

Faculté de santé publique

L'humanisme au cœur de la pratique quotidienne des soignants

« Quelles sont les stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint ? »

Mémoire réalisé par
Emmanuelle COPPEE

Promoteur :
Walter HESBEEN

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

L'humanisme au cœur de la pratique quotidienne des soignants

« Quelles sont les stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint ? »

Mémoire réalisé par
Emmanuelle COPPEE

Promoteur :
Walter HESBEEN

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à mon Promoteur, Monsieur Walter Hesbeen, pour sa bienveillance, sa disponibilité, sa confiance, et surtout ses judicieux conseils ; qui ont contribué à alimenter ma réflexion et à me guider tout au long de la rédaction de ce mémoire. Je le remercie également de m'avoir appris à toujours veiller à utiliser les « justes mots ».

J'aimerais exprimer ma gratitude aux différents témoins privilégiés, trop nombreux pour les citer ; qui ont pris le temps de discuter de mon sujet et de partager leur expertise. Chacun de ces échanges m'a grandement aidé à mieux cerner le concept de l'humanisme, et la manière dont celui-ci peut être envisagé au quotidien.

Je remercie également les acteurs de terrain qui ont accepté de me rencontrer et de répondre à mes questions durant mes recherches. Leurs témoignages ont été très enrichissants, tant sur le plan professionnel qu'humain, et m'ont permis de faire avancer mon analyse.

J'adresse mes sincères remerciements à tous les professeurs et intervenants de l'Université Catholique de Louvain pour la richesse et la qualité de leur enseignement. A travers leurs cours, ceux-ci m'ont permis une ouverture d'esprit qui m'a guidée tout au long de ce mémoire.

Je remercie enfin mon époux Ivan, ainsi que mes enfants Evan et Maélia pour leurs encouragements et leur soutien inconditionnel durant ces quatre années de Master ; et également mes très chers parents, Marc et Viviane, qui ont toujours été là pour moi.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Partie I : Introduction.....	7
Partie II : Méthode.....	10
I. Cadre théorique	10
1.1. L'histoire du soin et la place du malade à travers le temps.....	10
1.2. Les soins dans la pratique infirmière	13
1.3. Vers une définition du mot « soin » ?.....	15
1.4. Le cure, le care et le caring	16
1.4.1. Les concepts de cure et de care.....	16
1.4.2. Le caring : théorie, école de pensée et philosophie	18
1.4.3. Le caring est-il prendre soin ?	19
1.5. Le « prendre soin » à la base de l'humanisme soignant	20
1.6. Le concept d'humanisme : La place de l'humain dans le soin	22
1.7. Les compétences soignantes	23
1.8. Les fondements de la relation de soin	24
1.9. Les valeurs soignantes essentielles à la relation de soin	26
1.9.1. Le respect	27
1.9.2. La politesse.....	27
1.9.3. La dignité.....	28
1.9.4. La bienveillance	29
1.9.5. L'empathie	29
1.9.6. L'écoute.....	30
1.9.7. Les « mots fragiles » du prendre soin	31
1.10. La place de l'éthique dans les soins	32
1.10.1. Qu'est-ce que l'éthique ?.....	33
1.10.2. L'éthique dans la pratique soignante	34
1.10.3. La banalisation dans les soins, un enjeu éthique	36
1.10.4. La bienveillance : une éthique concrète du quotidien	37
1.11. Outils et stratégies en faveur d'une pratique de soin humanisante.....	39
1.11.1. L'humanisation, un concept-clé dans la formation des futurs professionnels	39
1.11.2. Recommandations, outils d'évaluation et formation des professionnels	40
1.11.3. Stratégies organisationnelles en faveur d'une culture de soin humanisante.....	41
1.11.4. L'approche patient-partenaire, une vision humaniste du soin.....	43
1.12. Apports du cadre théorique	44

II. Rencontre avec les témoins privilégiés : Partage d’expertise autour de la pratique de soin humanisante	45
2.1. Compte-rendu d’entretien avec Jean-Luc Lambeau, Chef du service de Psychogériatrie au sein du GHDC	45
2.2. Compte-rendu d’entretien avec Yannick Courtin, Chef de l’équipe mobile des soins palliatifs du GHDC.....	48
2.3. Compte-rendu d’entretien avec Christine Permanne, Directrice de la Maison de repos de Châtelet et Présidente de l’ADMR.....	52
2.4. Compte-rendu d’entretien avec Julie Rentmeesters, Médiatrice au sein de la Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant Wallon	58
2.5. Compte-rendu d’entretien avec Michel Dupuis, Docteur en Philosophie	61
2.6. Eléments clés mis en évidence lors des entretiens avec les témoins privilégiés	64
III. Entretiens avec les acteurs de terrain.....	67
3.1. Objectifs de la recherche	67
3.2. Méthodologie	68
3.3. Stratégie d’échantillonnage	68
3.4. Outils.....	69
3.5. Méthode d’analyse des entretiens	69
3.6. Résultats des entretiens avec les acteurs de terrain	69
3.6.1. Description de l’échantillon	69
3.6.2. Déroulement des entretiens	70
3.6.3. Analyse des entretiens.....	71
3.6.4. Synthèse de l’analyse des entretiens	91
Partie III : Discussion	97
3.1. Les stratégies mises en place par le personnel soignant	98
3.2. L’influence de l’atmosphère soignante dans la mise en œuvre d’une pratique de soin humanisante.....	99
Partie IV : Conclusions et perspectives.....	102

Bibliographie

Annexes

- Annexe 1** Les 5 dimensions de l'humanisation
- Annexe 2** Guide interview témoins privilégiés n°1
- Annexe 3** Guide interview témoins privilégiés n°2
- Annexe 4** Guide interview témoins privilégiés n°3
- Annexe 5** Guide d'entretien – Acteurs de terrain
- Annexe 6** Retranscription entretien acteurs de terrain (1)
- Annexe 7** Retranscription entretien acteurs de terrain (2)
- Annexe 8** Tableau 1 : Ancienneté et expériences antérieures des répondants
- Annexe 9** Tableau 2 : Valeurs importantes pour les soignants
- Annexe 10** Tableau 3 : La motivation et/ou ce qui anime le plus les soignants dans leur fonction actuelle
- Annexe 11** Tableau 4 : L'humanisation et la manière d'aborder les soins
- Annexe 12** Tableau 5 : L'humanisme soignant : Freins et leviers mis en évidence par les soignants
- Annexe 13** Tableau 6 : La pratique de soin humanisante au sein de l'unité/institution : Points forts – Points à améliorer relevés par les soignants
- Annexe 14** Tableau 7 : Les aspects organisationnels au sein des différentes unités/institutions

Partie I : Introduction

Infirmière de formation, je suis enseignante au sein de la HELHa¹ de Gilly dans la section bacheliers infirmiers responsables en soins généraux (BIRSG).

Actuellement en année terminale du Master en Sciences de la Santé Publique, j'ai l'opportunité de rédiger un mémoire pour lequel le thème que j'ai retenu est « **l'humanisation des soins** ». Mon choix s'est porté sur celui-ci pour plusieurs raisons.

La première est en lien direct avec mon métier d'infirmière. J'ai choisi ce métier parce que j'ai toujours été attirée par le domaine des soins, mais aussi et surtout pour le côté « prendre soin » de la personne malade ou dépendante. J'accorde une grande importance au relationnel avec le patient et à ce que je peux lui apporter, outre les actes techniques. C'est un aspect que j'ai vraiment pris à cœur de développer tout au long de ma carrière, et qui reste une priorité dans la manière dont j'envisage les soins infirmiers.

Ensuite, de par mon métier d'enseignante, et plus précisément de maître de formation pratique, j'ai la chance d'accompagner les étudiants infirmiers en stage durant leur cursus. Cette fonction me permet de les guider dans leurs gestes techniques mais aussi et surtout dans l'accompagnement du patient. Je leur répète souvent « Ce n'est pas un soin que vous allez réaliser chez un patient, mais bien un patient chez qui vous allez réaliser un soin ». Pour moi, cette nuance prend tout son sens, car c'est d'une personne à part entière dont il s'agit, et derrière laquelle il y a tout un monde. Le fait de considérer le patient comme « la finalité » de notre démarche, en tenant compte de ses spécificités, de ses demandes, de ses craintes, ... permet, j'en suis convaincue, d'apporter des soins de meilleure qualité. A ce propos, j'ai été touchée par une phrase de Michel Dupuis² qui dit qu'« *Avant même de vouloir faire bien ce que l'on veut faire pour la personne, il s'agit de garantir que les gestes posés le sont authentiquement, spécifiquement, par une personne singulière à une autre personne singulière, dans la réalité de ce que l'un et l'autre sont et ressentent actuellement. C'est seulement de cette manière que l'on peut espérer éviter la banalisation des pratiques.* » (Dupuis M. , Sources et horizons de l'éthique du soin, 2019, p. 25).

C'est un grand défi pour moi de parvenir à sensibiliser les étudiants à cette philosophie de soin. Or, plusieurs étudiants reviennent de stage, surtout en première année ; parfois choqués de ce qu'ils ont pu observer ou vivre dans les services. Certains de leurs témoignages posent vraiment question concernant la manière dont les soins sont quelquefois réalisés. Beaucoup me rapportent « *c'est bien tout ce que vous nous apprenez, mais franchement, on n'a pas le temps...* ».

De même, ma fonction de maître de formation pratique me permet d'avoir un regard extérieur sur l'attitude de certains soignants, qui m'a parfois interpellé : des paroles blessantes, de l'agressivité, mais aussi et surtout de l'indifférence Ce sont des choses parfois toutes simples, mais qui impactent la personne. L'exemple que je cite souvent aux étudiants est le fait de regarder le patient et de s'adresser à lui lorsque l'on dépose le plateau repas. Cela ne prend pas plus de temps, mais montre que nous le prenons en considération, qu'il est bien là ici et maintenant et que nous le reconnaissons en tant que personne. Cela peut sembler anodin pour certains soignants, mais cela

¹ Haute Ecole Louvain en Hainaut

² M. Dupuis : Philosophe, Vice-président de la Commission fédérale « droits du patient », Responsable scientifique au sein du GEFERS.

représente tellement pour le patient. Il s'agit, comme le dit si bien Walter Hesbeen³, d'« insuffler de l'humain dans le quotidien de la pratique des soins. » (Hesbeen, 2017, p40).

La déshumanisation des soins est un sujet dont on parle beaucoup actuellement, et qui est souvent associée au contexte de travail : surcharge de travail, manque de personnel, manque de temps, ... Cette surcharge de travail est d'ailleurs mise en avant dans le dernier rapport du KCE⁴ concernant notamment la profession infirmière : « *les infirmiers qui travaillent dans les hôpitaux belges s'occupent en moyenne de 9,4 patients, alors que la norme de sécurité internationalement acceptée est de 8 patients par infirmier maximum.* » (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2019).

Comme le décrit Chantal Cara⁵, « *les réorganisations peuvent fréquemment entraîner des effets contraignants sur les ressources humaines, notamment la surcharge de travail en ne remplaçant pas le personnel absent(...). Il apparaît que ces mesures créent une dissonance dans les valeurs auxquelles adhèrent les infirmières et les professionnels de la santé, c'est-à-dire de prodiguer des soins de qualité empreints d'humanisme, tout en devant respecter les objectifs économiques du système et des organisations.* » (Cara, C., et al, 2016).

Ces conditions de travail peuvent alors engendrer des situations de burn-out.

Suite à une étude empirique du SPF⁶ santé publique (SPF emploi, travail et concertation sociale, 2013), il ressort qu'une charge de travail élevée, un épuisement émotionnel élevé et des conflits de rôles sont les principaux déterminants du burn-out ; dont la prévalence est de 6,6 % chez les soignants, médecins et infirmiers confondus.

Comme le souligne Aline Mauranges⁷, l'un des symptômes identifiable et quantifiable du burn-out est la déshumanisation de la relation à l'autre, celle-ci pouvant s'aggraver et amener à de la maltraitance. En effet, la déshumanisation peut aller du rejet de l'autre au dégoût, et cela, parfois accompagné de gestes impulsifs. Ce qui entraîne de la distanciation de la part du soignant qui a peur de lui-même et de ses réactions, accentuant encore ce phénomène de déshumanisation.

Mais... la déshumanisation des soins n'est-elle pas déjà en soi une forme de maltraitance ; ou pour être plus légère dans mes propos, de la non-bientraitance ? En effet, le fait que le soignant s'éloigne du patient est une forme de maltraitance dite relationnelle. « *La maltraitance relationnelle par défection empathique se reconnaît par un langage dénué d'affect. Le patient n'est plus vu comme une personne mais comme un numéro de chambre, une pathologie, un corps sans yeux ni vie.* » (Mauranges, 2007). C'est également ce que souligne Stéphane Tregouet⁸ dans son article traitant de la relation de soin : « *(...) La relation soignant/soigné potentiellement maltraitante se situe dans l'ignorance de l'autre, dans l'absence de création d'un lien authentique et sécurisant.* » (Tregouet, 2006).

Cependant, est-ce que le fait de travailler dans un système de soins contraint doit entraîner inévitablement une déshumanisation des soins ? Personnellement, je pense que non, car j'ai la chance de rencontrer de nombreux professionnels de la santé dans le cadre de mon métier

³ W. Hesbeen : Infirmier et Docteur en santé publique, Professeur à l'UCL, Responsable pédagogique du GEFERS, Rédacteur en chef de la revue Perspective soignante.

⁴ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

⁵ C. Cara : Professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Chercheure à l'Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal.

⁶ Service Public Fédéral

⁷ A. Mauranges : Psychologue clinicienne, victimologue, chargée de conseil, Groupement hospitalier universitaire Est Tenon - Paris

⁸ S. Tregouet : Cadre de santé - CPEA de MUZILLAC

d'enseignante qui œuvrent chaque jour pour apporter des soins humanisants aux patients, malgré des conditions de travail difficiles. Cela fait partie de leur philosophie de soin.

En effet, la crise sanitaire sans précédent que nous vivons actuellement a clairement mis le personnel de soins dans des situations physiques, psychologiques et éthiques très difficiles. J'ai eu l'occasion de discuter de manière informelle avec certaines collègues travaillant dans des services différents (Soins généraux, urgences, soins intensifs). Ce qu'elles ont mis en œuvre pour offrir au patient des soins de qualité, du réconfort, du soutien, une présence, malgré leur épuisement ; montre clairement qu'il est toujours possible de maintenir des soins humanisants, même dans des conditions difficiles.

Afin de nourrir cette réflexion, j'envisage la question de recherche suivante : « Quelles sont les stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants aux patients malgré un système de soins contraint ? »

Dans le but de travailler cette question de recherche et de l'affiner, je vais avoir recours à trois méthodes :

- Je vais commencer par le développement du cadre théorique qui va m'aider à alimenter mes connaissances sur le sujet de l'humanisme, à travers une recherche de littérature.
- Ensuite, je vais rencontrer des témoins privilégiés qui me permettront d'avoir une autre approche de l'humanisme, plutôt basée sur l'expertise de ces différents professionnels.
- Enfin, je vais réaliser des entretiens avec des acteurs de terrain, dans le but de comprendre comment cet humanisme soignant se vit au quotidien.

Les apports et résultats de ces trois méthodes seront à chaque fois explicités à la fin du chapitre s'y rapportant.

Je proposerai ensuite une discussion basée sur les réflexions que ces trois approches ont pu amener concernant ma question de recherche.

Je terminerai par une conclusion qui reprendra une synthèse des réponses à ma question de recherche ainsi que les perspectives envisagées concernant l'humanisme dans la pratique quotidienne de soin. J'y expliciterai également les apports de ce travail sur le plan personnel et professionnel.

Partie II : Méthode

Cette partie va être consacrée aux trois méthodes que j'ai choisi de développer afin de tenter de répondre à ma question de recherche, à savoir ; le cadre théorique, les entretiens avec les témoins privilégiés et enfin les interviews d'acteurs de terrain.

Je vais dans un premier temps mettre en évidence les éléments concrets que chacune des méthodes m'a apporté, et je terminerai ensuite chacun des points par une synthèse de cet apport.

Je vais présenter ci-après le cadre théorique issu de ma recherche de littérature.

I. Cadre théorique

Mon travail portant sur l'humanisation des soins, il me semble opportun de commencer par définir le concept de « soin ». Cependant, afin de mieux en comprendre les multiples dimensions et représentations, je vais tout d'abord en développer l'histoire et l'évolution au cours du temps, qui peuvent certainement expliquer les différentes manières dont le « soin » peut être envisagé ; mais également la façon dont la place du malade a évolué.

Cette première approche du soin va me permettre de mettre en évidence la différence essentielle entre les soins et le soin, ce qui va être le fil conducteur tout au long de ce travail. Par après, je vais mener une réflexion sur la conception du mot soin, en passant par l'avis de différents auteurs, et en me rattachant aux notions de cure, care et caring.

Ensuite, je vais m'intéresser au concept de « prendre soin » et à l'importance de celui-ci dans la vision humaniste du soin. En lien avec ce « prendre soin », je vais expliquer les compétences et valeurs essentielles à la relation de soin.

Je poursuivrai en explicitant la place de l'éthique dans les soins, et la manière dont elle peut concrètement être mobilisée par les soignants afin d'inscrire leur pratique dans une perspective humanisante.

Je terminerai ce cadre théorique par les outils et stratégies développés dans la littérature permettant d'envisager une culture de soin humanisante dans la pratique quotidienne des soignants.

1.1. L'histoire du soin et la place du malade à travers le temps

La conception des soins a évolué au cours des siècles. Depuis la nuit des temps, le soin fait partie du quotidien de tout un chacun. Dans les familles, la maman prend soin de ses enfants, la femme soigne le parent malade, etc., ...

A l'époque, **Hippocrate (460-370 AC)**, célèbre médecin grec et philosophe, considéré comme le « père de la médecine » met en avant **la place centrale qui est accordée au malade** avec une importance du corps et de l'esprit. En effet, Hippocrate, passionné d'éthique, insiste sur le respect du malade ainsi que l'importance d'obtenir la coopération de celui-ci afin d'établir une relation de confiance. Il sera d'ailleurs à l'origine du « Serment d'Hippocrate », qui reprend les valeurs morales et les devoirs auxquels s'engage toujours actuellement le médecin avant d'exercer.

Le malade avait donc au départ une existence sociale forte.

Jusqu'au XII^{ème} siècle, la religion a une influence très importante sur la manière dont est envisagé le soin. On lui confère un aspect de dévouement, d'hospitalité, de devoir envers la personne malade ou démunie. La maladie est considérée comme une souffrance, un mal-être voire une cause liée à la volonté divine. « *Être responsable des pauvres et infirmes est un point spécifique de la vie chrétienne* » (Geadah, 2012).

Cependant, **à partir du XVI^{ème} siècle**, avec la renaissance, une nouvelle manière de penser va s'imposer avec les progrès techniques et scientifiques majeurs de cette époque. Les médecins sont alors perçus comme des savants. Cela va engendrer une **vision plus paternaliste** de la médecine, dans laquelle le médecin est le seul à savoir ; et l'approche du malade se fera essentiellement à travers l'observation des symptômes et la connaissance des mécanismes physiologiques du corps humain.

Citons **dans les années 1850**, Claude Bernard⁹, célèbre médecin français ; considéré comme le père de la révolution médicale expérimentale grâce à ses nombreuses découvertes, études et publications sur la physiologie humaine. Celui-ci a incontestablement permis à la médecine de se développer de manière fulgurante.

Cependant, le prix à payer pour tous ces progrès a malheureusement été une mise entre parenthèse de la parole du sujet, où le malade est alors devenu la maladie qu'il a ; la médecine étant centrée exclusivement sur la maladie. Pour reprendre Claude Bernard, « *il y a passage d'un art de guérir les malades à une science de guérir les maladies.* » (C. Bernard as cited in Lebrun, 1993, p. 29).

Le corps devient objet de soin, et comme l'explique Fabian Defraîne¹⁰, cette nouvelle manière d'envisager la médecine va inévitablement entraîner un changement de la place du malade : « *on observe un glissement du mot malade vers le mot patient qui traduit une évolution, un changement dans la société au niveau des soins de santé et de la place du malade.* » (Defraîne, 2021).

C'est seulement **à partir du XVIII^{ème} siècle**, que les progrès de la médecine et de la chirurgie vont faire l'objet d'encyclopédies, qui serviront de base à la construction des savoirs des praticiens. On observe alors une certaine vulgarisation des savoirs et connaissances, ce qui va rapprocher les médecins des gens du peuple.

De même, les conditions de vie et d'hygiène s'améliorent, l'espérance de vie s'allonge, mais les maladies chroniques se développent également. Celles-ci vont participer au changement de la place du patient, car elles vont « obliger » les médecins à lui déléguer certaines tâches. Le patient devient alors un peu acteur par la force des choses.

« *Cependant, il faut attendre la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle pour voir accorder aux patients et au dialogue avec eux une place qui ne fera, depuis, que gagner en importance.* » (Geadah, 2012).

En 1960, un mouvement de protestation va également ouvrir une brèche dans la médecine de la maladie ; il s'agit du **mouvement des soins palliatifs**. Celui-ci est né du désaccord exprimé par les familles concernant la logique de sauver des vies à tout prix ; celles-ci souhaitant que leurs proches puissent mourir en paix à l'hôpital. Les premiers services de soins palliatifs sont nés, et la médecine du malade prend alors le dessus sur la médecine de la maladie ; le malade ne doit plus se soumettre comme dans les services de soins curatifs, ce sont les soignants qui vont au rythme du malade.

⁹ C. Bernard : Médecin, physiologiste et épistémologue français

¹⁰ F. Defraîne : Maître-assistant en sociologie à l'HELB Ilya Prigogine

Comme le souligne Walter Hesbeen, « *L'exception que représentent les soins palliatifs devrait devenir la règle... en tous cas, l'esprit « soins palliatifs »* » (Hesbeen W. , L'humanisme dans les soins, 2021).

Grâce à la prise en compte des dimensions psychologique et émotionnelle de la maladie dans la **seconde moitié du XXème siècle**, la définition de la santé va évoluer progressivement et l'on voit apparaître **fin des années 1990** l'approche « centrée sur le patient », ce qui implique d'informer le patient et de le consulter. « *En centrant les soins sur le patient, les professionnels de santé prennent enfin en compte les valeurs, les préférences et les besoins de ce dernier.* » (Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron,A., 2017).

Par la suite, **l'émergence de diverses lois** telles que la loi relative aux droits des patients en 2002, la loi sur les soins palliatifs ainsi que la loi sur l'euthanasie ont conduit à ce que la médecine se montre plus soucieuse du malade ; et, au-delà de soigner à tout prix, soulager aussi les souffrances de la personne.

Actuellement, le concept de « **patient-partenaire** » se développe de plus en plus. « *L'APPS¹¹ est définie au Canada comme l'engagement des patients à la fois dans leur processus de soins et dans l'amélioration de la qualité des soins et des services. Cela est fait, entre autres moyens, par le biais de la prise de décision partagée et du développement de compétences permettant au patient d'intervenir à différents niveaux du système de santé.* » (Pétre, B. et al, 2018).

En effet, la prévalence croissante des maladies chroniques, l'augmentation de la durée de vie, ainsi que la recherche d'optimisation de la qualité de vie sont autant de facteurs qui vont amener les soignants à travailler en collaboration, avec la volonté que les patients ne subissent plus les soins mais qu'ils puissent participer activement à la gestion de leur santé. Le patient est alors reconnu comme un membre à part entière de l'équipe de soins, grâce notamment à l'apport de ses savoirs expérientiels, qui viennent compléter les savoirs scientifiques de l'ensemble des soignants. Cette approche sera davantage développée dans le point 1.11., consacré aux outils et stratégies en faveur d'un humanisme soignant.

Malgré tous ces progrès, cette vision bio-psycho-sociale est, et sera toujours un enjeu majeur dans la pratique quotidienne des soignants car l'évolution permanente des soins qui demandent une haute technicité fait que « *la distance s'accroît entre les soignants et le corps des malades* » (Pétrus-Krupsky, 2018).

En effet, l'histoire a laissé des traces, et nous évoluons toujours avec une double perspective des soins : des soins relevant de techniques sophistiquées pour tout ce qui est aigu, et des soins apparaissant comme moins attractifs pour tout ce qui a trait aux maladies chroniques, mais qui demandent un accompagnement du malade dans toutes ses dimensions.

Enfin, il est également important que cette approche, dont la finalité est bien la personne malade ou dépendante, soit soutenue par une culture institutionnelle et une gouvernance du système de santé favorables à son développement.

A travers ces quelques lignes, j'ai tenté de résumer la manière dont le soin a évolué, mais aussi comment est envisagée la place du malade ainsi que la fonction du médecin.

Etant donné que ma question de recherche est plutôt centrée sur la pratique infirmière, je vais, dans le point suivant ; faire un lien entre ces premiers éléments et la manière dont les soins infirmiers se sont développés.

¹¹ Approche Patient Partenaire de Soins

1.2. Les soins dans la pratique infirmière

Le métier d'infirmier(e) telles que nous le connaissons aujourd'hui a connu une évolution impressionnante au cours des derniers siècles.

De l'antiquité au XVIIIème siècle, les soignants étaient des hommes et femmes qui soignent des malades dans leur quotidien, et ce avec seulement une transmission orale des connaissances, et par imitation.

L'église va également avoir un impact très important dans la manière dont vont se développer les soins infirmiers. Le fait de soigner les malades est alors une vocation, liée à la spiritualité. En 1634, l'Ordre des filles de la Charité est créé par Saint-Vincent de Paul, qui va être le premier à se préoccuper de la formation du personnel soignant. Cependant, après sa mort, ses travaux seront abandonnés, l'activité infirmière restant liée à la foi uniquement.

Ce n'est vraiment qu'à **partir du XIXème siècle**, parallèlement aux progrès des sciences et de la médecine, de la révolution industrielle et des guerres ; que l'on va observer une modernisation des soins et du système de santé.

Le 17 juillet 1899 est créé le Conseil International des Infirmières, ce qui est une grande avancée dans la reconnaissance du métier. Sa mission est de « *Représenter les soins infirmiers dans le monde entier, faire progresser la profession infirmière, promouvoir le bien-être des infirmières et la santé dans toutes les politiques.* » (Conseil International des Infirmières, 2020).

