

37044 TOURS CEDEX 9

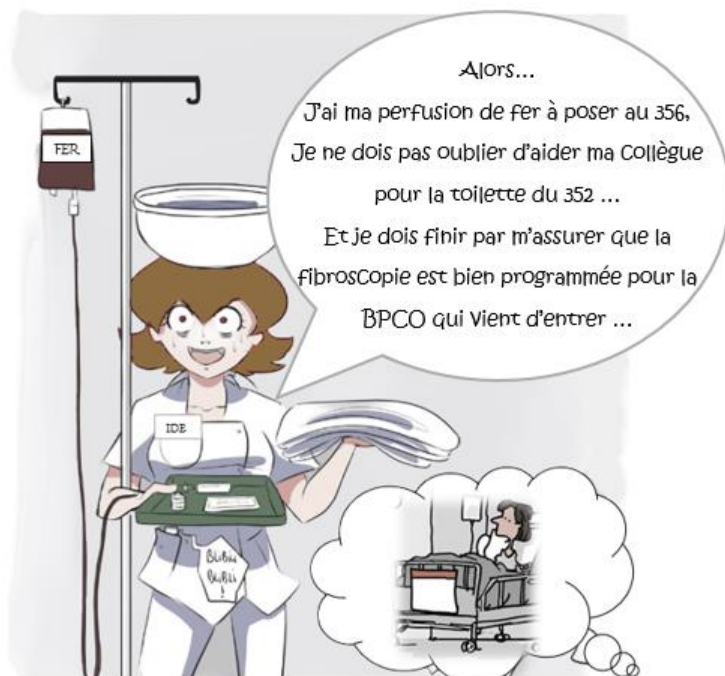
Mémoire de Fin d'études

UE 3.4 S6 Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6. S6 Analyse de la qualité et traitement des données  
scientifiques et professionnelles

UE 6.2 S6 Anglais

## Considérer l'humain au-delà du soin



LENFANT Sarah

Guidant de mémoire : Mr FAUBERT

Promotion Malala 2015-2018

Année de présentation : 2018

## **Notes aux lecteurs**

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

# DIPLÔME d'ÉTAT d'INFIRMIER(E)

## Travail de fin d'études

Conformément à l'arrêté du 21 avril 2007 publié JO du 10 mai 2007 texte n°91 relatif AUX CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DES INSTITUTS DE FORMATION PARAMEDICAUX et notamment son annexe IV Titre Ier stipule :

"Conformément au code de la propriété intellectuelle, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle d'une œuvre de l'esprit faite sans le consentement de son auteur est illicite. Le délit de contrefaçon peut donner lieu à une sanction disciplinaire, indépendamment de la mise en œuvre de poursuites pénales".

**J'atteste sur l'honneur que la rédaction de ce travail de fin d'études, réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'État d'infirmier(e), est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.**

**Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.**

**Fait à :**

**Le :**

**Signé :**

Fraudes aux examens :

CODE PÉNAL. TITRE IV DES ATTEINTES À LA CONFIANCE PUBLIQUE CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. inséré après l'article 441-12 :

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics

Art. 1er : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'État constitue un délit.

## **Remerciements**

Je tiens à remercier tout d'abord, mon guidant de mémoire, Mr Faubert, pour son accompagnement, ses conseils, son investissement et son soutien tout au long de ce travail de fin d'études.

Je remercie également, les professionnels de terrain que j'ai sollicité pour réaliser mes entretiens, pour leur disponibilité, leur aide et leur intérêt porté à ce sujet.

Je remercie l'ensemble des formateurs de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHRU de Tours pour les enseignements transmis ainsi que pour leur accompagnement au cours de mes trois années de formation.

Merci à Mme Proffit, ma référente pédagogique qui a su me conseiller et me guider au cours de la formation.

Enfin, merci à mon compagnon, ma famille, mes amis et collègues de promotion pour leur écoute et leurs encouragements tout au long de ces trois années de formation.

*« Ce n'est pas la médecine reçue dont les malades se plaignent, mais la manière dont elle est donnée. Les malades redoutent en fait ce qui concourt à l'aliénation de leur liberté, l'immersion dans un anonymat usinier [...]. La médecine hospitalière a sans doute gagné en science, mais non en humanité. »*

Philippe Meyer, *L'Irresponsabilité médicale*, 1993.

# Sommaire

<b>Notes aux lecteurs</b> .....	<b>1</b>
<b>Remerciements</b> .....	<b>3</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>5</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>I] Situation de départ</b> .....	<b>2</b>
<b>1) Description de la situation</b> .....	<b>2</b>
<b>2) Analyse de la situation et question de départ</b> .....	<b>5</b>
<b>II] Partie théorique</b> .....	<b>11</b>
<b>1) L’infirmier en service de médecine</b> .....	<b>11</b>
1.1) Les services de médecine.....	11
1.2) Les différentes populations rencontrées .....	12
1.3) Les compétences de l’infirmier au sein de ces services .....	12
<b>2) Le patient, un être humain à part entière</b> .....	<b>13</b>
2.1) L’Homme et la maladie face à l’empathie des soignants .....	13
2.2) Banalisation de l’humain et soins infirmiers .....	14
2.3) Impacts de la banalisation sur le soignant et le soigné .....	16
<b>3) Le rôle clé de l’infirmier dans la prise en charge du patient : le projet de soins personnalisé</b> .....	<b>18</b>
3.1) Le projet de soins personnalisé : définitions.....	18
3.2) Prise en charge personnalisée et globale .....	19
3.3) La notion de « caring » ou « prendre soin » .....	21
<b>III] Partie empirique</b> .....	<b>23</b>
<b>1) Méthode de recherche</b> .....	<b>23</b>
1.1) Guide d’entretien .....	23
1.2) Les professionnels interrogés.....	23
1.3) Conditions et déroulement des entretiens .....	24
<b>2) Traitement et analyses des données recueillies</b> .....	<b>24</b>

2.1) Prise en charge de la personne soignée .....	24
2.2) La place de l'humain au sein des soins .....	26
2.3) Le projet de soins personnalisé.....	29
<b>3) Synthèse .....</b>	<b>30</b>
<b>4) Question de recherche .....</b>	<b>31</b>
<b>5) Mise en œuvre de la recherche .....</b>	<b>32</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>34</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>I</b>
<b>Webographie.....</b>	<b>IV</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>V</b>
<b>Annexe I – Table des sigles.....</b>	<b>VI</b>
<b>Annexe II – Guide d'entretien semi-directif.....</b>	<b>VII</b>
<b>Annexe III – Entretien n°1 .....</b>	<b>VIII</b>
<b>Annexe IV – Entretien n°2 .....</b>	<b>XIV</b>
<b>Annexe V – Tableaux récapitulatifs des entretiens en lien avec le cadre conceptuel .....</b>	<b>XX</b>
<i>Tableau n°1 :</i> .....	<b>XX</b>
<i>Tableau n°2 :</i> .....	<b>XXI</b>
<i>Tableau n°3 :</i> .....	<b>XXII</b>

## Introduction

Au cours de mes trois années d'études au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers du CHRU de Tours, j'ai pu acquérir de nombreuses connaissances et développer mes compétences aussi bien techniques que relationnelles. Les différents stages réalisés m'ont permis de me construire et de forger ma propre identité de soignante. Cela inclut les valeurs qui me sont chères, celles que je souhaite défendre, transmettre et partager avec mes futurs collègues.

Lors de mes stages, j'ai pu constater que la prise en charge du patient demandait l'intervention de plusieurs professionnels mais également l'utilisation de plusieurs outils. Une situation de stage m'a alors interpellé et je me suis posée de nombreuses questions quant à notre attitude soignante envers les patients, à la place consacrée à ces derniers dans notre quotidien mais également ce qui concerne notre organisation de soins ainsi que notre manière de travailler. Je me suis alors interrogée sur la place qu'occupe un des outils présent au sein du service de médecine où j'ai effectué mon stage : le projet de soins personnalisé.

Suite à l'analyse que j'ai pu faire de ma situation, j'ai élaboré la question de départ suivante : « **En quoi un projet de soins personnalisé peut-il aider l'infirmier à recentrer sa prise en charge sur l'humain, auprès d'une personne atteinte d'une pathologie chronique au sein d'un service de médecine ?** »

Afin de comprendre mon cheminement, j'aborderai dans un premier temps la situation de stage qui m'a amenée à m'intéresser à ce thème et à formuler ce questionnement. Dans un second temps, je présenterai mon cadre conceptuel dans lequel j'ai choisi de développer trois concepts que sont : l'humain, le projet de soins personnalisé et la prise en charge.

À l'issue de cela, j'exposerai mon cadre empirique qui contient l'analyse de deux entretiens réalisés auprès de deux infirmiers dans lesquels je ferai les liens avec les concepts que j'ai analysé dans la partie précédente.

Enfin, l'ensemble de ces étapes me permettra de formuler une hypothèse de recherche suite à laquelle je développerai la méthode de recherche utilisée pour y répondre si ce travail d'initiation à la recherche se poursuivait.



## **I] Situation de départ**

### **1) Description de la situation**

Etudiante infirmière en troisième année, actuellement en début de semestre 5, j'effectue un stage de 10 semaines dans une clinique privée au sein d'un service de médecine générale. Le service dans lequel je me trouve comporte 57 lits répartis sur 4 ailes. Celles-ci sont coupées en 6 secteurs distincts accueillant environ 12 patients. 6 binômes composés d'une infirmière et d'une aide-soignante gèrent chacun un secteur. Sont répartis ensuite sur l'ensemble du service 6 agents de service hospitalier, 1 cadre de santé et 1 secrétaire. D'autres professionnels notamment les médecins spécialistes (pneumologues, neurologues, gastro-entérologues, cardiologues...) ainsi qu'un kinésithérapeute, une assistante sociale, une diététicienne et une psychologue interviennent au sein du service.

Je suis à ma troisième semaine de stage où je travaille du matin, de 7h30 à 15h. Cela fait deux semaines que je prends en charge 6 patients se trouvant dans le secteur X nommé ainsi pour cause d'anonymat. Le secteur dans lequel je me trouve accueille principalement des patients ayant des pathologies pneumologiques (décompensation ou exacerbation de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), cures de chimiothérapie dans le cadre de cancer pulmonaire, pneumopathies d'inhalation ou encore bilan pneumologique...). Les patients sont généralement transférés des urgences ou sont admis dans le service dans le cadre d'une hospitalisation programmée.

Ce matin-là, je travaille avec une infirmière et une aide-soignante qui m'ont déjà encadré. L'aide-soignante nous informe qu'elle va installer une patiente pour prendre son petit déjeuner. Nous lui précisons alors que nous commençons la prise des constantes et lui demandons de nous rejoindre dès qu'elle le pourra. L'infirmière avec laquelle j'ai déjà travaillé depuis plusieurs semaines me propose alors de commencer le tour toute seule pendant qu'elle va répondre à une sonnette située au début du couloir. Je me dirige dans la chambre de Mme S, 72 ans, muni de son dossier ainsi que de l'injection d'anticoagulant prévue à 8h. Mme S est arrivée dans le service il y a maintenant 8 jours suite à une décompensation respiratoire dans le cadre d'une Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO). Elle a été admise via le service des urgences suite à une désaturation sévère à son domicile. Elle a ensuite été transférée en médecine car elle est suivie depuis la découverte de sa pathologie par le même pneumologue. Une réévaluation de sa pathologie est donc prévue ainsi qu'un réajustement de l'oxygène (la mise en place d'une Ventilation Non Invasive (VNI) est programmée).

Depuis son entrée dans le service, la prise en charge de Mme S se montre complexe. En effet, la patiente se trouve en situation de dénutrition et est très affaiblie physiquement. Elle n'est plus en capacité d'effectuer ses soins d'hygiène seule et se retrouve contrainte à rester alitée. Un régime hypercalorique est donc instauré ainsi qu'une feuille de surveillance alimentaire sur demande de la diététicienne. Des séances de kinésithérapie sont également mises en place afin de permettre à la patiente de retrouver peu à peu sa mobilité. Mme S fait remonter à l'équipe soignante qu'elle n'accepte pas de devenir dépendante des autres et commence peu à peu à devenir agressive verbalement envers l'ensemble du personnel soignant voire à refuser les soins. Les soignants doivent donc négocier les soins avec la patiente afin de ne pas rompre totalement la communication avec elle.

Cette matinée-là, je frappe à la porte de Mme S. Cette dernière m'invite à entrer sur un ton autoritaire. Avant d'ouvrir la porte, j'appréhende déjà le déroulement du soin au vu du ton employé par la patiente. Je décide quand même de rentrer dans la chambre et salue Mme S.

À peine dans la chambre, la patiente se met à jeter sa tasse de café sur son adaptable et se met à crier « Je ne peux jamais prendre mon petit déjeuner le matin ! Vous êtes toujours là à venir me faire c\*\*\*\*\* avec les mêmes choses ! Je ne peux jamais être tranquille ! ». Je regarde Mme S d'un air étonné car je ne m'attendais pas à une telle agressivité de sa part. Je laisse un moment de silence avant de répondre : « Bonjour Mme S, la moindre des choses c'est peut-être de se dire bonjour. Je suis désolée de venir si tôt mais je fais mon travail afin de m'assurer que vous allez bien. »

La patiente me lance un regard noir et me tend son bras afin que je prenne sa tension. Elle se met alors à crier : « Vous n'êtes qu'une bande d'incompétents payés à rien foutre ! Tous les matins vous commencez par moi et c'est sans arrêt les mêmes questions et les mêmes choses ! ».

Je m'approche de Mme S et lui demande de mesurer ses propos à l'égard de l'équipe soignante et lui explique que « Si elle le souhaite, je peux demander à l'infirmière ou au cadre de venir faire le point avec elle. » Le visage de Mme S change alors complètement. Son visage se décripe ; elle baisse la tête et fond en larmes en me disant qu'elle en a marre d'être ici, qu'elle n'a pas bien dormi cette nuit et qu'elle s'inquiète pour son mari qui est seul chez eux.

Elle continue en me disant qu'elle ne supporte pas que tous les matins nous passions la voir en premier car nous l'empêchons de prendre tranquillement son petit déjeuner et que lorsque nous partons son café est froid. De plus, elle estime que nous pourrions venir la voir plus tard dans la matinée car il y a d'autres patients dans le service.

Je décide donc de m'asseoir sur la chaise située à côté du lit de Mme S. Je lui explique que je comprends que chaque matin nous prenons ses constantes au moment de son petit déjeuner et que cela peut l'agacer. Je lui dis que nous avons des horaires à respecter pour certains soins et que nous commençons dans l'ordre de cette programmation.

Je prends alors la main de Mme S, lui propose un mouchoir et tente de trouver son regard. À mon contact, la patiente relève la tête et j'en profite pour capter son attention. Je lui dis que le fait d'être à l'hôpital, dans un environnement inconnu et loin de ses proches n'est pas quelque chose de facile et que je comprends cela. Je continue en lui expliquant que l'équipe soignante fait son maximum pour assurer la meilleure prise en charge possible afin de lui permettre de retourner à son domicile dans les plus brefs délais.

La patiente s'apaise, acquiesce, et semble attentive à mes propos. Je poursuis en lui expliquant que la communication est essentielle dans la prise en soins et que le soignant ainsi que la personne soignée doivent veiller à respecter l'autre afin de ne pas rompre cette communication. À la suite de mes propos, un silence s'installe.

Mme S interrompt ce silence en disant qu'elle se rend compte qu'elle s'est emportée. Elle s'excuse et m'explique que ce n'est pas par rapport à moi mais plus « une accumulation de petites choses qui ont fait déborder le vase ».

Effectivement, elle m'explique « qu'elle sait que nous faisons notre travail et que nous essayons de le faire au mieux en respectant chaque personne. » Elle poursuit en me disant qu'elle se rend compte que plusieurs facteurs comme le stress d'être à l'hôpital, le fait que son mari gère seul la maison et la peur de décompenser à nouveau sur le plan respiratoire ont un impact sur son moral. Tout cela la met « sur les nerfs » mais elle me dit que nous n'y sommes pour rien et que cela ne justifie pas une telle attitude de sa part. Je pose ma main sur l'épaule de Mme S et lui dis que j'accepte ses excuses. Je lui dis également que nous avons tous des moments plus ou moins faciles à gérer dans nos vies et que nous avons tous besoin de les exprimer. La patiente pose sa main sur la mienne, fait un signe de tête et me remercie de mon écoute et de ma compréhension.

Suite à cet échange, je lui propose de revenir plus tard dans la matinée et lui demande si elle souhaite que je réchauffe son café.

Elle accepte et me remercie en me disant que son café est encore chaud. Je sors alors de la chambre en lui souhaitant un bon appétit et en lui disant à tout à l'heure. Je me dirige alors vers l'infirmière avec qui je travaille ce matin-là et lui explique ce qui s'est passé. Nous nous dirigeons vers le poste de soins afin d'en discuter.

