t'es servie des ouvrages qu'on mentionnait dans les comptes rendus ?*
57. An. Alors moi je ne suis pas une grande lectrice, tu vois, plus maintenant... si, j'ai dû lire, j'ai dû en lire un qu'une ancienne m'avait prêté... Depuis que j'ai eu cette mauvaise expérience avec un malade, dont j'ai parlé, peut-être que je me suis mis une bonne barrière ; à cette époque-là j'étais pas encore attirée par ça, il fallait que ça mûrisse, notamment avec ce groupe. Mon premier objet c'était je m'intègre dans l'équipe, j'apprends la pathologie, je m'occupe des patients ; mais je lisais les comptes rendus qui donnaient de petites idées, par exemple je lisais la dernière page de couverture de certains livres cités pour avoir une petite idée avant de le prendre, après il faut vraiment que ça m'accroche, je ne suis pas du tout une grande lectrice ; je suis beaucoup tout ce qui est actualité, télévision, je vais regarder les reportages : dernièrement il y a encore eu un sur la fin de vie, il y a eu plusieurs documents sur le viol, sur l'alcoolisme, sur l'homosexualité ; j'aime bien l'émission « sous le regard d'Olivier ». On est une famille très milieu médical, tante, frère, sœur, donc je suis à même de discuter ; c'était à la période aussi, peut-être que ça peut jouer, pendant mon école d'aide-soignante (2003-2004) j'ai perdu mon grand-père d'un cancer de la gorge et mon oncle six mois plus tôt ; j'étais dans une étape où je n'étais pas encore prête.
58. J-B. *Peut-on dire que ces échanges t'ont aidée à devenir une meilleure professionnelle (attitudes, comportements, gestes professionnels) ? Il s'agit des échanges au sens large : en réunion, après les réunions grâce aux comptes rendus.*
59. An. Je ne dirai pas meilleure mais ça m'a appris plein de choses, je dirai plutôt améliorée, enfin ça ressemble ; je me suis améliorée sur de nouveaux soins, une relation différente, en abordant les choses différemment, en étant plus calme, autrement en

n'insistant pas sur la maladie pour parler plus du malade, de sa famille. Oui, ça m'a apporté plein de choses sur le plan professionnel.

60. *J-B. Peut-on parler de développement personnel ?*

61. An. J'évite de mélanger professionnel et personnel, je fais une séparation nette parce que, par exemple, j'ai un mari qui voit tout en noir sur la maladie, donc je ne raconte jamais à la maison ce que je fais à l'Hôpital ; si j'en parle ça va être avec mes frères et soeurs ou des amis qui vont être dans le milieu médical. Mais mon écoute d'aide-soignante, elle m'aide en famille, pour gérer les enfants c'est très bien ; je soignerai quand même mon mari ! Y a un enrichissement personnel oui de ce point de vue.

62. *J-B. Cet espace précise-t-il quelque chose sur le rôle infirmier et aide-soignant ? Révèle-t-il une dimension oubliée ou ignorée ?*

63. An. Il faut pas qu'on soit seulement des exécutants de prescriptions médicales, sinon on serait seulement des robots, les gens demandent un peu plus quand même, les patients comme tes collègues ; c'est ce petit plus qui fait la différence avec une technicienne ; des professionnels croient que tu dois tout faire en 8 heures, que tu es exécutante, et que tu peux pas laisser un truc parce que tu as pris du temps avec un patient mais l'hôpital tourne sur 24 heures ; les patients ont besoin, même de cinq minutes pour une explication sinon on appellerait l'hôpital une entreprise, d'où danger : on n'appelle plus des patients mais des clients, je l'entends souvent ce mot-là et, par rapport à ta question, on pourrait devenir que des exécutantes ; moi, en tout cas, je ne veux pas devenir que exécutante, voilà, je suis là en premier pour le patient, je fais mon travail et je prends le temps de discuter avec les patients ; il n'y a pas que faire la toilette, donner à manger, les recoucher, les lever, tout ça, il y a aussi de prendre le temps de discuter avec le patient, parfois de tout et de rien, cinq minutes, on peut parler de foot, comme de regarder les magazines ensemble, de discuter d'un article, de parler des enfants. Moi je porte un appareil à apnée et des fois je vois des patients qui en ont un, je leur demande depuis combien de temps ils l'ont, des fois ils le mettent pas, je leur dis : moi je le mets, des choses que je devrais pas faire, c'est pas mon travail et c'est pas notre rôle ; des fois je vois les appareils dans un état ! Sale, les filtres pas changés, normalement c'est pas mon travail et des fois je dis au patient : ça ne prend que cinq minutes, le patient a besoin de cet appareil-là ; je porte aussi un appareil dentaire et c'est la même chose, je leur dis : faut le nettoyer, faut le remettre, pas le laisser dans la boîte ; j'apporte un peu de mon vécu aussi en faisant attention de ne pas dépasser mes compétences dans un rôle de conseil, d'éducation par rapport à ce que je connais.