A partir de là, plusieurs personnalités vont avoir une influence considérable sur la profession. Citons Léonie Chaptal, philanthrope française, qui « *affirme l'identité professionnelle de l'infirmière et l'autonomie à l'égard du corps médical* ». Selon elle, « *L'infirmière s'occupe d'être humains et non de pathologies ; ses compétences sont liées à la connaissance de la personne soignée, dans toutes ses dimensions.* » (Pétru-Krupsky, 2018).

Les premiers grands changements apparaissent grâce à Florence Nightingale, pionnière des soins infirmiers modernes et statisticienne reconnue. Elle est considérée comme l'hygiéniste la mieux qualifiée d'Europe, notamment grâce à son intervention d'assainissement des hôpitaux durant la guerre de Crimée ; qui a permis de diminuer le taux de mortalité des personnes hospitalisées. C'est aussi grâce à elle que la formation des futurs infirmiers va se concrétiser. En effet, F. Nightingale publie en 1960 un ouvrage « *Notes of Nursing* » qui sert de base à l'enseignement des infirmiers. Elle fonde la même année la Nightingale School à Londres. Le nombre d'école d'infirmiers va se multiplier dans les années qui suivent, et la formation sera de plus en plus complète et complexe ; avec entre autres la mise en évidence des fonctions de prévention et d'éducation dans les soins infirmiers.

Cependant, de ces toutes premières formations sortent surtout des infirmières au service du médecin envers lequel il y a une forme de soumission ; plutôt qu'au service du malade.

Dans les années 1960, Virginia Henderson, infirmière théoricienne américaine, va mettre en évidence la complémentarité des dimensions biophysiques, psychologiques, socio-culturelles et spirituelles dans les soins apportés aux malades. Elle va également définir la fonction de l'infirmière comme quelqu'un qui « *aide le personne, malade ou en santé, à accomplir les activités qui contribuent à sa santé et à sa guérison (ou qui permettent une mort paisible), activités que cette personne ferait elle-même si elle en avait la force, la volonté ou la connaissance.* » (Pepin et al, 2017).

La fonction de l'infirmière ne se réduit donc pas à la réalisation d'une série d'actes de soins, le **caractère humaniste du soin** prend donc ici toute son importance.

Dans le système de soins tel que nous le connaissons aujourd'hui, l'infirmière a une place prépondérante, et doit avoir un niveau de compétence élevé pour assurer l'ensemble de toutes ces tâches qui lui incombent. Si nous reprenons d'ailleurs la définition des soins infirmiers selon le Conseil International des Infirmiers :

Les soins infirmiers englobent les soins autonomes et collaboratifs prodigués aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés, malades ou en bonne santé, indépendamment du contexte. Les soins infirmiers comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les soins aux personnes malades, handicapées ou en fin de vie. La défense des intérêts, la promotion d'un environnement favorable, la recherche, la participation à la mise au point des politiques de la santé, à la gestion des patients et des systèmes ainsi que la formation font également partie des rôles déterminants des soins infirmiers. » (Conseil International des Infirmières, 2020).

il apparaît que définir le mot « soin » de manière précise semble particulièrement difficile.

De même, ce caractère multitâche, ainsi que les traces laissées par l'évolution de la profession peuvent amener à s'interroger sur **l'autonomie de l'infirmier(e)**.

En effet, cette définition relevant des « soins infirmiers » pourrait finalement très bien être appliquée aux « soins médicaux » par exemple, ce que je trouve particulièrement interpellant. Dès lors, la question soulevée par Walter Hesbeen « *Que sont les soins infirmiers en leur essence ?* » (Hesbeen W. , Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, p. 118) mérite vraiment réflexion. Effectivement, les aspects multiples de la fonction infirmière ont tendance à en faire perdre l'essence même, ce qui pourrait alors laisser croire qu'elle peut être facilement remplacée ou interchangée. Mais où est alors la place et la reconnaissance de ce métier ?

Ces fonctions multiples, ainsi que les ordres médicaux et nombreux actes « confiés » par les médecins, ont pour conséquence de parfois faire oublier que l'infirmier a un rôle propre, qui va bien au-delà des actes de soins... Walter Hesbeen affirme d'ailleurs lorsqu'il parle du métier d'infirmier(e) que c'est d'une « *véritable spécialisation dont il est ici question.* » (Hesbeen W. , Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, p. 141).

Concernant cette question de l'autonomie de l'infirmière, la création d'un Master en Sciences infirmières qui va prendre cours dès l'année académique prochaine, apparaît selon moi comme une certaine réponse à la reconnaissance de la compétence infirmière. De fait, cette formation est présentée comme suit : « *Le Master en Sciences Infirmières est un levier pour amener les infirmier.e.s à développer leur leadership clinique, organisationnel, politique et disciplinaire (...)* les objectifs étant de « *Contribuer au développement de la science infirmière, porter un regard critique sur les pratiques, promouvoir le respect des réglementations ou encore positionner la discipline et la pratique infirmière comme moteurs d'amélioration des systèmes de santé.* » (HELHa, 2021).

Cependant, en lien avec le thème de l'humanisme qui me préoccupe, le développement des sciences infirmières ne se traduit pas nécessairement par une avancée de la réflexion humaniste et du travail d'intériorité que celle-ci requiert. Dès lors, il faut espérer que cette formation puisse également être un tremplin pour permettre aux infirmier(e)s de défendre l'importance d'une culture de soin humanisante, et ce, à tous les niveaux.

En effet, comme l'explique Jean-Bernard Cottier¹², « *les professionnels infirmiers ont une « carte à jouer » afin de contribuer à fortifier leur rôle propre. Il s'agit pour eux d'apporter une plus-value dans la prise en charge du patient en accordant de l'importance aux soins relationnels (...)* » (Cottier, 2021, p. 22).

Nous pouvons constater que la conception des soins a beaucoup évolué, et continue à évoluer à travers le temps. De même, plusieurs aspects des soins sont mis en avant dans la littérature.

Afin de poursuivre cette réflexion, je vais donc tenter dans le point suivant d'apporter des éclaircissements quant à la définition du mot « soin ».

1.3. Vers une définition du mot « soin » ?

Dans sa dimension médicale, le soin est « *un acte destiné à maintenir ou rétablir la santé* » (Garnier, M. , Delamare, V. et al, 2009)

Selon le Dictionnaire Larousse, les soins sont des « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, des actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps, des actes d'hygiène, de cosmétique qui visent à conserver ou à améliorer l'état de la peau, des ongles, des cheveux (...)* » (Larousse, s.d.)

Dans le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, une distinction est faite entre deux types de soins :

- ❖ « *Le soin direct qui est effectué sur la personne même du malade (charge de travail en soins infirmiers)*
- ❖ « *Le soin indirect qui est effectué à distance du malade et contribuant aux soins qui lui sont dispensés (charge de travail en soins infirmiers)* » (Paillard, 2015, p. 379).

S'il est vrai que les soins en eux-mêmes sont pour certains de plus en plus complexes, la définition même du « soin » l'est selon moi tout autant.

En réalité, il ne me semble pas aisé de donner une définition unique et complète du mot soin tant il peut être multidimensionnel. En effet, les premiers éléments qui me viennent à l'esprit en tant que personnel soignant en soins infirmiers sont : soins médicaux, soins d'hygiène, soins de confort, soins de plaie, soins de qualité, soins globaux, soins continus, soins relationnels, ... et je pourrais continuer ainsi cette longue liste de termes associés au mot soin, qui permettent de le définir et/ou de le préciser.

Ce qui m'intéresse dans ce travail, c'est justement ce caractère « multidimensionnel » du mot soin, qui va permettre d'ouvrir de nombreuses pistes de réflexion quant à ce qu'il représente pour le soignant dans sa pratique quotidienne.

En effet, un soignant est-il juste une personne qui réalise des actes de soins ?

Comme le souligne Walter Hesbeen dans son article « Le soignant, les soins et le soin » (Hesbeen W. , 2012), certains praticiens tels que les éducateurs, travailleurs sociaux, ... ne se considèrent pas comme des soignants, car ils ne prodiguent pas de soins. Mais au-delà des actes de soins, ces « soignants » ne prennent-ils pas soin des personnes dont ils s'occupent ?

Il semble essentiel de ne pas confondre « le soin » avec « les soins », et de toujours bien garder à l'esprit que « *l'excellence de la pratique, pour nécessaire qu'elle soit, n'indique en*

¹² Cottier J-B. : Infirmier, Docteur en Sciences de l'éducation

rien la pertinence du soin porté à la personne à qui se destinent ces mêmes soins » (Hesbeen W. , Les soignants, les soins et le soin, 2012, p. 3).

Effectivement, la perspective soignante est différente en fonction de la manière dont le soignant envisage sa pratique. Concrètement, le soignant peut être un expert dans la réalisation de certains soins techniques, que Walter Hesbeen désigne comme « *soignant par état* » sans pour autant être un expert du soin, ou plutôt « *soignant par intention.*» (Hesbeen W. , Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, pp. 37-38).

Car en réalité, cette distinction se traduit par l'intention qu'il y a derrière le soin qui est prodigué à la personne malade ou dépendante. Cette intention qui anime le soignant dans sa pratique quotidienne et qui va donner du sens à celle-ci.

Cependant, cette intention n'est pas innée, elle ne va pas de soi. Celle-ci nécessite une réflexion et un cheminement du soignant dans sa pratique sur la considération et l'estime qu'il accorde à la personne à qui le soin est destiné. En effet, « *le soin demande un effort car le soin est exigeant et nécessite un engagement* » (Hesbeen W. , Les soignants, les soins et le soin, 2012, p. 7).

Cet engagement est l'essence même de ce travail, et va en être le fil conducteur.

Nous verrons plus loin que celui-ci requiert une certaine vigilance, ainsi que la mobilisation de valeurs indispensables au métier de soignant. Nous constaterons également que cet engagement ne relève pas seulement de la volonté propre du soignant mais qu'il nécessite une certaine « culture du soin » qu'il est selon moi primordial de transmettre à tous les niveaux ; depuis les études jusque dans la gestion des institutions de soins et dans la gouvernance même des soins de santé.

En lien avec les notions de soigner et de prendre soin que je viens d'aborder, nous retrouvons souvent dans la littérature les termes anglo-saxons *cure* et *care* et *caring*.

Je vais dans le point suivant les décrire, et tenter de faire émerger l'avis de différents auteurs.

1.4. Le cure, le care et le caring

1.4.1. Les concepts de cure et de care

Comme je l'ai décrit dans le point 2.1., la définition du mot soin est complexe, et il y a une grande différence entre le soin et les soins.

Pour illustrer cette différence, le verbe soigner se décline de deux manières dans la langue anglaise : *to cure*, qui envisage le soin à visée thérapeutique et *to care*, plus difficile à traduire en français, qui « *couvre à la fois les termes de sollicitude, de soin, d'attention, de responsabilité, de compassion, de souci de l'autre.* » (Svandra, 2008).

La définition du *cure* caractérise donc « les soins » apportés au patient, tandis que le concept de *care* rejoint plutôt la notion « du soin » abordée dans le point précédent. Je vais m'intéresser de plus près au « *care* » afin de mieux en percevoir les enjeux.

Selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, le *care* amène le soignant à « *adopter une attitude empathique et donc capable de sortir de son cadre de référence pour respecter celui du patient. Le care englobe également la capacité de s'occuper d'autrui et de lui porter attention de façon individualisée.* » (Paillard, 2015, p. 71).

Joan Tronto¹³, définit quant à elle le care comme « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre “monde”, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* » (Tronto, 2008).

A travers cette définition, le mot care prend un aspect plutôt multidimensionnel, qui ne s'arrête pas à la sollicitude d'une personne envers une autre. L'accent est mis également sur l'environnement dans lequel les individus évoluent et sont interreliés les uns avec les autres et ce, aussi bien dans la dimension du soin que dans la dimension sociale et politique.

Selon cette auteure, l'idéal du care serait de répondre aux besoins concrets, de manière intégrée, en passant par les quatre phases du care, à savoir : se soucier de, se charger de, accorder des soins, et recevoir des soins. Cependant, les conflits entre professionnels concernant ces quatre phases, les divergences de représentations du care, la limitation des ressources à disposition, ... sont autant de contraintes qui font que l'idéal d'un care intégré sera rarement atteint.

De même, J. Tronto explique que « *Penser le care comme pratique, plutôt que comme disposition, change considérablement le degré de facilité avec lequel le care est contenu. En tant que disposition ou émotion, il est facile de faire de la sollicitude un objet sentimental ou privé.* » (Tronto, 2008). Selon cette auteure, ces dimensions ne constituent qu'un aspect du care, mais paraissant selon moi indispensable à celui-ci.

Finalement, « *le care n'est donc ni le soin, ni la sollicitude, ni le dévouement (...)* ». Lise Michaux¹⁴ retient le mot de « *constellation* » afin de décrire ce qu'est le care pour faire référence à « *la multitude des étoiles comme des choses, et qui a encore le sens de « pléiade »* » (Michaux L. , 2018, p. 32).

Nous constatons que si le fond du terme care semble bien clair pour les différents auteurs, la manière de l'envisager est cependant assez floue. Les divergences ne viendraient pas de la définition en tant que telle, mais plutôt « *dans la pratique sociale et professionnelle du care* » (Morvillers, 2015, p. 79)

Lise Michaux s'interroge également sur la pertinence de « *se tourner vers une autre langue (...) pour apparemment signifier la même chose, puisque chaque terme à son histoire, chaque culture à ses usages de la langue.* » (Michaux L. , 2018, p. 22).

A ce propos, je rejoins Walter Hesbeen, qui exprime que finalement, ces deux termes anglo-saxons de cure et de care ne nous en apprennent pas plus concernant les soins et le prendre soin que ce que nous en savons et en comprenons déjà.

En effet, ils n'apportent pas de précision concernant l'intention qui anime les professionnels ; intention qui comme nous l'avons vu plus haut est l'essence même du prendre soin.

Dès lors, pour aller un peu plus loin, je vais m'intéresser au « caring », un concept qui alimente de nombreux écrits et théories et qui, selon moi, met un peu plus l'accent sur cette notion d'« intention ».

¹³ J. Tronto : Professeure de théorie politique au Hunter College de l'Université de New York.

¹⁴ L. Michaux : Auteure aux Editions Seli Arlsan

1.4.2. Le caring : théorie, école de pensée et philosophie

« L'école de pensée du caring est caractérisée par une pratique infirmière centrée sur l'accompagnement, c'est-à-dire « être avec » la personne, cette dernière étant considérée comme unique et en interrelation avec le monde. » (Cara et al, 2016).

Madeleine Leininger¹⁵ est considérée comme pionnière du développement du caring en soins infirmiers. Elle met en avant la prise en compte par l'infirmière de la culture et des valeurs de la personne soignée pour que les soins infirmiers lui soient réellement bénéfiques.

De même, Jean Watson¹⁶ considère le caring comme l'essence même de la discipline infirmière, en étant à la fois « une manière fondamentale d'être dans le monde et un idéal moral » (Pepin, J. et al., 2017, p. 71). Ce concept est d'ailleurs à la base de sa théorie du « Human Caring ». Selon cette auteure, « la personne est un « être-dans-le-monde », qui perçoit des choses, qui vit des expériences et qui est en continuité dans le temps et dans l'espace (...) avec une harmonie « corps, âme et esprit », qui engendre un respect de soi, une connaissance de soi, son propre soin, et une autoguérison (...) Le but des soins infirmiers est d'aider la personne à atteindre le plus haut niveau d'harmonie entre son âme, son corps, et son esprit. » (Pepin, J. et al, 2017, p. 72-73).

La relation humaine est au cœur même de cette théorie. En effet, J. Watson explique que le soin commence lorsque l'infirmière entre dans la réalité de l'autre, de manière à percevoir et ressentir son vécu. Il y a donc une importance de la prise en compte de ce que vit la personne et de tout « son monde » qu'il y a derrière.

Pour cela, J. Watson a mis en évidence dix facteurs « caratifs » permettant de guider la pratique soignante et qui « ont pour intention de présenter la discipline infirmière comme une activité profondément humaine » (J. Watson as cited in Hesbeen W. , 1999). Selon Watson, cette liste n'est pas exhaustive, et ces dix facteurs peuvent être développés et/ou affinisés, mais elle pense cependant qu'ils représentent l'ensemble de la discipline infirmière.

Ces dix facteurs sont :

1. *Système de valeurs humanistes et altruistes ;*
2. *Croyance-espoir ;*
3. *Prise de conscience de soi et des autres ;*
4. *Relation thérapeutique d'aide et de confiance ;*
5. *Expression de sentiments positifs et négatifs ;*
6. *Processus de caring créatif visant la résolution de problèmes ;*
7. *Enseignement-apprentissage transpersonnel ;*
8. *Soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel ;*
9. *Assistance en regard des besoins de la personne ;*
10. *Forces existentielles-phénoménologiques-spirituelles.*

(Cara, C. & O'Reilly, L. , 2008)

¹⁵ M. Leininger : Théoricienne en sciences infirmières, professeure en sciences infirmières et développeuse du concept de soins infirmiers transculturels

¹⁶ J. Watson : Professeure émérite à l'École des sciences infirmières de l'University of Colorado -Fondatrice du Center for Human Caring

Dans le même ordre d'idée, Patricia Benner¹⁷ explique que le caring signifie « *être en relation (...)* *Le caring est primordial dans la pratique en ce sens que l'infirmière doit explorer les relations, les événements et les projets qui ont de l'importance pour la personne soignée (...)* ce qui lui permet de découvrir ce qui est fondamental pour cette personne(...) » (Benner as cited in Potter, A. et al, 2009, p. 89).

Selon moi, ces manières d'envisager le caring rejoignent déjà davantage la définition du soin donnée par Walter Hesbeen, car les différents auteurs mettent clairement en évidence « l'intention » du soignant dans sa pratique, en considérant le patient comme une personne singulière à part entière.

Enfin, nous constatons également à travers ces différentes représentations que le caring et le prendre soin semblent très proches. Cependant, malgré certaines similitudes, il est nécessaire de ne pas les confondre.

Je vais mettre en évidence ci-après les points qui distinguent ces deux concepts.

1.4.3. Le caring est-il prendre soin ?

Le plus souvent, lorsque les termes de care, caring ou prendre soin sont utilisés, c'est pour « *évoquer le cœur du métier de soignant, c'est-à-dire exercer avec soin, soigner en humanité, prendre soin, avoir soin de l'autre, travailler dans le souci de l'autre, de son bien-être, répondre au mieux à sa demande d'aide, devancer ses besoins, venir en aide sans condition.* » (Michaux L. , 2018, p. 23).

Cependant, ces termes semblent être utilisés au même titre, sans réelle distinction entre eux, afin de mettre en évidence le caractère humain de la profession de soignant. Or, l'origine de chacun de ces mots est différente et les associer sans y réfléchir reviendrait à les banaliser.

Le caring est « *présenté comme une théorie, une science et une philosophie (...)* » (Hesbeen W. , 1999, p. 14), alors que **le prendre soin** est davantage perçu comme une philosophie mais aussi une **valeur**.

De même il apparaît que le caring est plus une prédisposition relevant principalement de la pratique infirmière. Or, afin de mettre en œuvre « l'intention » dont j'ai parlé précédemment, et que celle-ci puisse « *se réaliser pleinement et efficacement* », il est nécessaire de l'envisager à travers un « *contexte pluriprofessionnel et par l'intermédiaire d'une démarche soignante interdisciplinaire* » (Hesbeen W. , Le caring est-il prendre soin?, 1999, p. 7).

En effet, si nous nous référons à l'évolution du soin que j'ai décrite au début de ce chapitre, il semble évident que l'approche humaniste du patient concerne aussi bien les infirmières, les médecins ainsi que tout autre professionnel de la santé qui interagit de près ou de loin avec le patient.

Et finalement, si le mot « soin » est si multidimensionnel comme je l'écris plus haut, « *n'est-ce-pas justement par l'insistance que confère le verbe « prendre » dans « prendre soin de », que la langue française devient plus claire pour désigner ce qui est fait avec soin, avec minutie, avec attention pour l'autre ?* » (Michaux L. , 2018, p. 36).

Selon moi, cette phrase montre clairement toute l'importance du concept de « prendre soin » dans la mise en œuvre d'une pratique soignante empli d'humanisme.

¹⁷ P. Benner : Théoricienne infirmière, universitaire et auteure

Je vais donc consacrer le point suivant à la définition du « prendre soin », ainsi qu'à la mise en lumière de la philosophie et des valeurs qui en découlent ; dans la pratique quotidienne des soins.

1.5. Le « prendre soin » à la base de l'humanisme soignant

Afin d'introduire ce point, j'ai envie de commencer par quelques mots de Paul Valéry¹⁸ qui selon moi portent tout le sens du prendre soin : « *Soigner. Donner des soins, (...) cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille (...) Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté (...) C'est une sorte d'œuvre, de poème (et qui n'a jamais été écrit), que la sollicitude intelligente compose.* » (Valéry.P., as cited in Hesbeen W. , Les soignants, les soins et le soin, 2012, p.8).

Selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, « *le Prendre soin, avoir soin de quelqu'un, signifie aussi pourvoir à son salut, à son besoin, à ses nécessités, (...)* » (Paillard, 2015, p. 379).

Selon Lise Michaux, « *Prendre soin, c'est se tourner vers chaque personne en tant qu'être humain venant en aide à un autre humain. Le fait d'être humain, quel que soit son âge ou son état, appelle des soins humains, c'est-à-dire sensibles et attentionnés.* » (Michaux L. , 2017, p. 57).

La première chose qui me vient à l'esprit en lien avec ce concept, c'est cette phrase que l'on entend ou lit un peu partout en ces temps de pandémie de Covid 19¹⁹ : « Prenez soin de vous ». Cela sous-entend de faire attention à soi, d'être attentif à sa personne, et d'éviter de prendre des risques pour sa santé.

Comme le souligne Walter Hesbeen, « *C'est parce que la vie est fragile qu'elle nécessite d'être veillée et parfois même surveillée. Surveillée car elle nécessite, en bien des circonstances, d'être veillée davantage, en particulier lorsque la fragilité de la vie est fragilisée par les événements de l'existence, par les caractéristiques d'une situation ou encore par les répercussions d'une maladie, d'une affection.* » (Hesbeen W. , 2012).

Or, l'aspect strictement technique de certains soins prodigués au malade a tendance à amener le soignant à parfois mettre de côté l'attention portée à la personne. Je remarque souvent cela lorsque je vais superviser les étudiants en stage, surtout en première et deuxième année de leur cursus. En effet, leur souci de bien faire l'acte de soin, la concentration que cela requiert ; leur fait parfois oublier que derrière ce soin technique, il y a une personne. Comme je leur répète souvent, « *cette personne est au centre du soin qui va être réalisé, elle doit être votre priorité* ». A ce propos, je rejoins les paroles de Lise Michaux qui dit que « *Prendre soin, c'est prêter attention aux détails. Ces détails, aussi petits qu'ils puissent apparaître d'un œil extérieur, concernent souvent le confort et le bien-être de la personne.* » (Michaux L. , 2017, p. 49).

Cependant, le soignant peut soigner, sans vraiment prendre soin de la personne malade. En effet, celui-ci peut être passionné par son métier de soignant, à travers toute la série d'actes techniques prodigués, sans pour autant être un « *spécialiste du soin (...), sans mettre du soin dans ses actes de soin* » (Hesbeen W. , Les soignants, les soins et le soin, 2012).

¹⁸ P. Valéry : Ecrivain, poète, philosophe et épistémologue français

¹⁹ Coronavirus Disease 2019, maladie provoquée par un virus de la famille des Coronaviridae, le SARS-CoV-2

Or, le prendre soin se construit à travers la relation à l'autre. La manière d'aborder le malade, de lui montrer que l'on est là pour lui, qu'on le prend en considération en tant que personne et que l'on va prendre soin de lui, en passant certes par certains gestes techniques ; va modifier toute la dimension de l'acte de soin qui va être réalisé. En somme, tout est dans l'intention de prendre en compte ces différents aspects du soin.

C'est exactement ce qu'explique Walter Hesbeen à ce propos : « *La distinction entre les actes de soins que l'on pose et le soin qui peut les imprégner réside précisément dans une intention, une intention dirigée vers ce qui est bien, une intention par laquelle on s'interroge sur ce qui pourrait faire plaisir, sur ce qui pourrait contribuer à apporter un peu de bonheur, à permettre d'être heureux ou un peu moins malheureux* » (Hesbeen W. , Les soignants, les soins et le soin, 2012).

En effet, au final, qu'est-ce que le malade va retenir du soin qui lui a été prodigué ? Il n'est peut-être pas en mesure de statuer sur la qualité technique du soin réalisé par le professionnel. Par contre, la manière dont le soin s'est déroulé, la façon dont le soignant s'est adressé au malade, et dont il l'a rassuré, le fait d'en avoir fait son partenaire ; de même que la chaleur humaine et la bienveillance qui émane du soignant... Ce sont bien là toutes les choses essentielles que le malade va retenir de son épisode de soin. Comme l'écrit W. Hesbeen, « *Aider à vivre ce qu'il y a à vivre ne se confond pas avec faire ce qu'il y a à faire. Cette finalité – l'être humain dont on prend soin – peut sembler évidente alors qu'elle ne l'est pas !* » (Hesbeen W. , Les mots du prendre soin, 2018, p. 12).

Cette distinction entre le fait de soigner la personne malade, et en prendre soin nous amène à réfléchir au sens de notre pratique, à la finalité que nous visons. Comme cité plus haut, cela ne va pas de soi et demande, outre la volonté du soignant ; une certaine compétence soignante, ou plutôt « *un art soignant du singulier* » (Hesbeen W. , Les mots du prendre soin, 2018, p. 12).

A ce propos, Serge Philippon explique bien à travers une situation pratique, que le fait de prendre soin s'apprend au fil des expériences professionnelles, à travers les rencontres avec les personnes qui ont des besoins divers en fonction de ce qu'ils vivent. Ce sont ces expériences qui permettent aux professionnels d'adapter la manière dont ils vont parvenir à soigner et à prendre soin du patient. Pour lui, « *le professionnel entrera de cette façon dans un processus d'évolution de ses savoirs, de ses compétences et de son humanité.* » (Philippon, 2017, p. 23).