J'expose alors la situation à l'infirmière et lui explique ma réaction face à la patiente. Celle-ci prend le temps de m'écouter et me dit qu'il n'existe pas d'attitudes précises à adopter face à un patient agressif. En effet, selon elle, « l'agressivité peut survenir à n'importe quel moment lors des soins et même lorsque l'on s'y attend le moins ». Elle poursuit en me disant « qu'avant d'être des soignants nous sommes avant tout humain. »

Elle m'explique qu'au fur et à mesure des situations rencontrées ainsi qu'avec l'expérience on acquiert plus de force et de recul ce qui nous permet de nous maîtriser face aux patients. Cependant, elle insiste bien sur le fait que nous aurions pu réagir de la même façon face à la patiente car nous aurions été « surprises et offensés de son attitude à notre égard.»

Je poursuis en disant à l'infirmière que, grâce à la patiente, j'ai pris conscience que nous réalisons les mêmes soins tous les jours. Je lui demande alors si nous ne risquons pas d'effectuer notre travail comme « de vulgaires machines ». Elle me dit que « cela fait maintenant quatre ans qu'elle travaille au sein de ce service » et elle avoue être « parfois lassée par son travail qui est répétitif. » Elle me dit d'essayer au maximum de ne pas tomber dans la routine en prenant le temps de discuter avec chaque patient dès qu'elle le peut et elle n'oublie pas qu'elle prend en charge une personne et non une maladie. Le téléphone de l'infirmière retentit alors dans sa poche. Elle me demande si le fait d'en discuter m'a fait du bien et m'explique qu'il faut que nous retournions travailler. Je la remercie pour son écoute, ses conseils et son soutien puis nous repartons continuer les soins.

## **2) Analyse de la situation et question de départ**

Suite à cette situation je me suis posée de nombreuses questions. Afin d'y répondre et pour éclairer ma situation, j'ai décidé de les intégrer dans mon analyse. J'aborderai dans un premier temps la question de l'agressivité, de la gestion des émotions et de l'importance de la communication dans les soins. Dans un second temps, j'aborderai la notion d'organisation et d'habitudes en soins infirmiers et l'impact que cela peut avoir sur la prise en soin du patient.

En analysant chronologiquement ma situation, je m'aperçois dans un premier temps que cela fait 8 jours que la patiente est présente dans le service. Au vu de sa pathologie et de son état de santé actuel, Mme S se retrouve contrainte à rester alitée la majeure partie de la journée et devient dépendante du personnel soignant. De plus, la patiente est dénutrie et une Ventilation Non Invasive (VNI) doit être mise en place. Mme S exprime le fait de ne pas accepter sa dépendance et commence petit à petit à devenir agressive envers l'équipe. Depuis son arrivée, Mme S a déjà eu des propos et des attitudes agressives envers divers soignants et envers moi-même.

La différence dans la situation que j'expose, se situe dans le fait que j'ai toujours été accompagnée d'un soignant lorsque j'allais voir Mme S. Ici, c'était la première fois que je me retrouvais seule face à elle et j'ai été surprise par une telle agressivité de sa part.

Ce jour-là je me dirige seule, vers la chambre de la patiente. Avant de pénétrer à l'intérieur, je remarque le ton assez autoritaire de Mme S. Cela fait monter en moi un sentiment d'appréhension sur la suite des événements. Je décide tout de même de rentrer et prend le temps de saluer la patiente. En me voyant muni de mon matériel de soin, la patiente se met à crier et me fait comprendre que je la dérange. Elle se montre alors agressive. Selon le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, l'agressivité se définit comme « *un caractère d'expression violente d'une personne envers elle-même ou envers d'autres individus<sup>1</sup>* ». Face au comportement de Mme S, je me retrouve quelque peu déstabilisée. Je tente tout de même de lui faire comprendre que je viens réaliser des soins dans le but de m'assurer qu'elle va bien.

Tout cela m'amène donc à me questionner sur mes attitudes et réactions face à une patiente agressive. Avec du recul, je m'aperçois qu'à travers mon discours, j'ai cherché à ce que Mme S ait du respect pour moi et qu'elle me prenne en considération en tant que professionnelle. Je remarque que j'ai employé le terme « mesurer » lorsque la patiente a qualifié l'équipe soignante « d'incompétente ».

D'après le dictionnaire Le Larousse, mesurer signifie « *parler avec modération, éviter tout excès de langage, ne pas dépasser certaines limites<sup>2</sup>* ». En utilisant ce terme, j'ai donc voulu montrer à la patiente que ses propos n'étaient pas forcément adaptés.

---

<sup>1</sup> PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. 2015. Concept d'agressivité p16-17.

<sup>2</sup> Disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/mesurer/50793/locution?q=mesurer#157290> (consulté le 23 Octobre 2017)

Je lui ai également proposé de faire appel à mes collègues afin qu'elle puisse discuter avec eux de son malaise. Au regard de ma situation, je me demande alors si j'ai adopté la « bonne attitude » ? Ai-je réagi de manière adéquate face à la patiente ou aurai-je dû réagir d'une autre manière ? Quel(s) impact(s) mon attitude et mon discours ont-ils eu auprès de la patiente ?

Je m'aperçois ici que ma situation se déroule en deux temps. Le premier temps concerne mon arrivée dans la chambre et l'attitude agressive de Mme S envers moi. Je m'aperçois qu'après avoir montré à la patiente qu'il y avait certaines limites à ne pas dépasser, son attitude a complètement changé, c'est donc le deuxième temps de ma situation. J'en arrive alors à m'interroger sur les attitudes et réactions de la patiente.

Effectivement, au fur et à mesure que la situation avance, je m'aperçois que mes propos ont permis à la patiente de se remettre en question. En effet, elle s'est aperçue qu'elle s'était emportée et s'est excusée auprès de moi. Pour ma part, je ne suis pas rentrée dans le conflit avec Mme S. A travers mon discours, j'ai cherché à lui montrer que certaines barrières ne devaient pas être franchies et j'ai voulu qu'elle prenne conscience de l'impact qu'avait son attitude envers moi. Je m'aperçois cependant que ma réaction a été assez vive et que j'ai réagi de manière impulsive face à Mme S. J'ai été touché en tant que personne face à son agressivité ce qui m'a rendu quelque peu agressive dans les premiers propos à son égard. Il faut savoir qu'avant d'être des soignants nous sommes avant tout des personnes et lorsque quelqu'un se montre agressif envers nous, nous sommes tous touchés de manière différente. La notion d'émotion me fait donc écho puisque « *c'est une réaction soudaine de tout notre organisme avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementales (nos actions)*<sup>3</sup> ». La gestion des émotions semble donc importante dans cette situation afin de ne pas perdre pied face à l'agressivité de la patiente.

Grâce à cela, j'en déduis que j'ai d'abord réagi de manière spontanée avant d'arriver à gérer mes émotions ainsi que la situation. Une fois la situation en main, j'ai réussi à me contrôler et à poser les choses. Mme S s'en est aperçue, elle a pris conscience de l'attitude qu'elle a eue à mon égard et c'est pour cela que la tension est redescendue.

En continuant l'analyse de ma situation, je peux constater que de nombreux facteurs influençaient l'état d'esprit actuel de la patiente. En tant que future soignante et ayant choisi ce métier, je me retrouve dans mon élément.

---

<sup>3</sup> PAILLARD Christine. *Op.cit.* Concept d'émotion p154.

Effectivement, j'ai effectué plusieurs stages dans des structures diverses, je sais où je suis, ce que je fais ici et pourquoi je réalise les soins. Mais en tant que patiente, Mme S se retrouve ici en situation de vulnérabilité, dans un environnement inconnu. Il faut savoir que « *la maladie rend vulnérable et très dépendant du système de soins et de son organisation*<sup>4</sup> ».

Au vu de sa pathologie et de son état actuel, Mme S se retrouve dépendante des soignants et semble mal accepter cela. Sans oublier le fait qu'elle est loin de son mari et que celui-ci se retrouve seul chez eux alors qu'il présente lui aussi des problèmes de santé. Tout cela se cumule et augmente l'anxiété de Mme S. D'après le dictionnaire des concepts en soins infirmiers, « *les personnes peuvent parfois manifester de l'agressivité pour éviter de vivre de l'anxiété. Une réponse agressive semble alors éloigner l'objet de menace ; ce faisant, elle sert à détruire l'objet ou la situation qui provoque l'anxiété.*<sup>5</sup> »

Je remarque que j'ai insisté auprès de la patiente sur le fait que la communication reste un point essentiel dans la relation soignant-soigné. Effectivement d'après Paul WATZLAWICK, « *on ne peut pas, ne pas communiquer*<sup>6</sup> ». La communication est un besoin fondamental de l'être humain. Elle permet l'expression des besoins, des idées, du ressenti des interlocuteurs. Tout comportement a valeur de message. Une simple présence ou même un simple silence dans une conversation est porteur d'information donc de communication. La relation soignant-soigné ne peut fonctionner si la communication est rompue. Selon Marie-Françoise COLLIÈRE, « *c'est la relation avec le malade qui devient le pivot des soins, en ce sens qu'elle est à la fois le moyen de connaître le malade et de comprendre ce qu'il a, en même temps qu'elle détient elle-même un pouvoir thérapeutique. Elle est source d'information pour discerner la nécessité des soins non techniques en évaluant l'aide à apporter*<sup>7</sup> ».

Dans la situation, j'ai veillé à ne pas rompre la communication avec Mme S et j'ai cherché à lui montrer que j'étais disponible et que j'étais là pour l'écouter. J'ai pris le temps de lui faire comprendre que nous faisons notre maximum pour garantir la meilleure prise en charge possible afin de lui permettre de retourner à son domicile dans les plus brefs délais. La patiente s'est montrée attentive et a pris en considération mes propos.

---

<sup>4</sup> GRIESSER, Anne-Claude. *Petit précis d'organisation des soins et interdisciplinarité*. 2010. p32.

<sup>5</sup> PAILLARD, Christine. *Op.cit.*

<sup>6</sup> WATZLAWICK Paul, BEAVIN HELMICK Janet, JACKSON Don-D. *Une logique de la communication*. 1979. p12.

<sup>7</sup> COLLIÈRE, Marie Françoise. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. 1982. p155.

De mon côté, j'ai moi aussi voulu lui montrer que j'avais entendu ce qu'elle m'avait dit quant à notre attitude envers elle mais aussi à notre façon de travailler. C'est pourquoi je lui ai proposé de revenir plus tard dans la matinée afin de la laisser prendre son petit déjeuner tranquillement. La notion d'adaptation me fait donc écho ici puisque j'ai dû à la fois ajuster mon attitude face à la situation mais également mes actes. Il faut savoir que l'adaptation fait partie des compétences de l'infirmière dans le sens où elle doit faire face aux différentes situations qu'elle rencontre. Elle doit alors s'organiser d'une manière spécifique en fonction de l'état du patient, de ses besoins et attentes, des aléas qu'elle rencontre, des délais qu'elle a à respecter ainsi qu'à la réalisation des soins prévu par d'autres professionnels avec qui elle travaille en collaboration.

Je remarque notamment dans les propos de la patiente les termes « Tous les matins », « même choses », « commencez toujours par moi ». Avec du recul, j'en déduis qu'à travers son agressivité, la patiente cherche à me faire passer un message en ce qui concerne la façon de travailler au sein du service.

Ma seconde interrogation se porte donc sur l'organisation des soins infirmiers au sein du service et donc sur l'organisation du travail. On trouve dans le Code de la Santé Publique (CSP) le fait que « *l'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation et la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation [...] »*<sup>8</sup>. D'après le dictionnaire français Le Larousse, l'organisation du travail se définit comme « *l'ensemble des activités qui ont pour objectif la répartition et la coordination des tâches et des responsabilités de chaque individu en vue de la production au sein d'un atelier, d'une entreprise, etc. »*<sup>9</sup>

Etant en stage depuis déjà trois semaines, j'ai eu le temps de comprendre et intégrer le fonctionnement du service. Je me suis aperçue que chaque infirmière avait sa manière de travailler mais que globalement, chacune procédait de la même manière dans chacun des secteurs. En effet, nous commençons habituellement les soins par ordre de priorité (patient à jeun car départ pour le bloc de prévu) ou en fonction de la programmation présente sur le logiciel informatique. Nous débutons systématiquement notre tour dans l'ordre des chambres afin de nous repérer.

---

<sup>8</sup> ART R4311-1 du Code de la Santé Publique disponible dans le livre de recueil des textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession. Mis à jour le 15/03/2015. p26-27.

<sup>9</sup> Dictionnaire français Le Larousse, définition disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421/locution?q=organisation#157812> (consulté le 23 Octobre 2017)



Avec du recul, je constate que nous débutons par la chambre de Mme S car notre feuille de transmissions commence par cette chambre-là. De plus, le poste de soin ainsi que le rangement sont situés juste à côté de sa chambre.

Malheureusement, je me suis rendue compte que chaque matin, nous débutons par la chambre de Mme S et nous arrivions au moment où la patiente se réveillait ou juste au moment où le petit déjeuner était servi. Je me suis également aperçue que nous effectuions les mêmes actes et nous posions les mêmes questions à chaque patient. Je me pose alors plusieurs questions. Pourquoi ne pas alterner le sens du tour chaque jour afin de ne pas réveiller les mêmes patients en premier ? J'ai émis plusieurs fois la possibilité de commencer par la fin du couloir et revenir vers le début afin d'effectuer une rotation et d'éviter de rencontrer les mêmes patients au même moment tous les matins.

Ne travaillant pas toujours avec les mêmes infirmières, certaines ont accepté ma proposition car cela « change de l'ordinaire » et d'autres ont refusé car c'était dans « leurs habitudes » de procéder de cette manière-là. Je me demande donc s'il est-il possible de modifier « les habitudes » ainsi que l'organisation des soins infirmiers au sein du service ? Le terme « habitudes » me fait écho dans cette situation.

Avec du recul, je me rends compte qu'inconsciemment, nous nous comportons de la même manière tous les matins avec Mme S. Nous arrivons dans sa chambre, nous la saluons, prenons ses constantes et lui demandons si elle a besoin de quelque chose. Tout cela me pose alors question. Le fait d'effectuer les soins dans le même ordre tous les jours n'entraîne-t-il pas les soignants dans une certaine « routine » voire une « standardisation des soins ? » Celle-ci a-t-elle un impact sur la qualité de la prise en soin des patients ? De plus, au vu des réactions de Mme S ainsi que de ses propos, l'organisation des soins impacte-t-elle ses sentiments et ses attitudes envers l'équipe soignante ?

Pour conclure, au regard de ma situation, je me demande tout d'abord si l'agressivité ne serait pas un mécanisme de défense utilisé par Mme S dans le but de se protéger. Mais, si on analyse les choses d'une manière plus approfondie, ne serait-ce pas finalement un moyen de nous montrer que nous, personnel soignant, nous ne lui portons pas assez d'attention ? Ne serait-ce pas un moyen pour elle de nous faire comprendre que nous la « banalisons » au milieu des autres patients ? Avant d'être une patiente, Mme S est avant tout un être humain à part entière. Il me paraît donc important de reconnaître la singularité de Mme S et de ne pas la réduire à sa pathologie ou à l'attitude qu'elle aborde à l'égard de l'équipe soignante.

L'analyse de cette situation m'a donc permis de formuler le questionnement de départ suivant : « **En quoi un projet de soin personnalisé peut-il aider l'infirmier à recentrer sa prise en charge sur l'humain, auprès d'une personne atteinte d'une pathologie chronique au sein d'un service de médecine ?** »

Afin de répondre à cette question, je vais dans un premier temps présenter le service de médecine et exposer les compétences infirmières nécessaires pour travailler dans ce type de service. Dans un second temps j'évoquerai le fait qu'avant d'être une pathologie, le patient est un être humain à part entière. Celui-ci doit faire face à la maladie chronique et l'infirmier est là pour l'accompagner et le prendre en soin de manière optimale. Pour cela, il a à sa disposition un outil précis : le projet de soins personnalisé. Je terminerai donc ma phase conceptuelle en démontrant l'importance qu'il a dans la prise en charge de la personne soignée, que celle-ci soit individualisée ou globale.

## **II] Partie théorique**

### **1) L'infirmier en service de médecine**

#### **1.1) Les services de médecine**

Comme on peut le voir dans ma situation, celle-ci se déroule au sein d'un service de médecine. Les patients admis dans ces services sont généralement transférés des urgences ou dans le cadre d'une hospitalisation programmée. Il faut savoir que ces services « *accueillent et prennent en charge les patients souffrant de pathologies médicales variées pouvant relever de spécialités différentes [...]. Chaque membre de l'équipe travaille en collaboration [...] pour offrir une offre de soins plus complète et adaptée.*<sup>10</sup> »

Les services de médecine sont donc dans un premier temps très variés de par les pathologies rencontrées. De plus, ils sont très diversifiés de par les professionnels intervenants dans la prise en soin des patients. Afin de la mener à bien, l'infirmier travaille en collaboration avec ces derniers. J'aborderai cette notion dans une prochaine partie dédiée à la prise en charge globale du patient.