64. *J-B. Cet espace a-t-il eu une influence sur l'équipe ?*

65. An. Sur le groupe des participants je pense que oui, sur ceux qui ne participaient pas, à voir... par les comptes rendus, si les comptes rendus étaient affichés, est-ce qu'ils étaient affichés ? Je me demande si ils n'étaient pas affichés sur le 1, je les revois, et donc il y avait une possibilité d'influencer ; l'équipe ne posait pas la question, sur l'équipe ce n'était pas manifeste et si y avait eu influence manifeste je pense qu'il y aurait eu plus de monde aux réunions ; le fait d'afficher le compte rendu permettait à plus de gens de le lire, affiché je crois que les gens prennent le temps de le lire, tu ne sais pas ce que c'est et l'affichage incite au moins à le parcourir. Je n'ai pas trouvé qu'il y avait eu de l'influence sur le reste de l'équipe.

66. *J-B. Ceci pose la question de la place du groupe de réflexion dans la vie de l'équipe toute entière et des relais sur lesquels le groupe pouvait s'appuyer ; que penses-tu de l'absence des cadres d'unité, en dehors de la présence ponctuelle de la cadre supérieure aux réunions ?*

67. An. Non, elles auraient dû venir et participer à l'écriture des comptes rendus parce que moi je pensais que c'était la cadre qui le faisait ; maintenant ces réunions n'existent plus, on est dans du ponctuel alors que ce qu'on faisait à l'époque c'était toujours dans l'après le plus souvent.

68. *J-B. Qu'est-ce que tu peux dire sur ce lieu ? As-tu connu d'autres lieux semblables ?*

69. An. C'était un lieu où on pouvait parler librement, on était en petite équipe, on se connaissait, je pense que c'était un lieu où tout le monde pouvait venir ; si les cadres étaient venus, est-ce qu'ils auraient pu nous reprocher des jugements de valeur ou certaines réflexions ? Là c'était en petite comité avec une libre expression. Leur absence faisait qu'on avait l'impression de ne pas avoir de supérieur, c'était un espace un peu différent. Je n'ai pas connu de lieux semblables, puisque les réunions se sont arrêtées au moment du déménagement et qu'elles n'ont jamais reprises, seulement des lieux comme la pause de 4 heures, souvent l'après-midi, entre nous, infirmière et aide-soignante et on discute ou encore les discussions de couloir ou le bureau de la cadre par exemple pour régler certains conflits entre le personnel ; et puis y a plus ce partage avec les autres unités qu'on pouvait faire en réunion parce que les patients vont sur les autres unités après le 1.
70. J-B. *Pourquoi ce groupe a-t-il pu durer cinq ans ?*
71. An. Cinq ans parce que c'était familial, y avait un lieu déjà ce qui n'est plus le cas maintenant, y avait quelqu'un qui gérait, quelqu'un qui a proposé ce groupe, les réunions et puis des participants qui sont toujours venus, c'est grâce à ça finalement.
72. J-B. *Qu'est-ce que tu entends par quelqu'un qui gérait ?*
73. An. C'est toi, parce que tu l'aurais pas fait ça n'aurait pas existé ou ça ce serait vite arrêté ; alors je crois aussi qu'il y avait des personnes qui étaient intéressées par une orientation sur les soins palliatifs, la douleur, y avait des gens qui participaient parce qu'ils avaient un projet ; moi c'était plus pour apprendre des choses, en étant jeune diplômée ; mais y aurait eu personne pour organiser, ça n'aurait pas marché. Pourquoi ça n'a pas continué ? Parce qu'il y avait personne derrière toi...
74. J-B. *Quelles en ont été les réussites et les insuffisances ?*
75. An. Les réussites, la participation, le fait que ça dure ; les insuffisances, ça n'a pas été au-delà d'un groupe pour toucher toute l'équipe, y aurait pu avoir plus de soignants, des cadres d'unité, des médecins ; je crois aussi que l'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas continué et ça fait que y a plein d'acteurs qui ne sont pas venus ; le déménagement a tout bouleversé.
76. J-B. *Est-ce que ce groupe peut être considéré comme un exercice de formation continue ? Peut-on parler d'auto formation, laquelle se caractérise par la prise de responsabilité du sujet adulte, au cœur de la liberté d'apprendre en vue de la recherche du sens de son action ?*
77. An. Pour moi, oui, c'est un moment de formation continue, à partir d'une auto formation parce que on était libre de venir ou pas comme de lire ou pas les comptes rendus ; en même temps le sens de ce qu'on fait : si une patiente ne veut pas manger, pourquoi je lui donnerais ? Surtout qu'aujourd'hui le patient a le droit de dire non : par exemple pour les toilettes, le patient dit non, bah, c'est pas grave, on la fait pas c'est pas mortel, on reporte alors ; au niveau alimentaire, si la patiente ne veut pas manger parce qu'elle n'a pas faim, il faut d'abord chercher à savoir pourquoi, elle a peut-être la nausée, et puis proposer plus tard, c'est à dire rester dans l'objectif médical de donner à manger mais ça peut être plus tard ou en donnant par exemple plus de dessert, un menu différent, alors que le médecin peut vouloir la faire manger tout de suite. C'est bien de pouvoir dire non de temps en temps aux médecins, avec une bonne raison, être moins exécutante ; en 2003-2008, c'était sans doute moins facile mais le climat était plus familial. Maintenant, les choses évoluent, les médecins sont plus participants au niveau de la douleur, des soins palliatifs, des fins de vie, mais c'est très structuré, heureusement qu'on peut dire non, ça reste un travail à la chaîne, client, client, plus le patient ; c'est entendre des fois je veux plus de ce patient-là par des médecins, c'est triste.