Je terminerai par une phrase de Lise Michaux, qui résume bien tout ce qui vient d'être développé dans ce point : « *Le soin apporté aux soins est une des idées au fondement de la notion de « prendre soin ».* » (Michaux L. , 2018, p. 25).

Suite à la mise en évidence de ces différentes dimensions du soin, et au développement du « prendre soin », je vais poursuivre mon cheminement en présentant le concept central de ce travail : L'humanisme soignant.

1.6. Le concept d'humanisme : La place de l'humain dans le soin

« *L'humanisme, cette idée magnifique de l'homme au centre de toutes choses avec sa pensée, sa liberté, sa dignité et sa tension vers le devenir se reflète sur nos soins pour les rendre toujours plus à la mesure de ses besoins.* » (Phaneuf, M.²⁰ as cited in Lavigne, S. et al, 2016).

L'humanisme soignant est un « *courant de pensée qui a été initié en 1995 par les concepteurs et fondateurs de la revue Perspective soignante.* » (Hesbeen W. , Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, p. 49). Cette revue publie des écrits relatifs aux expériences, opinions et interrogations des professionnels et non-professionnels quant à la place du soin et ce, dans le but de faire évoluer les pratiques dans le domaine de la santé ; « *Pour une pratique porteuse de sens et respectueuse des personnes* ».

L'idée de perspective nous renvoie à la finalité du soin, non pas en termes d'efficacité, mais bien en lien avec l'intention qui anime le soignant lors de la réalisation de ce soin. C'est là toute la différence entre « faire des soins » et « prendre soin ». En effet, le prendre soin se rapporte à l'importance que le soignant va accorder à la personne soignée, la visée du bien de cette personne singulière devenant alors la finalité du soin.

A travers les témoignages de professionnels relatés dans l'étude de Péoc'h, N. & Ceaux, C., il ressort que « *l'humanisme est entrevu comme une valeur centrale ; une valeur qui donne du sens et se rend à la conscience du sujet ; une valeur référencée et partagée au centre de la déontologie professionnelle ; une valeur intemporelle construite sur la mémoire ; une valeur qui naît d'un mouvement vers l'autre.* » (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012).

Cependant, ce souci d'humanité dans la pratique quotidienne des soins ne va pas de soi et peut-être mis à l'épreuve par la fatigue du personnel soignant, les conditions de travail difficiles, etc... Une revue systématique réalisée en 2019 (Busch IM. et al, 2019) afin de mieux comprendre le concept de l'humanisation, a mis en évidence les éléments clés permettant de rendre possible des soins humanisants dans la pratique quotidienne. Trois domaines ont été retenus : le domaine relationnel, le domaine organisationnel et le domaine structurel.

- ❖ Au niveau relationnel, c'est surtout la relation authentique et la sensibilité des soignants qui sont mises en avant ainsi que les valeurs telles que l'empathie, le respect de la dignité, de l'unicité et de l'humanité du patient. Le respect de l'autonomie du patient est également relevé.
- ❖ Concernant le domaine organisationnel, les conditions de travail adéquates, avec la reconnaissance de l'importance du bien-être des prestataires de soins de santé sont largement explicitées.
- ❖ Par rapport aux éléments structurels, une structure physique adéquate ainsi qu'un environnement agréable dans les établissements participeraient à une pratique de soins plus humanisante.

La mise en exergue de ces divers éléments peut dès lors permettre aux acteurs concernés d'envisager des outils et stratégies afin d'évoluer vers un humanisme soignant toujours plus présent dans la pratique quotidienne.

²⁰ M. Phaneuf : Professeure de sciences infirmières et consultante internationale

En effet, afin d'œuvrer pour une pratique plus humanisante, le soignant se doit de développer et d'entretenir certaines compétences et valeurs qui vont le guider dans une quête d'authenticité dans sa relation à l'autre et dans le souci qu'il a pour le bien d'autrui.

De même, le soignant est amené à réfléchir sur sa pratique et à se remettre en question ; l'enjeu étant de cheminer vers une vigilance éthique afin d'avoir toujours le bien de la personne au centre de ses préoccupations. Et ce, afin non pas de « *donner du sens* » à sa pratique, mais bien d'« *interroger le sens que prend pour l'autre ce qu'il est en train de vivre(...)* » (Hesbeen W. , Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, p. 53). Nous verrons plus loin dans ce travail toute l'importance de ces compétences et valeurs ainsi que la place de l'éthique dans la pratique soignante.

Il va de soi que tout ce travail de cheminement ne doit pas reposer uniquement sur le soignant. En effet, il est essentiel que les structures de soins et le système de santé en lui-même repensent la place de l'humain dans le soin, en veillant à « *promouvoir un agir humain sensé, respectueux et soucieux de la personne.* » (Hesbeen W. , Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité de service, 2007, p. 45).

Cela permettrait alors de développer et d'entretenir cette « culture humanisante » dans la pratique quotidienne des soins.

Au regard des différents éléments mis en évidence dans l'analyse de ce concept d'« humanisme », nous constatons que celui-ci ne dépend pas seulement de la bonne volonté du soignant, mais demande également l'acquisition et la mobilisation d'un certain nombre de compétences et de valeurs.

Je vais décrire celles-ci dans les points suivants.

1.7. Les compétences soignantes

Tout soignant se doit d'acquérir certaines compétences afin d'exercer sa profession, et d'apporter des soins de qualité. Ces compétences sont le savoir, le savoir-faire et le savoir-être ou « qualité d'être en présence ». Je vais expliciter la manière dont ces trois dimensions s'articulent dans la pratique quotidienne.

❖ Le savoir

Il va de soi que tout soignant doit avoir acquis de nombreuses connaissances dans des champs variés afin de pouvoir exercer. Ce savoir, il l'acquiert non seulement durant ses études, mais également tout au long de sa carrière, au travers de ses expériences, mais aussi du partage avec d'autres professionnels.

De même, ce savoir va être transmis et partagé avec le patient lors des différents épisodes de soins.

Tout d'abord, il est important que le soignant tienne compte des informations que le patient peut lui apporter, ce qui lui permet de partir de ce que celui-ci connaît du soin, de la maladie ; et d'ajuster si nécessaire. Ensuite, comme décrit plus haut, le fait d'expliquer clairement le soin au patient permet d'en faire un partenaire privilégié, ce qui aura un impact sur la qualité et le suivi de son accompagnement.

Outre l'aspect relationnel, le fait d'informer le patient est une obligation légale. En effet, selon la loi relative aux droits du patient (Service Public Fédéral, 2019), celui-ci a le droit d'être informé sur son état de santé, et de pouvoir faire des choix éclairés quant aux soins prodigués.

Ce partage d'informations entre le soignant et le patient constitue donc l'une des bases de la relation de soin, que je vais développer davantage dans la suite de ce travail.

❖ **Le savoir-faire**

« *Le savoir-faire est la déclinaison concrète et pragmatique de la compétence.* » (Philippon, 2017).

Le soignant va donc mobiliser ses savoirs afin de les mettre concrètement en pratique à travers les actes de soins. Cependant, il n'est pas question que d'acte technique dans la pratique soignante. En effet, le professionnel de la santé va également mobiliser son expérience ainsi que son jugement clinique afin d'adapter le soin au patient ainsi qu'à la situation particulière qui se présente à lui. Car il s'agit bien d'une personne unique, qui vit quelque chose ici et maintenant, à qui le soignant va réaliser un soin. Et c'est bien là la priorité pour tout acte de soin.

Si le savoir est la base essentielle du savoir-faire du soignant, il apparaît que celui-ci doit également acquérir d'autres compétences, qui font partie du savoir-être.

❖ **Le savoir-être ou « la qualité d'être en présence »**

Dans la pratique quotidienne, le savoir-être est lié à la manière dont le soignant se comporte vis-à-vis de la personne soignée, qui fait appel à certains principes et valeurs personnelles et professionnelles.

Selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, « *Le savoir-être résulte d'une appropriation des valeurs de la discipline, appropriation préalable à l'engagement personnel et professionnel. Par sa nature, la pratique infirmière fait appel à un ensemble de valeurs humanistes et morales qui orientent la formation.* » (Paillard, 2015).

Pour Serge Philippon, il s'agit « *d'une habileté comportementale, d'une conduite appropriée à l'attente de celui qui est en demande d'aide.* » (Philippon, 2017, p. 26).

Ses propos rejoignent ceux de Walter Hesbeen qui parle plutôt du savoir-être comme d'une « *qualité d'être en présence* », reflet d'une intériorité ; ce qui selon moi également, définit mieux cette compétence soignante.

En effet, celle-ci se caractérise plus par la façon dont le soignant se comporte avec autrui, ainsi que par sa capacité à mettre de l'« l'humain » dans la relation de soin.

Je pense que cette manière d'aborder la personne soignée, et de se montrer présent pour elle ici et maintenant est le fondement même de la relation de soin, que je vais développer dans le point suivant.

1.8. Les fondements de la relation de soin

Comme je l'ai mis en évidence dans les points 2.2. et 2.3., la relation entre les patients et les soignants a beaucoup évolué au cours des siècles. Nous sommes passés du modèle paternaliste fondé sur la bienfaisance pour les médecins et basé essentiellement sur le dévouement pour les infirmières ; à un modèle biopsychosocial où l'on s'intéresse davantage à l'ensemble des besoins du malade dans toutes ses dimensions. Cela requiert donc une attention particulière des soignants vis-à-vis des patients et de leurs demandes, qu'elles soient formelles ou non.

Le relationnel est donc omniprésent dans les soins, et même si la relation de soin fait partie intégrante du cursus des futurs soignants, celle-ci reste beaucoup plus difficile à mettre en pratique qu'une technique de soin par exemple.

En effet, chaque situation est différente, et c'est bien à travers son expérience que le soignant va acquérir des attitudes relationnelles adaptées aux diverses situations rencontrées. Comme l'écrit Monique Formarier²¹, « *chaque patient est unique, chaque infirmière est différente, chaque rencontre est singulière.* » (Formarier, 2007).

Dès qu'il y a contact avec un patient, dès que des soins sont prodigués, la relation est là. Et comme le souligne Walter Hesbeen, « *cela veut bien dire qu'elle ne se fait pas, elle ne se rajoute pas, mais qu'elle se vit, se ressent, et qu'elle ne nous laisse pas le choix, ni de sa présence, ni de son absence, ce qui, cependant, ne nous dit rien de sa qualité(...). Ce qui se questionne, dès lors, ce n'est pas le choix de faire ou pas du relationnel, mais bien de la nature et de la qualité de cette relation, sa pertinence, et l'aide qu'elle apporte ou non dans ce que les personnes ont à vivre.* » (Hesbeen W. , Comment définir la relation de soin, 2018, p. 26).

Cependant, il est important de différencier la relation de soin et la notion d'interaction. En effet, le patient et le soignant peuvent entrer en interaction sans pour autant qu'il s'agisse d'une réelle relation de soin. Il est donc important de bien distinguer « *la « relation de soins », qui concerne tous les soignants dans les actes qu'ils posent de la « relation de soin », qui renvoie à l'attention particulière portée par ces soignants aux personnes concernées.* » (Hesbeen W. , Comment définir la relation de soin, 2018). Cela peut être comparé au soignant qui comme je le citais plus haut, réalise un soin, sans mettre du soin dans son acte de soin. Or, la relation de soin est selon moi la clé qui permet de répondre aux besoins multidimensionnels du patient. Comment le soignant peut-t-il savoir ce que le patient souhaite réellement lorsqu'il l'appelle ? A-t-il vraiment besoin d'un antidouleur, ou plutôt d'un peu de présence et de réconfort ? A-t-il besoin d'être rassuré après le passage du médecin qui lui a expliqué brièvement la manière dont l'intervention s'est déroulée ?

Ce n'est qu'à travers une relation de soin vraie que le soignant peut réellement prendre en considération le patient dans sa singularité. Comme le décrit Serge Filippon, « *Dès lors, le savoir-être professionnel, propice à la qualité de la relation de soin, se construit en étant attentif, en ayant le souci de, ou en montrant de l'intérêt pour ce que vit la personne, dans l'objectif d'en tenir compte.* » (Philippon, 2017, p. 27).

J'ai vraiment envie de rebondir sur ce dernier aspect : « *avec l'objectif d'en tenir compte* ». Pour moi, cela donne un réel sens à la manière dont la relation de soin est vécue, tant par le soignant que le patient. Car en effet, si derrière la demande du patient, il y a un sens caché comme je l'explique plus haut ; et que le soignant montre une certaine attention, il y a dès lors une attente de réponse chez le patient.

C'est également un point mis en avant par André Néron²² lors de notre entretien en lien avec le patient-partenaire (Néron A. , 2020 - 2021). Il est en effet important que la relation soit égalitaire entre le soignant et le patient, qu'ils soient tous deux sur la même longueur d'ondes, et qu'ils soient en accord avec ce que chacun dit ; afin de construire ensemble la relation de soin. Finalement, il doit s'agir de chercher pas à pas avec le patient, ce qui convient le mieux à sa situation. Il est donc essentiel « *non pas d'être centré mais bien concentré sur le patient ; il faut être connecté avec le patient.*» (Néron A. , 2020 - 2021).

Cette relation de soin est donc très complexe, et il est important de prendre conscience qu'elle ne va pas de soi, « *elle se désire, se conçoit, se pense, se crée, s'ajuste.* » (Hesbeen W. , Comment définir la relation de soin, 2018, p. 26).

²¹ M. Formarier : Rédactrice de la revue Recherche en soins infirmiers

²² A. Néron : Directeur du Bureau Partenariat Patient à l'ULB

A ce propos, Monique Formarier explique que l'on peut identifier différentes formes de relations infirmières-patient, en passant de la relation de civilité à la relation de soutien social au patient et aux familles ; et qui, pour certaines demandent une formation complémentaire du personnel. Cela montre bien « *l'étendue du travail relationnel qui peuvent avoir les soignants suivant les situations de soins auxquelles ils sont confrontés.* » (Formarier, 2007, p. 41).

Dès lors, je vais m'intéresser de manière plus précise à ce qui peut faciliter la relation de soin, et plus particulièrement aux qualités et valeurs qui sous-tendent cette relation.

1.9. Les valeurs soignantes essentielles à la relation de soin

Comme je l'ai décrit plus haut, c'est dans le désir du soignant de prendre soin du malade que tout se passe, dans sa propension à être sensible à ce que vit la personne. Outre les actes techniques, le soignant va ressentir l'envie d'apporter de l'humanité dans sa relation à l'autre, de le soulager, de le réconforter. Ce désir est étroitement lié aux valeurs qui animent le soignant dans sa pratique quotidienne ; ces valeurs qui vont le guider et lui permettre de répondre à la question de : « Comment prendre soin ? ».

Outre le fait de développer ses compétences d'accompagnement de la personne, et pour reprendre Monsieur Hesbeen, d'« *insuffler de l'humain dans les soins* », il est important que les professionnels de la santé puissent défendre et partager ces valeurs dans le système dans lequel ils travaillent.

Je pense que c'est quelque chose d'essentiel de parvenir à garder en soi ses valeurs, et à les appliquer au quotidien, malgré certaines difficultés rencontrées.

Je me souviendrai toujours d'une expérience personnelle vécue au tout début de ma carrière d'infirmière, au sein d'un service d'oncologie. Je m'occupais d'une jeune dame de trente-cinq ans, atteinte d'un cancer du côlon en phase terminale. Ce matin-là, ses forces l'avaient définitivement abandonnée . J'ai donc pris beaucoup de temps auprès d'elle pour réaliser ses soins d'hygiène, avec douceur et délicatesse. Cette dame s'excusait sans arrêt de ne pas savoir m'aider, je l'ai donc beaucoup rassurée aussi. Il s'agissait d'une véritable relation de soin, remplie de bienveillance et d'empathie. Et tout d'un coup, la porte de la chambre s'ouvre et une collègue m'envoie un reproche, devant la patiente « *ça y est oui, tu en prends du temps, cela fait une heure que tu es dans cette chambre !* ». Mon cœur s'est serré quand j'ai croisé les yeux de la dame remplis de culpabilité. Ma collègue n'avait pas conscience de l'évolution de l'état de santé de la patiente et donc de l'importance de ce temps que je lui octroyais.

Lorsque j'envisage la relation de soin avec un patient, plusieurs qualités me viennent à l'esprit : Respect, écoute, bienveillance, empathie, patience, ...

Au travers de mes lectures, les auteurs relèvent diverses qualités essentielles à la relation de soin et je vais tenter d'en faire émerger les idées principales.

« *Les valeurs représentent des façons d'être et d'agir qu'un individu ou qu'un groupe reconnaît comme idéales et qui rendent estimables et désirables les êtres ou les conduites auxquelles elles sont attribuées. La plupart du temps, elles orientent l'action du sujet en lui fixant des buts et des idéaux, en lui soumettant une morale de l'action afin qu'il puisse juger de ses actes tout en lui permettant de se construire une éthique personnelle.* » (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012).

Les valeurs essentielles à la relation de soin semblent couler de source dans les métiers de soignant. J'entends souvent comme une évidence que si l'on choisit ce métier, c'est que l'on a forcément ces valeurs en soi. Or, comme le souligne Walter Hesbeen, ces valeurs, il est essentiel de les travailler et de les cultiver non seulement pour soi, mais aussi en équipe ; afin de pouvoir s'y référer, en fonction des diverses situations rencontrées. Car « *sans un travail pertinent et permanent de ces valeurs soignantes, le risque est que des hommes et des femmes puissent se sentir meurtris, atteints en leur être, en leur dignité, sans pouvoir parfois l'exprimer et s'en défendre (...) c'est-à-dire le contraire d'une pratique soignante de qualité.* » (Hesbeen W. , Les mots du prendre soin, 2018).

Les quatre premières valeurs qui vont suivre, à savoir le respect, la politesse, la dignité et la bienveillance sont qualifiées de « *non-négociables* » par Walter Hesbeen, tant elles ont une importance capitale dans la relation à l'autre.

1.9.1. Le respect

Le respect, est incontournable dans la pratique soignante. Respecter l'autre, c'est lui montrer de la considération, lui porter attention ; c'est prendre en compte sa singularité, dans toutes ses dimensions biopsychologique, sociale et culturelle.

Dans la relation soignant-patient, le respect permet d'établir une relation de confiance, qui est essentielle à la qualité des soins.

Dans la pratique quotidienne des soins, respecter le patient, c'est aussi être attentif à son intimité, mais aussi à sa dignité, que je développerai plus loin. Le soignant doit veiller non seulement à l'intégrité physique mais également psychologique du patient. Il est donc important de faire attention au langage utilisé comme par exemple, ne pas infantiliser une personne âgée.

Respecter le patient, c'est aussi respecter son autonomie, ses volontés, ses choix et ses valeurs. Pour cela, le professionnel de la santé doit user de ses qualités d'écoute et d'empathie.

Outre ces aspects, le soignant se doit de respecter l'ensemble des droits du patient repris dans la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. (Service Public Fédéral, 2019). Citons entre autres, le droit à des soins de qualité, le droit à l'information, ...

Faire preuve de respect envers le patient, c'est lui accorder l'importance qu'il a en tant que personne unique. C'est donc considérer l'humanité de l'autre, avec son vécu, ses expériences, ses représentations.

Cependant, « *Respecter la personne, ce n'est pas la découvrir pour en prendre connaissance en acquérant un savoir sur elle, mais se mettre en sa présence (...)* » (Honoré, 2009, p. 162).

1.9.2. La politesse

La politesse fait partie des règles de base de la relation de civilité. Celle-ci nous est inculquée dès notre plus jeune âge, mais si elle nous semble dès lors évidente, il est important d'y être attentif dans notre quotidien de soignant. Il n'est pas envisageable pour moi d'entrer en relation avec une personne, d'en prendre soin ; sans faire preuve de politesse. Pourtant, elle est parfois mise de côté sans même s'en rendre compte. En effet, une infirmière qui vient placer une perfusion au patient sans frapper à la porte ni même se présenter, n'est-ce pas là un manque de politesse ? Quand je vais ponctuellement dans les unités de soins pour le suivi des étudiants en stage, il arrive que les patients me rapportent qu'ils ne savent même pas qui est la personne qui vient de passer dans leur chambre...

Mais la politesse ne se réfère pas seulement à des règles de civilité et de bonne conduite, la politesse tient également dans le fait de porter de l'intérêt à la personne rencontrée et à ce qu'elle vit, et à ce que cela représente pour elle.

Cela nous amène à une troisième valeur qui est la dignité.

1.9.3. La dignité

« Prendre en compte la dignité de l'humain c'est lui reconnaître, en toute circonstance, la capacité de prononcer deux « tout petits » mots que sont « ma vie » » (G. Marcel²³ as cited in Dupuis.M , Gueibe. R , Hesbeen. W, 2017, p. 23).

La dignité est certainement l'une des valeurs essentielles dans la relation à l'autre ; elle est d'ailleurs l'un des principes fondamentaux du code de déontologie des professionnels de santé. En effet, la pratique soignante n'aurait pas de sens si le respect de la dignité était absent. Elle fait appel à la reconnaissance et à la considération de l'autre en tant qu'humain, quelle que soit sa condition ; malade, dépendant, ...

Lorsque le soignant est face à un patient, il se doit de s'arrêter un instant pour penser à cet autre qu'il a en face de lui, parfois démuné, accablé par la maladie, diminué en tant que personne.

Je me souviens de ce patient dont je me suis occupée avec une étudiante. Celui-ci avait fait un AVC²⁴ et souffrait d'aphasie et de paraplégie. Lorsque je suis arrivée dans le service, le patient était en colère, il avait eu une altercation avec l'aide-soignante, que j'ai entendu s'adresser à lui en le tutoyant et le gagatisant un peu. L'étudiante était dès lors assez anxieuse à l'idée d'aller réaliser les soins chez ce Monsieur.

Je l'ai rassurée, et lui ai promis que tout se passerait bien, mais celle-ci était assez perplexe. Dès que nous sommes entrées dans la chambre, j'ai tout de suite cherché à capter le regard de ce Monsieur, il grommelait et avait un visage crispé, sa colère était palpable. Je lui ai pris la main et lui ai dit que je comprenais qu'il soit en colère. Je lui ai ensuite demandé s'il était d'accord que nous réalisions sa toilette, il a acquiescé. Par moment, il essayait de s'exprimer, je ne le comprenais pas, cependant, je percevais son agacement. J'essayais de ressentir ce que ce patient vivait, j'ai pris le temps d'analyser son comportement, ses mimiques, ... Puis à un moment, j'ai vu qu'il essayait sans cesse de redescendre sa blouse d'hôpital sur ses jambes. J'ai compris que ce Monsieur souffrait énormément de sa situation, il ne se sentait pas compris puisqu'il ne parvenait plus à parler, et il était simplement habillé d'une blouse blanche. Je crois qu'aucun soignant n'avait pris la peine jusqu'à présent de comprendre vraiment ce que cette personne vivait et ressentait, et surtout ce que l'état dans lequel il se trouvait aujourd'hui représentait pour lui. Sa dignité n'était tout simplement plus respectée, il n'était plus reconnu comme « Monsieur A » mais comme un corps, qui ne sait plus parler ni marcher.

Nous avons donc pris le temps avec l'étudiante de prendre soin du patient, de lui mettre un pyjama, et là, il m'a pris la main et me l'a serré tellement fort... J'ai vraiment été émue par sa reconnaissance. Et j'ai enfin perçu un tout petit sourire sur son visage. Et ça, pour moi, je crois que ça a représenté autant que ce que nous lui avons apporté ce matin-là.

²³ G. Marcel : Philosophe, dramaturge, critique littéraire et musicien français

²⁴ Accident vasculaire cérébral

Prendre la peine de comprendre la personne, ce qu'elle vit ici et maintenant, les choses qui ont de l'importance pour elle, c'est la reconnaître en tant qu'être unique, et lui faire ressentir au plus profond de son être.

1.9.4. La bienveillance

La bienveillance est un mot que l'on entend beaucoup dans le contexte relationnel, et qui selon moi mérite que l'on s'y attarde. En effet, qu'est-ce que cela veut dire « être bienveillant » vis-à-vis de quelqu'un ?

Lorsque j'ai posé la question dernièrement à mes étudiants de première année en soins infirmiers, plusieurs idées ont émergé assez spontanément : « *c'est être gentil* », « *c'est faire attention à la personne* », « *c'est écouter* », « *c'est bien faire ses soins* », ... Autant de réponses qui finalement font partie de la définition de bienveillance.

En effet, selon le Dictionnaire des Concepts en Soins Infirmiers, la bienveillance est une « *disposition favorable de la volonté d'une personne envers une autre, ou un groupe. Cette attitude demande une tolérance, un réel intérêt de la personne et la capacité de non-jugement. Elle s'exprime par une communication verbale et non verbale pour instaurer un climat de confiance, faciliter le soin.* » (Paillard, 2015).

Dans le contexte des soins et de la relation à l'autre, la bienveillance est une qualité essentielle. En effet, la recherche du bien de l'autre est l'essence même de la profession de soignant. Cette bienveillance nous renvoie aux différentes qualités et valeurs citées plus haut. Elle amène le soignant à porter attention à l'autre, en faisant preuve d'écoute et d'attention, et ce, sans jugement. Le soignant est présent, ici et maintenant, dans le respect et la compréhension de l'autre; ce qui lui permet d'exprimer ses besoins, d'enrichir la relation de soin, et donc d'améliorer la qualité des soins et du suivi du patient.

Au travers de mes différentes lectures ainsi que lors de mes entretiens avec André Néron, une autre valeur importante qui est ressortie est l'empathie.

1.9.5. L'empathie

Cette valeur est parfois controversée car il semble difficile de lui donner une définition précise. Cependant, cette empathie fait aujourd'hui l'objet d'études, notamment sur les neurones miroirs au niveau cérébral, qui contribueraient à la perception et à la compréhension du comportement des autres.

Mais pour Michel Dupuis, l'empathie est bien plus que cela. Selon lui, c'est « *le fondement même de la socialité, des relations entre les vivants ; c'est le sens de l'autre que moi, qui constitue une partie de mon environnement et avec qui j'ai la possibilité d'entrer en relation. C'est donc aussi le fondement de la relation soignante.* » (Dupuis M. , Sources et horizons de l'éthique du soin, 2019, p. 22).