Les services de médecine ont donc « *la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. Cela signifie qu'ils gèrent simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient en développant une approche centrée sur la personne [...]*<sup>11</sup>. »

---

<sup>10</sup> Définition disponible sur le site du Centre Hospitalier de Le Cateau Cambrésis <http://www.ch-lecateau.fr/medecine-polyvalente.html> (consulté le 04 Février 2018)

<sup>11</sup> Définition européenne de la médecine générale par la WONCA Europe, disponible sur <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (consulté le 07 Février 2018)

## 1.2) Les différentes populations rencontrées

Au sein des services de médecine, on peut donc rencontrer des patients âgés de 18 à 99 ans présentant tout type de pathologies confondues. « *Les personnes âgées sont les plus nombreuses à être hospitalisées en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Un patient sur trois est âgé de 65 ans ou plus*<sup>12</sup> ». On constate que la population rencontrée au sein de ces services est de plus en plus âgée. En effet, au vu du baby-boom de l'après-guerre de 1945 ainsi que du vieillissement de la population et des comorbidités, on s'aperçoit que, « *par rapport à 2015, la durée moyenne d'hospitalisation est actuellement de 6,2 nuitées, soit 7 jours d'hospitalisations*<sup>13</sup> (soit une hausse de 0,8% par rapport à 2015) ».

Dans la situation que j'expose, Mme S, 72 ans, souffre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et a été victime d'une désaturation sévère sur le plan respiratoire. La BPCO « *est une maladie chronique inflammatoire qui touche les bronches. Elle progresse lentement et devient invalidante [...]*<sup>14</sup> ».

Ayant une pathologie chronique, Mme S a eu, a et aura recours à un suivi médical et aux soins toute sa vie. Mais, cette chronicité peut être mal vécue puisqu'elle « *inscrit la vie du patient dans un mouvement circulaire, de répétition*<sup>15</sup> ». Face à la maladie, l'infirmier a donc un rôle primordial puisqu'il se doit d'accompagner au mieux le patient.

## 1.3) Les compétences de l'infirmier au sein de ces services

Comme on peut le constater, les services de médecine demandent de la polyvalence, notamment de la part des professionnels travaillant dans ce type de service.

Dans un premier temps, il me semble important en tant que future infirmière d'avoir des connaissances et des compétences larges et variées afin de mettre en œuvre une prise en soin de qualité pour les patients.

Au sein des services de médecine, l'infirmier est amené à faire face à de nombreuses pathologies et divers traitements, ce qui l'oblige à mobiliser des savoir-faire et des savoir-être particuliers.

---

<sup>12</sup> Analyse de l'activité Hospitalière par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 2016, disponible sur [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3245/synthese\\_mco\\_had\\_psy\\_ssr\\_2016\\_vd.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3245/synthese_mco_had_psy_ssr_2016_vd.pdf) (consulté le 07 Février 2018)

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Définition disponible sur <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/themes/bpco/comprendre-bpco> (consulté le 04 Février 2018)

<sup>15</sup> BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise *et al.* *Communication soignant-soigné : repères et pratiques.* 2009. p113.

En effet, d'après l'article R4311-1 du Code de la santé publique, « *l'exercice de la profession de l'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et de leur évaluation [...]*<sup>16</sup> ». La mise en œuvre de ces soins nécessite donc une organisation spécifique et des capacités d'adaptation en fonction des aléas rencontrés. À noter que, selon moi, il est important de faire la différence entre soins techniques et soins relationnels, même si ces derniers sont étroitement liés dans la relation soignant-soigné. D'un côté, l'infirmier doit faire preuve de dextérité, d'habileté et de délicatesse ; de l'autre, il doit mettre en œuvre une relation de confiance avec le patient en abordant une attitude d'écoute active et en faisant preuve d'empathie et de bienveillance. Cette complémentarité se retrouve dans l'article R4311-2 du Code de la santé publique qui stipule que « *les soins infirmiers [...] intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade*<sup>17</sup> ».

Enfin, il est essentiel pour le soignant d'avoir conscience de la singularité du patient qui se trouve en face de lui. En effet, il me semble important de ne pas oublier que nous prenons en soin en premier lieu une personne et non une pathologie.

## **2) Le patient, un être humain à part entière**

### **2.1) L'Homme et la maladie face à l'empathie des soignants**

En tant que soignant, outre la pathologie à traiter, une personne soignée se trouve face à nous. Il convient donc de la prendre en considération. Cette personne est singulière de par son histoire de vie, ses caractéristiques, ses attentes ou encore ses besoins. Selon Rosette POLETTI, « *l'être humain est un tout dynamique inséré dans un environnement dans lequel il agit et qui agit sur lui. [...]*<sup>18</sup> »

D'après Virginia HENDERSON « *l'Homme est un être unique. Il n'y en a pas deux pareils. Il forme un tout ayant quatorze besoins fondamentaux. [...] Si un seul de ses besoins n'est pas satisfait, il n'est plus entier, il n'est plus en santé*<sup>19</sup>. » Ces deux définitions me semblent ici pertinentes puisque les deux auteurs sont d'accord sur le fait que l'Homme est un être singulier, incomparable, qui interagit avec son environnement. Lorsque la maladie fait irruption dans la vie d'une personne, cela bouleverse tout.

---

<sup>16</sup> Article R4311-1 du Code de la Santé Publique, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913888> (consulté le 04 Février 2018)

<sup>17</sup> Article R4311-2 du Code de la Santé Publique. *Ibid.* (consulté le 19 Janvier 2018)

<sup>18</sup> POLETTI, Rosette. *Les soins infirmiers : théories et concepts*. 1978. p43.

<sup>19</sup> MONCET Marie-Claude, LAMBLARD Christiane, GARCIA-LIDON Katia et al. *Démarche clinique infirmière, projet de soins infirmiers et organisation du travail*. UE 3.1, 3.2 et 3.3. Janvier 2015. p20.

Comme on peut le voir dans ma situation, Mme S est contrainte à rester alitée et devient dépendante du personnel soignant. Plusieurs de ses besoins sont donc altérés et cela impacte sa qualité de vie. Il faut prendre en compte le fait que « *le patient ressent durement le phénomène de dépendance. [...] La situation est assez régressive car cette forme de dépendance est analogue à celle d'un jeune enfant envers ses parents*<sup>20</sup>. » De plus, Mme S se situe dans un environnement inconnu, loin de ses proches et croise différents professionnels qui participent à sa prise en charge. Elle perd ses repères et se retrouve en situation de vulnérabilité. « *C'est une situation artificielle que de devoir construire sa vie en fonction d'un rythme médical et non au rythme de projets affectifs ou personnels*<sup>21</sup>. » Face à un patient en situation de détresse, l'infirmier doit donc de faire preuve d'empathie et de bienveillance. De plus, il ne doit pas omettre qu'il « *exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine [...]*<sup>22</sup>. »

Selon moi, nous ne pouvons pas devenir de bons soignants sans être totalement disponibles et à l'écoute du patient. De plus, je suis convaincue que chacun mérite d'être respecté pour ce qu'il est, car chaque individu est unique et réagit de manière disparate face à la maladie. Le non-jugement et l'authenticité sont donc essentiels afin de ne pas porter atteinte aux patients que je rencontre, quelle que soit leur pathologie et leur façon de vivre avec, leur origine ethnique, ou encore leur religion. L'empathie permet donc à l'infirmier de s'adapter à la singularité de chaque patient. À travers cela, ce dernier réalise qu'il est reconnu comme être humain à part entière et qu'il n'est pas réduit à sa maladie.

Malheureusement, la chronicité de la pathologie associée au quotidien des soins peut influencer le prendre soin infirmier et impacter la prise en charge de la personne soignée.

## **2.2) Banalisation de l'humain et soins infirmiers**

Selon le nombre de patients pris en charge, l'infirmier planifie sur sa journée les soins qu'il doit réaliser. Pour les hiérarchiser, il prend en compte plusieurs facteurs : professionnels présents, intervenants de soins, obligations institutionnelles et le temps nécessaire à chaque soin. Les organiser exige donc le respect des compétences et le savoir-faire de chaque acteur de la chaîne de soins.

Mais, cela demande également à l'infirmier d'individualiser chaque prise en soin en prenant en compte le caractère unique de chaque patient.

---

<sup>20</sup> BIOY, Antoine, BOURGEOIS, Françoise *et al.* *Op.cit.* p113.

<sup>21</sup> *Ibid.* p116.

<sup>22</sup> Article R4312-2 du Code de la Santé Publique, disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913906&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080314> (consulté le 19 Février 2018)

De plus, l'infirmier ne doit pas se laisser emporter par le quotidien ou les habitudes de soins. Une habitude « *se définit par opposition avec l'instinct comme une manière d'être, d'agir, de sentir ou de penser acquise par la répétition*<sup>23</sup>. » Les habitudes ne sont pas en soi un phénomène négatif mais elles le deviennent lorsqu'elles « *sont de simples techniques généralement indifférentes en elles-mêmes*<sup>24</sup> ».

Selon moi, les habitudes de soins entraînent un automatisme et une diminution de la vigilance chez l'infirmier. Cela l'amène à ne plus porter d'attention à la personne se trouvant face à lui. Tout patient perd alors son caractère personnel et devient banal. Je pense que ce sont ces habitudes de soins qui peuvent induire la banalisation de l'humain au sein de la pratique infirmière.

D'après Walter HESBEEN, « *la banalisation de l'humain, c'est l'oubli, au sein des pratiques du quotidien, de l'humanité même de l'humain, de sa singularité, de sa sensibilité*<sup>25</sup>. » Par l'intermédiaire de mes divers stages, j'ai pu voir que l'infirmier d'aujourd'hui est particulièrement focalisé sur les tâches qu'il doit réaliser. « *Celles-ci ainsi que les actes à poser ont pris une place [...] prépondérante, qui ponctuent ce qu'il faut bien se résoudre à nommer un rituel quotidien* »<sup>26</sup>.

Il me semble alors important ici de faire la différence entre « *les tâches qui s'adressent à des corps-objets [...] et au corps-sujet*<sup>27</sup> ». Le corps-objet correspond au corps que l'on a, c'est-à-dire qu'il regroupe nos organes, nos membres et les fonctions de ces derniers sur lesquels on effectue des soins. Le corps-sujet correspond quant à lui au corps que l'on est, c'est ce qui nous caractérise en tant que personne.

Cela m'amène à dire qu'il convient de considérer la personne soignée comme être de raison, qui ressent et exprime des choses avant d'être une maladie face à laquelle des soins sont nécessaires.

Lors de mes différents stages, j'ai été au contact de divers professionnels qui m'ont avoué être tombés dans une « certaine routine », dans « certaines habitudes de soins », ce qui les amènent à prendre moins de temps auprès des patients et à se concentrer davantage sur les soins qu'ils ont à réaliser.

---

<sup>23</sup> GUILLAUME, Paul. *La formation des habitudes*. Editions Presses universitaires de France. Paru en 1968 (203 pages), indisponible dans son format d'origine, réédité en format numérique en 2017. p28.

<sup>24</sup> *Ibid.* p31.

<sup>25</sup> HESBEEN, Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins : de la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. 2011. p19.

<sup>26</sup> *Ibid.* p9.

<sup>27</sup> HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. 1997. p10.

Les origines de cette banalisation peuvent être diverses comme la fatigue ou encore le stress qui sont à mettre en lien « avec les excès de certaines logistiques gestionnaires aux effets réducteurs qui, sous la pression d'impératifs économiques de plus en plus prégnants et au nom d'un certain type de rationalité organisationnelle, n'accordent [...] qu'une place secondaire à l'émergence d'une véritable logique soignante<sup>28</sup> ».

Afin de comprendre les conséquences que peut avoir cette banalisation, j'ai décidé de consacrer mon dernier paragraphe à ses impacts, tant pour le soignant que pour le soigné.

### **2.3) Impacts de la banalisation sur le soignant et le soigné**

À mon avis, la banalisation de l'humain peut amener l'infirmier à devenir indifférent voire maltraitant à l'égard des patients. Cela peut entraîner une déshumanisation des soins ce qui met alors en péril la relation soignant-soigné.

Une étude réalisée en Octobre 2008 et publiée par la Haute Autorité de Santé (HAS) s'intitule « la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. »

Elle s'est intéressée d'une part, sur la perception qu'ont les usagers de leur prise en charge, leur expérience au quotidien de la vie hospitalière et au respect de leurs droits conformément à la loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

D'autre part, elle met en évidence la prise de conscience de ce phénomène par les soignants et leur volonté de trouver des solutions pour y faire face. Afin de mieux comprendre, il me paraît important de connaître la définition de maltraitance ordinaire.

Selon l'HAS, elle se définit comme « *Quelqu'un qui a fait l'expérience d'un contact avec un établissement de santé, et qui a parfois pu avoir le sentiment d'avoir été abandonné, mal ou pas informé et d'avoir été insuffisamment écouté. [...] Elle est présente dans le quotidien, elle est banalisée, parfois presque invisible et impalpable, et elle concerne l'institution plus que les individus<sup>29</sup>* ».

Cette étude met en avant deux types de maltraitance perçus par les patients et leurs proches. La première est celle liée aux comportements individuels des soignants qui est visible à travers diverses situations comme : les professionnels qui discutent entre eux en ignorant le patient qui se trouve dans le lit à côté d'eux, ceux qui n'écoutent pas ou n'entendent pas ce que leur disent les malades ou leurs proches, les plaintes des patients minimisées ou ignorées, etc.

---

<sup>28</sup> HESBEEN Walter. *Op.cit.* p161

<sup>29</sup> Etude réalisée en 2008, publiée par l'HAS, disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette\\_maltraitance\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette_maltraitance_v3.pdf) (consulté le 22 Février 2018)

La seconde maltraitance est celle liée à l'organisation comme le rythme imposé des soins, le manque de personnel ou encore les annonces brutales et la quête d'informations auprès de professionnels peu disponibles. À travers ces exemples, on s'aperçoit que les patients subissent ces situations et qu'elles s'imposent à eux. C'est pourquoi Margot PHANEUF parle des « maltraitances ordinaires » et pas seulement de « maltraitance ordinaire. » Selon elle, elles sont qualifiées ainsi parce « *qu'elles sont courantes, banalisées, acceptées de manière passive et nourries du silence des intervenants. Avec le temps, elles deviennent presque invisibles*<sup>30</sup> ».

Si on se base sur différents témoignages, lettres de patients ou encore de leurs avis suite à une hospitalisation, il en ressort le même constat : la volonté d'être écouté, entendu et pris en considération par les soignants. Si, en tant que future soignante, il m'arrive de « *méconnaître les besoins de l'autre, mésestimer sa parole, ses attentes ou ses frayeurs [...]* », cela ne me « *conduit qu'à ignorer la personne et à mépriser la vie*<sup>31</sup> ».

Or, le soignant est là pour prendre-soin de la personne soignée qui réclame des attentions spécifiques. C'est pourquoi, qu'il me paraît essentiel de mettre la notion de bientraitance au cœur du métier de soignant. Elle se définit comme « *un état d'aide et de compréhension du malade et de ses proches entretenu par un personnel à l'affût de leurs besoins [...], soucieux de les écouter et de les reconforter, attentif à leurs attentes de confort, de soulagement de la douleur et de soins*<sup>32</sup> ».

On peut voir que les professionnels de soins ont conscience de leurs comportements à l'égard des patients et qu'ils souhaitent trouver des solutions pour y pallier. Une de celles-ci serait notamment la mise en place d'une politique de bientraitance visant à promouvoir le bien-être du patient en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance. On retrouverait comme actions la formation et la sensibilisation des professionnels dans les établissements de santé, la mise en place de groupes de réflexion sur les pratiques ainsi que des actions de prévention de la maltraitance.

Or, une des solutions existantes à l'heure actuelle à disposition des soignants est la mise en place de projet de soins personnalisé pour chaque patient. À mon avis, il serait nécessaire de mettre l'accent sur ce dernier, le développer, et le mettre en œuvre dans chaque service afin de recentrer l'humain au cœur des soins. C'est pourquoi, je consacrerai ma dernière partie sur le projet de soins personnalisé.

---

<sup>30</sup> PHANEUF, Margot. *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*. Mai 2013. p7. Disponible sur <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf> (consulté le 22 Février 2018)

<sup>31</sup> *Ibid.* p7.

<sup>32</sup> *Ibid.* p10.



### 3) Le rôle clé de l'infirmier dans la prise en charge du patient : le projet de soins personnalisé

#### 3.1) Le projet de soins personnalisé : définitions

En 1982, Marie-Françoise COLLIÈRE évoque le projet de soins infirmier dans la dimension de la prise en charge de la personne soignée : elle l'intitule alors le projet de soins du malade. Je pense que le projet de soins infirmier permet au soignant, dans un premier temps de cibler les problèmes de santé de chaque patient. Il est rédigé sous la forme de problème(s) – étiologie(s) – signe(s) (PES). Il permet donc à l'infirmier d'avoir une vision globale du patient et de s'organiser en planifiant les soins ou actions qu'il a à réaliser pour répondre aux problèmes de santé réels ou potentiels du jour.