Enregistré le 26 avril 2018. Durée : 1h15.
Lieu : domicile du doctorant.

Annexe 8 : index thématique des comptes rendus.

Comptes rendus du groupe « accompagnement et soins palliatifs en chirurgie viscérale » de 2003 à 2008.

Les dates ci-dessous renvoient aux dates des comptes rendus.

CATEGORIE RELATION SOIGNANT-SOIGNE.

Accompagnement difficile :

- 13 12 2004, 04 04 2005, 23 05 2005, 06 03 2006, 15 05 2006, 09 10 2006, 04 12 2006, 05 02 2007, 22 03 2007, 11 02 2008, 28 04 2008, 14 10 2008, 15 12 2008.

Annonce (maladie, intervention) :

- 05 10 2004, 13 12 2004, 04 04 2005, 23 05 2005, 03 10 2005, 12 12 2005, 06 03 2006, 15 05 2006, 04 12 2006, 05 02 2007, 22 03 2007, 08 10 2007, 14 10 2008, 01 12 2008.

Deuil :

- 08 02 2005, 23 05 2005, 03 10 2005, 04 06 2007.

Douleur :

- 23 05 2005, 03 10 2005, 15 05 2006, 09 10 2006, 04 12 2006, 08 10 2007, 05 05 2008, 15 12 2008, 19 06 2011.

Emotions du soignant :

- 08 02 2005, 23 05 2005, 03 10 2005, 15 05 2006, 04 12 2006, 05 02 2007, 22 03 2007, 17 12 2007, 11 02 2008, 05 05 2008, 15 12 2008.

Equipe (paramédicaux, médecins) :

- 06 02 2004, 04 06 2004, 05 10 2004, 13 12 2004, 04 04 2005, 23 05 2005, 03 10 2005, 12 12 2005, 06 03 2006, 15 05 2006, 04 12 2006, 05 02 2007, 04 06 2007, 11 02 2008, 05 05 2008, 19 08 2008, 14 10 2008.

Famille (époux, enfant), proches :

- 03 10 05, 22 03 2007, 04 06 2007, 17 12 2007, 11 02 2008, 19 08 2008, 14 10 2008, 15 12 2008.

Incohérence du malade :

- 13 12 2004, 23 05 2005, 05 02 2007, 04 06 2007, 17 12 2007, 11 02 2008.

Respect des demandes et des droits du patient :

- 05 10 2004, 08 02 2005, 03 10 2005, 06 03 2006, 22 03 2007, 08 10 2007, 17 12 2007, 11 02 2008, 05 05 2008, 19 08 2008, 14 10 2008, 15 12 2008.

Retour à domicile :

- 13 12 04, 06 03 2006.

CATEGORIE SOINS PALLIATIFS.

Acharnement thérapeutique :

- 12 12 2005, 06 03 2006, 04 06 2007, 17 12 2007, 11 02 2008, 19 08 2008, 14 10 2008.

Appel à projet auprès de la fondation de France :

- 06 03 2006, 15 05 2006, 09 10 2006.

Bénévoles :

- 22 03 2007, 08 10 07, 11 02 2008.

Lois :

- 22 03 2007, 04 06 2007, 17 12 2007, 28 04 2008, 14 10 2008, 15 12 2008.