Lors d'un entretien avec André Néron (Néron A. , 2020 - 2021), celui-ci a également mis en avant l'empathie comme valeur essentielle à l'humanisation des soins car elle permet au soignant de se sentir concerné par l'autre en tenant compte de sa singularité, de comprendre ce qu'il vit, dans son contexte et son environnement qui lui sont propres.

Cela rejoint la définition que Monique Formarier a repris de Jean-Louis Pedinielli²⁵ : « *l'empathie, c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour*

²⁵ J-L. Pedinielli : Professeur de Psychologie clinique et Psychopathologie à l'Université de Provence et psychologue clinicien.

lui, le ressentir comme si il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité du « comme si » » (Formarier, 2007, p. 37).

L'empathie passe entre autres par la communication mais comme le souligne Monsieur Néron, celle-ci est parfois compliquée entre les soignants et les patients. Cependant, « *il n'y a pas que la parole qui compte en communication.* » (Néron A. , 2020 - 2021), ce qui rejoint les autres valeurs développées plus haut. En effet, la manière de s'adresser au patient, de le considérer, de l'écouter vont contribuer à son bien-être. De même, le fait d'être cohérent dans les discours adressés au patient, d'être crédible; va avoir une importance capitale dans la confiance qu'il va accorder aux soignants. Ce qui va également influencer la manière dont le patient va adhérer à son traitement, notamment dans le cadre des maladies chroniques.

L'empathie est donc une valeur essentielle à la relation de soin, et va d'ailleurs avoir une place prépondérante dans l'élaboration et le suivi du programme de soins du patient.

A ce propos, Gérard Jorland²⁶ explique que « *certaines enquêtes montrent que plus les infirmières font preuve d'empathie, moins les patients sont anxieux, dépressifs ou furieux. Autrement dit, non seulement l'empathie favorise le traitement thérapeutique, mais elle facilite aussi la relation thérapeutique.* » De même, « *la perception de l'empathie des médecins par les patients influence significativement leur satisfaction et l'observance des traitements non pas directement mais par l'intermédiaire de l'échange d'informations, de l'expertise reconnue, de la confiance interpersonnelle et d'un partenariat* ». (Jorland, 2006)

1.9.6. L'écoute

Une autre valeur soignante qui découle de l'empathie, c'est l'écoute.

Selon une étude exploratoire réalisée au sein des hôpitaux de Toulouse, il ressort d'ailleurs que les soignants considèrent l'écoute comme une valeur essentielle du respect de l'autre. « *Plus on écoute, plus on est efficace dans son travail que ce soit pour les soins, la relation verbale, l'aide et le respect envers la personne (...)* L'écoute entraîne le respect des valeurs de chacun ». (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012)

Nous entendons donc bien ici une écoute active, c'est à dire attentive et compréhensive de l'autre. Il est nécessaire que les personnes perçoivent qu'elles sont réellement écoutées, afin qu'elles se sentent en confiance et puissent s'exprimer de la manière la plus authentique possible. En effet, écouter, c'est aussi être capable de garder le silence, d'être là, tout simplement pour un moment, et ce, « *réellement avec le patient, sans penser pour quelques minutes à la prochaine tâche à effectuer (...)* ». (Michaux L. , 2017, p. 52)

Je dis souvent à mes étudiants qu'il y a une grande différence entre entendre simplement, et réellement écouter la personne. Et cette différence, c'est justement la présence que l'on met dans notre écoute, et c'est ce qui va déterminer la qualité de la relation de soin.

Il s'agit non pas d'écouter les mots, mais bien d'écouter l'âme de l'autre.

Si ces premières valeurs sont souvent mises en avant comme essentielles dans la relation avec le patient, il y en a d'autres, beaucoup plus subtiles qui sous-tendent la relation de soin, mais qui sont moins mises en lumière. Peut-être parce qu'elles peuvent paraître plus personnelles, ou évoquent plus la sensibilité du soignant ? Or, c'est justement bel et bien de cette sensibilité dont il est question, cette capacité à ressentir l'autre, son vécu, ses peurs, ses

²⁶ G. Jorland : Philosophe et historien des sciences, Directeur d'études à l'EHESS et Directeur de recherche au CNRS

questionnements... ; c'est ce qui permet d'apporter cette dimension humaniste tellement essentielle à la relation de soin.

Ces valeurs, Walter Hesbeen en parle comme des mots « *« fragiles » (...) car ils semblent d'avantage relever de la poésie que de la littérature professionnelle et scientifique* » mais semblent cependant « *apporter un supplément d'âme à la relation de soin.* » (Hesbeen W. , Les mots fragiles du prendre soin, 2018).

1.9.7. Les « mots fragiles » du prendre soin

Dans son article (Hesbeen W. , Les mots fragiles du prendre soin, 2018), W. Hesbeen retient quatre « mots fragiles » comme valeurs indispensables au prendre soin :

❖ L'humilité

A travers cette valeur, le soignant accepte qu'en tant qu'humain, il a des limites. En effet, il ne peut pas tout connaître et tout maîtriser, et il y a des choses parfois inattendues qui peuvent remettre en question ses savoirs et compétences.

Cette remise en question est selon moi essentielle si l'on veut prétendre à des soins de qualité. En effet, dans la relation à l'autre, chaque patient est unique, et chaque situation est différente, il n'y a pas de « protocole standardisé ». C'est donc à chaque fois une expérience nouvelle qui se révèle au soignant et qu'il doit accueillir en tant que telle. Je pense que le soignant doit être capable de « s'émerveiller » devant la singularité de chaque personne et de se dire que la relation avec celle-ci sera à chaque fois une nouvelle expérience dont il va apprendre et s'enrichir.

❖ La sensibilité

Selon moi, cette valeur est indissociable du métier de soignant. En effet, comment le soignant peut-il prendre soin d'une personne s'il ne se sent pas concerné par ce que l'autre ressent et est en train de vivre ?

A travers mes expériences professionnelles, je me rends compte que cette sensibilité a tendance à être mise de côté. Certains la considèrent comme une faille, ou un risque de se laisser submerger par ses émotions. Certains soignants diront d'ailleurs qu'ils sont « blindés ».

J'ai déjà entendu également certains enseignants dire aux étudiants infirmiers de première année qu'ils ne doivent pas s'attacher, et garder une certaine distance avec les personnes soignées. Je pense que de tels propos doivent vraiment être mesurés. En effet, la sensibilité n'est pas non plus une notion théorique toute faite sur laquelle on viendrait coller des règles, mais bien « *une condition et un moteur de la relation de soin, de l'intention du prendre soin* » (Hesbeen W. , Les mots fragiles du prendre soin, 2018, p. 22). Et c'est selon moi cela qu'il est important de transmettre aux futurs soignants. Il faut justement les encourager à laisser s'exprimer leur propre sensibilité, afin qu'ils puissent reconnaître celle de la personne soignée et entrer en relation avec elle. Cette sensibilité est indispensable au prendre soin.

❖ La générosité

« *Se montrer généreux, c'est chercher à en faire un petit peu plus que le nécessaire.* » (Hesbeen W. , Les mots fragiles du prendre soin, 2018, p. 22).

Mais qu'est-ce que cela peut bien être ce « petit plus » ? Une attention particulière pour l'histoire que nous raconte le patient, l'intérêt pour un objet ou une photo posée sur la table de nuit, la petite touche personnelle que le soignant apporte lorsqu'il habille ou

coiffe la personne... Cela n'est peut-être qu'une toute petite chose, mais qui peut représenter tellement pour le patient. A travers ma propre expérience d'infirmière, j'ai pu ressentir à de nombreuses reprises, à quel point le patient est sensible à cette attention particulière. Et inversement, cette générosité peut toucher la sensibilité du soignant. En effet, l'étincelle perçue dans le regard du patient ou encore le sourire qu'il renvoie au soignant malgré sa douleur ou ses difficultés, sont à leur tour autant de « petites choses » qui peuvent donner des ailes au soignant dans sa pratique quotidienne.

❖ **La délicatesse**

« *La délicatesse est le sens de la finesse dans les rapports humains* » (Hesbeen W. , Les mots fragiles du prendre soin, 2018, p. 23).

Cette délicatesse concerne autant le regard, la parole, l'écoute, le toucher... tous ces éléments qui font partie de la relation de soin. Comme le souligne Walter Hesbeen, la manière de regarder une personne, de s'adresser à elle ou de l'écouter peut être aussi réconfortante qu'affligeante, en fonction de la délicatesse dont nous sommes capables. Il en est de même pour le toucher. Le fait de prendre la main pour réconforter l'autre, de lui effleurer le bras, permet de montrer que nous sommes bien là avec lui, ici et maintenant, et que nous reconnaissons ce qu'il est en train de vivre. En effet, « *la délicatesse se présente ainsi comme le reflet le plus puissant de la pleine conscience que nous avons que tout ce que nous disons, faisons, décidons ou ébauchons comme projet en vue de prendre soin d'autrui concerne toujours son corps, sa vie. Et cela n'est pas rien !* » (Hesbeen W. , Les mots fragiles du prendre soin, 2018, p. 23).

Je pense aussi à ce que la délicatesse représente quand il s'agit de réaliser des soins à la personne, toucher son corps ; tout en préservant son intimité et sa dignité.

Toutes ces valeurs ont une place prépondérante dans la pratique quotidienne des soignants, mais comme je l'ai déjà soulevé plus haut, cela ne va pas forcément de soi, et il est important que le soignant prenne la peine de remettre en question ses propres valeurs, non seulement pour lui, pour les autres, mais aussi avec les autres. Comme le souligne Serge Philippon, « *En questionnant les valeurs, en posant un regard sur elles et en ayant la préoccupation collective de vouloir les développer, chaque soignant devrait pouvoir transposer dans son quotidien professionnel et au-delà, l'écoute, la sensibilité, la délicatesse et l'empathie envers les bénéficiaires de soins.* » (Philippon, 2017, p. 128).

C'est à partir de ce questionnement de valeurs que je vais développer le point suivant, consacré à l'éthique dans les soins.

1.10. La place de l'éthique dans les soins

L'éthique semble un concept essentiel lorsqu'il est question de métiers de relation à l'humain. Mais est-elle vraiment intégrée concrètement dans la pratique quotidienne des soins ? Pourtant, c'est bien d'« *une éthique concrète du quotidien dont le prendre soin a besoin, (...) celle qui conduit à se rappeler « tout simplement », que la première visée de l'éthique, et qui est accessible à tout un chacun, consiste à œuvrer concrètement pour des rapports humains bons et bienfaisants.* » (Hesbeen W. , Prendre soin de l'humain - Une éthique du quotidien, 2013).

Je vais dans un premier temps donner une définition plus théorique de l'éthique, pour ensuite cheminer vers la compréhension de l'importance de la place d'une éthique dans la pratique quotidienne des soignants.

1.10.1. Qu'est-ce que l'éthique ?

Selon Paul Ricoeur²⁷, l'éthique se définit comme « *la visée du bien pour soi et pour autrui dans des institutions justes* » (Ricoeur, 1990).

Afin d'en percevoir le sens profond, je vais analyser cette définition plus en détail, en me référant au cours de « Questions d'Éthique Chrétienne » du Professeur Dominique Jacquemin²⁸. (Jacquemin, 2019).

Lorsque Paul Ricoeur parle de visée, il faut essayer de réfléchir à un horizon. Chacun d'entre nous est animé d'une représentation de ce qui est bien. Et dans des situations où spontanément, nous ne savons pas ce qu'il faut faire pour bien faire, nous allons déployer un horizon de sens qui nous satisfasse, par rapport à la représentation de ce qui est bien.

La définition parle de cette visée du bien pour soi, c'est-à-dire l'horizon de sens que nous portons à l'égard de ce que nous pensons être bien. Mais dans la vie, nous ne sommes jamais tout seul, et cela nous amène à autrui. En effet, il est nécessaire qu'en même temps que de rechercher le bien pour soi, nous recherchions également le bien pour l'autre.

Cependant, il n'y a pas que nous et l'autre, cette rencontre de nous et l'autre se fait toujours au sein d'une institution. La définition parle d'institution juste ; ce sont les législations, la déontologie, les organisations, ... Celles-ci permettent entre soi et autrui, la mise en œuvre d'une relation, mais aussi d'une recherche conjointe de la visée du bien.

La grande difficulté par rapport à ces trois éléments, c'est de parvenir à les tenir ensemble, et en fonction de la situation, on ne va pas forcément les articuler de la même manière. Il y a trois « ismes » qui peuvent nous empêcher de déployer entièrement la définition de l'éthique :

- ❖ L'individualisme : Je considère que c'est moi et moi seul qui dit le bien
- ❖ Le situationnisme : La situation dans laquelle je me trouve dit par elle-même le bien
- ❖ Le traditionalisme : La loi ou la norme à elle seule dit que c'est le bien ; « on a toujours fait comme ça », ...

Dans le contexte des soins de santé qui nous préoccupe, je pense que nous avons tous été, en tant que soignants, confrontés un jour à des questions éthiques. Celles-ci naissent des tensions pouvant exister entre la vision du bien que nous avons, et la vision de l'autre, voire parfois celle de l'institution.

Afin de bien cerner ces tensions, il y a deux concepts importants en éthique qui vont justement nous permettre de mieux les comprendre : L'identité morale, et l'intégrité morale.

²⁷ P. Ricoeur : Philosophe

²⁸ D. Jacquemin : Infirmier, prêtre, théologien, et docteur en santé publique - Professeur à la Faculté de théologie et à l'Institut de recherche Religions, spiritualités, cultures, sociétés – UCLouvain - Responsable du CIEP, du RIRESP et animateur du réseau RESSPIR

- ❖ **L'identité morale** correspond à notre identité de sujet, à nos valeurs, à ce que nous voulons être et à la manière dont nous voulons faire le bien. Dès lors, dans notre action, nous nous reconnaissons tel que le sujet que nous sommes.
- ❖ **L'intégrité morale** nous amène à la question : « Que sommes-nous capables de supporter comme tension entre ce que nous voudrions faire et ce que nous pouvons effectivement mettre en œuvre ? ». Autrement dit, face à une situation, jusqu'où sommes-nous capables de nous éloigner de nos valeurs sans être brisé ?

Entre ces deux concepts, il y a une frontière, qui correspond à la zone de nos propres valeurs. Lorsqu'il y a des tensions autour de cette frontière, le Professeur Jacquemin appelle cela « *L'éthique de l'élastique* » (Jacquemin, 2019). En effet, plus nous tirons sur cet élastique, plus nous nous éloignons de nos valeurs. Et dans certaines situations, il y a une distance entre ce que nous voudrions faire, et ce qu'on nous laisse faire, ou ce que la situation impose de faire. Dès lors, si nous nous éloignons trop de nos propres valeurs, il y a alors un risque de souffrance morale. Cependant, cet élastique a tendance à s'assouplir, car nos perceptions évoluent avec le temps et les expériences.

Ces explications quant à la définition de l'éthique font référence à la résolution de situations parfois bien compliquées.

Cependant, dans le domaine des soins, l'éthique a également une place prépondérante dans le quotidien du soignant. En effet, l'éthique nous ramène systématiquement à nos valeurs, et à notre manière de réfléchir et d'agir en fonction de celles-ci. Et nous avons vu plus haut que les valeurs soignantes sont essentielles à la relation de soin et donc à la qualité des soins apportés au patient.

Dès lors, il semble essentiel de nous interroger sur la manière dont nous mobilisons ces valeurs, et donc sur la place de cette éthique dans la pratique soignante.

1.10.2. L'éthique dans la pratique soignante

J'ai choisi de commencer ce point par une phrase tirée de l'ouvrage de Bernard Honoré « *Le soin en perspective* », qui permet de mieux cerner de quoi il est question lorsque l'on parle d'éthique dans le quotidien des soignants : « *L'éthique n'est pas une doctrine de ce qu'il faut faire ou ne pas faire, mais « un processus de pensée, (...) une démarche de pensée systématique s'orientant grâce à (...) l'identification de valeurs en jeu dans une situation.* » (Honoré, 2009, p. 44).

Chaque jour, les soignants œuvrent pour soigner au mieux les patients. Mais prennent-ils le temps de s'arrêter et de se demander si la manière dont les soins qu'ils ont réalisés étaient en adéquation avec leurs valeurs ? Car comme nous l'avons vu dans le point 1.9. consacré aux valeurs soignantes, la manière d'agir du soignant peut avoir un impact important sur la façon dont la personne va se sentir considérée. Or, le soignant ne se rend pas toujours compte qu'il fait certaines choses un peu par automatisme, et qu'il passe parfois dès lors à côté de la relation à l'autre, trop préoccupé par la réalisation de ses tâches.

Comme le dit Walter Hesbeen, « *le quotidien est ainsi truffé de pièges, qui, malgré l'intention de bien faire, conduisent à négliger que l'autre est un autre, un autre qui, même malade ou dépendant, n'a pas pour fonction de se laisser faire, un autre qui convient de*

faire exister (...) » (Hesbeen W. , La question éthique au coeur des pratiques soignantes dans le quotidien, 2012).

Il est donc important que le soignant fasse preuve de vigilance pour que la personne soignée ne soit pas réduite à l'acte de soin réalisé, et qu'il soit conscient de l'importance de la qualité de la relation à l'autre. Le soignant se doit de poser un regard nouveau sur chaque personne qu'il rencontre dans le cadre de sa pratique.

Finalement, je reprendrai ici une définition que Walter Hesbeen a partagé avec moi, afin de définir l'éthique telle qu'elle peut se traduire dans la pratique quotidienne du soignant : « *L'éthique peut également se définir comme une manière d'être au monde ; et par là, chercher à rendre le difficile moins difficile, le tragique moins tragique, le compliqué moins compliqué et, de la sorte, essayer d'apporter de l'apaisement dans ce qu'il y a à vivre* ».

J'ai personnellement eu une prise de conscience importante lorsque j'ai quitté ma fonction d'infirmière pour devenir enseignante. En effet, lorsque je me suis trouvée en position d'observateur dans les services de soins lors du suivi d'étudiants infirmiers, j'ai pu réaliser à quel point nous sommes parfois pris dans un engrenage qui nous fait par moment mettre de côté l'essence même de notre métier de soignant. Cette expérience a été très enrichissante pour moi, car cela m'a amené à une remise en question profonde, qui me sert d'ailleurs chaque jour lorsque j'apprends aux étudiants, et qui m'a encouragée à réaliser ce mémoire.

Si cette prise de recul a été révélatrice pour moi, je suis convaincue de l'intérêt que tous les soignants puissent avoir le temps et l'opportunité de s'arrêter un instant sur leur pratique. Il me paraît essentiel que chaque soignant puisse y réfléchir, partager son vécu et ressenti, ainsi que de se rappeler les valeurs qui l'animent au quotidien, afin de cheminer de manière individuelle mais aussi collective vers une pratique porteuse de sens.

En effet, pour que le professionnel puisse s'engager sur le chemin de l'éthique, cela suppose qu'il développe une sensibilité morale qui le rende apte à repérer les problèmes de nature éthique. Pour cela, celui-ci doit prendre le temps de se questionner et s'entraîner à avoir une pensée critique sur ce qu'il vit et observe dans sa pratique quotidienne.

Cependant, le contexte et les conditions de travail ne sont pas toujours favorables à cette prise de recul permettant un positionnement éthique, ce qui peut entraîner une souffrance morale du soignant, pouvant amener à la déshumanisation des soins.

Dès lors, comme l'explique Walter Hesbeen, cette « *relecture éthique des situations de soins* » (Dupuis, M. , Gueibe, R. , Hesbeen, W., 2017, p. 27) permet d'éviter le risque de banalisation de l'humain dans la pratique soignante.

En effet, le soignant est parfois amené à se retrouver dans une position difficile, partagé entre le désir de prendre soin et la stricte réalisation des soins et ce, du fait de certaines préoccupations organisationnelles.

Je vais donc consacrer le point suivant à la banalisation dans les soins, et à la manière dont celle-ci peut s'installer insidieusement dans la pratique quotidienne des soignants.

1.10.3. La banalisation dans les soins, un enjeu éthique

« *L'humain banalisé change de nature, d'une certaine façon, il disparaît, il est englouti parmi les choses, il devient en quelque sorte invisible, inaudible, insaisissable.* » (Dupuis, M. , Gueibe, R. , Hesbeen, W., 2017, p. 39).

La banalisation de l'humain peut parfois sembler lointaine pour certains soignants, car tous sont convaincus de bien faire. Cependant, il peut y avoir certains éléments qui la font émerger.

De fait, comme je l'ai déjà soulevé à plusieurs reprises, il peut y avoir une confusion entre les soins qui relèvent du savoir-faire, et le soin, qui est en lien avec la qualité d'être en présence du soignant. Celui-ci peut être très compétent dans des soins ultra-techniques, mais oublier que derrière ce soin, il y a avant tout une personne. Pourtant, je pense que quelle que soit la technique de soin, aussi sophistiquée soit-elle, il y a toujours de la place pour l'attention portée à la personne soignée.

De même, il est important que le soignant ait conscience que la disposition à prendre soin de l'autre et à le considérer comme personne singulière ne va pas de soi. Elle s'acquiert avec l'expérience, se travaille et se peaufine au quotidien.

« *Il n'y a pas de science du singulier (...) l'uniformité est le ferment de la banalité.* » (Dupuis, M. , Gueibe, R. , Hesbeen, W., 2017, p. 18).

En effet, chaque personne est unique, et il n'y a pas de « recette standard » pour en prendre soin. C'est à chaque fois une nouvelle rencontre, une découverte et donc une nouvelle manière de s'impliquer dans la relation à l'autre.

Enfin, la manière dont les structures intègrent l'éthique dans leur fonctionnement ainsi que leurs préoccupations gestionnaires vont avoir une influence sur la manière dont les professionnels vont mettre en œuvre leur métier de soignant au quotidien. En effet, la banalisation des professionnels dans leur pratique va entraîner une lassitude voire un épuisement, ce qui va les amener à banaliser eux-mêmes les patients.

Pour éviter cette banalisation, il est important qu'il y ait une vigilance de la part du soignant à se soucier de l'autre, à prendre conscience de ce que l'autre vit ici et maintenant, et de ce que cela représente pour lui en tant que personne singulière, avec son vécu et ses propres expériences.

De même, il est essentiel que les futurs soignants soient sensibilisés et formés à cette vigilance et au souci de l'autre. Un exemple très simple qui me vient en tête, c'est l'utilisation du « on » à la place du « je » lorsque le soignant s'adresse au patient. Combien de fois n'entend-on pas « On va se laver Monsieur », « On va se mettre au fauteuil », ... N'est-ce pas déjà là un signe de banalisation de la personne à qui le soignant s'adresse ?

En tant qu'enseignante, je peux affirmer qu'il n'est pas aisé de parvenir à transmettre cette subjectivité aux étudiants. Cependant, il me semble important de leur donner des clés pour ouvrir la porte du prendre soin et éveiller en chacun d'eux le souci de l'autre. « *C'est sans doute l'enjeu le plus fondamental d'une pédagogie humaniste (...) soucieuse dès lors d'une véritable éthique du quotidien dans la pratique des soins.* » (Dupuis, M. , Gueibe, R. , Hesbeen, W., 2017, p. 23).

Si la banalisation de l'humain est un enjeu éthique, c'est parce qu'elle pose la question de la bientraitance. En effet, comment le soignant peut-il être bientraitant s'il manque d'humanité, s'il ne porte pas d'intérêt à la personne soignée et ne se sent pas concerné par la situation que celle-ci vit ici et maintenant ?

1.10.4. La bientraitance : une éthique concrète du quotidien

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « *la bientraitance est une démarche globale de prise en charge du patient ou de l'usager et d'accueil de l'entourage visant à promouvoir le respect de leurs droits et libertés, leur écoute et la prise en compte de leurs besoins, tout en prévenant la maltraitance.* » (Haute Autorité de Santé, 2012).

La bientraitance ne peut donc exister sans les préalables que j'ai développé ci-avant. En effet, comment pourrait-il y avoir bientraitance sans ces compétences et valeurs ?

De même, comme le souligne Walter Hesbeen, « *Il ne suffit pas de ne pas être maltraitant pour se montrer bientraitant dans la relation au patient et à son entourage.* » (Hesbeen W., Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, p. 39).

L'objectif de la bientraitance, c'est de permettre à toute personne de « *vivre dépendant dans la dignité (...) et que chacune de ces personnes conserve son humanité malgré ses déficiences.* » (Moulias, R., Moulias, S. & Busby, F., 2010).

Or, nous avons pu constater que le prendre soin ne coule pas toujours de source et demande au soignant un effort quotidien de réflexion et de remise en question de sa pratique.

Quand la bientraitance n'est plus présente, c'est surtout parce qu'il y a une « *transformation ou la disparition de la capacité d'être dans une relation (...) or, chaque rencontre constitue toujours une aventure dont l'un et l'autre des partenaires de la relation peuvent se nourrir.* » (Chambenois, 2018).

La bientraitance fait donc appel à la vigilance extrême du soignant afin qu'il perçoive l'importance de cet instant avec l'autre et ne perde dès lors pas le sens de la relation avec cet autre.

Toutefois, la bientraitance peut parfois être mise à mal sans même que le soignant ne s'en rende compte. En effet, certaines attitudes, certains regards ou même un silence peuvent ne pas prendre soin de l'autre et donc remettre en cause la bientraitance que le soignant a vis-à-vis du patient.

Ces « petites » choses, qui peuvent paraître anodines, sont appelées « maltraitance ordinaire ». Ordinaire parce qu'elle est difficile à repérer, et qu'elle peut alors devenir invisible voire intériorisée dans la pratique quotidienne des soins.

L'étude qualitative commanditée en 2009 par la HAS (Compagnon, C., Ghadi, V., 2009) a mis en évidence, essentiellement sur base de témoignages des patients et de leurs proches mais aussi des professionnels de la santé ; que les soignants peuvent avoir des attitudes de maltraitance. Celles-ci peuvent aller du non-respect de l'intimité et de la dignité, à l'indifférence, aux menaces et humiliations voire à la violence.