D'après la Haute Autorité de Santé, *« l'évaluation initiale globale [...] de l'état de santé du patient permet d'établir un projet de soins personnalisé (PSP). Pour chaque patient, ce projet est élaboré et réajusté tout au long de sa prise en charge à partir des évaluations périodiques de son état de santé<sup>33</sup> [...] ».*

Le projet de soins constitue l'une des étapes de la démarche clinique infirmière et est issu d'une méthodologie précise qui doit être adaptée à chaque patient. Il fait donc inévitablement partie du rôle de l'infirmier. Il faut savoir qu'il fait partie de son référentiel de compétences qui s'intitule *« Concevoir et conduire un projet de soins infirmier<sup>34</sup>. »* Pour le réaliser, *« l'infirmier identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue<sup>35</sup> ».*

Dans un second temps, une autre définition me semble intéressante puisqu'elle associe les notions d'adaptation et de personnalisation. Ces deux termes me semblent importants dans la prise en charge du patient et notamment dans le cadre du projet de soins personnalisé. Selon Margot PHANEUF, *« [...] le projet de soins est un processus d'adaptation des soins à la personne. C'est un processus intellectuel structuré selon des étapes ordonnées, utilisé pour planifier des soins personnalisés visant le mieux-être de la personne soignée<sup>36</sup> ».*

---

<sup>33</sup> HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010. p57. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf) (consulté le 19 Janvier 2018)

<sup>34</sup> Compétence 2 du référentiel de compétences de l'infirmier. Editions Berger-Levrault. p32.

<sup>35</sup> Article R4311-3 du Code de la santé publique, disponible sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=L\\_EGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=L_EGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid) (consulté le 06 Février 2018)

<sup>36</sup> PHANEUF, Margot. *La planification des soins, un système intégré et personnalisé*. Montréal, Québec.1996. p55.

Comme je l'ai détaillé dans mon analyse, chaque personne est unique et donc chaque projet de soins l'est aussi. En effet, il est réalisé en quelque sorte de manière « sur mesure » pour chaque patient. La notion de personnalisation signifie donc, que nous prenons en soin le patient à part entière, de manière individuelle. L'infirmier s'appuie alors sur les ressources de la personne soignée, son état de santé et ses besoins pour adapter spécifiquement sa prise en charge. Il ne faut pas oublier que le patient est acteur et que « *ce projet de soins infirmiers individualisé est un processus dynamique qui évolue et qui sera réajusté*<sup>37</sup> [...] ». Cet outil est donc nécessaire à l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la personne soignée. Afin de mener à bien ce projet, les notions de consentement, de relation de confiance et d'alliance thérapeutique me paraissent essentielles.

Dans le cadre de ma situation, le projet de soins de Mme S était ciblé sur l'évaluation, la surveillance et le maintien de ses capacités respiratoires, sur son alimentation et sa mobilité. L'infirmier élaborait donc son projet de soins en fonction de l'état de santé de la patiente à un jour X. Afin de répondre à l'ensemble de ses besoins, ce dernier travaillait alors en collaboration avec divers professionnels, ce qui m'amène à parler de la prise en charge globale de la personne soignée.

### **3.2) Prise en charge personnalisée et globale**

Comme je l'ai détaillé précédemment, le projet de soins personnalisé fait partie intégrante de la prise en charge du patient. Celle-ci est donc dans un premier temps individuelle. La prise en charge personnalisée « *sert à gérer au mieux le parcours médical d'un patient en fonction de ses caractéristiques personnelles et doit permettre d'assurer la continuité des soins* [...]»<sup>38</sup>. Cette prise en soins individualisée est primordiale afin de connaître le patient que j'ai en face de moi. Son histoire de vie, ses antécédents, sa pathologie actuelle ou encore ses traitements sont tout aussi importants que son ressenti face à l'impact de la maladie sur sa vie quotidienne.

Certes, la personne soignée nécessite des soins appropriés face aux divers problèmes de santé qui se présentent à elle mais elle a aussi besoin d'attention, d'écoute et de soutien pour faire face à la maladie. C'est pourquoi, il est essentiel en tant que soignant d'accorder une importance particulière au projet de soins personnalisé puisqu'il s'appuie sur les besoins et les ressources du patient qui est acteur de celui-ci.

---

<sup>37</sup> Définition disponible sur <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/le-cadre-de-sante-porteur-du> (consulté le 11 Février 2018)

<sup>38</sup> Définition tirée du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMeF), disponible sur <http://www.chu-rouen.fr/page/prise-en-charge-personnalisee-du-patient> (consulté le 11 Février 2018)

Dans le cadre de ma situation, Mme S se trouvait dénutrie et très affaiblie physiquement du fait de sa désaturation respiratoire. Elle n'acceptait pas le fait de devenir dépendante du personnel soignant, et elle était inquiète pour son mari qui restait seul chez eux. Elle voulait que tout soit mis en œuvre pour qu'elle puisse retourner chez elle dans les meilleurs délais. Afin de répondre à l'ensemble de ses besoins, l'infirmier travaillait donc avec divers professionnels.

Le travail en collaboration, l'organisation et la coordination des interventions soignantes sont donc indispensables afin de mener à bien le projet de soins. Même si la prise en charge de la personne soignée est en premier lieu individuelle, elle est également globale puisqu'elle « *implique une collaboration pluri-professionnelle* <sup>39</sup>[...] ». Bien qu'individualisation et globalité soient deux termes opposés, ils sont complémentaires dans le cadre d'une prise en charge de qualité. Celle-ci est dite globale car, « *elle s'opère dans le cadre d'une collaboration active avec l'équipe soignante, les médecins et la famille afin d'améliorer les soins*<sup>40</sup> ». En effet, il faut savoir que « *l'infirmier exerce son activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif*.<sup>41</sup> » Elle est également qualifiée d'holistique car elle « *concerne tous les aspects moteurs, socio-psychologiques du patient et prend en compte l'aspect économique et environnemental*<sup>42</sup> ».

Effectivement, comme on peut le voir dans ma situation, le projet de soins personnalisé de Mme S gravite autour de différents intervenants qui ont joué un rôle prépondérant dans sa prise en charge. Ces derniers, ayant chacun des compétences spécifiques ont su répondre à l'ensemble de ses besoins (le médecin sur le plan somatique, la diététicienne sur le plan nutritionnel, la psychologue sur le plan psychologique, le kinésithérapeute sur le plan moteur et respiratoire).

Finalement, afin de mener à bien la prise en charge de la personne soignée, l'infirmier doit réaliser un projet de soins fiable qui doit être actualisé. Les transmissions et les réunions de concertation sont donc capitales afin de garantir une cohérence et une continuité des soins. Le terme de « prendre soin » me fait écho puisqu'il précise l'attitude soignante à adopter pour accompagner au mieux le patient face à la maladie.

---

<sup>39</sup> Guide du service de soins infirmiers du Ministère de la Santé de la Solidarité et de la Protection Sociale (2001), disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_du\\_service\\_de\\_soins\\_infirmiers.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf) (consulté le 12 Février 2018)

<sup>40</sup> PAILLARD Christine. *Op. cit.* Concept de prise en charge. p293.

<sup>41</sup> Article R4311-1 du Code de la Santé Publique, *op.cit.* (consulté le 08 Février 2018)

<sup>42</sup> PAILLARD Christine. *Op.cit.* p293.

### 3.3) La notion de « caring » ou « prendre soin »

Le terme anglais « *caring*, renvoie à une action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un dans une attitude de sollicitude et d'attention<sup>43</sup>. » La traduction la plus utilisée en français de ce terme est « prendre soin ». Ce concept de soins infirmiers a été proposé par Jean WATSON en 1979. Selon elle, le « caring » est « un ensemble de facteurs caratifs (en opposition au terme curatifs) qui fondent une démarche soignante permettant de favoriser [...] le rétablissement ou le maintien de la santé [...] »<sup>44</sup>.

Je trouve cette définition intéressante puisque l'auteur fait la différence entre deux points essentiels du métier infirmier. D'un côté il y a les facteurs curatifs, qui englobent les soins techniques et les protocoles qui ont pour but de traiter la maladie. De l'autre, il y a les facteurs caratifs, correspondant aux soins relationnels et à l'attitude soignante basée sur une approche humaine. Même si ces facteurs sont dissociés en deux catégories, ils sont étroitement liés et dépendants les uns des autres.

Prendre soin de quelqu'un fait donc inévitablement partie du rôle infirmier et se retrouve au cœur du métier. Malheureusement, le système de santé actuel se retrouve déstabilisé par la science, les techniques, les restrictions budgétaires, les restrictions de personnels et est en perte d'humanité. « *Ce qui est justement le « rôle propre » de l'infirmière, devient un cauchemar quand la gestion hospitalière devient trop « rationnelle », se fourvoie dans le taylorisme. Je ne souhaite pas pour la profession qu'on devienne des ouvrières qualifiées<sup>45</sup> [...] ».*

C'est pourquoi, plusieurs auteurs, notamment Walter HESBEEN accorde une importance particulière et cherche à mettre en avant le « prendre soin ». Selon l'auteur, il convient dans un premier temps de faire la différence entre « faire des soins » et « prendre soin ». Le terme « faire des soins » est instrumentalisant et met en avant le fait que l'infirmier est très centré sur les soins qu'il a à réaliser. « *Etre centré sur la succession de tâches à effectuer est ce qu'il y a de plus désastreux pour la construction de l'identité infirmière. On peut ainsi effectuer une tâche ou poser un acte avec soin mais sans prendre nullement soin de la personne « sur laquelle » on intervient, car l'attention est centrée sur l'acte posé<sup>46</sup>.* »

---

<sup>43</sup> VIGIL-RIPOCHE, Marie-André. Concept de prendre soin et soin, care et caring, disponible dans le livre *Les concepts en sciences infirmières*. 2009. p244.

<sup>44</sup> WATSON, Jean. *Le Caring : philosophie et science des soins infirmiers*. Traduction française sous la direction de BONNET Josiane. 1998. p21.

<sup>45</sup> BENEVISE, Nicole. *Journal d'une infirmière : ma part des autres*. 1993. p57.

<sup>46</sup> HESBEEN, Walter. *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. 1997. p73.

Dans le cadre de ma situation, Mme S m'a mis en garde sur notre façon de travailler au sein du service. En effet, elle a voulu me montrer que nous réalisions les mêmes actes, posions les mêmes questions et venions la voir quasiment à la même heure tous les jours. De par sa réaction et son discours, je me suis aperçue que cela avait alors un impact sur ses émotions et son ressenti. Je me demande alors si l'agressivité n'était pas le seul moyen à disposition de la patiente afin de nous faire réagir et d'attirer notre attention. Par le biais de nos actions, Mme S ne s'est peut-être pas sentie prise en charge de manière individuelle et a voulu nous faire comprendre que, nous, soignants, étions centrés sur sa pathologie et sur les actes à réaliser.

Selon moi, il convient d'intégrer le prendre soin comme une valeur professionnelle et personnelle puisque cela signifie que je me mets à la disposition de l'autre. Cela permet donc de mettre le patient au cœur du soin en tenant compte de sa singularité ce qui favorise l'instauration d'une relation de confiance entre soignant-soigné. La définition de prendre soin de Walter HESBEEN me semble donc adéquate puisqu'elle « *désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé.*<sup>47</sup> [...] ». Prendre soin signifie que je me rends disponible pour autrui. À travers mon attitude, mes gestes, mes paroles et mes actes, je lui montre qu'il compte pour moi, que je le respecte et que je respecte sa dignité en tant qu'être humain à part entière. De plus, « *prendre soin n'est pas seulement : médicaments, pansements, injections. Prendre soin n'est pas guérir mais être prêt à rencontrer l'autre, à l'accompagner au quotidien et à s'accompagner l'un l'autre [...]*<sup>48</sup> ».

Effectivement, je pense que le projet de soins personnalisé est l'outil phare de l'infirmier pour ne pas oublier l'humanité de chaque patient. Ce dernier permet la rencontre entre deux individus qui vont partager un moment de leur vie ensemble. Afin que ce projet de soins soit profitable, le soignant doit tout mettre en œuvre pour l'adapter au mieux aux besoins du patient qui doit s'y retrouver. Si le projet de soins est réussi, les deux acteurs seront satisfaits et reconnaissants de leur implication l'un envers l'autre.

---

<sup>47</sup>HESBEEN Walter. *Op.cit.* p8.

<sup>48</sup> Texte sur le « Prendre soin », paru dans la revue Présences de Lyon en Avril 1995, d'après P. Morel-Vulliez. Présent dans le livre de Walter HESBEEN, *Prendre soin à l'hôpital*, p180.

### **III] Partie empirique**

#### **1) Méthode de recherche**

Afin d'enrichir ma phase conceptuelle, j'ai réalisé deux entretiens exploratoires auprès de professionnels afin de confronter les recherches de mon cadre conceptuel avec la réalité de la pratique infirmière sur le terrain. Cela oriente donc mon travail de recherche vers une méthode dite qualitative. Cela signifie que je m'appuie sur le vécu, les représentations, les perceptions et les témoignages des professionnels interrogés.

##### **1.1) Guide d'entretien**

Afin de mener à bien les entretiens semi-directifs anonymisés, j'ai réalisé un guide d'entretien me permettant de cibler les sujets à aborder. L'entretien semi-directif est le meilleur moyen pour recueillir les pensées de l'infirmier car cela lui permet de s'exprimer librement. De plus, cela me permet d'intervenir pour rediriger le discours vers le sujet initial ou mettre en œuvre des questions de relance si besoin. Mes entretiens ont pour but de mettre en avant la ou les représentations qu'ont les infirmiers de la prise en charge du patient, ce qu'ils pensent de la place de l'humain au sein des soins et leur définition du projet de soins personnalisé.

##### **1.2) Les professionnels interrogés**

J'ai réalisé mes deux entretiens auprès de deux infirmiers exerçant dans des services de médecine au sein de structures différentes, depuis des périodes diverses.

J'ai volontairement choisi des services qui mettent en œuvre des projets de soins personnalisés afin de comprendre l'intérêt et la place qu'à cet outil au sein du quotidien des soignants. De plus, je ne voulais pas faire de comparaison entre un service qui le met en place et l'autre pas car ce n'est pas le but de ma recherche. J'ai également choisi de faire mes entretiens auprès d'une structure publique et d'une structure privée, cela dans des régions différentes afin de constater les modalités de mise en place du projet de soins personnalisé au sein de divers établissements.

Même si la profession est majoritairement féminine, j'ai eu l'opportunité de réaliser un entretien auprès d'un infirmier de chaque sexe, chacun ayant des années d'expériences diverses. Cela a été fait indépendamment de ma volonté puisqu'ils ont été choisis par les cadres des services. Je trouve intéressant d'avoir pu interroger des infirmiers ayant une expérience professionnelle distincte car cela me permet de voir si cela a un impact sur la prise en soin du patient.

Le premier entretien a été réalisé avec François, 28 ans, diplômé depuis 2013. Il est infirmier en service de médecine gériatrique depuis 1 an et demi au sein d'une clinique de la région Centre-Val-De-Loire. Il a travaillé dans différents services tels qu'en médecine interne, en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et en soins de suite et de réadaptation (SSR) de jour et de nuit.

Le second entretien s'est déroulé avec Valérie, 41 ans, diplômée depuis 1998. Elle est infirmière en service de médecine depuis 3 ans au sein d'un hôpital de la région Poitou-Charentes. Elle a travaillé dans différents services, notamment en chirurgie orthopédique, en soins de suite et de réadaptation, en EHPAD et en psychiatrie.

### **1.3) Conditions et déroulement des entretiens**

Les deux entretiens se sont réalisés suite à la prise de rendez-vous. Les infirmiers ont été informés de l'enregistrement de l'échange qu'ils ont accepté et leurs prénoms ont été déontologiquement modifiés. Les entretiens sont retranscrits en annexes sous forme de verbatim. Ils ont été réalisés dans des bureaux situés à l'écart des services, portes fermées. J'ai suivi mon guide d'entretien et j'ai utilisé certaines de mes questions de relance. Nous avons été interrompus lors de l'entretien avec Valérie car elle avait gardé son DECT avec elle (de l'anglais Digital Enhanced Cordless Telecommunications, abrégé en DECT signifiant littéralement « téléphone sans-fil numérique amélioré »). Je n'ai pas pris de notes au cours de ces entretiens afin de me concentrer sur les propos des infirmiers et cela dans le but de rester dans une attitude d'écoute.

## **2) Traitement et analyses des données recueillies**

Afin d'exploiter les entretiens réalisés, j'ai décidé de construire un tableau me permettant de structurer mon travail d'analyse en articulant les idées. Cela me permet d'identifier les convergences et/ou divergences entre les propos des infirmiers interrogés et mon cadre conceptuel et/ou constater la présence d'éléments nouveaux.

### **2.1) Prise en charge de la personne soignée**

La première notion abordée dans mes entretiens concerne la prise en charge.