Prises de décisions :

- 06 03 2006, 15 12 2008, 05 05 2008, 19 08 2008, 14 10 2008.

Refus de soins :

- 09 10 2006, 04 06 2007, 14 10 2008.

Sédation et euthanasie :

- 08 02 05, 15 05 2006, 04 06 2007, 17 12 2007, 11 02 2008, 05 05 2008, 15 12 2008.

Soins palliatifs, équipe mobile de soins palliatifs :

- 06 02 2004, 23 04 2004, 04 06 2004, 05 10 2004, 04 04 2005, 23 05 2005, 12 12 2005, 06 03 2006, 15 05 2006, 04 12 2006, 05 02 2007, 22 03 2007, 04 06 2007, 11 02 2008, 14 10 2008, 15 12 2008.

CATEGORIE IDENTITE PROFESSIONNELLE.

IDENTITE POUR SOI.

Formation :

- 06 02 2004, 23 04 2004, 12 12 2005, 06 03 2006, 15 05 2006, 09 10 2006, 04 12 2006, 05 02 2007.

Lectures, films :

a - lecture : livres lus par certaines participantes et présentés en réunions.

- « S'asseoir pour parler : l'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades ». Buckman, R. (1994). Paris : Masson.

- « Je ne suis pas un assassin ». Docteur Chaussoy (2004). OH! Editions. Le récit du médecin qui a accompagné Vincent Humbert dans ses derniers instants.

- « Je vous demande le droit de mourir ». Humbert, V. (2003) M. Lafon. Comment un jeune homme de 23 ans veut arrêter de vivre. Une affaire très médiatisée qui pose le problème de l'euthanasie.

- « Pour tous les Vincent du monde : une histoire d'amour ». Humbert, M. (2007.) M. Lafon. Depuis la disparition de Vincent, Marie Humbert milite, non pour l'euthanasie généralisée, mais pour la prise en compte de ces cas extrêmes où le devoir d'humanité ne saurait s'assimiler à un geste criminel.

- « Sous le signe d'Hypnos. Infirmière Clinicienne de nuit ». Petrognani, A. (1994). La méridienne. C'est dans le contexte très spécial de la nuit qu'Annie s'actualise comme Clinicienne. Soigner de nuit comporte un bon nombre de défis, tels la brièveté des interventions, on ne peut réveiller un malade pour " l'aider ", l'absence de références médicales immédiatement accessibles, les difficultés structurelles de communication avec " le jour ", l'angoisse des malades... enfin l'équilibre personnel. Annie assume, s'enthousiasme, trouve sa juste distance professionnelle, en témoigne. Elle fait partie de la centaine d'infirmières françaises qui ont choisi de s'impliquer différemment auprès des patients en devenant " clinicienne ".

- « Oscar et la dame Rose ». Schmitt, E.E. (2002). Albin Michel. Ce livre parle d'un enfant leucémique en phase terminale ; il rencontre une visiteuse bénévole et un dialogue s'installe.

- « Les ressuscités ». Meyer, E. et Kerdellant, C. (2004). Flammarion. Ce livre permet à des personnes connues de raconter le combat qu'elles ont mené et gagné contre le cancer.

- « Le cadeau d'Hannah ». Housden, M. Traduction de M. de Hennezel. (2002) France Loisirs. Hannah n'a pas encore 3 ans quand ses parents apprennent qu'elle est atteinte d'un cancer rare et incurable. Sa famille choisit de ne rien cacher à la fillette et de vivre pleinement chaque instant qu'il lui reste. Consciente que ses jours sont comptés, Hannah garde jusqu'à

son dernier souffle un formidable appétit de vivre. Sereine et volontaire, elle sait apprivoiser la douleur et transformer le plus petit événement en véritable fête.

- « Mourir les yeux ouverts ». De Hennezel, M. (2005). Albin Michel. L'auteure s'inspire de l'expérience d'Yvan Amar qui s'est battu pendant dix ans avec une maladie grave, incurable et invalidante. ...

- « Le souci de l'autre ». De Hennezel, M. (2004). Robert Laffont. Cet ouvrage est l'aboutissement d'une enquête menée par l'auteur dans les hôpitaux et cliniques de France où l'auteur dénonce une véritable déshumanisation des soins par le biais d'anecdotes concrètes, vécues par les patients, mais aussi par le personnel...

- « La tendresse pour tout bagage ». D. Ladogar. Presses de la Renaissance. (2000). L'accompagnement de personnes malades ou en fin de vie : telle est la passion qui anime l'auteur, ancien infirmier anesthésiste devenu aumônier.