Cette étude montre également qu'il y a une reconnaissance par les professionnels de ce phénomène de maltraitance ordinaire ; les causes principales étant la souffrance des soignants liées notamment aux conditions de travail difficiles, des questions organisationnelles, ainsi que des politiques publiques parfois mal intégrées au sein des établissements de soins.

Les professionnels reconnaissent donc certains agissements, mais ceux-ci sont banalisés. « *C'est parfois toute une organisation maltraitante qui s'est instituée progressivement et qui est tolérée voire acceptée par tous les soignants.* » (Compagnon, C., Ghadi, V., 2009).

A ce propos, André-Pierre Contandriopoulos²⁹ relate dans son article relatif à l'inertie du système de soins qu'il existe deux processus interdépendants qui peuvent expliquer que les pratiques des professionnels ont tendance à se reproduire.

Le premier est lié à « *l'institutionnalisation des valeurs et représentations particulières* », et le second, à « *l'intériorisation par les acteurs des exigences de l'espace social dans lequel ils pratiquent* » (Contandriopoulos, 2002). Plus ces deux processus sont prégnants au sein des institutions de soins dans lesquelles les professionnels interagissent, plus leurs pratiques vont être conditionnées par ceux-ci et plus l'inertie va être importante.

Il est donc essentiel qu'il y ait un travail collectif, impliquant les différents niveaux micro, méso et macro ; qui permette de revoir le système de soins en profondeur afin que cette maltraitance ordinaire ne soit plus considérée comme une normalité dans la pratique quotidienne des soins.

La bientraitance fait d'ailleurs l'objet de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (ANESM³⁰, 2008) qui constituent un cadre de référence, et mettent en avant la volonté d'une culture de la bientraitance dans la pratique soignante.

Toute personne qui se trouve dans une situation de dépendance mérite cette bientraitance non seulement dans les soins quotidiens, mais également dans la reconnaissance que le soignant a d'elle en tant qu'être singulier.

Pour conclure ce point consacré à l'éthique, je citerai une phrase de Walter Hesbeen : « *L'éthique requiert un effort et s'y référer sincèrement, c'est consentir cet effort pour qu'il imprègne l'ordinaire concret des pratiques du quotidien.* » (Hesbeen W. , La question éthique au coeur des pratiques soignantes dans le quotidien, 2012).

Les différents savoirs, valeurs et principes éthiques que je viens d'aborder s'articulent afin de donner du sens à la manière dont le soignant envisage le soin apporté au patient. Je pense sincèrement que si nous voulons que l'humanisme soignant soit omniprésent dans notre pratique quotidienne, il faut d'une certaine façon qu'il soit cultivé par tout un chacun. Comme l'explique Serge Philippon, « *La compétence de chacun détermine la compétence de la collectivité, et donc, la qualité de l'activité de l'hôpital universitaire, (...) de la clinique (...), des maisons médicales, ainsi que de l'ensemble des cabinets médicaux et paramédicaux.* » (Philippon, 2017, p. 24).

C'est selon moi une « culture du soin humanisant » qui doit être travaillée et développée.

Lors des différentes lectures réalisées pour construire ce cadre théorique, j'ai clairement perçu une volonté de développer l'humanisme dans la pratique des soignants.

La reconnaissance du patient comme personne singulière faisant l'objet de toutes les attentions est une réalité actuelle, sur laquelle de nombreux professionnels et chercheurs se penchent pour sans cesse améliorer la « *qualité du soin* » apportée au patient. (Néron A. , 2020 - 2021)

Je vais donc repartir de ce qui a émergé de ce cadre théorique et le mettre en lien avec ce qui est développé dans la littérature en termes d'outils et stratégies en faveur de cet humanisme soignant.

²⁹ A-P Contandriopoulos : Professeur au Département d'administration de la santé et au GRIS de l'Université de Montréal

³⁰ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

1.11. Outils et stratégies en faveur d'une pratique de soin humanisante

« *Réalisons que nous sommes l'espoir pour le patient, et l'espoir pour la profession.* »
(Talbot, L. as cited in Hesbeen W. , 2005).

Cette phrase m'interpelle particulièrement en tant qu'enseignante car comme je l'ai explicité à plusieurs reprises, le « prendre soin » est une valeur qui doit être travaillée au quotidien, et ce, dès le début de la formation des futurs professionnels. C'est donc le premier élément que je vais développer ci-après.

1.11.1. L'humanisation, un concept-clé dans la formation des futurs professionnels

C'est selon moi dès le début de la formation que les bases de la relation soignant-soigné doivent être apprises aux futurs professionnels. En effet, les enseignants dans le domaine de la santé sont pour la plupart eux-mêmes soignants, et ont l'opportunité de pouvoir transmettre leurs compétences soignantes, ainsi que de pouvoir « *guider la relève pour qu'elle s'approprie l'idéal éthique de cet art du « prendre soin.* » » (Talbot, L. as cited in Hesbeen W. , *L'humanité du soin, un engagement pour la vie*, 2005, p.16).

Il est pour ma part très important que cette approche humaniste, dont le champ est très large, aille au-delà des notions conceptuelles, et que les enseignants travaillent à la rendre la plus concrète possible.

A ce propos, Chantal Cara explique que le Modèle Humaniste en Soins Infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) apparaît comme un pilier dans la relation enseignant-étudiant, ce qui va avoir une influence dans la manière dont le futur soignant va envisager sa relation avec le patient. « *En s'imprégnant du MHSI-UdeM dans ses pratiques pédagogiques, l'enseignant agit en tant que modèle de rôle.* » (Cara, C., et al, 2016).

En effet, c'est en utilisant des méthodes humanistes dans l'apprentissage et l'accompagnement des étudiants que l'enseignant va amener ceux-ci à se sentir reconnus en tant qu'êtres singuliers. Cela va contribuer à développer leurs compétences et à découvrir leur « idéal moral » dans leur pratique de soignant.

Comme l'explique Walter Hesbeen, même si cet apprentissage passe bien entendu par la transmission d'assises théoriques, la lecture et l'écriture sont deux alliées indispensables pour l'apprentissage d'une pratique emprunte d'humanisme.

En effet, prendre connaissance de certains récits biographiques ou romans relatant le vécu d'expériences permet aux étudiants de « *se familiariser avec ce que les théories ne peuvent exprimer (...)* » et de leur rappeler « (...) *qu'une théorie, si élaborée soit elle, ne pense pas.* » (Hesbeen W. , *Les soignants, les soins et le soin*, 2012, p. 19).

Comme je l'ai développé dans les points précédents, chaque patient est unique, chaque situation est vécue de manière différente. Cela demande donc une approche singulière, que la théorie n'apprend pas à l'étudiant. Le fait de pouvoir partager les différentes réflexions sur les situations vécues à travers la lecture et l'écriture permet à l'étudiant de « *s'entraîner à réfléchir en vue de chercher à voir plus clair – un peu plus clair – en des situations irrémédiablement singulières.* » (Hesbeen W. , *Les soignants, les soins et le soin*, 2012, p. 20).

Certaines formations proposées par l'UdeM, basées sur l'approche par compétence ont mis l'accent sur huit compétences à acquérir par l'étudiant dont la première est : « *Agir avec humanisme selon une perspective disciplinaire.* » (Cara, C., et al, 2016).

En tant qu'enseignante dans le domaine des soins infirmiers, je pense qu'il serait opportun de revoir la manière d'enseigner la relation de soin dès la première année, et de mettre un point d'honneur à intégrer et développer davantage cette approche humaniste à tous les niveaux ; et ce, dès le début du cursus des étudiants.

Après cette première réflexion sur la formation des futurs soignants, je vais maintenant me centrer sur la pratique quotidienne des soignants et sur les outils qui existent pour favoriser un climat de soin plus humanisant.

1.11.2. Recommandations, outils d'évaluation et formation des professionnels

Nous avons vu que le manque d'humanisation dans la pratique quotidienne des soins peut remettre en cause les comportements bientraitants. Dans le but de promouvoir la bientraitance au sein des établissements, la Haute Autorité de Santé (HAS), en collaboration avec la FORAP³¹ a publié un guide dans lequel se trouvent sept outils d'évaluation « *testés et validés par les professionnels eux-mêmes* » (Haute Autorité de Santé, 2012). Parmi ces outils, nous pouvons trouver des grilles d'autoévaluation et d'analyse qui permettent d'évaluer non seulement les pratiques mais également l'évolution de la qualité de l'accompagnement des patients ; des outils de cartographie des risques, mais aussi d'autres outils d'animation des équipes et d'aide à la décision. L'ensemble de ces outils sont détaillés sur le site de la HAS (Haute Autorité de Santé, 2012).

Il existe également d'autres échelles permettant de mesurer l'humanisation des soins. Une étude observationnelle quantitative a été réalisée en Espagne fin 2019 à partir de la définition de l'humanisation des soins, et pour laquelle cinq dimensions ont été retenues (cfr schéma en *annexe I*). Les résultats de cette étude confirment la validité et la fiabilité de l'échelle HUMAS (Healthcare Professional Humanization Scale) (Pérez-Fuentes, M., et al, 2019).

Malgré le fait que celle-ci soit spécifique aux soins infirmiers et que l'échantillon étudié soit de taille restreinte, l'utilisation de cette échelle HUMAS pourrait « *contribuer au développement de la recherche sur l'humanisation des soins chez les professionnels de la santé (infirmières, médecins, aides-soignants, psychologues, travailleurs sociaux, etc.) et dans différents contextes.* » (Pérez-Fuentes, M., et al, 2019).

De même, comme je l'ai relevé dans le point 2.10.4., l'ANESM a émis un guide de recommandation de bonnes pratiques professionnelles concernant la définition de la bientraitance. (ANESM, 2008)

L'existence de ces outils et recommandations est un marqueur qui met clairement en évidence la reconnaissance de l'importance de travailler à rendre les soins les plus humanisants possibles dans la pratique quotidienne.

Cependant, il doit nécessairement y avoir, derrière ces recommandations, tout un travail de sensibilisation et de formation du personnel soignant.

³¹ FORAP : Fédération des Organismes régionaux d'Amélioration des Pratiques et des Organisations en santé

En effet, il ressort dans l'étude de C. Compagnon et V. Ghadi sur la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé que « *la première des mesures de prévention de la maltraitance fréquemment mise en œuvre consiste à former les professionnels.* » (Compagnon, C., Ghadi, V., 2009). Néanmoins, dans cette étude, les professionnels eux-mêmes estiment que si la formation est essentielle, elle doit inévitablement être accompagnée d'un travail qui permet d'instaurer une dynamique générale de bientraitance au sein des établissements et services ; et ce, afin qu'ils se sentent soutenus dans leur démarche.

Cela rejoint les résultats d'une formation-action réalisée au sein d'une équipe du Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de la ville de Bouguenais. (Josset, J., Lavoyer, F. & Pâme, P., 2018). Celle-ci avait pour objectif de travailler sur l'auto-observation des pratiques des participants et dans un second temps sur le partage de ces pratiques professionnelles dans le but de favoriser l'humanisation des soins.

Les résultats de cette étude montrent l'importance pour les équipes de pouvoir échanger, de prendre conscience du ressenti de chacun, et de pouvoir suspendre le jugement. Ces étapes apparaissant comme indispensables pour créer un climat favorable à l'échange positif de pratiques.

Il apparaît donc évident que le contexte au sein duquel évoluent les professionnels a une réelle importance dans la manière dont l'humanisation des soins peut être perçue et transmise.

C'est d'ailleurs l'une des dernières recommandations émises par l'ANESM, qui consiste en « *un projet d'établissement ou de service construit, évalué et réactualisé avec le concours des professionnels et garant de la bientraitance.* » (ANESM, 2008).

Celle-ci met en avant l'importance que les institutions et/ou services permettent aux professionnels de penser, de s'exprimer et d'agir en autonomie et que ceux-ci se sentent soutenus dans leurs initiatives d'accompagnement et de promotion de la bientraitance dans leur pratique quotidienne. Selon l'ANESM, il s'agit là pour les institutions d'une « *qualité d'engagement, qui permet d'amener une présence sécurisante pour les professionnels, d'incarner et de porter le projet collectif de la bientraitance. Cette qualité correspond à l'éthique de la conviction* (...) nécessaire pour (...) *permettre aux professionnels de travailler dans la transparence et sans crainte d'arbitraire.* » (ANESM, 2008).

Je vais partir de la mise en évidence de ces éléments contextuels afin de développer le point suivant relatif aux stratégies organisationnelles permettant la mise en œuvre d'une culture humanisante dans les soins.

1.11.3. Stratégies organisationnelles en faveur d'une culture de soin humanisante

Comme je l'ai expliqué précédemment, la vigilance dont doit faire preuve le personnel soignant afin de donner du sens à sa pratique et de cultiver l'humanisme ne va pas de soi. En effet, cette vigilance ne repose pas sur l'unique volonté du soignant, il est donc nécessaire qu'il y ait une prise de conscience et un travail collectif, et ce, à tous les niveaux. Comme l'explique Walter Hesbeen, « *une telle pratique a besoin, pour ne pas devenir épuisante voire insensée ou malfaisante, de pouvoir s'exercer en des structures apaisantes, des structures et des services au sein desquels les modalités d'organisation et de management ont été pensées et mises en œuvre pour ne pas rajouter du tumulte au tumulte, du poids à ce qui est parfois déjà lourd à porter* (...) *Œuvrer pour l'apaisement*

et la sérénité (...) procède de ce que nous pouvons nommer une préoccupation éthique. » (Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W., 2015).

Mais à ce niveau également, cette « *préoccupation éthique* » ne va pas de soi, il ne suffit pas simplement de la présenter comme étant une des qualités de l'institution de soins. Celle-ci requiert un véritable engagement de la part des décideurs, afin que les soignants puissent réellement être imprégnés de cette atmosphère apaisante dans leur pratique quotidienne.

A ce propos, les cadres de santé interrogés lors de l'étude relative aux valeurs professionnelles explicitent clairement que l'une de leurs missions premières est d'« *être présent au cœur de l'activité.*» (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012). En effet, selon eux, il est important d'être attentif aux conditions dans lesquelles les professionnels travaillent et de réfléchir le management en gardant à l'esprit que « *favoriser une atmosphère d'humanité, c'est respecter les personnes et valoriser leurs compétences.* » (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012, p. 43).

La considération reçue par les soignants est d'ailleurs un élément qui est mis en évidence par Serge Philippon comme source de satisfaction de l'estime de soi. Or, « *se sentir considéré par son institution et sa hiérarchie peut accroître l'engagement humain, voire humaniste des professionnels.* » (Philippon, 2017, p. 96).

Afin de soutenir et de concrétiser la mise en œuvre de cette préoccupation éthique et donc, comme le dit si bien Walter Hesbeen, « *d'agir tels des diffuseurs d'éthique (...)* », il existe au sein des structures de soins des « (...) *Groupes, Comités ou Espaces éthiques* » (Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W., 2015) qui peuvent proposer diverses actions. Celles-ci passent entre autres par la réflexion sur la finalité des structures en elles-mêmes mais aussi des pratiques qui s'y déploient ainsi que par l'aide à la prise de conscience des dirigeants de leur responsabilité dans la diffusion de cette atmosphère éthique. Pour cela, ces « *Espaces éthiques* » rappellent également l'importance de certaines valeurs qui permettent d'aborder chaque personne en tenant compte de sa singularité. Ils mettent aussi l'accent sur le risque de banalisation pouvant amener à la non-bienveillance.

Pour ce faire, ils encouragent l'expression des professionnels sur les difficultés qu'ils peuvent avoir à vivre certaines situations.

Ils ont également un rôle dans la sensibilisation des responsables ou dirigeants sur l'importance de leur présence auprès de professionnels, ce qui reste le meilleur moyen de s'imprégner de ce qui se passe réellement sur le terrain, et donc de mieux accompagner les équipes dans leur pratique quotidienne.

Ces pistes ne sont bien entendu pas exhaustives, mais ce qu'il est essentiel de retenir, c'est que l'ensemble des actions menées par ces Groupes, Comités ou Espaces éthiques permettent de « *contribuer à une atmosphère apaisante, respectueuse et soucieuse des personnes* » (Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W., 2015) et donc de favoriser et entretenir une culture de soin humanisante au quotidien.

Nous pouvons constater que les stratégies proposées ci-dessus portent principalement sur les professionnels de la santé et les organisations de soins.

Cependant, j'ai envie de proposer un outil qui me tient particulièrement à cœur, et qui est plus spécifiquement orienté vers le patient. Il s'agit du concept de patient-partenaire, que j'ai abordé dans le point consacré à l'histoire du soin.

Outre mes différentes lectures sur le sujet, j'ai eu la chance de rencontrer Monsieur André Néron, précurseur de cette approche en Belgique, et Directeur du Bureau Patient Partenaire à Bruxelles, qui a partagé avec moi son expertise sur le sujet.

Je vais dès lors consacrer le prochain point à l'explication de ce concept et à ce qu'il peut apporter dans l'approche humaniste du soin.

1.11.4. L'approche patient-partenaire, une vision humaniste du soin

Comme je l'ai abordé dans le point 2.1., la prévalence des maladies chroniques, mais aussi la diminution des durées d'hospitalisation ainsi que la décentralisation des soins sont autant de défis auxquels les professionnels de la santé doivent faire face afin d'offrir aux patients des soins adaptés et personnalisés.

En effet, la situation de santé du patient va influencer son projet de vie et son environnement, et inversement. Il est donc primordial que les professionnels de la santé en aient conscience et accompagnent le patient en tenant compte de ses valeurs, de ses savoirs, ainsi que de ses préoccupations et objectifs.

L'approche patient-partenaire (PP) est selon moi une des réponses qui permet d'adapter le « *plan d'accompagnement* » du patient sur base d'une « *décision concertée*. » (Néron A., 2020 - 2021). Les objectifs principaux de cette approche visent à améliorer l'adhésion du patient à son traitement et donc la qualité des soins et au final la réduction des coûts de ceux-ci.

Afin de pouvoir accompagner le patient dans cette optique, le soignant se doit de mobiliser les compétences et valeurs que j'ai développé dans les points précédents.

En effet, afin d'optimiser cet accompagnement, le professionnel doit pouvoir être « *disponible, présent, ouvert, attentif et signifier à l'autre « je suis là », solliciter l'autonomie de la personne en misant sur ses ressources, dans une démarche humaniste. Ces attitudes se traduisent par des comportements comme une posture d'écoute (...) mais surtout interagir, répondre, solliciter et dynamiser un questionnement en lien avec la situation présente (...) cette approche visant à (...) aller ensemble avec le patient vers... »* (Lecoq, D., et al, 2017, p.21-22).

Le plan d'accompagnement individualisé du patient va être co-construit grâce d'une part aux expériences, compétences de soins et aspirations du patient en lien avec son projet de vie ; et d'autre part, grâce aux savoirs et expertise des professionnels de la santé. « *Le PP est donc un mode de collaboration entre un patient désireux d'être partenaire de ses soins et un professionnel de santé, qui mettent en commun leurs savoirs respectifs, complémentaires, de la vie avec la maladie et de la maladie.* » (Lecoq, D., Lefebvre, H., Néron, A., 2017, p. 47).

Cette approche nécessite donc un haut degré d'implication de la part du patient dans ses soins mais également dans l'organisation du système de soins de santé. « *Un statut de « soignant » et d' « expert de l'organisation de ses soins » lui est reconnu.* » (Lecoq, D., Lefebvre, H., Néron, A., 2017, p. 47)

En effet, si le patient démontre certaines qualités complémentaires telles que : « *Etre capable de parler de ses expériences de soins et de vie avec la maladie, avoir du recul par rapport à sa maladie, faire preuve de critique constructive, partager ses expériences dans une perspective altruiste, avoir une réelle motivation à s'engager dans une dynamique d'amélioration du système de soins de santé* » (Lecoq, D., Lefebvre, H., Néron, A., 2017, p. 48), celui-ci pourra alors être également un patient partenaire pour le système de soins

(PPSS), et être impliqué dans certaines activités telles que la formation, la recherche ou encore l'amélioration de la qualité des soins.

En pratique, les patients sont sélectionnés sur base d'une méthodologie rigoureuse et vont ensuite être formés en fonction de l'orientation du partenariat choisi. Ils seront également accompagné par un PP expérimenté tout au long du processus.

Ce concept de PP se développe de plus en plus en Belgique francophone et un projet pilote a d'ailleurs vu le jour grâce à la collaboration entre l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la sécurité des patients (PAQS). Celui-ci implique plusieurs institutions de soins bruxelloises et wallonnes, notamment dans le secteur de la néphrologie, avec pour ambition « *d'améliorer la qualité des programmes spécifiques de soins par le biais d'une pratique collaborative.* » (Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., 2017, p. 52).

Cette approche s'étend également aux aidants proches, afin de les impliquer dans le processus, en créant entre autres une plateforme web, source d'informations, mais permettant aussi des échanges et des possibilités de soutien.

Nous constatons que les perspectives liées à ce concept de patient partenaire sont prometteuses et permettent clairement d'envisager l'accompagnement des patients de manière concertée, co-construite avec les professionnels de la santé, mais également les aidants proches ; ce qui fait écho à l'importance de l'aspect pluridisciplinaire dans la vision du « prendre soin » telle que nous l'envisageons, afin d'œuvrer pour une pratique de soin toujours plus humanisante.

1.12. Apports du cadre théorique

La construction de ce cadre théorique m'a non seulement permis d'enrichir mes connaissances sur l'humanisme soignant et d'en saisir les subtilités, mais également de prendre conscience des différents outils et stratégies qui sont développés afin de cultiver cet humanisme dans l'accompagnement des patients.

J'ai dans un premier temps mis en évidence la différence entre les soins prodigués au patient, et le soin, c'est à dire l'intention qui anime le soignant dans sa pratique quotidienne ; grâce notamment au respect de la dignité, et la prise en compte de la singularité de chaque personne dans ce qu'elle a à vivre ici et maintenant.

J'ai également relevé les résultats de plusieurs études réalisées auprès de soignants, qui mettent en avant l'importance pour eux de ces valeurs, et de leur volonté de les mettre en pratique.

Cependant, les résultats de ces études rejoignent l'avis de différents auteurs qui expliquent que le prendre soin ne va pas de soi, qu'il est nécessaire de « cultiver » cet humanisme soignant, et ce, à tous les niveaux. A ce propos, il ressort que l'atmosphère soignante est un élément influençant grandement la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante, et qu'il est important que cette atmosphère soit non seulement présente, mais qu'elle soit travaillée et encouragée par tous les intervenants du système de soins.

Afin de nourrir cette réflexion et d'enrichir mon cadre théorique, j'ai choisi de rencontrer différents professionnels, en tant que témoins-privilegiés. Ceux-ci ont partagé avec moi leur expertise mais également leur vécu en lien avec cette notion d'humanisme soignant. Je vais présenter ces témoignages dans le point suivant.

II. Rencontre avec les témoins privilégiés : **Partage d'expertise autour de la pratique de soin humanisante**

Afin d'organiser la rencontre avec les témoins privilégiés, j'ai pris contact avec des professionnels, de différentes spécialités, tout en visant bien entendu des personnes pour qui l'humanisme soignant fait partie de leur quotidien et de leur philosophie de soin.

Pour certains, il s'agit de professionnels que j'ai rencontrés dans le cadre de mon métier : anciens collègues, professionnels avec qui j'ai collaboré dans le cadre du suivi d'étudiants,... et pour d'autres, il s'agit de professionnels qui m'ont été recommandés par mon promoteur Walter Hesbeen.

Chacune de ces personnes a tout de suite répondu favorablement à ma demande, et a été vraiment très intéressée par le thème de l'humanisme soignant. Chacun des témoins privilégiés rencontrés a eu à cœur de partager avec moi son vécu, et son expérience mais aussi son ressenti par rapport à la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante au quotidien.

La préparation de ces différentes rencontres a été réalisée sur base d'un canevas de questions (*cf annexes 2, 3 & 4*) afin de guider les entretiens. Cependant, une grande liberté a été laissée à chacune des personnes interviewées afin de leur permettre d'exprimer et de mettre en avant ce qui était le plus pertinent dans leur expertise en lien avec le thème de l'humanisme soignant.

Trois de ces rencontres ont eu lieu sur le lieu de travail des témoins privilégiés, deux ont été réalisées par visioconférence. Celles-ci ont été enregistrées avec l'accord de chacune des personnes afin que je puisse retranscrire le plus fidèlement possible leur témoignage. Je leur ai également proposé une relecture, ce qu'elles ont toutes accepté ; afin qu'elles puissent éventuellement nuancer ou compléter certains propos. Chacun des intervenants a donné son accord pour être cité dans ce mémoire.

2.1. Compte-rendu d'entretien avec Jean-Luc Lambeau, Chef du service de psychogériatrie au sein du GHDC³² (Lambeau, 2021)

Jean-Luc Lambeau est infirmier spécialisé en gériatrie depuis quarante-trois ans. Il a travaillé quatre ans en psychiatrie adulte, trois ans en pédopsychiatrie et ensuite en gériatrie. Monsieur Lambeau est actuellement chef du service de psychogériatrie de l'Hôpital Sainte-Thérèse du GHDC, et ce, depuis 1989.

Monsieur Lambeau explique qu'il a choisi la psychiatrie car il voulait se détacher des actes techniques pour être plus dans le relationnel, afin de mieux comprendre le fonctionnement de l'autre, mais aussi pourquoi l'on pouvait avoir des souffrances au niveau mental. En pédopsychiatrie, son intérêt était de comprendre comment l'environnement pouvait agir et donner des difficultés à vivre après à l'âge adulte. Monsieur Lambeau s'est également particulièrement intéressé à l'autisme, ce qui pour lui a fait écho avec la démence rencontrée en gérontopsychiatrie où il travaille actuellement.

³² Grand Hôpital de Charleroi

En lien avec ces différents aspects, Monsieur Lambeau a suivi diverses formations dont l'Humanitude, la Validation thérapie et l'Approche Montessori.

Afin d'accompagner au mieux les patients dans son service de psychogériatrie, Monsieur Lambeau met en avant certaines valeurs essentielles. Celles-ci sont :

- ❖ L'authenticité
- ❖ La communication bienveillante
- ❖ Le non- jugement : En effet, comme l'explique Monsieur Lambeau, il faut savoir que les gens sont en souffrance et ne font pas nécessairement exprès de contrarier, d'être parfois agressif, ... la personne ne peut tout simplement pas s'en empêcher.