Dans un premier temps, les propos des professionnels se rejoignent sur le fait que la prise en charge du patient est globale. D'après François, le terme globalité signifie « *prendre en soin le patient de A à Z* » (Lignes 27-28), ce qui coïncide avec l'idée de Valérie qui entend par globalité, « *le fait de prendre en compte toutes les difficultés qui découlent du problème de santé* » (Lignes 30-31).

Cette première idée se joint donc à ce que j'avais abordé dans mon cadre conceptuel à savoir que la prise en charge de la personne soignée est holistique puisqu'elle « *concerne tous les aspects moteurs, socio-psychologiques du patient et prend en compte l'aspect économique et environnemental*<sup>49</sup> ».

Dans un second temps, il en ressort que cette prise en charge nécessite un travail en collaboration afin d'être la plus efficiente possible. En effet, selon François, « *plusieurs intervenants gravitent autour du patient et on les sollicite en fonction des besoins* » de ce dernier (Lignes 37-38). Valérie le rejoint sur cette idée puisqu'elle considère que « *c'est le travail d'équipe qui permet une prise en charge adaptée et la plus correcte du patient* » (Lignes 33-35). De plus, les deux infirmiers font le lien avec la notion de pluridisciplinarité qui concerne « *autant le plan médical que le plan social ou psychosocial* » selon François (lignes 35-36). On retrouve bien cette idée chez Valérie qui dit que « *ça demande l'intervention et les actions de plusieurs intervenants de différents domaines que ce soit des professionnels sociaux, médicaux ou paramédicaux* » (Lignes 31-33). Cette seconde idée se lie également à mon cadre conceptuel puisque j'avais évoqué le fait que cette prise en charge globale « *s'opère dans le cadre d'une collaboration active avec l'équipe soignante, les médecins et la famille afin d'améliorer les soins*<sup>50</sup>. » À noter que cela se retrouve dans le Code de la Santé Publique qui stipule que « *l'infirmier exerce son activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif*<sup>51</sup> ».

Dans un troisième temps, Valérie associe la prise en charge du patient au prendre soin. Elle n'a pas utilisé le terme à proprement dit mais elle l'évoque inconsciemment puisque sa définition se rapproche de celle de Walter HESBEEN. D'après l'auteur, prendre soin « *désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé*<sup>52</sup> [...] ». Cette définition regagne l'idée de Valérie lorsqu'elle évoque le fait de « *porter un regard sur cette personne, sa situation et apporter mon aide pour améliorer son état de santé* » (Lignes 19-21).

Dans un quatrième temps, les professionnels interrogés ont tous deux associé le terme « charge » avec le terme « poids ».

---

<sup>49</sup> PAILLARD Christine. *Op.cit.* p293.

<sup>50</sup> *Ibid.*

<sup>51</sup> Article R4311-1 du Code de la Santé Publique, *op.cit.* (Consulté le 08 Février 2018)

<sup>52</sup> HESBEEN Walter. *Op.cit.* p8.



François précise qu'il « *interagit avec des patients à qui on prodigue des soins donc ce n'est pas censé être un poids pour nous* » (Ligne 45-47). Valérie le rejoint en disant que « *dans le mot prise en charge y'a le mot charge. Et ça fait un peu, fardeau, poids... quelque chose qu'on doit supporter [...]* » (Lignes 39-40). Je m'aperçois donc que je n'ai pas fait le lien avec cette notion dans mon mémoire puisque le terme prise en charge est un concept et que prise en soin n'en est pas un. Cependant, j'avais associé prise en charge avec la notion de prendre soin puisque les deux sont étroitement liés.

Enfin, je constate que Valérie aborde le concept d'accompagnement lorsqu'elle parle de prise en charge puisque, pour elle, « *c'est tout mettre en œuvre pour soigner la personne et l'accompagner* » (Lignes 42-43). Je n'ai pas abordé cette notion dans ma phase conceptuelle puisque j'ai dû faire des choix concernant mon sujet de recherche. Mais, je m'aperçois que je l'ai évoqué inconsciemment dans le sens où j'en déduis que le projet de soins personnalisé permet la rencontre entre deux êtres humains qui mettent en commun leur énergie pour atteindre des objectifs fixés. Cela rejoint la définition de Patrick VERSPIEREN qui dit « *qu'accompagner quelqu'un, ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas*<sup>53</sup> ».

## **2.2) La place de l'humain au sein des soins**

La seconde partie de mes entretiens concerne la place qu'occupe l'humain dans le quotidien des soignants.

Les deux infirmiers sont d'accord sur le fait que l'humain est présent dans leur métier de tous les jours. François considère « *qu'on est des humains et qu'on interagit avec des humains* » (Lignes 54-55) et Valérie affirme qu'elle « *travaille aux côtés et pour des êtres humains.* » (Lignes 48-49). Cette dernière m'explique qu'elle « *parlerait plus d'humanité que d'humain* » (Ligne 50) car pour elle, c'est « *être capable de repérer les difficultés et besoins de la personne et chercher des solutions à ses problèmes.* » (Lignes 54-57).

On retrouve une nouvelle fois dans ces propos le concept d'accompagnement mais également le concept d'humanité.

---

<sup>53</sup> VERSPIEREN Patrick. *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement.* 1999. p183.

François m'informe qu'il trouve que l'humain est pris en considération mais, de « *moins en moins* » (Ligne 58) car il « *trouve qu'on le dénigre et qu'on n'a pas vraiment le temps de lui accorder l'attention qu'on voudrait* » (Lignes 58-59). Valérie le rejoint sur cette idée en disant qu'elle « *pense que plusieurs choses rentrent en compte* » (Lignes 69-70) et nous « *oblige à devenir moins attentifs, moins patients, moins disponibles* » ce qui la « *conditionne à devenir en quelque sorte moins humaine* » (Lignes 72-74). Ici, les professionnels constatent qu'ils prennent de moins en moins de temps auprès des patients. De plus, ils n'arrivent pas à leur accorder l'attention souhaitée et ce, à cause de plusieurs choses qu'ils nomment « *facteurs* ». Valérie dit que, « *malheureusement (soupirs), aujourd'hui, plusieurs facteurs sont à prendre en compte et influencent notre manière de travailler* » (Lignes 61-63). Elle poursuit en disant qu'elle « *a moins de temps, de plus en plus de patients, de moins en moins de personnels...* » et que « *les patients sont de plus en plus exigeants [...]* » (Lignes 64-66). François suit cette idée puisqu'il « *pense que c'est dû à un tas de facteurs* », notamment « *l'environnement et à l'organisation des soins et au fait qu'on a de plus en plus de patients qui demandent de plus en plus de soins, de temps... et... le manque de personnel joue aussi beaucoup.* » (Lignes 76-78).

Cela m'amène donc à dire, en premier lieu, que les infirmiers interrogés ont conscience que la dégradation de leurs conditions de travail impacte leur manière de travailler. Cela rejoint mon cadre conceptuel mais également les propos de Margot PHANEUF lorsqu'elle dit qu'il « *faut cependant reconnaître que les conditions faites au personnel sont souvent loin d'être favorables à la qualité humaine des soins, que la surcharge de travail, la hâte toujours nécessaire, la fatigue et le stress qui s'ensuivent posent d'énormes difficultés qu'il nous faut comprendre*<sup>54</sup> ».

En second lieu, les professionnels interrogés s'aperçoivent que cela a des impacts sur le soigné mais également le soignant. François m'informe que « *le patient va se sentir dévalorisé, délaissé, pas pris en considération et exclu de son identité propre* » (Lignes 85-86). Valérie me dit qu'elle « *sait que le patient le ressent* » et que « *ça impacte la relation soignant-soigné* » (Lignes 94-95). De plus, cela la « *rend triste* » car elle « *s'aperçoit qu'elle considère chaque petit moment passé auprès du patient comme un trésor. Alors que.. ça devrait être normal de passer du temps avec lui* » (Lignes 97-100).

---

<sup>54</sup> PHANEUF, Margot. *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers*. Mai 2013. P7. Disponible sur <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf> (consulté le 07 Avril 2018)

Je constate que j'ai parlé de certaines notions dans ma phase précédente, notamment les notions de maltraitance institutionnelle et liée aux comportements des soignants, mais, je n'ai pas parlé de l'impact que peuvent avoir les conditions de travail sur les émotions de ces derniers.

Par la suite, je m'aperçois qu'inconsciemment, François évoque la notion de banalisation de l'humain lorsqu'il me parle des nouvelles feuilles de transmission de son service qui comportent « *juste le numéro de chambre, la première lettre du nom du patient et la raison de sa venue.* » (Lignes 61-62). Il me dit que, s'il se « *met à la place d'un remplaçant qui arrive dans le service, il se retrouve avec Mme P et Mr G et il ne sait absolument pas qui se cache derrière... Donc pour lui ce sera la chambre 201 et la 213 ou l'ATEG qui vient de rentrer ou la chute...* » (Lignes 67-71). Ce qui est intéressant c'est que François en a conscience et qu'il ne sait pas « *si on accepte ce mode de fonctionnement par rapidité ou parce que c'est devenu une norme ou une habitude* » (Lignes 103-105). Cela rejoint ce que j'ai abordé dans mon cadre conceptuel lorsque j'ai parlé des habitudes de soins ainsi que de la banalisation de l'humain. Ce qui m'interpelle ici ce sont les termes utilisés par l'infirmier que sont « *mode de fonctionnement* » et « *norme* ». Le fait de parler de numéro de chambre ou de pathologie serait alors devenu quelque chose de courant et serait accepté par les soignants dans le sens où l'infirmier interrogé parle de norme et de fonctionnement.

Enfin, je m'aperçois que Valérie évoque la notion de productivité lorsqu'elle me dit qu'elle « *doit être rapide, productive, efficace* » et qu'elle en arrive même à faire « *des actes de façon mécanique* » (Lignes 82-83). Cela rejoint étroitement ce que j'avais abordé dans mon cadre conceptuel en ce qui concerne la notion de taylorisme qui a tendance à émerger dans le domaine des soins. Ce dernier « *préconise des méthodes de rationalisation des tâches afin d'augmenter le rendement et les profits des entreprises*<sup>55</sup> ». Selon Margot PHANEUF, « *Les mots d'ordre mettent en avant le rendement à tout prix dans notre monde où il faut toujours produire davantage. Ce sont les leitmotifs des idéologies Ford du travail à la chaîne, du taylorisme moderne [...] appliqués tantôt de manière logique, tantôt de manière arbitraire dans nos hôpitaux*<sup>56</sup> ».

---

<sup>55</sup> Définition de SYLVAIN Mickaël, présente dans l'article de PHANEUF, Margot. *Qualité de vie au travail ou qualité des soins : faut-il vraiment faire un choix ?* Octobre 2014. p1. Disponible sur <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/09/Qualite-de-vie-au-travail-ou-qualite-des-soins.pdf> (consulté le 07 Avril 2018)

<sup>56</sup> *Ibid.* p1.

### 2.3) Le projet de soins personnalisé

La dernière partie de mes entretiens concerne le projet de soins personnalisé et s'intéresse aux définitions qu'ont les soignants de cet outil, l'intérêt qu'ils leur porte et ce que cela leur procure.

Tout d'abord, les professionnels interrogés définissent le projet de soins comme un plan d'action ayant des buts précis. Valérie me dit que pour elle, « *c'est la mise en place d'actions pour que le patient atteigne des objectifs précis* » (Lignes 113-114). François la rejoint en m'informant qu'il contient « *des objectifs et que plusieurs moyens sont mis en place pour y arriver sur le court, moyen et long terme* » (Lignes 130-131). Ce dernier évoque également les notions d'évaluation et de réajustement, ce qui rejoint ce que j'avais évoqué dans mon cadre conceptuel en ce qui concerne les différents éléments qui constituent cet outil. De plus, les deux infirmiers évoquent le travail en collaboration qui selon eux est « *primordial puisqu'il va permettre de couvrir* » (propos de Valérie, Lignes 126-128) « *et répondre à l'ensemble des besoins du patient* » (propos de François, Lignes 133-134).

Par la suite, les infirmiers interrogés mettent tous deux en avant la place importante qu'occupe la famille dans le projet de soins personnalisé. François m'explique qu'il « *concerte aussi la famille parce que c'est un élément moteur pour le patient* » qui va alors les « *aider à fixer d'autres objectifs plus adaptés si ceux fixés ne sont pas atteints* » (Lignes 141-143). Pour Valérie, « *c'est indispensable que la famille soit intégrée dans le projet de soins parce que le patient va se sentir soutenu par ses proches* » (Lignes 144-145). Je constate alors que je n'ai pas évoqué cette notion-là dans ma phase précédente puisque la famille de Mme S n'était pas présente au moment de ma situation et qu'elle n'apparaissait pas dans son projet de soins. De plus, son mari ayant des problèmes de santé, il ne pouvait pas être présent aux côtés de son épouse.

D'autre part, il ressort des deux entretiens l'importance accordée à la personnalisation de cet outil. Pour François, « *comme son nom l'indique, il est personnalisé donc propre à chacun* » (Lignes 157-158) et cela « *montre en quelque sorte au patient le fait qu'on l'individualise et qu'à ce moment précis on s'occupe de lui et personne d'autre* » (Lignes 165-167). Cela est en adéquation avec les propos de Valérie lorsqu'elle dit qu'il « *y a autant de projets de soins personnalisés que de patients* » (Ligne 153-154) et qu'il est important qu'ils ne soient pas tous identiques car sinon « *on tomberait certainement dans la routine et, le gros risque serait la dépersonnalisation des soins* » (Lignes 159-160).

Cela rejoint mon cadre conceptuel lorsque j'évoquais la notion de banalisation de l'humain et les habitudes de soins qui peuvent conduire à la routine. Cela me fait penser aux propos de Marie-Andrée VIGIL-RIPOCHE lorsqu'elle dit que « *les infirmières se retrouvent dans des schémas d'action soit habituels et routiniers, soit trop codifiés et simplifiés type les protocoles de soins à appliquer qui, certes, facilitent le travail au quotidien mais appellent aussi la routine*<sup>57</sup> ».

Enfin, d'après les professionnels questionnés, afin que cet outil soit le plus bénéfique possible, le patient doit être acteur et engagé dans sa réalisation, tout comme le soignant. Selon Valérie, « *c'est comme si on passait un contrat tous les deux. Soit on va au bout ensemble et chacun aura tiré profit de ce qu'il a pu apporter à l'autre, soit on s'aperçoit ensemble que ça ne va pas et qu'il faut trouver d'autres moyens pour atteindre les objectifs fixés* » (Lignes 133-136). Pour François, « *c'est important de pas oublier que le patient doit être acteur mais nous aussi on l'est parce qu'on met en place ce projet pour lui et avec lui [...]* » (Lignes 161-163). Il poursuit en m'expliquant que si ce projet est « *bénéfique, il en sort content et satisfait* » (Ligne 163-164) et il éprouve même « *de la fierté parce qu'il voit le patient progresser [...]* » (Ligne 169). Apparaît alors la notion de satisfaction tant pour le soignant que pour le soigné, ce qui se rallie aux propos de Valérie lorsqu'elle dit « *qu'on sera tous les deux satisfaits des résultats obtenus et c'est grâce à ça qu'on pourra continuer à avancer ensemble* » (Lignes 172-174). La satisfaction au travail est un élément que je n'ai pas évoqué dans mon mémoire et pourtant, c'est ce qui motive les soignants à toujours donner le meilleur d'eux-mêmes pour les patients. « *Celle-ci peut être définie comme la somme des différences entre résultats attendus et résultats obtenus. En milieu hospitalier, la satisfaction du personnel soignant et de l'encadrement est souvent liée à celle des personnes soignées. Il est toujours agréable de recevoir des remerciements [...] ou de lire la fiche de sortie d'un patient satisfait de son séjour*<sup>58</sup>. »

### 3) Synthèse

À présent, je vais faire le bilan de ma phase exploratoire. Je vais notamment mettre en avant les éléments convergents présents dans mon cadre conceptuel et empirique, et, je vais également évoquer les éléments nouveaux.

---

<sup>57</sup> VIGIL-RIPOCHE Marie-Andrée. « *D'exécuter un soin à penser le soin* » ou de la difficulté à « *mettre en mots* » la pratique infirmière. Article tiré de la Revue en soins infirmiers n°85. ARSI. Juin 2006. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-65.htm#pa1> (consulté le 08 Avril 2018)

<sup>58</sup> CARRE Stéphane. *La motivation au travail : approche terminologique*. Octobre 2002. Disponible sur <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/La-motivation-au-travail-1> (consulté le 08 Avril 2018)

Suite à l'analyse de ma situation, j'avais formulé la question de départ suivante : « **En quoi un projet de soins personnalisé peut-il aider l'infirmier à recentrer sa prise en charge sur l'humain, auprès d'une personne atteinte d'une pathologie chronique au sein d'un service de médecine ?** »

Tout d'abord, afin d'y répondre par l'intermédiaire de la théorie, j'ai analysé trois concepts différents que sont : l'humain, le projet de soins personnalisé et la prise en charge. Par la suite, j'ai réalisé un guide d'entretien comprenant des questions sur ces trois concepts afin de confronter cela avec la réalité du terrain.