- « S'affranchir du désespoir ». C. Tannay. Presses de la renaissance. (2003). Comment retrouver goût à la vie, se reconstruire après la perte d'un être cher ? Elle-même confrontée à cette douleur, l'auteure témoigne de l'immensité de sa douleur, mais aussi du combat qu'elle a mené pour faire le deuil de sa fille.

- « L'annonce » : éléments de bibliographie dans le compte rendu du 03 10 2005.

- « Nous sommes tous des patients ». Wincler, M. (2001). Stock. Qui ne s'est jamais plaint de son médecin ? Cela peut arriver à l'hôpital aussi bien que dans un cabinet en ville et, alors qu'on espérait sortir de la consultation avec des certitudes rassurantes, on se sent au contraire encore plus perdu qu'avant. La plupart de ces griefs naissent d'un malentendu car l'image que nous nous faisons du médecin est celle d'un être infailible, sûr de son savoir et de ses conclusions. Or lui aussi a ses doutes, ses faiblesses. Et lui aussi peut avoir, à certains moments, l'impression que nous ne lui faisons pas confiance, ou que nous refusons de l'entendre ! Comment surmonter cette incompréhension réciproque ? Tout simplement par le dialogue. Dans ce livre d'entretiens, médecin et patient confrontent leurs points de vue sur la consultation, le diagnostic, les soins...

- « Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier ». Institut Upsa de la douleur. (2000).

- « Hôpital silence : parents malades, l'enfant et la vérité ». N. Landry-Dattée et M.F. Delaigue-Cosset. Calman Lévy. (2001). Que dire à des enfants dont les parents sont atteints d'une maladie grave, et parfois mortelle ? Faut-il leur parler et dans quels termes ? Trop souvent, c'est un silence assourdissant qui accompagne ces moments difficiles. Trop souvent, l'entourage confisque aux enfants cette histoire, qui est aussi leur histoire. Pourtant, la parole est indispensable pour qu'ils puissent se libérer de l'angoisse, nommer la souffrance et traverser l'épreuve. Les auteurs animent, au sein de l'Institut Gustave Roussy, des groupes de parole dans lesquels parents et enfants expriment leur désarroi mais aussi leur confiance mutuelle. Elles évoquent de nombreux cas et donnent des clés pour comprendre.

- « Leçon de vie ». E. Kübler-Ross et D. Kessler. J.C. Lattès. (2000). Au cours de leur dialogue, les deux auteurs approfondissent quelques thèmes essentiels de leur philosophie des soins palliatifs.

- « La mort est une question vitale ». E. Kübler-Ross. Pocket. (1996). C'est en observant les symboles gravés par les enfants dans un camp d'extermination - des papillons par dizaines - à la fin de la seconde guerre mondiale que la psychiatre E. Kübler-Ross s'est pour la première fois interrogée sur l'état de conscience des mourants. Cet ouvrage, consacré aux réactions d'enfants face à la maladie et à la mort, se présente comme une suite de récits qui en font un document bouleversant. Il expose les différentes orientations possibles pour l'accompagnement des enfants sur ce chemin difficile qu'est l'imminence de la mort.

- « Le deuil ». Hanus, M. (2000). Editions Frison Roche. Le deuil est l'une des expériences les plus douloureuses que chacun peut affronter au cours de son existence. C'est également l'un des thèmes les plus tabous de nos sociétés occidentales, malgré l'engouement actuel que l'on observe, notamment aux États-Unis, pour tout ce qui a trait à la mort. Pour l'individu, la perte introduit un facteur de déséquilibre qui peut donner lieu à des souffrances physiques. C'est pourquoi la prévention de ces complications chez les personnes à risque ou les sujets fragiles (comme les enfants) relève de la solidarité sociale.

- « Le deuil à vivre ». Bacqué, M.F.(2000). Editions Odile Jacob. Comment les soignants font-ils leur deuil, eux-mêmes, des malades qu'ils auront accompagnés si loin ? Et comment faire son deuil, alors que les rituels disparaissent, que la douleur est niée ou gommée par des médicaments, qu'elle est envisagée souvent comme une pathologie ?

- « Accueillir la mort ». E. Kübler-Ross. Pocket. (1998). Ce livre d'une grande actualité prend la forme d'un dialogue entre E. K-R., pionnière de l'accompagnement des mourants, les familles et le personnel soignant qui se trouvent confrontés aux derniers moments de leurs proches ou de leurs patients. Au long d'un parcours de cinq années où l'auteure a été conviée à quelques sept cents ateliers, conférences et séminaires, E. K-R a écouté de nombreuses interrogations sans réponses. Dans le présent ouvrage, elle s'efforce de satisfaire les demandes qui revenaient le plus souvent parmi son auditoire. Ce livre propose un itinéraire compréhensible par tous, pour appréhender le mourir et apprivoiser la mort au quotidien. Les difficultés rencontrées par le personnel soignant sont particulièrement au centre de cet ouvrage qui peut susciter la discussion sur des sujets où nous avons trop souvent fait l'impasse, non par manque d'intérêt, mais par conscience de notre dénuement.