Pour cela, il est important pour lui de **prendre le temps**, d'**écouter la personne**, et de se dire que derrière les comportements qui semblent bizarres, il y a toujours des besoins qui ne sont pas satisfaits. L'objectif est de rechercher ce qui se cache derrière le comportement de la personne.

La philosophie de soin que Monsieur Lambeau défend au sein de son unité, c'est que **le soin n'est pas prioritaire**, contrairement à ce qu'on lui a appris. Pour lui, **c'est la relation qui est prioritaire**. En effet, comme il me l'explique : « *Si un jour la personne refuse le soin, je ne passe pas à l'autre, le temps que je devais consacrer au soin, je le consacrerai à la personne pour créer un lien de confiance, en me disant que grâce à cela, peut-être que demain elle acceptera le soin car elle aura confiance en moi (...) Créer la confiance avant d'avoir l'idée « je dois faire le soin » c'est ça qui me motive dans ce que je fais* ».

Selon lui, il est essentiel de se concentrer sur la personne. Si la personne ne veut pas le soin, c'est qu'il y a probablement une raison derrière qu'il faut chercher à découvrir.

Une deuxième chose que Monsieur Lambeau met en avant dans la manière d'envisager l'accompagnement des personnes, c'est **le partage d'expérience**. « *Quand les soignants ont des trucs, il est important de partager les informations. Quels sont les petits détails qui font que la personne est de bonne humeur ce matin ? J'ai ouvert les tentures, j'ai approché ses pantoufles, ...tout un rituel qui la rassure. Ce rituel, moi, j'ai besoin de le connaître pour mieux connaître le patient* ».

En effet, pour Monsieur Lambeau, **l'observation**, afin s'adapter aux routines de la personne, c'est primordial. Pour lui, si nous ne faisons pas attention à ces rituels-là, nous déshumanisons la personne, car c'est son rituel, son habitude, et cela rassure le patient. « *Je dois m'habituer à la personne, et pas l'inverse* ».

Afin de favoriser ce partage d'expérience relatif au patient, il y a des **moments d'échanges** prévus au sein de l'unité de psychogériatrie entre les différents membres de l'équipe. Il y a une grosse **réunion pluridisciplinaire** hebdomadaire ainsi que des petites réunions tous les jours pour justement mettre en évidence l'observation et le **partage de pratiques**.

Lorsque je demande à Monsieur Lambeau si cette manière d'envisager l'accompagnement des personnes ne prend pas plus de temps, celui-ci me répond d'emblée : « **Il n'y a pas de perte de temps**, au contraire, parfois on en gagne. Si on tire une personne, qu'on l'oblige à faire un soin, elle va résister, car elle veut montrer qu'elle existe, qu'elle a encore de l'autonomie. Si on l'accompagne, elle va faire avec nous (...) on est tellement habitué de se servir du manque de temps que l'on perd du temps autrement... ».

Par contre, une des limites mises en évidence par Monsieur Lambeau est la **résistance au changement relevée chez les jeunes infirmiers**. Pour lui, il est difficile de leur faire quitter

cette idée du soin à tout prix pour lequel ils sont formatés. « *Il faut toujours se battre, le fait que les soins doivent être finis à une certaine heure, j'ai très difficile à faire changer ça* ».

Et il se rend compte que « *le pire ennemi du soignant, c'est le regard d'un autre soignant* ». Par exemple si un soignant s'assoit auprès d'un patient pour discuter avec, il y a une sorte de compétition, par rapport au nombre de toilettes effectuées, ...

Dès lors, malgré que cela fasse partie de la philosophie de son unité, Monsieur Lambeau doit toujours rappeler à son équipe que le soin n'est pas la priorité, il doit le rappeler tous les jours. Monsieur Lambeau explique également que même si la formation infirmière parle d'Humanitude, il y a une routine qui s'installe au sein des différentes unités de soin. Et c'est d'ailleurs parfois problématique si les nouveaux engagés cherchent à casser cette routine car cela peut être source de conflit. Les jeunes infirmiers préfèrent parfois alors s'adapter à cette routine.

Mais selon lui, « *la routine tue l'humanisation et cette routine-là, on se l'impose à soi-même, mais on l'impose également au patient !* »

Monsieur Lambeau exprime qu'il est triste de constater que lorsque l'on vieillit, on doit être **formaté et rester dans un moule institutionnel**, parce que c'est plus facile à organiser. Et si le patient n'est pas formaté, et bien, il n'est pas dans les normes, et c'est quelque chose qui est malheureusement vécu au quotidien. Les personnes qui se révoltent contre les soins, elles se retrouvent en psychiatrie parce qu'elles n'acceptent pas le système. Or, Monsieur Lambeau explique : « *On n'a pas appris à recevoir l'agressivité mais on voit que si on prend du temps, il y a des choses possibles* ».

A ce propos, Monsieur Lambeau a un projet en tête, auquel il croit très fort, afin de favoriser l'accompagnement personnalisé des personnes au sein de son unité. Il s'agit du **carnet de vie**, où le patient y inscrit toutes ses expériences de vie. « *Connaissez-moi, quelles sont mes routines à moi, qu'est-ce qui fait que je suis reconnu en tant que personne, j'ai mes habitudes à moi, qu'est-ce qui est possible dans le maintien de certaines de mes habitudes, ...* ». Mais ce projet ne décolle pas, principalement par manque de temps.

Monsieur Lambeau met également en avant d'autres freins ou difficultés qui peuvent mettre à mal la manière d'envisager l'accompagnement des patients au sein de son unité.

Pour lui, l'informatisation est une contrainte qui prend du temps, il y a certaines choses que l'on ne peut pas postposer comme le fait de cocher les soins dans un certain délai.

Il y a également les protocoles, qui sont des aides à la décision, mais pour lui, « *on ne voit alors pas la personne, juste un protocole...* ».

L'autre frein qui selon lui est très important, c'est la **non-reconnaissance de la pénibilité** : « *Si ça ne fonctionne pas, c'est la faute aux infirmiers, alors c'est un frein car les infirmières se sentent elles-mêmes déshumanisées.* »

Cependant, Monsieur Lambeau m'explique que cette pénibilité commence à être valorisée grâce au Cadre de pôle gériatrique qui a été chef en gériatrie et en psychiatrie, et qui a donc une connaissance des deux parties qui les concernent. Celui-ci pointe les valeurs et les connaissances lors de l'engagement de nouveaux membres de l'équipe.

C'est aussi grâce cette personne que l'**environnement du service** de psychogériatrie a été modifié car il était conscient que cela pouvait aider à améliorer les comportements des personnes désorientées et il a porté cela auprès de l'institution.

D'un service rectiligne conçu comme un service hospitalier standard, l'unité a été pensée en intégrant au centre un milieu de vie duquel les gens voient tout le temps les membres de

l'équipe, et tout ce qui se passe dans l'unité. **L'environnement est axé sur le vivre ensemble**, « *on a voulu développer le côté familial, les gens peuvent manger tous ensemble, les activités y sont organisées, ... Les gens viennent, s'entraident, ... Il y a une différence évidente dans le comportement des patients* ».

D'après Monsieur Lambeau, il y a donc des progrès dans la manière d'envisager l'accompagnement des patients, il y a des choses qui commencent à pointer, on y fait plus attention, **les valeurs d'humanisme deviennent essentielles**, et le développement de la gériatrie a vraiment permis d'initier ce changement.

Il y a également **un espace éthique** que l'équipe peut solliciter à tout moment. « *Par exemple, on a eu tout un suivi suite à une euthanasie, les soins palliatifs sont venus expliquer la loi, nous avons eu le soutien des psychologues, de l'institution.* ». Il y a des psychologues qui peuvent intervenir pour l'équipe mais aussi en individuel ou les professionnels peuvent venir déposer leur mal-être mais comme l'explique Monsieur Lambeau, « *Faut-il encore qu'ils le fassent, qu'ils reconnaissent leur souffrance...* ». Selon lui, on ne donne **pas assez d'importance à la communication et au relationnel durant les études**. Dès lors, il remarque que le personnel soignant n'est pas toujours en adéquation avec ses émotions, et ne se permet pas de les ressentir et de les exprimer.

En termes de réunion qui permettraient justement de venir exprimer certains vécus ou difficultés, il n'y a rien de formalisé pour l'instant. Monsieur Lambeau a pourtant essayé d'instaurer ces moments d'échanges, mais il a fini par se retrouver seul avec la psychologue. Il m'explique que « *Les infirmiers n'ont pas l'habitude de venir déposer leur souffrance, il y a une peur du jugement.* » Or, selon lui, on est une équipe, le conflit existe mais peut justement être porteur et mettre en route des choses. Mais on n'évolue pas par peu du conflit, on ne va pas jusqu'au bout.

Il n'y a pas de formation continue organisée pour le moment sur le thème de la bienveillance au sein de l'institution.

En conclusion, Monsieur Lambeau exprime : « *Il y a des évolutions, mais ça prend du temps ... Mais je ne perds pas espoir, je donne des cours au sein de la formation « référent démence » et en gériatrie. Cela me permet de transmettre des choses, et de partager des expériences* ».

2.2. Compte-rendu d'entretien avec Yannick Courtin, Chef de l'équipe mobile des soins palliatifs du GHDC (Courtin, 2021)

Yannick Courtin est infirmier avec une qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en Soins palliatifs. Celui-ci travaille depuis trente-six ans en tant qu'infirmier dont vingt-six ans dans les soins palliatifs. Il a également été chef des Soins Palliatifs à l'IMTR³³ de Loverval pendant cinq ans. Depuis 2000, Monsieur Courtin est chef de l'équipe mobile des soins palliatifs au sein du GHDC. Dans le cadre de cette fonction, celui-ci se déplace dans toutes les unités de soins : oncologie, gériatrie, hématologie, médecine interne, pneumologie, gastroentérologie, ... en fait, partout où il y a des situations de fin de vie, excepté le secteur mère-enfant.

³³ Institut médical de traumatologie et de révalidation

Concernant l'accompagnement des patients en soins palliatifs, Monsieur Courtin m'explique qu'il part toujours du concept de « **Total Pain** » ou « **Douleur totale** », développé par Cicely Saunders³⁴, qui considère à la fois la douleur physique, les souffrances psychologiques, sociales et spirituelles des malades en fin de vie. Systématiquement la rencontre avec une personne humaine rencontre ces quatre dimensions en soins palliatifs. En effet, il y a :

- Tout ce que la maladie va venir invalider : la douleur, les symptômes tels que les nausées, les vomissements, la fatigue, les symptômes cognitifs, ...
- La souffrance psychologique avec la perte de l'image de soi et de l'estime de soi, la peur de souffrir, la peur de mourir, ...
- La souffrance sociale qui pose les questions de qui j'ai été, qui je suis, qu'est-ce que je représente pour l'autre, pour ma famille, mais également la position sociale, les aspects financiers, le lien avec la précarité, ...
- La souffrance spirituelle par rapport au sens de la vie, qu'est-ce que je suis venu faire sur terre, qu'est-ce que j'ai accompli, pas accompli ? ... tous les questionnements en lien avec le sens de la vie et de la mort. Cette dimension est beaucoup plus large que la foi et la religion.

Pour Yannick Courtin, quand on sait déjà toucher un tout petit peu ces quatre dimensions, avec bien entendu une approche approfondie de la première pour la gestion de la douleur... cela permet d'avoir une approche des soins et du soin la plus complète possible.

« Chaque fois, j'ai ce schéma imprégné en moi, et j'essaye de voir quelles sont les interactions entre ces différentes dimensions, c'est mon schéma de base dont j'ai besoin pour rencontrer l'autre de façon authentique ».

Paradoxalement, Monsieur Courtin explique que la **rencontre globale**, il n'y croit pas tout à fait ; dans le sens que l'être humain est tellement unique et singulier que ce n'est pas possible de rencontrer l'autre dans l'entière de sa personne, il y a toujours une part de mystère en lui qu'on ne rencontrera jamais. *« Parfois, ils me font le cadeau de partager avec moi ce côté « mystère » de l'être humain, c'est exceptionnel, ce sont de belles rencontres ».*

De plus, chaque situation demande un **discernement singulier** et en palliatif, c'est un déterminant difficile, car on rencontre les personnes dans des temporalités différentes, en fonction du contexte, de l'environnement, du traitement, de l'évolution de la maladie... *« Si par exemple le patient a reçu son traitement de morphine, il y aura des temporalités différentes dans la journée, qui vont faire que la rencontre sera différente, chaque rencontre est unique. Tout est à chaque fois à repenser ».*

En soins palliatifs, Monsieur Courtin exprime que le **choix des mots** est important, *« Qu'est-ce qu'on peut encore dire ? Est-ce que c'est prendre soin de l'autre si on n'évalue pas les conséquences de ce que l'on vient de dire ? (...) Il faut penser au mot que l'on prononce, mais aussi à la manière dont il est reçu par l'autre ».*

Cependant, de par son expérience, il relève qu'il faut parfois accepter que le mot puisse choquer, et pouvoir toujours s'excuser ; expliquer que cela partait d'un bon sentiment, mais que cela a fait écho tout autrement chez l'autre. Monsieur Courtin me raconte l'exemple d'une dame qui était toujours très coquette, malgré sa perte de cheveux et la dégradation physique liée aux traitements de chimiothérapie, et à qui il avait dit en la voyant *« Comme vous êtes jolie »*. La patiente a été offusquée d'entendre cela car malgré le fait qu'elle restait attentive à

³⁴ Cicely Saunders : Infirmière, médecin et écrivaine britannique, pionnière des soins palliatifs et fondatrice du premier établissement hospitalier spécialisé, le St. Christopher's Hospice de Londres en 1967.

son image, celle-ci ne se reconnaissait plus dans ce qu'elle avait été. « *C'est là toute la complexité du soin en soins palliatifs* ».

A ce propos, Monsieur Courtin fait référence à deux accords de Toltèque ; le premier étant : « *Que ta parole soit impeccable* ». Cependant, comme nous venons de l'expliquer, même si le mot vient du cœur, il peut être mal reçu... Ce qui nous amène au second accord « *N'en fais pas une affaire personnelle* ». En effet, Yannick insiste sur le fait que dans la relation à l'autre, il faut parfois accepter de ne pas être parfait et surtout, pouvoir s'excuser, tout simplement.

En effet, selon lui, cela fait aussi partie du prendre soin de se demander ce que l'autre peut entendre, « *mais l'autre n'attend pas que l'on soit des dieux du mot, il faut savoir s'excuser, « je suis un être humain au même titre que vous* » ».

Concernant la réciprocité dans la relation à l'autre, Monsieur Courtin cite Ricoeur et la notion de **l'alliance thérapeutique qui confère la notion de symétrie dans la relation**. La symétrie est très difficile à atteindre selon lui.

Yannick Courtin s'interroge régulièrement sur la place des unités palliatives dans notre société. « *N'y-a-t-il pas une crainte de médicaliser la mort ?* ». Il se questionne également sur l'hypersollicitude en soins palliatifs, « *Est-ce naturel à un moment donné de prendre autant soin de l'autre ? Ne faut-il pas, dans tous les temps de la vie, prendre soin de l'autre ?* » Pour lui, c'est parfois ne pas reconnaître la personne comme un personne dans son entité entière, ce n'est pas la respecter de vouloir être tout d'un coup tout pour elle. En effet, selon lui, il faut pouvoir respecter l'inévitable solitude de la fin de vie. « *Tu es tout seul à mourir* » ... Mais Yannick Courtin explique que malheureusement, dans notre système de soin, combien de fois ne fait-on pas taire cette solitude chimiquement ? Quel en est le fondement ? De même, il explique que certaines décisions thérapeutiques peuvent parfois sembler arbitraires dans une précipitation, majoritairement par manque de temps de se poser mais aussi par le risque de transfert des peurs des patients vers le soignant... Par exemple, on sédate quelqu'un parce qu'il est agité, mais on ne se pose pas nécessairement toujours les bonnes questions : pourquoi est-il agité ? Douleur ou peur ?

Celui-ci m'explique d'ailleurs qu'il accompagne environ cent quatre-vingts patients en fin de vie par an, et qu'il a rarement vu des situations de révolte, de colère, ... Il a plus souvent vécu des situations de fin de vie paisibles mais malheureusement, de plus en plus médiquées... En effet, il remarque que l'on ne peut plus du tout accepter qu'il y ait quoi que ce soit comme souffrance... on n'a plus le droit... Ce qui va parfois à l'encontre des volontés des patients, qui ont peur de perdre le contact. Des patients qui veulent encore être là, ici et maintenant, même si c'est avec une certaine souffrance ; car pour eux, ressentir un certain seuil de douleur peut représenter le fait de rester vivant. « *Mais alors, si on ne tient plus compte de tout cela, où est la place de l'humain ?* »

Cependant, Monsieur Courtin ne conteste absolument pas la place des lits palliatifs, mais selon lui, ils devraient être vus autrement par la société. « *On est toujours dans un accompagnement de vie et non de mort... Même si on sait que la mort est au bout... Il y encore beaucoup de belles choses (...)* Plus on s'approche de la finitude, plus on va être dans des moments particuliers (confusion, respiration ralentie, ...) **il faut inviter à vivre ce qui est en train de se vivre comme quelque chose d'unique.**

Une limite également soulignée par Yannick Courtin est que **l'on essaye de tout protocoliser**, et c'est un peu dérangent. Selon lui, c'est nécessaire sans doute, mais dans certaines situations, si on ne se réfère pas aux guidelines, cela n'intéresse pas les médecins. « *Parfois on me demande ce que je fais, mais je ne sais pas quantifier, ni mettre de*

pourcentage. C'est parfois difficile. ». Selon lui, le plus important est de **juste « être »** et d'être fidèle en permanence en tant que posture et surtout, rester cohérent avec soi et avec les autres dans le fil du temps, tout en s'adaptant malgré tout à l'évolution sociale, personnelle et institutionnelle.

Cependant, dans une société comme la nôtre, Monsieur Courtin pense que l'on a perdu pas mal de valeurs, ou on a mis plutôt ces valeurs dans l'argent, la beauté, le superficiel ... Et quand on devient malade, on n'est plus très rentable et il y a un grand danger de catégoriser l'humain.

En effet, pour lui, la littérature a tendance à idéaliser les soins palliatifs, mais le monde a changé, les valeurs ont changé. « *Je suis parfois très choqué par le non-sens que l'on peut mettre derrière un vécu : Cela n'a plus de sens de vivre comme ça, si moi j'étais comme ça...* ». Celui-ci défend l'importance de rencontrer la personne dans tout ce qu'elle est aujourd'hui, grabataire, mais aussi dans tout ce qu'elle a été dans son histoire de vie. Pour lui, il est question de la **dignité humaine**. « *Or, cette vision des choses ouvre le possible de faire n'importe quoi, de ne plus faire de soins, de tuer !* » Mais comme le souligne Monsieur Courtin, il s'agit d'**interaction de l'humain avec l'humain** ... « *Il m'arrive de penser aussi de considérer que certaines choses n'ont pas de sens parce que je suis simplement un humain, nous avons une histoire de vie, qui peut influencer nos perceptions des choses. Le danger, c'est quand on n'en a pas conscience* ».

De même, Monsieur Courtin pointe une impression de retour vers une certaine forme de **paternalisme** : « *Moi, il m'arrive encore avoir des résistances à aller vers les médecins, on est dans une profession qui n'est pas assez affirmée et qui ne s'affirme pas suffisamment* ». Selon lui, notre métier reste encore dans une position inférieure de soumission, et il a l'impression que la concertation n'est pas toujours aussi simple qu'on le croit. Il explique qu'entre la théorisation et ce qui se vit encore sur le terrain, il y a encore du chemin.

Monsieur Courtin prend comme exemple que lorsqu'il donne cours, il y a beaucoup d'infirmiers qui viennent de maison de repos et qui disent « je ne suis qu'infirmier ». En réalité, la concertation est peu présente avec les médecins. Or, comme il le précise, « *c'est pourtant la petite touche de chacun qui permet d'amener de l'humanisme dans le soin* ».

Dans l'accompagnement des patients en soins palliatifs, Yannick Courtin m'explique également que l'**on ne dissocie jamais le patient de la famille**, qui est donneur et receveur du soin mais aussi des soins. En effet, faire un bain de bouche par exemple, avoir la sensation que l'on peut encore faire ou apporter quelque chose, c'est aussi redonner du sens au soin et aux soins.

Par contre, en équipe mobile, celui-ci est souvent confronté dans les unités lambda à des résistances par rapport à cette inclusion de la famille dans les soins, cela est plus difficilement accepté que dans les unités de soins palliatifs. « *On doit donc faire attention à ce que l'on propose, mais on a aussi le devoir de changer un peu les choses* ». Monsieur Courtin souligne dès lors l'importance d'analyser la situation, et d'avoir cette capacité de discernement, cette sagesse pratique de discerner le bon moment. Mais cela demande d'être tout le temps en **interpellation et en interrogation de soi**.

Monsieur Courtin m'explique qu'il a d'ailleurs pu observer certaines prises de conscience en termes d'humain avec la crise Covid, « *J'ai revu des soignants compatissants, on a arrêté le temps... On ne peut pas nier que quantitativement, on a besoin de temps, mais la qualité du temps compte, le temps ne doit pas être le seul mobile du non qualitatif* ».

Pour Yannick Courtin, il faut **repenser tout le mode de fonctionnement de l'hôpital** pour permettre de **mieux prendre en considération les souhaits des patients**. Il faut également prendre en compte ses propres représentations. « *L'autre dans sa singularité a besoin d'être considéré universellement, l'autre demande d'être lui mais a besoin d'être comme tout le monde* ».

Je termine par une phrase citée par Monsieur Courtin durant notre entretien : « *La philosophie palliative est de pouvoir restituer cette place de l'humain, c'est mon bâton de pèlerin tous les jours* ».

2.3. Compte-rendu d'entretien avec Christine Permanne, Directrice de la Maison de repos de Châtelet et Présidente de l'ADMR³⁵ (Permanne, 2021)

Christine Permanne est ergothérapeute de formation. Elle a travaillé plus de quinze ans dans une Maison de repos à Bruxelles où elle a mis en place des projets spécifiques pour le bien-être des habitants. Ensuite, celle-ci a fait un post-graduat en gérontologie à Namur, puis est partie en province de Luxembourg où elle est devenue référente qualité dans une structure de cent quinze lits. Trois ans après, il lui a été proposé de prendre le poste de Directeur. Suite à cela, Madame Permanne a suivi deux certificats universitaires à Mons ; un sur le management des maisons de repos et un sur la gestion financière car me dit-elle, « *il me manquait tout cet aspect par rapport au management de la maison de repos.* »

Dans cette Maison de repos de la province du Luxembourg, ils sont passé de cent quinze lits à cent quarante lits, et c'est Madame Permanne qui a mené à bien tout le projet de l'extension et de rénovation de tout le bâtiment.

Par la suite, Christine Permanne a été sollicitée pour reprendre la direction de la Maison de repos de Chatelet, faisant partie de l'ASBL Seniorissim qui regroupe quatre sites sur la région de Charleroi.

Depuis maintenant quatre ans, celle-ci a démarré un magnifique projet au sein de la Maison de repos, dont elle parle avec une immense passion.

Dans un premier temps, elle a **travaillé les valeurs** en partant du projet de vie institutionnel. Ces valeurs sont l'écoute, l'accueil, l'amélioration continue, la curiosité, la dynamique collective, l'individualité et l'authenticité.

Christine Permanne explique qu'elle a tout d'abord beaucoup travaillé sur l'écoute et l'accueil. Concernant l'amélioration continue, Madame Permanne se base sur la roue de Deming, « *j'essaye de les faire travailler systématiquement en planifiant, concrétisant, évaluant et recorrigeant si nécessaire. J'essaye dans tout ce que je fais avec mon équipe de travailler comme cela.* »

La dynamique collective quant à elle se développe grâce à toutes les réunions d'équipe au travers d'une dynamique Lean³⁶. Concernant l'individualité, Madame Permanne m'explique qu'il est important de considérer l'habitant comme unique, de connaître toutes ses habitudes de vie, son histoire de vie. « *On a d'ailleurs été plus loin maintenant dans ce qu'on fait, en incluant le projet de vie individuel dans les habitudes de vies. Quelles sont les habitudes de vie importantes pour eux ? Et si on ne respecte pas ces habitudes de vie, quelle est la conséquence chez l'habitant ?* ».

³⁵ Association des Directeurs de Maisons de Repos

³⁶ Méthodologie de management

Et finalement, Madame Permanne est vraiment heureuse car elle peut travailler selon son idéal, mais comme elle dit « *j'y ai été à pas de velours, au début ; j'ai vraiment attendu six mois pour pouvoir me dire : maintenant on entame et on y va. Et ça a été super bien accueilli, je n'ai jamais cru que ça allait prendre comme ça* ».

Elle m'explique également être soutenue par son pouvoir organisateur.

Un comité de pilotage a été mis en place avec des personnes de toutes les fonctions à savoir un ergothérapeute, une éducatrice, un kinésithérapeute, une ou deux aides-soignantes, une infirmière, l'infirmier chef et elle-même. Au départ, ils ont simplement commencé des réunions où la question posée à chacun d'entre eux était " *Pour vous c'est quoi la maison idéale ?*" Et donc là, l'ensemble du personnel a été entendu et ce qui est ressorti, c'est que « *la maison idéale, c'était vraiment mettre cette dimension « foyer » en avant, c'est pouvoir prendre du temps dans le relationnel, c'était vraiment être attentif à rendre l'habitant acteur de sa vie* ». Ensemble, ils ont donc cheminé avec tous les petits projets d'activités proposés et réalisés par d'autres personnes que l'équipe d'animation. Ils ont par exemple commencé par un atelier couture réalisé par une aide-soignante, un atelier coiffure par une auxiliaire de vie, un atelier créatif par une aide-soignante. Il y a également des ateliers intergénérationnels qui avaient été organisés par une aide-soignante avant la crise Covid, où le mercredi, les enfants du personnel revenaient de l'école à la Maison de repos, mangeaient avec les habitants puis faisaient des activités avec eux l'après-midi.