Dans un premier temps, l'analyse des entretiens m'a permis de retrouver certaines notions que j'avais abordé dans mon cadre conceptuel à savoir : l'importance du travail en collaboration et l'individualisation de la prise en charge mais, également, la déshumanisation des soins causée par différents éléments et ayant des conséquences diverses sur le soignant et le soigné.

Dans un second temps, je constate lors de mes entretiens l'apparition d'éléments nouveaux : le concept d'accompagnement, la place occupée par la famille dans la prise en soin du patient mais aussi les impacts que peuvent avoir les conditions de travail sur le soignant et ses émotions.

Je tiens cependant à rappeler que les entretiens réalisés sont peu représentatifs puisqu'ils ne concernent que deux professionnels. Il s'agit ici d'une étude qualitative et non quantitative. Les infirmiers interrogés ne reflètent qu'un échantillon de la profession.

#### **4) Question de recherche**

Les nouvelles notions que je viens d'évoquer sont intéressantes à prendre en considération puisqu'elles permettent de faire évoluer mon questionnement initial.

Après réflexion, celui-ci se limitait uniquement à un outil précis : le projet de soins personnalisé. Une question me vient alors à l'esprit : comment les soignants peuvent-ils utiliser au mieux cet outil et en faire bénéficier le patient si leurs conditions de travail ne changent pas ?

Cela m'amène à formuler la question de recherche suivante : « **En quoi la qualité de vie au travail de l'infirmier impacte-t-elle la qualité des soins délivrée par ce dernier ?** »

## **5) Mise en œuvre de la recherche**

Pour répondre à cette question si mon travail se poursuivait, je proposerai la mise en œuvre d'entretiens quantitatifs concernant un échantillon de professionnels. Cet échantillon serait constitué d'infirmiers travaillant dans divers services de soins généraux (médecine, urgences, réanimation, etc.). Cependant, je pense qu'il serait également intéressant de questionner des professionnels travaillant sur des lieux de vie tels que les EHPAD.

Je me limiterai à 3 professionnels par services en conduisant ma recherche dans dix services différents afin d'avoir un échantillon total de trente professionnels interrogés. Cela se déroulerait sur une durée minimum de six mois afin d'avoir le temps nécessaire pour réaliser les entretiens, analyser les résultats obtenus et dresser une conclusion.

Ces entretiens semi-directifs seraient menés sur un échelon régional afin de limiter le champ de recherche et ce pour une question de faisabilité. Je contacterai au préalable les cadres des services ainsi que les responsables d'établissements afin de fixer les dates et lieux de déroulement des entretiens.

Afin de les orienter, je réaliserai un guide d'entretien composé de questions ouvertes et fermées ciblées sur l'environnement de travail de l'infirmier, les représentations qu'il en a, les impacts que peuvent avoir les conditions de travail dans son quotidien et ce qu'il met en place pour y remédier. Je testerai au préalable ce guide d'entretien sur deux professionnels pour le valider et/ou le réajuster si nécessaire.

Chaque entretien durerait entre trente et quarante-cinq minutes et se déroulerait dans une salle située à l'écart des services et propice au dialogue. Les professionnels interrogés seront informés au préalable de l'anonymat des entretiens ainsi que de leur enregistrement effectué à l'aide d'un dictaphone. Je leur demanderai de ne pas avoir leur DECT avec eux ou de l'éteindre afin de ne pas être interrompu lors des entretiens.

Par la suite, je retranscrirai dans un premier temps la totalité des entretiens. J'utiliserai l'analyse thématique en m'aidant d'un tableau. Cela me permettra d'avoir une vision globale des réponses recueillies et ainsi constater des convergences et/ou des divergences dans les propos. Je pourrai alors synthétiser les thèmes abordés et mettre en avant ce qui ressort le plus.

Enfin, cette question concernant inévitablement le soignant s'adresse également à une autre personne : le soigné. Je pense qu'il serait intéressant d'interroger des patients afin de recueillir leurs ressentis sur la prise en charge au sein du service et ce qu'ils pensent de la qualité des soins reçus. Cela serait réalisable en mettant en place un questionnaire de satisfaction ou une fiche d'appréciation qui serait donnée aux personnes soignées avant leur sortie. Celle-ci serait à déposer dans une boîte située devant la salle de soins au moment de leur départ. Les réponses recueillies seraient alors analysées de manière quantitative et synthétisées sous forme de graphiques et/ou diagrammes afin d'avoir une vision globale sous forme de pourcentage.



## Conclusion

Ce travail de fin d'études débute à partir de la question suivante : « **En quoi un projet de soins personnalisé peut-il aider l'infirmier à recentrer sa prise en charge sur l'humain, auprès d'une personne atteinte d'une pathologie chronique au sein d'un service de médecine ?** ». Face à cette interrogation, j'ai pu étudier trois concepts différents que sont l'humain, le projet de soins personnalisé et la prise en charge. Le fait d'interroger des professionnels de terrain a été très enrichissant pour visualiser la place qu'occupent ces notions au sein de leurs pratiques quotidiennes.

Cette phase empirique m'a permis de constater des convergences entre la théorie et la pratique des professionnels interrogés. De plus, grâce à ces entretiens, j'ai pu découvrir des éléments auxquels je n'avais pas forcément pensé mais, qui sont à prendre en considération au sein du métier d'infirmier. Cela concerne l'importance de la famille dans la prise en soins du patient, les conditions de travail et les impacts qu'elles peuvent avoir sur le soignant et le soigné. L'ensemble de ces notions ont permis de faire évoluer mon questionnement initial et de proposer la question de recherche suivante : « **En quoi la qualité de vie au travail de l'infirmier, impacte-t-elle la qualité des soins délivrés par ce dernier ?** ». Cette recherche aurait alors pour but de comprendre l'influence de différents facteurs (organisation, manque de personnel, etc...) sur le travail de l'infirmier et également de visualiser les répercussions que cela aurait sur les soins réalisés et reçus par les patients.

Enfin, ce travail de fin d'études m'a permis d'explorer d'une manière plus poussée un sujet qui a été à l'origine de nombreux questionnements lors de ma formation. Il m'a également permis d'approfondir mes connaissances et de poursuivre la construction de mon identité soignante. Grâce à cela, j'ai pu m'évaluer, prendre du recul et me remettre en question en vue d'améliorer mes pratiques professionnelles. J'ai aussi pris conscience que la personnalisation des soins, de même que le prendre soin et le travail en équipe sont des principes fondamentaux de mon futur métier.

En conclusion, ce travail de fin d'études s'adresse à l'ensemble du personnel soignant car il correspond au contexte actuel de la profession. Celui-ci peut permettre de mener une réflexion personnelle et professionnelle sur le soignant que l'on est et celui que l'on souhaite être.

## Bibliographie

### Ouvrages/livres :

- BENEVISE Nicole. *Journal d'une infirmière : ma part des autres*. Plon. 328 pages. 1993. ISBN 978-2-259-02668-0.
- BERGER LEVRAULT. *Recueil des principaux textes relatifs à la formation*. À jour le 15 Mars 2015. Réf. 531 200.
- BERQUIN Anne. *Les soins de santé entre standardisation et personnalisation : perspectives cliniques, économiques, éthiques et anthropologiques*. Seli Arslan. 2009. 152 pages. ISBN 978-2-842-76151-6.
- BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle. *Communication soignant-soigné : repères et pratiques*. IFSI formation paramédicale 2<sup>ème</sup> édition. Bréal. 2009. 158pages. ISBN 978-2-74950-904-4.
- BOUDIER Christiane, ARDIC-PULAS Talin, PITARD Laurence et al. *Cahiers des sciences infirmières : raisonnement et démarche clinique infirmière, projets de soins infirmiers, UE 3.1 et 3.2*. 164 pages. 2011. ISBN 978-2-294-71181-7.
- COLLIERE Marie Françoise. *Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. InterEditions.1982. 391pages. ISBN 978-2-729-60009-9.
- DESCARTES René. *Discours de la méthode*. Flammarion, publication originale en 1637, réédité en 2000. 189 pages. ISBN : 978-2-080-71091-8.
- DUPUIS Michel, GUEIBE Raymond, HESBEEN Walter. *La banalisation de l'humain dans le système de soins*. Seli Arslan. 2011. 160 pages. ISBN 978-2-842-76173-8.
- FORMARIER Monique, LJILJANA Jovic. *Les concepts en sciences infirmières, 2<sup>ème</sup> édition*. ARSI. Edition Mallet-Conseil. 2012. 328 pages. ISBN 978-2-953-33113-4.
- GUILLAUME Paul. *La formation des habitudes*. Editions Presses universitaires de France. Paru en 1968 (203 pages), Indisponible dans son format d'origine, réédité en format numérique en 2017. Taille du fichier 882.0 KB. Disponible sur l'application de livres Kindle.
- GRIESSER Anne-Claude. *Petit précis d'organisation des soins et interdisciplinarité*. Lamarre (Initiatives Santé). 2010. 206 pages. ISBN 978-2-757-30261-3.

- HESBEEN Walter. *Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson ,1997. 208 pages. ISBN 978-2-225-85565-8.
- MONCET Marie-Claude, LAMBLARD Christiane, GARCIA-LIDON Katia *et al.* *Référence IFSI, Démarche clinique infirmière, projet de soins infirmiers et organisation du travail. Unités d'enseignement 3.1, 3.2 et 3.3*. Vuibert. Janvier 2015. 224 pages. ISBN 978-2-311-20089-8.
- PAILLARD Christine. *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers : vocabulaire dynamique de la relation soignant-soigné*. Sètes, 2<sup>ème</sup> édition. 2015. 522 pages. ISBN 979-1-091-51528-3.
- PHANEUF Margot. *La planification des soins, un système intégré et personnalisé*. Montréal, Québec. Chenelière. 1996. 295 pages. ISBN 978-2-894-61041-1.
- POLETTI Rosette. *Les soins infirmiers : théories et concepts*. Bayard Jeunesse. Paris. 1978. 176 pages. ISBN 978-2-227-13014-2.
- PSIUK Thérèse. *L'apprentissage du raisonnement clinique*. De Boeck. 2012. 250 pages. ISBN 978-2-804-16891-9.
- ROGERS Carl. *L'approche centrée sur la personne*. Randin. 2001. 545 pages. ISBN 978-2-881-22028-9.
- VERSPIEREN Patrick. *Face à celui qui meurt : euthanasie, acharnement thérapeutique, accompagnement*. Broché. 1999. 206 pages. ISBN 978-2-220-04659-4.
- WATSON Jean. *Le Caring : philosophie et science des soins infirmiers*. Traduction française sous la direction de Josiane BONNET. Seli Arslan. 1998. 320 pages. ISBN 978-2-842-76011-3.
- WATZLAWICK Paul, BEAVIN HELMICK Janet, JACKSON Don-D. *Une logique de la communication*. Seuil. 1979. 280 pages. ISBN 978-2-020-05220-7.

### **Articles sur sites Web :**

- CARRE Stéphane. *La motivation au travail : approche terminologique* [en ligne]. Octobre 2002. Disponible sur  [<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/La-motivation-au-travail-1>](https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/La-motivation-au-travail-1) (consulté le 08 Avril 2018)
- DURAND Charline. *L'implication du patient dans le projet de soins* [en ligne]. Septembre 2003. 3 pages. Disponible sur  [<https://cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-116.pdf>](https://cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-116.pdf) (consulté le 10 Avril 2018)

- PHANEUF Margot. *Maltraitance ordinaire/bientraitance et soins infirmiers* [en ligne]. Mai 2013. 11 pages. Disponible sur internet : <<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/05/Maltraitance-ordinaire-bientraitance-et-soins-infirmiers.pdf>> (consulté le 08 Avril 2018)
- PHANEUF Margot. *Qualité de vie au travail ou qualité des soins : faut-il vraiment faire un choix ?* [en ligne]. Octobre 2014. 15 pages. Disponible sur internet : <<http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/09/Qualite-de-vie-au-travail-ou-qualite-des-soins.pdf>> (consulté le 07 Avril 2018)
- VIGIL-RIPOCHE Marie-Andrée. « D'exécuter un soin à penser le soin » ou de la difficulté à « mettre en mots » la pratique infirmière [en ligne]. Article tiré de la Revue en soins infirmiers n°85. ARSI. Juin 2006. 86 pages. Disponible sur <<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-2-page-65.htm#pa>> (consulté le 08 Avril 2018)

### **Mémoires :**

- DELAIR, Ivan. *L'organisation de la relation au cœur du soin infirmier*. 35 pages. Mémoire de fin d'études en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Saverne. 2014. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-ivan-delair.pdf>.
- LORTZ, Karine. *La dimension humaine des soins : un élément incontournable de la prise en charge des patients à l'hôpital*. Mémoire de fin d'études en Institut de Formation des Cadres de Santé, Section Ergothérapie. Montpellier. 2004. Disponible sur internet : <http://promothee2004.free.fr/memoires/karinemem.pdf>.
- MALLETROIT, Luana. *Patient, ...cet être transparent ?* 38 pages. Mémoire de fin d'études en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Dinan. 2015. Disponible sur internet : <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-luana-malletroit.pdf>.

## Webographie

- Blog de SoSkuld, Auteur/Illustratrice. Image de couverture du mémoire modifiée par mes soins tirée de base de : <http://www.soskuld.com/page/10> (consulté le 14 Avril 2018)
- Dictionnaire français Le Larousse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> (consulté le 23 Octobre 2017)
- Site de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation : <https://www.atih.sante.fr/> (consulté le 14 Avril 2018)
- Site des cadres de santé : <https://www.cadredesante.com/spip/>
- Site du Cairn, revues et ouvrages en sciences humaines et sociales : <https://www.cairn.info/> (consulté le 23 Octobre 2017)
- Site du Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue française : <http://www.chu-rouen.fr/cismef/> (consulté le 14 Avril 2018)
- Site du Conseil International des Infirmières : <http://www.icn.ch/fr/> (consulté le 23 Octobre 2017)
- Site du Centre Hospitalier du Cateau Cambrésis : <http://www.ch-lecateau.fr/>
- Site de l'HAS : Manuel de certification des établissements de santé V2010. 112 pages. Disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel\\_v2010\\_janvier2014.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf) (consulté le 19 Janvier 2018) et Etude sur la maltraitance ordinaire, disponible sur [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usagers-et-de-professionnels-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915259/fr/un-etat-des-lieux-fonde-sur-des-temoignages-d-usagers-et-de-professionnels-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi)
- Site Légifrance, service public d'accès au droit : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté le 19 Janvier 2018)
- Site du Ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/> (consulté le 14 Avril 2018)
- Site de la WONCA (World Organization of Family Doctors) : <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf> (consulté le 23 Octobre 2017)

# **ANNEXES**

## **Annexe I – Table des sigles**

ARSI : Association de Recherche en Soins Infirmiers

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CISMéF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CSP : Code de la Santé Publique

DECT : de l'anglais Digital Enhanced Cordless Telecommunications, abrégé en DECT signifiant littéralement « téléphone sans-fil numérique amélioré »

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

PSP : Projet de Soins Personnalisé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TFE : Travail de fin d'études

VNI : Ventilation Non Invasive

WONCA : acronyme signifiant World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors, correspondant en français à l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

## **Annexe II – Guide d’entretien semi-directif**

- Renseignements sur l’interrogé :
  - Pouvez-vous vous présenter brièvement ?
  - Depuis combien de temps travailler vous au sein d’un service de médecine ?
  
- Prise en charge du patient :
  - *Question initiale* : Si je vous dis prise en charge de la personne soignée, qu’est-ce que cela vous évoque ?
  - *Question de relance* : Est-ce que ce terme vous évoque t’il autre chose ?
  
- L’humain au sein des soins :
  - *Question initiale* : Pensez-vous que l’humain est présent dans votre métier au quotidien ? Est-il assez pris en considération ?
  - *Question de relance* : Si l’IDE répond que l’humain n’est pas assez pris en considération selon lui, demander : Quel(s) impact(s) cela a-t-il sur vous en tant que soignant et sur le patient ?
  
- Projet de soins personnalisé :
  - *Question initiale* : Qu’est-ce que pour vous le projet de soins personnalisé ?
  - *Question de relance* : Cet outil vous permet-il de différencier les patients ?
  - Qu’est-ce qu’il vous apporte en tant que soignant ?



### **Annexe III – Entretien n°1**

Entretien réalisé le 20 Mars 2018 avec François, 28 ans, IDE en médecine gériatrique depuis 1 an et demi dans une clinique de la région Centre-Val-De-Loire.