- « S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades ». Buckman, R. Elsevier Masson. (2001).

- « En attendant la suite ». L. Malet. (2003). 20 ans après la mort de sa mère L. Malet raconte le combat contre la maladie en répondant à cette ultime question : faut-il libérer celle qu'on aime de ses souffrances ?

- « Mes aveux ». C. Malèvre (1999). Fixot. Christine Malèvre, infirmière dans un service de neuro-pneumologie a été mise en examen le 8 juillet 1998 pour une trentaine d'homicides volontaires. Loin d'écrire un plaidoyer en faveur de l'euthanasie, elle parle ici de sa vocation, de son travail, du quotidien de l'hôpital, évoque la relation qui s'instaure entre l'infirmière et le patient. Infirmière modèle, trop "impliquée" selon certains collègues, elle raconte ici la promesse faite à certains malades et s'interroge sur son geste, sur ce qui l'a poussée à "franchir la frontière", à "abrèger la souffrance de certains malades". Christine

Malèvre tente d'expliquer son choix dans un texte qui appelle à un nécessaire débat sur l'euthanasie.

- « Aide à la prise en charge psychologique du patient stomisé ». Labo Convatec.

- « La source noire ». Van Ersel, P. (1986). Grasset. Psychiatres, cardiologues, chirurgiens, biologistes et physiciens, dans les laboratoires les plus sophistiqués des États-Unis, de Grande-Bretagne, de France (récemment), mais encore en Inde et partout dans le monde, analysent, sondent, interrogent la mort, ou du moins ceux qui ont frôlé la mort, collectionnent leurs récits, examinent leurs témoignages, confrontent leurs expériences... Et l'on découvre que la mort cacherait une clarté à l'éblouissante beauté, pleine de vie, pourrait-on dire. La source noire. Aux portes de la mort, c'est une nouvelle approche de la vie, de la connaissance, de la mémoire...

- « Réapprivoiser la mort ». Van Ersel, P. (1997). Albin Michel. En 1986 paraissait *La Source noire*. Onze ans plus tard, Patrice Van Fersel a repris son enquête, cette fois-ci en France où la situation dans ce domaine a radicalement changé. Comment a-t-on réappris à s'accompagner les uns les autres dans les derniers instants de l'existence ? Comment les chercheurs étudient et interprètent-ils les fulgurantes irruptions de vitalité que la mort provoque chez certains ?

- « L'annonce de la maladie ». Moley-Massol, I. (2004). Editions Da Te. Ce livre s'adresse à tous les soignants qui ont connu ou connaîtront un jour la difficile épreuve de l'annonce de la maladie ou du handicap. Il tente de faire partager ce qui se joue de si précieux au moment de l'annonce, qui engage le malade et le médecin sur la voie de la maladie, d'un présent et d'un futur à construire ensemble. Isabelle Moley-Massol est médecin, pratique la psychologie médicale et la psycho-oncologie clinique.

- « Le cahier de Marie ». D. Thiebaud. Siloë. (2006). « Sur une impulsion, j'ai acheté ce cahier au supermarché. Je vais écrire...Je venais de visiter, avec mon fils, la maison de retraite où je me suis inscrite la troisième sur une liste d'attente. L'idée d'attendre la mort de trois personnes pour m'installer me chiffonne un peu, mais au fond cela n'a pas d'importance... C'est chaque dimanche soir, après le repas, que j'écris mes chroniques. J'ai ainsi transformé le silence couvre-feu en calme bienveillant ». Vieille dame au cœur tendre et au regard aigu, Marie découvre un quotidien parfois surréaliste. Elle brosse les portraits de ses nouvelles amies, de ses voisins, du personnel...Tout est dit par petites touches : le drame des grands vieillards égarés, la démence, la mémoire, la mort...La vie.

- « Quand la nuit sera couverte de jour, je sortirai de l'hôpital ». G. de Malglaive. Editions Robert Laffont. (2007). Max, trois ans, a une leucémie. Sa mère commente alors le récit du plus cruel des combats. Tout au long de ce parcours, ce petit garçon est resté un miracle ambulante d'humour et de vie.

- « Face à la maladie grave ». M. Ruzniewski. Dunod. (1999). L'auteure est psychologue clinicienne et exerce dans une unité mobile de soins palliatifs. Permettre une meilleure compréhension des processus psychiques pour pallier l'angoisse de mort constitue l'objectif de ce livre. L'auteure décrit avec précision les mécanismes de défense instaurés par chacun des protagonistes : le patient, les proches, les soignants.