Ils ont commencé par ça puis tout doucement, ils ont fait connaître cette nouvelle façon de travailler, cette nouvelle possibilité pour les gens de pouvoir faire autre chose que leur métier. Afin de formaliser ces différents projets, le comité de pilotage appelé "Comité joie de vivre ou Cojovie" se réunissait au début tous les quinze jours afin de présenter les projets et de décider s'ils allaient être mis en place ou pas. « *C'est vraiment le cœur de nos micro-projets qu'on met en place dans la maison de repos, afin que ce ne soit pas anarchique.* »

Maintenant, on en est à un « Cojovie » une fois par mois car Madame Permanne s'est dit qu'à un moment donné les projets allaient se tarir un peu mais non, en réalité, les propositions ne cessent d'augmenter.

Au-delà de ces projets d'activités, les membres de l'équipe se sont rendu compte qu'ils ne connaissaient pas leurs habitants dans leurs habitudes de vie. Ils ont donc créé un outil qui est une fiche avec des pictogrammes permettant en une vision, de savoir tout ce qui a trait à la manière dont il faut accompagner la personne.

Madame Permanne explique qu'ils essayent vraiment de **voir l'habitant dans une globalité**. Afin justement de bien connaître les habitants, l'organisation de travail a été repensée en créant cinq **petites unités de vie avec des référents** pour chacune d'elles. Il y a des référents aides-soignants, auxiliaires de vie (ce sont les techniciennes de surface qui sont appelées comme cela), une infirmière et les paramédicaux qui gravitent autour de l'habitant. Et tous les midis, il y a une réunion de treize heures à treize heures trente pour les unités de vie où chacun partage justement autour des habitudes de vie, et des histoires de vie des habitants. Le vendredi, il y a la réunion pluridisciplinaire avec le médecin coordinateur. Les histoires de vie de l'ensemble des habitants sont regroupées dans une farde avec toutes les informations que toutes les membres du personnel peuvent consulter.

Il y a donc cet **esprit pluridisciplinaire** qui est développé, toutes les décisions se prennent ensemble, et le matin, lors du rapport par exemple, la cuisinière est également présente. Tout le personnel (toutes catégories confondues) va dans le dossier de soin informatisé signer les prestations, noter les informations. « *Les auxiliaires de vie connaissent bien plus de choses*

que certains soignants sur la vie de nos habitants, et sont donc complètement pertinentes dans ce qu'elles observent, ce qu'elles mettent en place. On ne peut pas exclure quelqu'un dans le projet. Ça va jusqu'à mon ouvrier qui fait partie du projet et qui avance avec nous. Par exemple, il va commencer à tondre la pelouse, et bien c'est un habitant qui va tondre avec lui. »

Madame Permanne insiste vraiment sur le fait qu'on ne pourrait pas construire un projet comme celui-là en ne comptant que sur une partie de l'équipe, ce sont toutes les personnes qui gravitent autour de l'habitant qui sont impliquées dans ce projet.

Celle-ci m'explique également que pour mettre en place ce type de projet, il faut impérativement **inverser la pyramide de la hiérarchie**, avec au-dessus l'habitant, puis ensuite les équipes et enfin les directions et dirigeants. *« Vous ne pouvez pas fonctionner avec une pyramide où la direction est au-dessus et l'habitant en dessous. Je ne suis qu'un chef d'orchestre ici, je ne fais que mettre en place mes instruments pour que mon orchestre fonctionne. Donc, je ne suis pas la personne qui va décider, c'est l'équipe qui décide, et si on sait impliquer l'habitant, c'est encore mieux »*

Celle-ci m'explique d'ailleurs que sa chance, c'est que leur supérieur hiérarchique est le formateur qui a ramené de Suède le modèle "Tubbemodelen", qui pousse vraiment la participation de l'habitant jusqu'au bout. *« On a vraiment quelqu'un qui nous guide et ça, c'est très important, car pour mettre en place de tels projets, il faut une aide extérieure »*.

De même, Christine Permanne explique qu'ils essaient **d'impliquer un maximum l'habitant dans les décisions**. Il y a des comités « Comme chez nous » tous les mois et parfois plus, s'il y a des décisions à prendre dans la maison qui concernent les habitants. Ces décisions peuvent concerner le changement de couleur d'un lieu de vie, le choix d'une excursion ou encore les décisions concernant les grosses activités de l'année. Ce sont les habitants qui choisissent. *« Ce n'est pas nous qui arrivons avec une idée. On essaye d'inverser la machine. Quand quelqu'un de l'équipe vient avec une idée, ma première question, c'est « est-ce que les habitants souhaitent ce genre d'activité ? Là je renvoie la personne vers les habitants puis elle revient ensuite vers moi »*. Par exemple, Madame Permanne m'explique que lors de la création des cinq unités de vie, ce sont les habitants qui ont choisi les noms : Le rez-de-chaussée, c'est l'Amérique, le premier étage la Belgique et la Chine et le deuxième étage, c'est le Danemark et l'Espagne. Et maintenant, ils sont occupés à construire toute la décoration autour des lieux de vie.

Les habitants sont vraiment impliqués dans les décisions, ils proposent des idées, des activités. Madame Permanne m'explique ; *« Hier, c'était la réunion "Amérique" et bien ils ont décidé de faire un souper spécifique "Amérique", mais juste leur unité. Donc, on va faire un souper spécifique Amérique, hamburger, etc... C'est comme ce matin, c'était comme tous les mercredis, c'est petit déjeuner « Comme à la maison », et donc par exemple, s'ils veulent cuire des œufs, et bien c'est eux qui vont les cuire. Et s'il y a quelqu'un qui ne sait pas le faire, et bien on demande à un autre habitant d'aller aider la personne pour qu'il puisse faire ses œufs »*.

Il y a même une habitante qui participe au recrutement du personnel. Elle vient, elle pose des questions, cela permet de voir si la candidate interagit avec elle.

Madame Permanne insiste également sur le fait que les unités de vie ont été décidées uniquement sur le plan géographique. Celle-ci m'explique qu'il n'y a pas, par rapport à l'infrastructure, la possibilité de mettre une aile pour personnes désorientées. *« Ça a été une*

grosse question de l'équipe à un moment donné, de savoir si on met toutes les personnes désorientées dans le même service. Et en fait, l'équipe ne veut pas, donc même si à un moment donné il y a un projet d'extension, jamais on ne le prévoira. ». En fait, malgré les difficultés que la cohabitation entre des habitants désorientés et des habitants bien cognitivement peut parfois engendrer, il y a un tel bienfait pour les deux quand ils se mélangent qu'on ne souhaite pas les séparer. Par exemple, Madame Permanne a entendu ce matin un de ses habitants très bien cognitivement qui disait « je comprends un peu mieux ce qui se passe avec tel Monsieur car j'ai vécu la même chose, j'ai entendu qu'il n'a plus sa maison, je vais essayer de l'encadrer un peu autrement ».

Lorsque je demande à Christine Permanne si elle perçoit une différence dans la manière dont les habitants et le personnel se sentent depuis le début de la mise en place du projet, c'est vraiment un grand « oui » qu'elle m'exprime. Et même si celle-ci n'a pas réalisé d'étude en tant que telle, elle peut cependant me montrer des chiffres qui parlent d'eux-mêmes.

Par exemple, concernant **l'autonomie des habitants**, il y a une nette amélioration, vingt et un habitants en 2018 ont eu une amélioration de l'échelle de Katz³⁷ et il y a même eu des retours à domicile. « *Maintenant, cela a été beaucoup plus la première année car on a réhabilité des gens que l'institution avait rendu dépendants. On perçoit un peu moins de changement actuellement car on les accompagne dès le début et on les met directement dans cette mouvance. En 2019, je n'en ai eu que cinq mais il faut savoir aussi que le taux de dépendance augmente, j'accueille 67% d'habitants avec de gros degrés de dépendance, ce qui est donc une grosse maison de repos et de soins* ».

En termes de démence, on peut constater également une diminution. « *Par exemple, j'avais une habitante qui était à 10 au niveau de son MMS³⁸, on vient de la retester, elle a doublé, c'est impressionnant, elle revit* ».

Madame Permanne me montre également que le nombre d'activités a fort augmenté, et qu'en termes de participation, il y a sept activités où il y a plus de dix participants. Et ce qui est intéressant à relever, c'est que **les habitants viennent maintenant aux activités de manière spontanée**. « *On les rend autonomes, il y a des affiches sur lesquelles ils peuvent venir s'inscrire aux activités, ils viennent seuls aux activités, souvent à partir de huit heures, ils arrivent déjà, ils sont en demande, ils nous proposent des activités. Il y a beaucoup plus de mouvements, de gens curieux qui viennent voir. Ils donnent beaucoup d'idées, et ils se sentent écoutés* ».

Un indicateur très marquant également est la **diminution du nombre d'appel des habitants**, l'équipe constate clairement une diminution... « *Un appel par heure, ce qui n'est rien du tout...* ».

Au niveau du personnel, le ressenti que Christine Permanne a pu mettre en évidence, c'est que **cette manière de travailler est motivante** pour eux parce qu'ils sortent de leur routine. De plus, le fait qu'ils voient que l'habitant est tout à fait différent dans certaines tâches, ça les motive encore davantage. Ils le disent clairement ; « *De toute façon, rien que de voir le bonheur et la joie de vivre, des habitants, c'est tout gagnant* ».

Ce qu'elle a pu concrètement observer, c'est que des aides-soignantes qui était complètement contre au départ proposent maintenant des projets et s'impliquent vraiment. « *Il y a une fille qui a fait des décors pour une unité de vie chez elle, alors qu'avant, c'était plutôt "laisse-moi dans mes soins, fous-moi la paix avec tes projets, ...* ».

³⁷ Echelle qui évalue de degré de dépendance d'une personne.

³⁸ Mini Mental State : Echelle d'évaluation des fonctions cognitives d'une personne

Madame Permanne m'explique également que même les auxiliaires de vie travaillent avec la musique de leur GSM dans leur poche. Elles changent la musique en fonction de l'habitant, car elles connaissent la musique qu'ils aiment bien. *« En changeant la musique selon la chambre dans laquelle elles sont, en fait, elles sont attentives et répondent aux besoins des habitants, à ce dont ils ont envie ».*

Les premières années, Christine Permanne a également constaté une **nette diminution de l'absentéisme**, *« c'est plutôt le contraire, des gens viennent même quand ils ne sont pas bien ».* Ce qui est important également pour elle, c'est **la reconnaissance** qu'elle peut transmettre à son équipe. Chaque année, elle leur présente un rapport d'activités, avec les chiffres, résultats, ... autour d'un moment convivial, et là, souvent, l'équipe se dit « waouh ». *« Moi je leur dis "vous ne réalisez pas tout ce que vous faites". Vous faites de super bonnes choses" Pour Christine Permanne, la reconnaissance est vraiment très importante car c'est un métier difficile, surtout avec ce qu'on vient de vivre, les équipes sont fatiguées, et ont du mal à remonter. « Il faut leur offrir ces bouées d'oxygène ».*

Celle-ci ajoute : *« Je n'ai pas d'évaluation stricte, mais, ce que je sens en tous cas maintenant, c'est que c'est super gai de venir travailler et de voir les membres de mon équipe épanouis. »* Enfin, Madame Permanne explique que lorsque le chef vient en Cojovie, une fois tous les deux mois, il demande souvent aux équipes si elles souhaitent revenir comme avant, et là, elles disent toutes *« Non, non, non ! »*, car elles retrouvent un sens à leur travail. Le fait de **travailler avec humanisation, c'est retrouver le sens du pourquoi elles font ce métier-là**. *« Soyons clair, oui, c'est un métier difficile, même si c'est un beau métier, vous ne travaillez pas avec une machine, vous travailler avec de l'humain. Moi je parle toujours de ces petits bonheurs et je leur pose souvent la question « Mais quel est le petit bonheur que vous avez apporté aujourd'hui ? ».*

Lorsque je demande à Madame Permanne comment ce genre de projet se répercute au niveau financier, celle-ci m'explique qu'ils sont une petite ASBL³⁹ et que **cette manière de fonctionner ne leur coûte pas plus cher**.

Cependant, concernant la pérennité de ce projet, celle-ci espère que l'AVIQ⁴⁰ va réfléchir à un modèle d'évaluation avec des indicateurs spécifiques, afin que les Maisons de repos qui mettent en place de vrais projets de qualité comme celui-ci puissent être reconnu, et peut-être recevoir un financement supplémentaire.

Après avoir abordé la mise en œuvre du projet et ses bénéfices, je demande à Madame Permanne quels seraient selon elle les freins qui pourraient entraver cette pratique de soin humanisante mise en place au sein de son établissement.

Celle-ci me répond que pour elle, des freins à continuer à travailler comme ça, elle n'en voit pas beaucoup, car il y a tellement de bénéfices, tant pour les habitants que pour les équipes.

Cependant, une des difficultés est de pouvoir **concilier l'horaire et de détacher du personnel dans des périodes plus critiques**, comme un manque de personnel, mais comme c'est elle-même qui fait l'horaire, il arrive parfois, qu'elle interpelle la direction générale en cas de difficulté. *« Cependant, ce n'est pas pour ça qu'elles ne peuvent pas être humaines et qu'elles ne peuvent pas bien faire, on a toujours la possibilité de réorganiser ce qui était prévu au départ ».*

³⁹ Association sans but lucratif

⁴⁰ Agence pour une Vie de Qualité

Par rapport au quotidien, et à la communication avec les habitants, il n'y a pas de freins selon Christine Permanne, sauf peut-être si quelqu'un n'est pas bien dans sa peau par exemple, ou alors, quelqu'un qui n'adhère pas du tout au projet.

Mais pour cela, il existe toute une procédure d'évaluation tous les ans, appelée « Cercles de développement ». *« On fixe des objectifs avec le soignant, on suit, on planifie, on évalue. On a aussi des entretiens privilégiés quand on voit qu'un collaborateur est dans le creux ; c'est souvent mon infirmier chef qui s'en occupe en premier et puis moi, je prends le relais. On essaye d'être attentif au maximum ».*

Un autre frein que Madame Permanne met quand même en évidence, c'est l'aspect financier qui peut bloquer à un moment donné. *« Moi je voudrais aller beaucoup plus loin dans le projet, la crise ne nous laisse pas indemne... mais on essaye toujours d'acheter de petites choses pour les activités, comme récemment un micro pour faire une après-midi karaoké ».*

Il y a bien sûr la **fatigue des équipes** par moment, surtout avec la période que l'on vient de vivre, mais Christine Permanne perçoit une amélioration, cependant, il y a parfois des petits creux...

Concernant le **temps consacré à l'accompagnement des habitants**, Christine Permanne pense aussi qu'il faut revoir la manière de fonctionner. *« Moi, je leur dis parfois, c'est vous qui vous mettez des contraintes, car il suffit de demander aux habitants de vous aider ».* Et celle-ci me montre : *« Regardez, par exemple, tous les midis, il y a des habitants qui viennent mettre les tables et c'est prévu dans leurs tâches. A onze heures trente, ils sont là, ils le savent, il ne faut pas aller les chercher. Pour eux, c'est hyper gratifiant car ils se sentent utiles, et pour l'équipe, c'est un gain de temps ».*

Quand on lui parle d'avenir, Madame Permanne a beaucoup d'autres projets encore qui lui tiennent à cœur.

Tout d'abord, elle aimerait aller encore plus loin dans son projet, que l'habitant décide encore plus, car pour elle, il y a encore parfois un frein dans la culture des soignants qui ont ce formatage *"Je sais mieux ce qui est bon pour lui "* alors que non, l'habitant sait mieux que personne ce qui est bon pour lui, *« il faut vraiment inverser la tendance ».*

Ensuite, Christine Permanne voudrait vraiment **intégrer beaucoup plus les familles**. Cependant, elle m'explique que c'est compliqué pour le moment car les proches savent qu'ils sont limités pour la visite. Et avant la période Covid, elle a dû en tant que nouvelle Directrice retrouver de la confiance avec les familles, car ils ne voyaient pas du tout l'ancienne direction. Puis elles ont commencé à revenir vers elle petit à petit, et Madame Permanne avait alors mis en place des réunions de famille *« On recommence tout doucement post-Covid, mais je voudrais vraiment réussir ce challenge de les impliquer vraiment, de travailler avec les familles, de les inclure vraiment ».*

Un autre projet pourrait être d'harmoniser encore plus la cohabitation entre les personnes désorientées et celles qui sont bien cognitivement. Madame Permanne m'explique qu'à Bruxelles, elle avait formé les habitants à ce qu'était une personne désorientée, comment est-ce qu'on l'accompagnait et qu'ils n'ont pratiquement plus jamais eu de souci. *« Ici je ne l'ai pas encore fait sous forme de formation, mais souvent, quand j'entends qu'il y a des comportements comme ça, je vais voir la personne qui est un peu mieux cognitivement, et je lui explique comment elle peut accompagner la personne désorientée ».*

Madame Permanne est vraiment animée par tous ces beaux projets et m'a véritablement transmis le bonheur et la satisfaction qu'elle perçoit au quotidien aussi bien chez les habitants que les membres de son équipe. *« Pour rien au monde, je ne changerais de métier ».*

2.4. Compte-rendu d'entretien avec Julie Rentmeesters, Médiatrice au sein de la Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant-Wallon (Rentmeesters, 2021)

Julie Rentmeesters est juriste de formation. Elle a travaillé au CGRA (Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides) pendant sept ans et demi. Elle a ensuite fait un Master en sciences et gestion de l'environnement et a travaillé un an pour Greenpeace. Mais celle-ci a toujours eu envie de faire de la médiation. C'est alors qu'elle a commencé en 2012 sa première formation en médiation générale, puis en médiation familiale et qu'elle a ensuite suivi une formation en médiation sociale. Suite à cela, Julie Rentmeesters a été engagée par la Plate-forme de Concertation en santé mentale du Brabant wallon à mi-temps pour faire de la **médiation entre les patients et les soignants**, et ce, dans quatre hôpitaux psychiatriques : William Lennox, le Domaine à Braine-l'Alleud, la Petite Maison à Chastre, et le Feu follet à Wangenies ; les deux derniers étant des hôpitaux pédopsychiatriques. À côté de ce poste, Madame Rentmeesters est médiatrice familiale c'est-à-dire qu'elle travaille en privé en planning familial, mais aussi en service de Santé mentale à Bruxelles. Julie Rentmeesters précise qu'elle n'a pas de formation spécifique en médiation hospitalière car cette formation n'existe pas.

Par rapport à cette réorientation professionnelle, Madame Rentmeesters explique que ce qui l'intéressait, c'était forcément le monde de la psychiatrie qu'elle ne connaissait pas. « *Je m'intéresse au parcours des gens justement, à leur fragilité* ». Celle-ci m'explique que n'ayant aucune formation paramédicale comme infirmière ou psychologue, elle n'a aucune référence, n'a pas accès au dossier, ne connaît pas le parcours de vie du patient à part ce qu'il lui en dit, et ne sait pas de quoi il souffre, ... « *Moi je les considère comme des humains avant tout, quand je rencontre un patient, c'est une **rencontre d'humain à humain*** ».

Le travail de médiatrice comporte plusieurs aspects qui ont tous une grande importance. Il y a tout un travail de **prévention et d'information** afin de s'assurer que les patients mais aussi les soignants sont bien informés de l'existence du service. Madame Rentmeesters doit donc aller dans les hôpitaux, rencontrer les équipes pour rappeler qu'elle est là. « *C'est un travail qu'il faut faire constamment parce qu'il y a quand même un grand turn-over dans les hôpitaux* ».

Celle-ci explique qu'il y a aussi tout un **travail de confiance**, surtout dans les hôpitaux psychiatriques, car la psychiatrie, c'est déjà un lieu où on parle, où il y a déjà des groupes de paroles, et où il y a déjà un travail thérapeutique. Donc parfois, la médiation n'est pas toujours bien vue. Madame Rentmeesters perçoit parfois « *Qu'est-ce qu'elle vient faire, de quoi elle vient se mêler* ». Selon elle, il y a parfois des craintes qu'elle mette à mal le lien thérapeutique. Ensuite, le travail principal, c'est de **recevoir les plaintes et les interpellations**. « *Comme moi je travaille vraiment dans la relation soignant-patient, la plupart des plaintes sont des plaintes des familles des patients ou des patients eux-mêmes, mais ce sont parfois des plaintes des soignants qui me disent que la relation thérapeutique avec tel patient ou telle famille est vraiment compliquée, qu'ils ne s'en sortent pas et qui me demandent d'intervenir* ».

La troisième partie, c'est plus un **travail de recommandations** sur ce qui, pour elle, pose question dans le fonctionnement.

Pour ce faire, Madame Rentmeesters rend un rapport annuel aux directions des hôpitaux dans lequel elle détaille les sujets des interpellations. Cependant, il n'y a pas de nom, c'est tout à fait anonymisé. Le but étant que celle-ci puisse éventuellement faire des recommandations à l'hôpital en disant « *Voilà, il y a un sujet qui revient, il y a un dysfonctionnement quelque part, il y a des choses à améliorer* ». Concrètement, la médiatrice essaye chaque année de trouver un moment avec la direction pour en discuter et mettre en avant certaines recommandations qui reviennent régulièrement. Celle-ci rend également un rapport à l'AVIQ qui est quand

même un service d'inspection, mais elle ne sait pas dans quelles mesures ils tiennent compte de ses remarques. « *Je dirais que c'est juste une petite pierre, et après, il y a d'autres choses, telles que les questionnaires de satisfaction, (...) j'ai beaucoup d'humilité, je me dis que je fais ce que je peux au quotidien, je transmets, et ma mission s'arrête là ; après, ils prennent ou ils ne prennent pas... Mais je vois que dans les hôpitaux, ça bouge quand même dans ce sens-là, c'est quand même assez positif. Je suis confiante en tous cas sur le long terme* ».

Concernant le fonctionnement, Madame Rentmeesters m'explique qu'elle est extérieure aux institutions, puisque son employeur, c'est la Plate-forme. Donc, celle-ci est vraiment indépendante dans sa fonction de médiatrice, c'est elle qui gère et les hôpitaux n'ont pas accès à ses dossiers et ne savent pas qui elle reçoit. Cependant, le service de médiation est évidemment connu et soutenu par les diverses institutions au sein desquelles elle intervient.

En termes de financement, les hôpitaux psychiatriques reçoivent un financement pour le service de médiation puisque celui-ci est une obligation légale ; en effet, c'est une condition d'agrément pour les hôpitaux en Belgique. Soit ils ont leur propre médiateur en interne, soit ils font appel au médiateur de la Plate-forme de concertation en santé mentale avec qui ils concluent une convention, comme c'est souvent le cas en psychiatrie. Et dans ce cas-là, ils reversent une partie de ce financement qu'ils reçoivent à la Plate-forme pour payer le salaire, les déplacements, et les divers frais des médiateurs.

La fonction de médiatrice est particulière car elle passe par un **travail de visibilité**.

Tout d'abord Madame Rentmeesters tient des permanences pour lesquelles elle a un local dans chacun des hôpitaux. Il y a également la publicité dans les différents établissements notamment par le biais d'affiches ou de fascicules qui expliquent la médiation et reprennent les coordonnées pour joindre la médiatrice.

Ce sont donc les patients ou les soignants qui le souhaitent qui prennent contact avec elle, soit par téléphone, soit par mail, soit en se rendant aux permanences, ce qui est assez rare en général. Parfois, ils ont eu connaissance de la médiation par le biais d'autres patients qui se parlent entre eux, mais parfois ce sont aussi les soignants qui disent au patient « *Je vois bien que c'est compliqué pour vous ce qui s'est passé, que notre réponse ne vous satisfait pas, mais vous pouvez aussi contacter la médiatrice si vous le souhaitez* » Et ça, Madame Rentmeesters explique que c'est évidemment top, parce que les patients se sentent soutenus, il se disent « *Voilà, si je contacte la médiatrice, ça va pas mettre à mal la relation thérapeutique* ».

Ensuite, la médiatrice demande à la personne si elle souhaite une rencontre et fixe alors un rendez-vous. Ou alors, les entretiens se font par téléphone ou par mail.

Julie Rentmeesters prend toujours **un temps pour écouter le patient ou la famille** et voir ce qui a été compliqué, puis elle pose des questions pour essayer de mieux comprendre. Ensuite, seulement si le patient le souhaite, la médiatrice peut contacter le soignant pour voir comment celui-ci a vécu les choses etc... Mais elle essaye toujours de rendre l'autonomie au patient afin de voir « *Tiens, qu'est-ce que lui a fait pour résoudre ses difficultés et pour avoir des réponses à ses questions ?* ».

Mais celle-ci m'explique que dans ce cas bien précis, elle a vraiment une approche spécifique, car elle n'est pas du tout l'avocate des patients. Donc elle essaye vraiment d'être la plus respectueuse possible et que les soignants n'aient pas l'impression qu'elle vient mener son enquête ou juger ce qui a été fait mais que son but est vraiment de **comprendre et de pouvoir donner des réponses au patient**. Madame Rentmeesters a de temps en temps la possibilité de mettre les parties en présence, mais c'est très rare. « *Ça demande du temps, d'avoir un espace, c'est très difficile à mettre en place, les soignants n'ont pas le temps ou ils ne prennent pas le temps en tous cas, ce n'est pas encore vraiment dans la culture, ce serait l'idéal, peut-être pas pour toutes les demandes mais ça ne se fait pas beaucoup en pratique* ».

Plus précisément, en tant que médiatrice, Julie Rentmeesters m'explique être compétente pour toute **plainte concernant les droits du patient**, tels que le droit à des soins de qualité, d'avoir accès à son dossier, tous les droits qui figurent dans la loi sur les droits du patient.