*Durée de l'entretien : 18 min 18 sec*

#### Légende :

*S : Enquêteur*

*F : IDE interrogé*

- S : Donc c'est parti, je me présente brièvement, je m'appelle Sarah, je suis étudiante infirmière en dernière année au CHU de Tours. Du coup, euh... aujourd'hui, je viens vous voir dans le cadre de mon TFE. Donc, le thème que j'ai choisi c'est la prise en soins de la personne soignée et euh... j'axe aussi ça sur le projet de soins personnalisé. Donc pour guider l'entretien je vais vous poser diverses questions afin de le guider un petit peu mais... le but c'est que vous vous exprimiez librement et euh... que... euh... vous me donniez toutes les idées qui vous viennent à l'esprit.  
5
- F : Ok, bah je vous écoute, mais, euh... ça te dérange pas si je te tutoie ? Je trouve ça plus simple et je pense que ce sera moins stressant pour toi (rires).  
10
- S : Non ça ne me pose pas de problème du moment qu'on puisse faire l'entretien (rires). Du coup, est-ce que dans un premier temps vous pouvez juste vous présentez et me parler de votre parcours, euh...?
- F : Ouais pas de soucis. Du coup je m'appelle François, je suis infirmier depuis 5 ans maintenant. Euh... je suis pas originaire de la région. J'ai exercé, euh... en médecine gériatrique et en médecine interne suite à mon stage pré-pro. Après j'ai fait un peu d'EHPAD, de SSR... Puis je suis arrivé ici pour des raisons perso et soit on me proposait un CDD de 3 mois en chirurgie, soit un CDI en service de médecine gériatrique et j'ai choisi le CDI.  
15
- S : D'accord. Donc là, ça fait combien de temps que vous travaillez au sein de ce service de médecine gériatrique ?  
20
- F : Là ça fait 1 an, bientôt 1 an et demi si j'veux être pointilleux.
- S : Ok. Donc, ma première question, euh.. Elle se base sur la prise en charge du patient. Donc, si je vous dis prise en charge, qu'est-ce que ça vous évoque, euh...  
25
- spontanément ?

- F : Alors... euh (blanc) pour moi... euh... comment dire, derrière prise en charge je vois direct prise en charge dans son ensemble en fait. C'est euh.. voilà on va prendre en soin le patient de A à Z on va dire...
- S : Oui et ?
- 30 - F : Et euh... on va essayer de faire au mieux pour subvenir à ses besoins, le soigner. Voilà... que ce soit autant sur le plan médical, genre s'il arrive pour un AEG on va faire en sorte qu'il retrouve peu à peu sa force... mais on va aussi s'occuper des trucs à côté... Par là j'entends organiser sa sortie et voir pour mettre en place des aides par exemple pour son retour à domicile... Voilà euh... du coup
- 35 c'est autant sur le plan médical que sur le plan social ou psychosocial parce que si jamais y'a plusieurs soucis on peut faire intervenir la psychologue ou encore la diét. Enfin y'a plusieurs intervenants qui gravitent autour du patient et on les sollicite en fonction des besoins du patient.
- S : D'accord... Donc le travail en collaboration vous l'intégrez dans la notion de
- 40 prise en charge ?
- F : Ah oui totalement. (acquiesce)
- S : Et... Est-ce que par hasard le terme prise en charge vous évoque d'autres choses ?
- F : Bah après euh... je sais que j'utilise pas tout le temps prise en charge, j'utilise
- 45 aussi prise en soin parce que y'a une différence entre le mot charge et soin... Pour moi on interagit avec des patients, on leur prodigue des soins donc c'est pas censé être un poids pour nous quoi...
- S : D'accord et c'est tout ? je veux dire ça vous évoque pas d'autres choses ?
- F : euh bah non...
- 50 - S : Bon bah on continue. Du coup là je vais parler de la place de l'humain au sein des soins. Donc euh... qu'est-ce que vous pensez de la place de l'humain au sein de votre pratique quotidienne ? Est-ce qu'il est présent, pas assez pris en considération ?
- F : Bah euh... évidemment que l'humain est présent parce qu'on est des humains
- 55 et on interagit avec des humains... (sourire). Après non plus sérieusement on prend en soin des hommes, des femmes, des enfants donc l'humain il est bien présent. Est-ce qu'il est pris en considération ? Euh bah franchement oui mais je dirai de moins en moins... Honnêtement je trouve qu'on le dénigre et qu'on a plus vraiment le temps de lui accorder l'attention qu'on voudrait... Si je prends un
- 60 exemple pour illustrer ce que je dis, sur nos feuilles de transmissions actuelles,

y'a juste le numéro de chambre, la première lettre du nom du patient et la raison de sa venue...

- S : D'accord... Donc y'a vraiment aucunes données personnelles sur...

- F : Non aucune ! Donc du coup...

65 - S : le patient...

- F : Vu que ça fait un certain temps que je travaille ici je connais les patients puisqu'ils restent la majeure partie du temps au moins 1 semaine... Mais... Après si je me mets à la place d'un remplaçant qui arrive dans le service, il se retrouve avec Mme P, Mr G et il ne sait absolument pas qui se cache derrière donc bah pour lui ce sera la chambre 201 et la 213... Ou encore l'AEG qui vient de rentrer  
70 ou la chute... Combien de fois j'entends ces termes, bah sérieusement tous les jours mais on n'y fait plus attention parce que ça fait partie de notre quotidien... C'est devenu naturel voire habituel mais... j'ai conscience que c'est pas une marque de respect.... (blanc)

75 - S : Mais vous pensez que c'est dû à quoi ?

- F : Je pense que c'est dû à un tas de facteurs mais... euh... c'est dû à notre environnement et à l'organisation des soins... C'est aussi dû au fait qu'on a de plus en plus de patients, qui demandent de plus en plus de soins, de temps... et le temps c'est ce qu'on manque cruellement dans le service mais dans tous les  
80 services aussi ... (silence, baisse la tête) Enfin bref c'est pas facile parce que le manque de personnel joue aussi beaucoup aussi... Voilà, je sais pas vraiment ce que je pourrai dire d'autre...

- S : Et euh... vous pensez que ça a des impacts sur vous en tant que soignant et sur le patient ?

85 - F : Bah sur le patient ça en a forcément parce que... lui il va se sentir dévalorisé, délaissé, pas pris en considération et je dirai exclu de son identité propre... Je sais pas si je suis clair dans mes propos ?

- S : Si si, continuez

- F : Bah j'entends par ça le fait qu'il peut se sentir abandonné et rétrogradé à un  
90 numéro de chambre ou à sa pathologie... et c'est pas ce qu'il est venu chercher en arrivant dans le service quoi.

- S : Et euh.. on vous fait souvent des remarques ou des réflexions sur ça ?

- F : Bah honnêtement non...

- S : Les patients ne se plaignent pas ou... ?

- 95 - F : Non ils ne s'en plaignent pas au final... Ou en tout cas pas devant nous... Après on évite de parler de numéro de chambre ou de pathologie devant eux ou dans le couloir... Mais j'entends régulièrement des patients qui se plaignent du peu de temps qu'on leur consacre... Après on en informe notre hiérarchie, mais, je sais que ce soit eux, mes collègues ou même moi bah... on assimile souvent les
- 100 patients à des numéros de chambre... Par exemple je vais recevoir un appel des secrétaires qui vont me demander si j'ai pas oublié de faire la sortie de la 205 ? Là encore on ne va pas me demander en premier le nom et prénom de la dame mais... Après honnêtement je sais pas si on accepte tous ce mode de fonctionnement par rapidité ou... parce que c'est devenu une norme ou une
- 105 habitude... je sais pas...
- S : D'accord mais euh... en tout cas vous constatez que c'est présent dans votre pratique quotidienne ?
- F : Bah oui c'est présent, de plus en plus même... mais euh... Après je sais pas si on s'en rend vraiment compte ou si on veut pas s'en rendre compte... Peut-être
- 110 aussi qu'on a pas le temps de s'en rendre compte... Je pense qu'on intègre pas encore assez les impacts que ça peut avoir sur le patient... (silence)
- S : Mais euh... visiblement ça vous touche vous aussi en tant que soignant parce que vous vous en rendez compte ?
- F : Bah oui c'est vrai que... quand on en parle bah c'est vrai qu'on s'en rend
- 115 compte et on se dit que bah... honnêtement si j'étais à la place du patient j'aimerais pas qu'on me traite comme ça...
- S : Traite comme ça comment ?
- F : Bah... être rétrogradé à un numéro de chambre ou à une maladie... C'est pas vraiment gratifiant et respectueux je trouve mais on est habitué à travailler comme
- 120 ça donc on fait plus attention...
- S : Ok... Et vous n'avez pas d'autres choses à ajouter ?
- F : Non je vois pas quoi dire d'autres...
- S : D'accord bah on continue. Donc ma dernière partie elle est basée sur le projet de soins personnalisé. Je sais que vous utilisez cet outil au sein du service, euh...
- 125 Est-ce que vous pouvez me décrire ou me détailler ce que c'est pour vous le projet de soins personnalisé ?
- F : Bah euh c'est...(soupirs) pour moi c'est euh... Je dirai que c'est un projet sur l'avenir, où euh... on va fixer des objectifs pour le patient et avec lui, avec son accord bien entendu.. Parce qu'il faut qu'il soit acteur de son projet quoi... Voilà

- 130        donc c'est (blanc)... lui proposer un plan d'action avec des objectifs, plusieurs moyens pour y arriver sur le court, moyen et long terme... Parce que ça peut se faire sur des durées différentes... On travaille bien sûr en collaboration avec différents professionnels pour répondre au maximum à l'ensemble des besoins du patient et... Mmmhhh... Qu'est-ce que je voulais dire...
- 135        - S : Vous parliez des objectifs pour y arriver et du travail en collaboration
- F : Ah oui bah après tout ça on procède à l'évaluation pour savoir si les objectifs ont été atteints ou pas...
- S : Et en fonction des résultats vous réajustez après ou ?...
- F : Oui on réajuste et euh... On se concerte avec les différents professionnels qui
- 140        interagissent avec nous et avec le patient pour faire en quelque sorte le bilan... Après c'est vrai que j'en ai pas parlé avant mais on concerte aussi la famille parce qu'il faut pas oublier que c'est un élément moteur pour le patient et on se pose aussi la question, si les objectifs sont pas atteints, est ce que c'est parce que la famille était pas assez présente auprès du patient ? est-ce que c'est parce qu'il se
- 145        sentait pas assez soutenu... En gros c'est la famille qui je pense va pousser le patient à atteindre ses objectifs et euh... elle va aussi nous aider à en fixer d'autres peut être plus adaptés...
- S : D'accord et... Est-ce que le projet de soins personnalisé il vous évoque d'autres choses ?
- 150        - F : Bah euh honnêtement je pense avoir fait le tour... Après faut savoir qu'un de nos premier objectif c'est la ré autonomisation du patient et pour que la sortie ait lieu et que tout soit optimal pour la sortie on essaye de mettre en place des aides à domicile pour accompagner la personne au quotidien... Après je ne vois pas quoi rajouter de plus...
- 155        - S : Et bah on continue alors. Donc ma dernière question, est ce que vous trouvez que le projet de soins personnalisé il vous permet de différencier les patients ?
- F : Bah concrètement oui parce que comme son nom l'indique il est personnalisé, donc propre à chacun... Donc le projet de Mr A ça va pas être le même que celui de Mme B.. à côté de ça on le met en place avec la volonté du patient, selon ses envies, ses capacités... Donc on voit bien que chaque personne est différente donc
- 160        chaque projet de soin l'est aussi...Après je pense que c'est important de pas oublier que le patient il doit être acteur mais nous aussi on l'est parce qu'on met en place ce projet pour lui et avec lui et si c'est bénéfique bah on en sort content et satisfait... Pour lui c'est important parce qu'il reprend confiance en lui et en ses

- 165           capacités... Et je pense que le fait que ce projet soit personnalisé et bah ça montre en quelque sorte au patient le fait qu'on l'individualise et qu'à ce moment précis on s'occupe de lui et de personne d'autre...
- S : Donc il vous apporte de la satisfaction en tant que soignant ?
  - F : Bah oui et... je dirai même de la fierté parce qu'on voit le patient progresser...  
170           On le suit du début à la fin et en quelque sorte. Et... euh... c'est notre accompagnement qui montre au patient qu'on est à ses côtés...
  - S : D'accord, mais depuis que vous êtes dans le service, le projet de soin personnalisé il est mis en place pour chaque patient ?
  - F : Bah pas pour tous parce que y'en a certains qui reste vraiment peu de temps  
175           dans le service donc on met pas en place de projet de soins personnalisé en tant que tel... C'est plus de l'accompagnement et de la rééducation je dirai... Pour moi ça reste un projet mais il n'est pas établi ou approfondi comme pour une personne qui vient pour AEG ou suite à une chute à domicile...
  - S : Mais est-ce que par hasard vous savez depuis combien de temps le projet de  
180           soins personnalisé il est mis en place au sein du service ou pas ?
  - F : Euh (blanc)... C'est une bonne question... Franchement je sais pas... Je peux pas te dire...
  - S : Mais, depuis que vous êtes arrivé ici...
  - F : Oui depuis que je suis arrivé ici c'est sûr qu'il était mis en place... Après je  
185           peux pas donner de dates précises et je veux pas dire de bêtises donc voilà...
  - S : Oui je comprends bien... Mais dans les autres services où vous êtes passés le projet de soins personnalisé il était mis en place systématiquement où il est uniquement présent dans ce service-là ou... ?
  - F : Mmmh.. Bah euh en médecine interne c'était un peu plus compliqué parce que  
190           c'était sur plusieurs secteurs... Y'avait un secteur de diabéto donc oui y'avait des projets de soins personnalisé mais c'était plus de l'éducation thérapeutique... il y avait un secteur d'infectieux et je crois qu'on n'en mettait pas en place... Après pour les autres patients c'était du cas par cas et en fonction de la pathologie... Ensuite en EHPAD bah c'est plus des projets de vie et ce n'est pas vraiment  
195           pareil...Voilà...
  - S : D'accord... Vous avez d'autres choses à rajouter ?
  - F : Non je crois que j'ai tout dit.
  - S : Et bah c'est terminé. Merci de m'avoir accordé du temps et merci pour vos réponses.

## Annexe IV – Entretien n°2

Entretien réalisé le 23 Mars 2018 avec Valérie, infirmière depuis 3 ans en service de médecine dans un hôpital de la région Poitou-Charentes.

*Durée de l'entretien : 17 min 28 sec*

### Légende :

*S : Enquêteur*

*P : IDE interrogée*

- S : Bonjour. Du coup c'est parti. Je me présente, Sarah, étudiante infirmière en 3<sup>ème</sup> année à l'IFSI du CHRU de Tours. Est-ce que vous pouvez vous présenter en quelques mots ?
- V : Sans problèmes. Alors, je m'appelle Valérie, j'ai 41 ans. Je suis diplômée depuis 1998. Et oui ça fait un bout de temps maintenant. (Rires)
- 5 - S : (Sourire). Alors, euh... Pour commencer, vous avez travaillé dans différents services ?
- V : Oui. Alors... D'abord, j'ai travaillé 1 an en chirurgie orthopédique puis en soins de suite et de réadaptation et ensuite, euh... j'ai fait 10, non 11 ans en  
10 maisons de retraite. Après j'ai exercé pendant plusieurs années en psychiatrie.
- S : D'accord, parcours plutôt varié. Et... ça fait combien de temps que vous travaillez en médecine ?
- V : Euh... Ça fait maintenant 3 ans que je travaille dans ce service. En sachant que j'ai dans un premier temps commencé de nuit puis je suis passé de jour suite  
15 à un départ à la retraite.
- S : D'accord. Alors... Ma première question concerne la prise en charge de la personne soignée. Qu'est-ce que ce terme vous évoque ?
- V : Euh... Spontanément, ça m'évoque le fait de s'occuper d'une personne dans le besoin, que cette personne soit malade ou affaiblie. Je dirai que c'est porter un regard sur cette personne, sa situation et apporter mon aide pour améliorer son  
20 état de santé... C'est aussi lui apporter un certain confort de vie, un mieux-être voire un bien-être...
- S : Très bien. Et...
- V : Après euh... excuse-moi de te couper...
- 25 - S : Pas de soucis je vous écoute.