- « La dernière liberté ». F. de Closets. Editions France Loisirs. (2001). Le journaliste continue le débat sur l'euthanasie.

- « Infirmières, le savoir de la nuit ». Perraut-Soliveres, A. (2001) Puf. Pour explorer ce savoir de la nuit, et afin que s'éclaire la nuit du savoir, Anne Perraut-Soliveres, elle-même infirmière de nuit, a enquêté pendant sept ans, recueillant de très nombreux témoignages d'infirmières que l'on retrouve dans son livre. Prenant appui sur une méthode particulièrement originale, qui mêle le " je " de l'auteur aux énoncés plus " impersonnels " de la recherche, cet ouvrage vise à redonner aux infirmières une position stratégique dont la déshumanisation croissante de l'institution hospitalière les a destituées.

- « Soins curatifs, soins palliatifs, leurs différences, leur complémentarité ». C. Kebers. Racine. (2005). La poursuite des progrès de la médecine doit avoir pour contre-partie indispensable l'accompagnement humain et spirituel des malades.

- « Trop jeune pour mourir ». P. Huon. (2005). C'est ce que dit une jeune de 18 ans atteinte d'une leucémie.

- « Le scaphandre et le papillon ». J.D. Bauby. (1997). Ce livre a été écrit par Jean-Dominique Bauby, atteint d'un locked-in-syndrôme.

- « Ultime liberté ». A. Kahn. Plon. (2008). « Un moment vient, dans l'évolution des maladies, où il n'est plus possible de guérir un malade. Pour autant, le médecin est loin d'en avoir terminé avec sa responsabilité. Impliqué dans la relation humaine et thérapeutique avec son patient, il se doit encore de le soulager, et cette exigence l'emporte de loin sur celle de prolonger sa vie de quelques jours. En France, la loi Léonetti, relative aux pratiques médicales en fin de vie, m'apparaît réaliser un excellent compromis et est, sans doute, la meilleure de celles abordant cette question dans les pays européens. Néanmoins, en dépit du vote de cette loi en 2005, le débat sur la législation de l'euthanasie reste très vif dans notre pays...Je me suis donc engagé dans ce débat car il me semble qu'une question aussi grave que celle-là mérite d'être traitée sans simplisme polémique. Elle relève de la tragédie au sens propre du terme, c'est à dire d'un ensemble de situations auxquelles il n'y a pas de solutions heureuses. Il n'existe que des issues tristes, même si elles le sont plus ou moins, bien entendu...Mais, tout d'abord, je voudrais partager mon expérience d'homme et de médecin. Car ma réflexion sur cette question de la fin de vie hâtée est ancrée depuis des années au cœur d'évènements et d'expériences personnelles intenses, douloureuses et intimes ».

- « Soigner, un choix d'humanité ». L. Marmilloud. Vuibert. (2007). L'auteur est infirmière hospitalière et exerce dans un service de soins palliatifs.

- « La mort apaisée. Chronique d'une infirmière en soins palliatifs ». E. et M. Gaynet. (2007).

- « Le voile noir ». A. Duperey. Seuil. (1992). L'auteur raconte son histoire jusqu'au jour où, à l'âge de huit ans, elle trouve ses parents morts asphyxiés.

- « Bruno, mon fils, une mère et les médecins ». J. Maurice. Stock. (1975). Une mère assiste impuissante à la mort de son fils de cinq ans.

- « L'accompagnement au quotidien : l'aide-soignante face aux souffrances et aux deuils ». M.B. Beaulieu et M. Perrot. Masson. (2005).

b – films, documentaires : vus par certaines participantes et présentés en réunions.

- « Mar adentro » (2004) : film sur le droit à mourir. C'est la véritable histoire de Ramon Sampedro qui, devenu tétraplégique à la suite d'un accident, revendique son droit de mourir après 28 ans d'immobilité forcée.

- « Le temps qui reste » (2005) : film de F. Ozon sur les derniers jours d'un jeune homme atteint d'une maladie mortelle.

- Film vu en réunion : « L'accompagnement pas à pas » : DVD sur les soins palliatifs édité par la Fondation CNP assurance.

- « I comme Icare » : film d'H. Verneuil. (1979). Ce film illustre comment on peut transformer une personne, indépendamment de ses propres valeurs.

- « Le scaphandre et le papillon » : film de 2007 tiré du livre du même nom écrit par Jean-Dominique Bauby qui a été atteint d'un locked-in-syndrôme.

- « L'hôpital des enfants » : documentaire de 2005 sur la chaîne M6.

- « Marie Humbert, l'amour d'une mère ».Téléfilm, 2007. L'affaire Marie Humbert, c'est d'abord l'histoire de son fils Vincent, jeune pompier de 19 ans qui se retrouve tétraplégique, aveugle et muet le 24 septembre 2000, après un accident de voiture. Ne supportant plus ses handicaps, il demande en 2002 le "droit de mourir" au Président de la République. En l'absence de réponse, sa mère, qui a longtemps refusé d'entendre cette supplique, décide par amour pour son fils de l'aider à "se suicider", trois ans après son accident. Le résultat donne une fiction émouvante qui porte à réfléchir sur le droit à l'exception d'euthanasie.

- « La mort n'est pas à exclure » : documentaire de 2005 sur Arte et qui montre les services de réanimation et des urgences médicales du C.H.U. de Brest.

- « Le dernier voyage » : documentaire de 2006 sur Arte. Jean décide de recourir au suicide assisté en Suisse.

- Film vu en réunion : « En équipe avec le malade » : DVD édité par la Fondation de France (1996). Ce film a été tourné en quatre lieux de soins différents : ce film voudrait encourager chacun à travailler de concert avec d'autres, à l'hôpital comme à domicile, sans déployer pour autant des moyens extraordinaires.

IDENTITE ENVOYEE A AUTRUI.

- 06 02 2004, 23 04 2004, 07 06 2005, 12 12 2005, 06 03 2006, 17 12 2007, 25 01 2008, 28 04 2008.

IDENTITE RENVOYEE PAR AUTRUI.

- 05 10 2004, 13 12 2004, 07 06 2005, 17 12 2007, 25 01 2008, 11 02 2008.



Titre : Soigner son travail pour prendre soin des autres. L'expérience d'un espace de parole entre soignants : une occasion de professionnalisation du rôle relationnel ?

Mots clés : analyse de la pratique, réflexivité, professionnalisation, apprenance, clinique narrative, sujet.

Résumé : Cette recherche est issue d'une expérience qui s'est déroulée sur une période de cinq ans (2003-2008) dans un service de gastro-entérologie. L'auteur de cette thèse a éprouvé le besoin de solliciter quelques soignants ayant volontairement participé à un groupe de réflexion qui les réunissait régulièrement dans leur service ; ces instants leur permettaient d'évoquer leurs difficultés, leurs interrogations, leurs doutes, voire leurs souffrances. Bien des années plus tard, l'infirmier-doctorant qui a participé activement à cette initiative a voulu comprendre pourquoi cette expérience avait mobilisé certains soignants. Il importait de les rencontrer dix ans plus tard pour identifier avec le recul les bénéfices qu'ils avaient éventuellement retirés de ces temps d'éducation informelle.

A la faveur des récits recueillis, une thèse s'est progressivement imposée : pour prendre soin des autres, le soignant n'a d'autres recours que de se raconter, entouré par ses pairs. C'est la figure du sujet apprenant qui émerge à travers ces récits d'apprentissage réalisés au sein d'un groupe. En faisant ces choix, ces professionnels accèdent aux quatre dimensions qui caractérisent le sujet : il est capable, sensible, situé socialement et en mesure de conduire une réflexion. C'est à la faveur de l'émergence de cette figure énigmatique d'un sujet apprenant au sein de ce groupe de réflexion que ces soignants construisent un rapport critique au savoir, se remettent en question et participent ainsi à un processus de développement professionnel et personnel tant pour eux-mêmes que pour les autres.

Title : Take care of your work to take care of others. The experience of a speaking space between caregivers : an opportunity to professionalize the relational role ?

Keywords : practice analysis, reflexivity, professionalization, apprenance, narrative clinic, subject.

Abstract : This research is based on a five-year experience (2003-2008) in a gastroenterology department. The author of this thesis has felt the need to request some caregivers having voluntarily participated in a think tank which gathered them regularly in the department ; these moments allowed them to express their hardships, their questioning, their doubts, even their suffering. Many years later, the nurse and PhD student who actively participated wanted to know why this experience had motivated some of the caregivers. It was important to meet them ten years later to identify with hindsight the benefits which they had possibly gained from these educational informal times.

Thanks to the collected narratives, a hypothesis became obvious : to take care of others, the caregivers has no recourse but to talk, surrounded by his peers. This is the position of the learner which emerges through these learning narratives realized into group practice. By making their choice, these learners have access to four dimensions that characterize the subject : he is capable, sensitive, socially situated and able to lead a reflexion. By the emergence of this enigmatic learning subject within think tank, these caregivers make a criticism of their own knowledge, question themselves and so participate in a process of professional and personal self-growth both for themselves and others.