- V : Bah...prise en charge ça m'évoque aussi le travail en collaboration. J'entends par ça la prise en charge globale. Pour moi elle peut être efficace si elle est n'est pas globale.
- S : Mais vous mettez-quoi derrière le terme globalité ?
- 30 - V : Bah... A travers globalité, je mets le fait de prendre en compte toutes les difficultés qui découlent du problème de santé. Et... ça demande l'intervention et les actions de plusieurs intervenants de différents domaines que ce soit des professionnels sociaux, médicaux ou encore paramédicaux... Je pense que c'est le travail d'équipe qui permet une prise en charge adaptée et la plus correcte du patient.
- 35 - S : Mmh (J'acquiesce). Et... Est-ce que vous voyez d'autres choses derrière le terme prise en charge ?
- V : Honnêtement ? (Grimace) Bah oui... Si je fais ma terre à terre, dans le mot prise en charge y'a le mot « charge ». Et charge ça fait un peu... euh...fardeau, poids...quelque chose qu'on doit supporter quoi. Et... dans ma fonction de soignante, jamais, je n'ai associé cette définition à mon travail. C'est tout le contraire. Pour moi, prendre en charge une personne soignée, c'est tout mettre en
- 40 pour la soigner au mieux et l'accompagner...
- S : D'accord. Vous souhaitez rajouter d'autres choses ?
- 45 - V : Non, je t'en prie continue.
- S : Donc ma prochaine question concerne l'humain dans les soins. Est-ce que vous pensez que l'humain est présent dans votre métier au quotidien ?
- V : Bah oui l'humain est forcément présent dans mon métier puisque je travaille aux côtés et pour des humains. Et puis... je suis moi aussi humaine avant d'être soignante. Après... je parlerais plus d'humanité que d'humain. Est-ce que
- 50 l'humanité fait partie de mon métier ? Evidemment... Et... pour moi c'est primordiale si je veux être une infirmière à l'écoute, attentive et disponible...
- S : Mais qu'est-ce que vous entendez d'autre par humanité ?
- V : Bah...(silence) En faisant preuve d'humanité je me montre... comment je
- 55 peux dire ça... capable, oui je pense que c'est le terme le plus approprié, capable de repérer les difficultés et besoins de la personne. Et après bah... je cherche des solutions à ses problèmes.
- S : Et vous pensez que l'humain est assez pris en considération ?
- V : Hum... (silence) Question intéressante... Je ne sais pas s'il est assez pris en
- 60 considération... Il l'est d'une certaine manière puisque je travaille pour une



- personne soignée et avec elle. Malheureusement (souplesse)... Aujourd'hui plusieurs facteurs sont à prendre en compte et influencent notre manière de travailler... J'emploie ici le pluriel puisque je ne suis pas la seule à m'apercevoir de la perte d'humanité de notre travail... On a moins de temps, de plus en plus de patients, de moins en moins de personnels... Les patients sont de plus en plus exigeants... On arrive parfois à un trop plein... On accumule de la fatigue, du stress... ça fait 3 ans que je travaille ici et les conditions de travail ne vont pas en s'améliorant... Je ne suis pas la seule à le penser et on le voit bien avec l'actualité de ces derniers mois... Je pense que plusieurs choses rentrent en compte en nous oblige en quelque sorte à devenir comme ça...
- 65
- 70
- S : Comme ça comment ?
  - V : Bah... Moins attentifs, moins patients, moins disponibles... Je pense que le cumul de tout ce que j'ai dit avant nous conditionne à devenir en quelque sorte moins « humains »... Je fais mon maximum pour rester la plus humaine possible mais je suis... comment dire... en quelque sorte, dépendante de l'organisation dans laquelle je travaille...et je fais ce que je peux avec ce que j'ai en quelque sorte... Excuse moi je dois répondre. *Interruption de l'entretien (DECT qui sonne)*. Vas-y on peut reprendre.
  - S : Du coup, si je continue, euh... vous pensez que ce que vous m'avez dit avant a un impact sur vous en tant que soignante mais également pour le patient ?
  - V : Malheureusement oui... je suis triste de le constater mais j'ai plus assez de temps pour discuter avec mes patients... Je dois être rapide, productive, efficace... J'en arrive même à faire des actes de façon mécanique... Après... si je reviens sur ce que je t'ai dit avant... Si l'humanité n'est pas présente dans les soins que je réalise, je me considère plus comme une technicienne que comme une soignante... Je m'aperçois que j'écoute ce que me dit le patient mais en fait bah... je l'entends pas vraiment... ou je minimise ce qu'il me dit parce que je le connais bien... Je sais qu'ici je ne fais pas preuve de bienveillance mais parfois, j'ai plus le choix...
  - S : Plus le choix comment ça ?
  - V : Bah... (silence) Je veux dire que j'ai une planification de soins à respecter et à réaliser dans un temps donné... Je peux pas faire le moindre écart sinon je sais que je n'aurai pas fini avant la relève de mes collègues et je les mettrai dans le pétrin... Alors je me dépêche, j'exécute, j'obéis... Je sais que le patient le ressent et... je sais aussi que ça impacte la relation soignant-soigné...
- 80
- 85
- 90
- 95

- S : Mais euh... Visiblement ça a l'air de vous toucher ?
- V : Bah oui forcément... En fin de compte ce qui me rend triste c'est de m'apercevoir que je considère chaque petit moment passé auprès du patient comme un trésor... Alors, que... ça devrait être normal de passer du temps avec  
100 lui ... Malheureusement on ne fait pas toujours ce qu'on veut mais... plutôt ce qu'on peut dans notre métier... (silence)
- S : Et c'est déjà beaucoup je pense...
- V : Oh que oui... On s'investit même parfois trop mais c'est parce qu'on aime ce qu'on fait... (sourire)
- 105 - S : Tout à fait. Du coup, je continue. Au sein du service vous mettez en place des projets de soins personnalisés pour vos patients ?
- V : Oui, effectivement...
- S : Mais... qu'entendez-vous par projet de soins personnalisé ?
- V : Alors... Bah déjà... j'ai plus l'habitude d'utiliser le terme de plans de soins  
110 que projet de soins. Le terme plan je trouve ça comment dire... plus évocateur dans le sens où je le lie au terme plan d'action...
- S : C'est-à-dire ?
- V : Euh... Pour moi le projet de soins c'est la mise en place d'actions pour que le patient atteigne des objectifs précis. Alors oui, dans un premier temps on formule  
115 des objectifs précis en fonction de sa situation et de son état de santé. Et puis... en fonction de ça on met en place des actions appropriées. Après c'est quelque chose de personnalisé donc ça veut dire que c'est unique et que ça s'adresse qu'à une seule personne.
- S : Et c'est pour ça que vous le liez au plan d'action donc ?
- 120 - V : En partie oui... Mais aussi parce que ce projet c'est... en quelque sorte un engagement ou plutôt... Euh... un combat commun avec le patient. J'entends par là le fait que je m'engage moi en tant que soignante à accompagner le patient de A à Z en mettant en place des actions avec l'aide de différents professionnels si sa prise en soin le nécessite. Après... je sais qu'il est de mon devoir de tout mettre  
125 en œuvre pour répondre aux besoins du patient qui me fait face. Comme on en a parlé au début, je pense que le travail en collaboration est primordial dans le projet de soins personnalisé. C'est ce travail en collaboration qui va permettre de couvrir l'ensemble des besoins du patient.
- S : Mais... Quand vous parlez de combat commun, vous vous incluez dedans  
130 donc ?

- 135 - V : Bien évidemment ! (sourire) Sans notre soutien et notre aide, le patient ne suivra pas ce projet. S'il accepte, il s'engage en quelque sorte à suivre ce que je mets en œuvre pour l'aider. C'est comme si on passait un contrat tous les deux. Soit on va au bout ensemble et chacun aura tiré profit de ce qu'il a pu apporter à l'autre, soit on s'aperçoit ensemble que ça ne va pas et qu'il faut trouver d'autres moyens pour atteindre les objectifs fixés...
- S : Mais... Dans la plupart des cas les patients atteignent les atteigne ?
- 140 - V : Euh...ma majeure partie oui. Parce que le patient est conscient de son état et il veut tout faire pour y remédier. Après... Je sais que pour les motiver, je leur dis qu'on marche ensemble dans la même direction qu'on a le même but. (sourire). Généralement ça marche bien. Mais, faut pas oublier que la famille est hyper importante aussi dans ce projet là.
- S : C'est-à-dire ?
- 145 - V : Alors... Selon moi c'est indispensable qu'elle soit intégrée dans le projet de soins parce que le patient va se sentir soutenu par ses proches. Si jamais il arrive pas à nous dire quelque chose, il fait passer le message par sa famille... Après... Si elle n'est pas présente pour telle ou telle raison, on essaye de solliciter les amis proches du patient, ceux qui sont présents au quotidien pour lui. Même si c'est pas toujours facile..
- 150 - S : Mmh. Et... si je continue, vous pensez que cet outil vous permet de différencier les patients ?
- V : De façon évidente, oui. Je veux dire... Euh... dans la mesure où il est fait pour un seul patient. Personne n'aura le même projet de soins... Parce que.. Y'a autant de projet de soins personnalisé que de patients. Sinon... y'aurait aucun but de l'utiliser s'il était identique pour tout le monde.
- 155 - S : Vous entendez quoi par ça ?
- V : En clair, on prendrait en soin l'ensemble des patients de la même manière. On aurait le même objectif pour tout le monde, on ferait les mêmes actions et on ne réfléchirait plus aux sens de nos actes... On tomberait certainement dans la routine et je pense que le gros risque ce serait la dépersonnalisation des soins. Chaque
- 160 personne serait alors ordinaire et euh... bah anodine. On ne ferait plus attention parce que tout le monde serait identique.
- S : Mais... qu'est-ce qu'il vous apporte vous en tant que soignante ?

- 165 - V : Je dirai que cet outil c'est... bah... il me permet d'être dans une démarche de soins adaptée à chaque patient, et je pense que grâce à ça je suis en constante évaluation de l'efficacité de mes soins.
- S : Mais vous pensez qu'il vous apporte d'autres choses ?
- 170 - V : Je dirai que... Euh... Le mettre en œuvre c'est s'engager aux côtés du patient et lui garantir notre entière disponibilité, notre écoute, notre soutien. C'est aussi... je pense... le meilleur moyen de montrer au patient l'intérêt qu'on lui porte. Je veux dire que le patient sait pertinemment que si l'objectif prévu est atteint, je serai satisfaite du travail fourni et lui sera fier du travail accompli. On sera tous les deux satisfaits des résultats obtenus et... c'est grâce à ça qu'on pourra continuer à avancer ensemble. (sourire)
- 175 - S : (Sourire) Tout à fait. Vous souhaitez rajouter autre chose ?
- V : Non je pense avoir tout dit
- S : Et bah... C'est terminé. Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et merci pour vos réponses.
- V : Mais je t'en prie, c'était avec plaisir.

## Annexe V – Tableaux récapitulatifs des entretiens en lien avec le cadre conceptuel

**Tableau n°1 :**

<b>Qu'est-ce que vous évoque le terme prise en charge de la personne soignée ?</b>		
François	Valérie	Cadre conceptuel / Nouveaux éléments
<u>Notions abordées :</u> - Prise en charge globale - Travail en collaboration	<u>Notions abordées :</u> - Prendre soin - Travail en collaboration - Prise en charge globale - Accompagnement	<u>Notions/Concepts retrouvés :</u> - Prise en charge globale - Travail en collaboration - Prendre soin <u>Nouvel élément :</u> - Accompagnement
<b>Est-ce que le terme prise en charge vous évoque-t-il autre chose ?</b>		
François	Valérie	Cadre conceptuel / Nouveaux éléments
<u>Notions abordées :</u> - Mise en avant du mot « charge » dans prise en charge. Mot relié avec le terme « poids ». - Notion de prise en soin	<u>Notions abordées :</u> - Mise en avant du mot « charge » dans prise en charge. Mot relié avec le terme « fardeau, poids, quelque chose qu'on doit supporter ».	<u>Notion/Concept retrouvé :</u> - Prise en soin Nouvel élément : - « Charge » relié avec le terme « poids »

**Tableau n°2 :**

<b>Est-ce que vous pensez que l'humain est présent dans votre métier au quotidien et est-il assez pris en considération selon vous ?</b>		
François	Valérie	Cadre conceptuel / Nouveaux éléments
<u>Notions abordées :</u> - Humain - Banalisation de l'humain - Habitudes / Quotidien - Norme - Facteurs responsables : environnement, organisation des soins, nombre croissants de patients à prendre en charge, manque de temps, surcharge de travail	<u>Notions abordées :</u> - Humain / Humanité - Accompagnement - Notion de dépendance à l'organisation pour laquelle elle travaille - Facteurs responsables et influençant sa manière de travailler : manque de temps et de personnels, patients exigeants - Conséquences : fatigue et stress	<u>Notions/Concepts retrouvés:</u> - Humain et banalisation de l'humain - Habitudes / Quotidien - Facteurs responsables et conséquences  <u>Nouveaux éléments :</u> - Norme - Dépendance vis-à-vis de l'organisation
<b>Quels impacts cela a-t-il sur vous en tant que soignant et sur le patient ?</b>		
François	Valérie	Cadre conceptuel / Nouveaux éléments
<u>Notions abordées vis-à-vis du patient :</u> - Dévalorisation, délaissement, abandon - Banalisation  <u>Notions abordées vis-à-vis du soignant :</u> - Prise de conscience mais acceptation causée par une norme ou des habitudes	<u>Notions abordées vis-à-vis du patient :</u> - Impact sur le patient mais également sur la relation soignant/soigné  <u>Notions abordées vis-à-vis du soignant :</u> - Impact sur ses émotions car ne travaille pas comme il le souhaite : notion de rapidité, productivité, efficacité	<u>Notions/Concepts retrouvés:</u> - Banalisation de l'humain - Habitudes de soins  <u>Nouveaux éléments :</u> - Norme - Impact sur les émotions du soignant - Notion de productivité, d'automatisme

**Tableau n°3 :**

<b>Qu'est-ce que pour vous le projet de soins personnalisé ?</b>		
François	Valérie	Cadre conceptuel / Nouveaux éléments
<u>Notions abordées :</u> - Plan d'action - Différentes étapes : objectifs, actions, évaluations, réajustements - Patient acteur / Famille - Travail en collaboration - Satisfaction pour le soignant et le soigné	<u>Notions abordées :</u> - Plan d'action - Différentes étapes : objectifs - Contrat - Famille - Travail en collaboration - Satisfaction pour le soignant et le soigné	<u>Notions/Concepts retrouvés:</u> - Personnalisation - Différentes étapes constituant le projet - Travail en collaboration - Patient acteur <u>Nouveaux éléments :</u> - Importance de la famille - Satisfaction soignant/soigné - Contrat
<b>Est-ce que cet outil vous permet-il de différencier les patients ?</b>		
François	Valérie	Cadre conceptuel / Nouveaux éléments
<u>Notions abordées :</u> - Projet unique - Individualisation - Différences entre chaque projet - Accompagnement	<u>Notions abordées :</u> - Projet unique - Personnalisation - Si projets de soins identiques : risque de tomber dans la routine et dépersonnalisation des soins	<u>Notions/Concepts retrouvés:</u> - Personnalisation - Projet de soins unique - Routine à relier avec les habitudes de soins et la banalisation de l'humain <u>Nouvel élément :</u> - Accompagnement
<b>Qu'est-ce qu'il vous apporte en tant que soignant ?</b>		
François	Valérie	Cadre conceptuel / Nouveaux éléments
<u>Notions abordées :</u> - Fierté - Accompagnement bénéfique pour le patient	<u>Notions abordées :</u> - Satisfaction - Relation de confiance - Continuité des soins	<u>Notions/Concepts retrouvés:</u> - Satisfaction du soignant et du soigné <u>Éléments nouveaux :</u> - Relation de confiance - Continuité des soins - Fierté

LENFANT	Sarah
<b>Considérer l'humain au-delà du soin</b> <b>Considering the human being beyond the care</b>	
Résumé	Abstract
<p>Au regard de l'évolution du système hospitalier et du contexte de soins actuel, l'infirmier doit faire face à de nombreux changements.</p> <p>En partant d'une situation vécue en stage, ce travail de fin d'études aborde une notion essentielle à la profession infirmière : la place qu'occupe l'humain au sein des soins. La question de départ : « <b>En quoi un projet de soin personnalisé peut-il aider l'infirmier à recentrer sa prise en charge sur l'humain, auprès d'une personne atteinte d'une pathologie chronique au sein d'un service de médecine ?</b> » m'a permis d'étudier trois concepts que sont l'humain, le projet de soins personnalisé et la prise en charge.</p> <p>Par la suite, j'ai pu confronter ces concepts à la réalité du terrain par le biais de deux entretiens exploratoires. Il ressort de ces derniers que les conditions de travail de l'infirmier ont un impact à la fois sur ses émotions et sur sa prise en soin.</p> <p>En prenant en compte cela, ma recherche peut se poursuivre en s'interrogeant ainsi : « <b>En quoi la qualité de vie au travail de l'infirmier impacte t'elle la qualité des soins délivrée par ce dernier ?</b> »</p>	<p>Regarding both the evolution of the hospital system and the current context of care, nurses have to face up many changes.</p> <p>Starting from a situation I lived during my internship, this final year dissertation approaches a notion that is essential for the nursing profession: the space that comes down to the human being in the care. The initial question: “<b>How can an individualized care project help the nurse to redefine his or her care on the human being, with a patient affected by a chronic illness within a medicine service?</b>” allowed me to study three concepts that are: the human being, the individualized care project and the taking care.</p> <p>Thereafter, I could confront these concepts with the reality on the ground through two exploratory talks. It emerges that the nurse's working conditions have an impact both on his or her emotions and on his or her taking care.</p> <p>By taking all this into account, my research can be continued wondering: “<b>How can the nurse's quality of life at work impact the quality of care given by this latter?</b>”</p>
Mots clés : Humain, projet de soins, soins individualisés et personnalisés, infirmiers.	Keywords: Human, care project, individualized and personalized care, nurses.