Cependant, en pédopsychiatrie, c'est rare qu'un enfant formule ce genre de plaintes. Ce sont des plaintes beaucoup plus larges, avec plutôt des demandes liées à une souffrance, à une difficulté avec un parent, la famille. Sinon, ce qui revient très souvent, c'est quand même la **qualité des soins**, la **qualité relationnelle des soins**, la manière dont les soignants communiquent avec eux, le manque d'information. *« C'est quand même la qualité relationnelle des soins qui est le sujet qui revient le plus ».*

Pour Julie Rentmeesters, la fonction de médiatrice n'est pas encore assez connue ni soutenue mais selon elle, ça va quand même beaucoup mieux qu'auparavant, *« Je vais dire qu'en sept ans, et avec l'expérience des personnes qui étaient là avant moi, ça va beaucoup mieux, mais c'est vrai qu'il faut constamment en rappeler l'existence et quand on est seul quelques heures dans chaque hôpital, c'est compliqué. Donc il faut vraiment que l'institution aussi soutienne cette fonction, c'est vraiment dans ce cas-là que ça peut fonctionner correctement ».* La médiatrice exprime cependant un souci dans les hôpitaux pédopsychiatriques où cela fait sept ans qu'elle n'a eu aucun contact avec les parents des enfants, ce qui lui pose question évidemment. Comme elle l'a expliqué plus haut, il y a pas mal de **résistance de la part de ces hôpitaux car les soignants créent un lien de confiance avec les familles** pour un travail thérapeutique. Selon elle, ce serait aux assistantes sociales, aux soignants de rediriger les familles vers elle, mais elles ne le font pas... *« Si l'institution ne porte pas cette fonction, c'est compliqué parce que je pense qu'il y a une part de ma fonction qui n'est pas exercée correctement là-bas, surtout qu'il y a quand même des situations d'attouchements, de violences sexuelles, Et j'ai donc un peu un sentiment d'impuissance par rapport à ça ».*

Selon Julie Rentmeesters, la fonction de médiation peut jouer un **rôle important dans l'humanisation dans la pratique quotidienne des soins**. Même si elle peut remarquer que la plupart des soignants sont sensibles à cette dimension-là, le manque de moyen dans les structures, le manque de temps, le turnover, font que ça déshumanise terriblement les soins. C'est donc selon elle, tout le contexte qui devrait être beaucoup plus humanisé. Cependant, celle-ci exprime qu'elle est peut-être un peu biaisée en tant que médiatrice, puisqu'on lui parle de ce qui ne va pas. Il faudrait donc parler à un responsable qualité qui reçoit les questionnaires de satisfaction et voir ce qu'il en ressort.

« Moi, j'ai le luxe d'avoir le temps pour les patients ou les soignants qui viennent me trouver, donc je me dois d'être humaine, c'est très important pour moi. » Madame Rentmeesters explique que le fait que les patients se sentent entendu par quelqu'un qui est disponible et qui est complètement en dehors de la relation thérapeutique, c'est cinquante pour cent du travail, même si on n'aboutit pas à une solution ou que la réponse n'est pas tout à fait satisfaisante. *« Le fait qu'un patient ait pu être entendu et ait pu exprimer ses difficultés qu'il a peut-être exprimé cent fois au personnel soignant qui n'était peut-être pas disponible, et bien ça a un effet non négligeable ».*

Par rapport à cette mission assez complexe, Madame Rentmeesters m'explique qu'il existe l'AMIS, l'Association des Médiateurs en Institution de Soins et qui regroupe tous les médiateurs hospitaliers, parce que ceux-ci sont quand même assez seuls chacun sur le terrain. Il y a donc des actions qui sont menées ensemble comme la semaine de la médiation, et qui peuvent justement aider à augmenter la visibilité de la fonction des médiateurs.

Et en tant que médiatrice de plateforme, ils se rencontrent aussi régulièrement.

De même, pour faire face à certaines situations qui ne sont pas évidentes et parfois difficiles à porter, l'équipe de médiation a choisi l'option d'un **superviseur externe** avec lequel elle se réunit trois à quatre fois par an, ce qui permet d'**échanger et de partager leurs expériences**. Julie Rentmeesters explique que le fait que ce soit quelqu'un d'extérieur est vraiment très

porteur car cela les amène à être beaucoup plus constructifs dans leurs échanges et de réfléchir ensemble.

En termes de pistes ou d'améliorations, Madame Rentmeesters pense qu'il devrait également y avoir un refinancement des soins de santé pour laisser plus de place à l'humain. Il faudrait peut-être aussi des campagnes nationales, des publicités sur l'existence des services de médiations dans les hôpitaux car ce n'est quasiment pas connu du grand public.

Selon elle, c'est vraiment un travail au quotidien de tisser ce lien de confiance, mais ça va dans cette direction, là, cela prend du temps, mais ça avance.

Il faudrait également que les équipes aient davantage de moyens pour prendre soin d'elles, pouvoir réfléchir. Il faudrait qu'elles puissent avoir un regard méta sur ce qui se passe, « *Et ça je suis étonnée de voir qu'il y a très peu d'équipes qui ont des supervisions extérieures* ». Pour elle, ce serait vraiment important qu'il puisse y avoir ce genre de supervision de manière régulière pour juste réfléchir ensemble à la manière dont on travaille, qu'est-ce qui manque, comment on se sent, ...

Selon Julie Rentmeesters, les supérieurs hiérarchiques, **les cadres devraient aussi être plus présents, au cœur même de la pratique** pour pouvoir prendre conscience de ce que font les soignants. En effet, pour elle, même si elle n'a qu'un regard extérieur, les équipes ont des ressources mais c'est juste qu'elles n'ont pas le temps. Cependant, ce sont elles qui connaissent les patients et qui connaissent leur métier. « *Si on leur donnait davantage de moyens, je pense qu'elles pourraient humaniser davantage la qualité relationnelle des soins* ».

Lorsque je demande à Madame Rentmeesters si la médiation pourrait justement être une sorte de tremplin pour amener du changement, celle-ci me répond que cela paraît compliqué car les soignants vont d'abord s'adresser à leurs collègues, à leur responsable hiérarchique, ce qui est normal. Mais selon elle, il y a aussi encore beaucoup de peur de jugement « *On vient de loin, il y a eu du chemin qui a été fait. La médiation, c'est quand même assez récent, donc il y a de l'espoir, car la plupart des médiateurs ont cette approche sans jugement, avec un grand respect pour ce que font les soignants* ».

2.5. Compte-rendu d'entretien avec Michel Dupuis, Docteur en philosophie (Dupuis, 2021)

Docteur en philosophie, Michel Dupuis effectue ses recherches sur tout ce qui a trait à **l'éthique du soin**, à **l'éthique biomédicale** ainsi qu'à **l'éthique organisationnelle**.

Celui-ci est vice-président de la Commission fédérale « droits du patient » et responsable scientifique au sein du GEFERS⁴¹. Il est récemment retraité de sa fonction de Professeur à l'Université Catholique de Louvain et à l'Université de Liège.

Monsieur Dupuis m'explique avoir un agenda très chargé entre les diverses formations qu'il anime, les recherches qu'il poursuit ainsi que les publications qu'il prépare actuellement, notamment sur la notion de consentement, et sur la phénoménologie de l'ostéopathie.

De par sa fonction de professeur à l'université, il a souvent été invité à intervenir dans des colloques, des conférences, etc... Celui-ci a également depuis longtemps un **rôle de superviseur d'équipes**, et ce dans différents domaines. Cette fonction de superviseur l'amène donc à être beaucoup au contact d'équipes et de responsables. Comme il me l'explique, c'est quelque chose qui lui plaît beaucoup car selon lui, **l'éthique organisationnelle doit être interventionnelle**. « *En effet, dans le cas contraire, cela reste une théorie ou des modèles qui sont parfois un peu séduisants, un peu poétiques mais qui ne renvoient pas à la souffrance, à la peine, au travail concret* ».

Monsieur Dupuis ajoute que selon lui, le mot « superviseur » est d'ailleurs mal choisi. Pour lui, à la limite, il est plutôt « grain de sel » ou « grain de sable. » En effet, il m'explique :

⁴¹ Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin

« *Lorsqu'une direction me fait une demande de formation, j'entends très bien qu'il y a une forme d'ambivalence parce que celle-ci a parfois des problèmes à régler et espère qu'on va venir régler le problème, mais en même temps, il y a ce sous-entendu de « s'il vous plait, faites quelque chose mais ne touchez à rien », car c'est là que le « grain de sable » peut être dérangeant* ». Mais comme il dit, s'il ne dérange pas, et bien il ne sert à rien évidemment. En effet, pour lui, « dérange », peut amener une **remobilisation de la posture**, et à partir de là, il y a un travail qui se fait.

Dans ce genre d'intervention, Michel Dupuis explique que son rôle premier va surtout être un **travail d'écoute**, il met en avant **l'importance des moments de pause** durant lesquels on arrête un peu les choses, on prend un peu de recul. De cette manière, **les acteurs du problème deviennent en général les acteurs de la solution**. Et même s'il y a parfois une intervention qui joue, c'est quand même surtout un travail systémique généralement, de repositionnement des enjeux, des paroles et de rapports entre les gens. « *Une autre image que l'on pourrait utiliser, c'est "souffleur de braise" parce que vous avez tout à fait la sensation que c'est en eux, c'est déjà dans ces personnes et que simplement, vous soufflez un tout petit peu, et là, on éveille quelque chose. Ce n'est pas tellement qu'on l'on apporte quelque chose, on donne juste un peu d'air* ».

Cependant, Michel Dupuis exprime que **le défi de la communication** est un des plus compliqué en éthique organisationnelle car il suppose la bonne foi de l'autre. En effet, si l'autre n'a pas un minimum d'envie de recevoir, écouter, entendre, d'être interrogé, dérangé, on peut passer beaucoup de temps inutile. Dès lors, selon lui, la communication devrait peut-être commencer par le silence. « *Et ce silence-là, c'est peut-être d'une certaine manière laisser à l'autre à qui je dois dire quelque chose, l'occasion de se préparer, et de me laisser également le temps à moi-même de me préparer* ».

Pour Michel Dupuis, cette fonction de superviseur au contact des équipes est vraiment fondamentale. Il peut être au long cours puisqu'il y a certaines équipes qu'il va parfois accompagner au fil des années. A côté de cela, il y a des interventions plus ponctuelles comme une journée de formation sur un sujet bien précis. Mais quel que soit le type d'intervention, il y a pour Monsieur Dupuis un élément qui est éthiquement essentiel pour lui, c'est de ne pas se croire professionnel du soin alors qu'il ne l'est pas. Pour lui, c'est très important qu'il reste à sa place. Il m'explique : « *Je suis là, non pas comme professionnel ou sur-professionnel ; je suis là comme témoin, comme tiers, à certains moments, qui voit les choses à sa manière, qui n'a pas forcément raison, mais qui en tous cas peut poser les questions. Et ça, c'est peut-être le rôle du philosophe...* ».

Lorsque je demande à Michel Dupuis s'il perçoit une volonté de changement à travers ces différentes interventions, celui-ci me répond que ce rôle de superviseur lui a permis de faire des découvertes assez surprenantes. En effet, même s'il rencontre principalement le secteur non-marchand, cela lui est arrivé autrefois d'être invité par exemple par le groupe des Hôtels Accor qui connaissent certaines problématiques assez proches des problématiques hospitalières en termes d'hôtellerie par exemple. Et là, Michel Dupuis se rend compte que le non-marchand n'a pas forcément le monopole de l'humanisme, même si l'on peut s'y attendre puisqu'il prétend être de profit social plutôt que financier. En réalité, cette frontière que nous faisons entre ces deux secteurs est plus subtile que ça et selon lui, le secteur « non marchand » porte d'ailleurs bien son nom dans la mesure où il ne marche pas suffisamment ! C'est un secteur qui est, d'une certaine manière, figé dans des modes liés à des besoins de sécurité, à des besoins statutaires, avec un financement largement public, qui font que d'une certaine manière, il y a moins de créativité et donc une **forme d'inertie**. Michel Dupuis explique que l'on y rencontre dès lors des problématiques de **démotivation, de burn-out ou d'épuisement**, d'insatisfaction des clients, de difficultés à rénover les choses qui sont assez frappantes.

Paradoxalement, celui-ci se dit un peu sévère par rapport au secteur non marchand en disant « *Il est grand temps que vous vous remettiez à marcher, il est grand temps de se remobiliser...* ».

Si l'on peut imaginer que l'objectif est donc un peu d'« **éveiller les consciences** » comme je lui ai suggéré, Michel Dupuis insiste sur le fait qu'il a en face de lui non pas des consciences, mais bien des personnes qui ont une conscience bien entendu ; mais qui ont aussi un corps, un dos, leur propre vie, une histoire, des besoins, des souffrances, des douleurs, un psychisme ... et c'est là que la notion d'humanisme prend tout son sens.

Concernant l'humanisme, Michel Dupuis fait référence au concept de Confucius, le 仁, « **ren** », que l'on peut traduire par « **sentiment d'humanité** ». Celui-ci me rappelle cependant que l'humanisme est aussi un modèle de la modernité, dont le sens paraît un peu abstrait. Il est donc selon lui important d'aller chercher les mots qui se trouvent derrière.

Et l'adjectif que l'on retrouve justement derrière l'humanisme, c'est « humain », dont on sait que le contraire est « inhumain » et ça, comme l'explique Monsieur Dupuis, c'est assez intéressant. En effet, on sait que l'on n'a pas animal et « inanimal », et que donc, seul un humain peut être inhumain...

De même, il existe aussi en français un verbe lié à l'humanisme qui est le verbe « humaniser » alors qu'il n'existe pas, par exemple le verbe « chevaliser » pour dire que vous devenez plus « cheval ». « *Humaniser, c'est comme si on n'était pas encore complètement humain, et alors ce qui est drôle c'est qu'on s'humanise en étant humain envers soi et envers les autres. Et vous voyez donc que l'humanisme ou l'humanité est à la fois un donné mais c'est aussi quelque chose qui doit se conquérir, notamment par l'éducation ou par la culture* ».

Monsieur Dupuis relève dès lors que **concernant cette notion d'humanisme, on est bien dans des processus**, que rien n'est jamais gagné et que c'est toujours en cours de développement. Selon lui, c'est pour cela d'ailleurs que nous utilisons cette formule au gérondif "c'est humanisant". C'est à dire que l'on devient de plus en plus humain. Et Michel Dupuis ajoute « *Peut-être que si l'on croit à un moment donné que ça y est, qu'on est déjà humain, et point, c'est réglé, et bien on n'est déjà plus dans ce fameux humanisme* ».

Michel Dupuis fait alors référence à ce que l'on peut observer dans les milieux professionnels en termes de **résistance** et même de **résilience** qui sont selon lui, vraiment les beaux côtés d'une conscience professionnelle. C'est en effet une capacité de réagir, de résister, au nom d'un idéal de profession qui évite sans doute de couler et d'en arriver parfois au burn-out, et à ses dérives qui sont entre autres **la banalisation voire la maltraitance**. Cette maltraitance que l'on appelle ordinaire, parce qu'elle passe justement inaperçue mais qui existe pourtant bel et bien. Et c'est là que Michel Dupuis fait le lien avec l'humanisme : « *ça veut dire aussi que l'humanisme humanisant, il ne court pas tout seul, ce n'est pas comme l'eau ; je pense que l'humanisme n'est pas toujours humanisant, et qu'il y a peut-être même certains types d'humanisme déshumanisants...* ».

En effet, comme il me l'explique, l'éthique organisationnelle vient après ce qu'on appelle en philosophie « les maîtres du soupçon », dont Marx, Nietzsche et Freud... Cela signifie que l'éthique organisationnelle met en évidence la problématique de la « contingence ». C'est-à-dire que nous, les êtres humains, on peut dire oui et on fait non ; et donc ne pas être complètement fiables. Pourquoi ? Parce que chacun peut vivre un jour des moments un peu compliqués, que ce soit dans la relation avec un patient ou encore un collègue. Et donc, Michel Dupuis explique : « *Si cet humanisme humanisant n'a pas une forme d'orientation, des repères, des indicateurs, on est dans quelque chose d'extrêmement dangereux car j'ai envie de dire « la sauce ne prend pas toute seule ».*

C'est donc pour cela que l'on parle bien d'une éthique organisationnelle et que ce n'est pas juste une théorie organisationnelle. Pour Monsieur Dupuis, il est vraiment nécessaire d'**avoir des objectifs, des valeurs et des repères bien définis**, ainsi qu'**un système d'évaluation** afin de voir si l'équipe va dans le bon sens. En effet, « *l'éthique organisationnelle, c'est beaucoup de confiance dans les personnes, mais ce n'est pas la naïveté* ». Pour lui, le qualitatif a ses limites, on a donc **besoin de paramètres et d'indicateurs**, qui mettent clairement les choses en évidence ; qui ne disent peut-être pas tout, mais qui disent des éléments importants de la situation visée.

Dans cette même optique, Michel Dupuis me rejoint sur le fait qu'il est nécessaire de remettre la perspective professionnelle dans un **processus de formation continue**, car on n'a jamais fini d'apprendre. En effet, « *on obtient un jour son permis de conduire, mais je pense qu'on n'obtient jamais un jour son permis d'humanité...* ».

Les entretiens que j'ai eu la chance de réaliser avec ces différents professionnels ont été pour moi très enrichissants. En effet, chacun d'eux, grâce à son expertise, m'a amené des éléments intéressants dans la perspective d'une pratique de soins humanisante au quotidien.

Suite à l'analyse de ces entretiens, j'ai constaté de nombreuses similitudes avec ce que m'a apporté ma revue de littérature.

Je vais cependant tenter ici de faire émerger certains points clés que je trouve pertinent de relever afin d'orienter la suite de mon travail.

2.6. Éléments clés mis en évidence lors des entretiens avec les témoins privilégiés

❖ Les valeurs essentielles à l'humanisme soignant

Tout comme je l'ai relevé dans la littérature, les valeurs essentielles à l'humanisme ont été abordées par chacune des personnes interviewées. Celles qui sont surtout mises en avant sont le respect, l'authenticité, l'observation, l'écoute, la communication bienveillante, la dignité humaine, le non-jugement. Madame Permanne, à travers son projet, amène également les valeurs d'accueil, d'amélioration continue, de curiosité, de dynamique collective, et d'individualité (dans le sens de la prise en compte de la singularité de chacun).

❖ La relation de soin : un élément clé à la base d'une pratique de soin humanisante

L'accompagnement de **la personne dans toutes ses dimensions**, en tenant compte de son projet de vie revient comme un élément crucial. Monsieur Courtin insiste sur le fait qu'il s'agit bien d'**interactions d'humain à humain**, et qu'il est important de se détacher des actes techniques. Madame Rentmeesters explique que le fait que les patients se sentent entendus par quelqu'un qui se montre disponible représente la moitié du travail.

Deux des personnes interviewées mettent en évidence le **danger des protocoles et du formatage des personnes** selon des normes bien spécifiques d'une institution, qui vont clairement à l'encontre de l'humanisation des soins. En effet, comme l'explique Monsieur Courtin, on en oublie la personne dans tout ce qu'elle est, avec ses désirs, ses besoins, ses croyances, ses craintes, ... Selon lui, il faudrait repenser tout le mode de fonctionnement de l'hôpital pour justement mieux prendre en considération les souhaits des patients. Madame Permanne le rejoint car pour elle, il est essentiel d'accompagner l'habitant tout en incluant ses habitudes de vie. L'ensemble de l'équipe a d'ailleurs travaillé sur la création de pictogrammes placés à l'entrée de chaque chambre, qui reprennent les habitudes de vie essentielles de l'habitant.

Monsieur Lambeau explique que **le partage d'expérience** entre les différents membres de l'équipe, est vraiment très important dans la relation de soin avec le patient, car il permet de mieux connaître les patients. Madame Permanne est très attentive à cela également, et c'est d'ailleurs la raison pour laquelle elle a mis en place des référents dans chaque unité de vie ainsi que des réunions journalières. De même, le fait d'impliquer tous les membres de son équipe permet d'élargir la connaissance de l'habitant, car comme elle l'explique, les auxiliaires de vie savent parfois plus de choses sur l'habitant que l'infirmière ou l'aide-soignant. Pour elle, **l'aspect pluridisciplinaire** est vraiment essentiel en termes de relation de soin.

Monsieur Lambeau remarque cependant **une certaine résistance** au changement de la part des jeunes infirmiers qui sont beaucoup plus axé sur les soins que sur le soin. Celui-ci dit devoir leur rappeler tous les jours que l'essentiel est d'abord la relation établie avec le patient. C'est également une limite mise en évidence par Madame Permanne, qui remarque un frein dans la culture de certains soignants.

❖ **La communication : Une importance à tous les niveaux**

Lors des différents entretiens, il apparaît clairement que **la communication est essentielle dans la relation à l'autre** au quotidien. En effet, comme le souligne Monsieur Courtin, le choix des mots est important. En lien avec ce qu'il explique concernant la relation de soin, Monsieur Lambeau estime que l'aspect relationnel et communicationnel n'est pas assez mis en avant dans le cursus des étudiants.

Mais comme l'a mis en avant Monsieur Dupuis, c'est également un **réel défi en termes d'éthique organisationnelle**. Et cela, Madame Permanne l'exprime bien à travers son expérience de nouvelle directrice où elle a dû commencer par un temps d'observation et d'écoute avant de pouvoir impliquer les membres de son équipe dans son projet.

Il apparaît également que cette communication est encore difficile pour les soignants lorsqu'il s'agit d'exprimer leurs émotions ou déposer leur souffrance. Monsieur Lambeau relate d'ailleurs qu'il y a une **peur du jugement** qui est présente, ce que confirme Madame Rentmeesters. En effet, en tant que médiatrice, elle perçoit des résistances de la part des soignants à venir se confier à elle. A côté de cela, dans son équipe de médiateurs, il y a des réunions avec un superviseur externe trois à quatre fois par an, ce qui permet à chacun d'échanger et de partager ses expériences. Celle-ci confirme que cela peut vraiment aider face à des situations parfois difficiles à porter.

❖ **Le temps, quantitatif et qualitatif**

Il ressort des différentes interviews que le temps accordé à la personne soignée est élémentaire si l'on cherche à l'accompagner avec humanisme. A ce propos, Monsieur Lambeau a pour principe que les soins ne sont pas prioritaires, il est important par contre de prendre le temps avec la personne, d'apprendre à la connaître, comprendre son parcours de vie, ... Selon lui, ce n'est jamais du temps perdu, bien au contraire. C'est également un point que Madame Permanne défend. Selon elle, son personnel ne prend pas plus de temps, c'est même l'inverse, il en gagne en prenant la peine de comprendre les habitants et en les intégrant à part entière dans la vie de l'institution.

Et comme l'explique Monsieur Courtin, notamment dans le cadre des soins palliatifs, **c'est le temps qualitatif qui compte**.

❖ **L'environnement, source de bien-être**

Celui-ci est largement mis en avant notamment par Monsieur Lambeau, dont le service de psychogériatrie a été aménagé avec un lieu de vie en son centre. De même Madame Permanne explique avoir créé cinq unités de vie à thème, avec des référents pour chacune d'elles. Leurs expériences respectives ont démontré que si l'environnement dans lequel les soignants et les patients évoluent est axé sur le « vivre ensemble », cela **améliore considérablement la qualité de vie de chacun en termes d'échanges, de partage, de communication, d'entraide et d'autonomie.**

Madame Permanne relève que depuis la mise en place de son projet, il y a d'ailleurs une plus grande motivation des membres du personnel soignant, qui ont retrouvé du sens à ce qu'ils font. Elle a également constaté une diminution de l'absentéisme.

De même, concernant les habitants, il y a une plus grande participation spontanée aux activités proposées.

❖ **La reconnaissance du personnel soignant, un moteur essentiel**

En lien avec l'environnement, cet élément ressort comme une condition élémentaire à l'humanisme. Pour Monsieur Lambeau, **sans cette reconnaissance, les soignants risquent de se sentir déshumanisés.** Madame Permanne met également un point d'honneur à intégrer l'ensemble de son personnel dans toutes les décisions, mais aussi leur montrer les résultats de ce que leur travail a apporté. Cela les motive et les encourage à s'impliquer encore davantage dans les projets de l'institution. Selon elle, il faut inverser la pyramide hiérarchique, et mettre l'habitant et le personnel en haut de celle-ci.

Madame Rentmeesters est également convaincue que les supérieurs hiérarchiques devraient être plus présents, au cœur même de la pratique quotidienne des soignants afin qu'ils prennent réellement conscience de leur travail et de leurs besoins.

❖ **L'humanisme envisagé comme processus**

Chacune des personnes interviewées met en évidence le fait que rien n'est jamais gagné. Monsieur Lambeau et Madame Permanne disent le rappeler chaque jour à leur équipe, d'autres expliquent qu'ils donnent des formations ou des cours pour sensibiliser les soignants ou futurs soignants.

Comme pour l'aspect relationnel, Michel Dupuis pense qu'il serait d'ailleurs important que des **formations continues** soient mises en place en termes d'humanisme car comme il le dit si bien, « *on obtient un jour son permis de conduire, mais je pense qu'on n'obtient jamais un jour son permis d'humanité...* ».

De même, celui-ci insiste sur le fait qu'en termes d'éthique organisationnelle, il est important qu'il y ait des objectifs bien définis, ainsi que des paramètres et des indicateurs. Madame Permanne le rejoint, en espérant justement une reconnaissance de projets tels que le sien grâce à des **procédures d'évaluation** avec des indicateurs spécifiques.

❖ **L'importance des familles dans l'humanisation des soins**

Comme souligné par Monsieur Courtin et Madame Permanne, les familles des patients et/ou habitants jouent un rôle crucial dans l'humanisation des soins. En effet, elles sont **le relais entre le personnel soignant et le patient et/ou habitant**, et participent donc de manière active au projet de soin. Monsieur Courtin explique cependant que dans les unités lambda qui accompagnent des patients palliatifs, il y a des **résistances** par rapport à cette inclusion de la famille dans les soins. Cette résistance est également rapportée par Madame Rentmeesters dans le cadre de la pédopsychiatrie car les soignants créent un lien de confiance avec les familles pour un travail thérapeutique, et sont donc un peu frileux

d'intégrer la médiatrice. Madame Permanne quant à elle organise déjà des activités avec les familles, mais qui ont été un peu mises de côté du fait de la crise Covid. Cependant, celle-ci souhaite vraiment réussir ce challenge de travailler avec les familles, et de les impliquer encore davantage dans le projet de soin de l'habitant.

L'expertise des témoins privilégiés décrite dans cette analyse démontre que la communication, l'aspect temporel, l'environnement de travail ainsi que la reconnaissance du personnel apparaissent comme des points d'attention particuliers. Il semblerait donc que le contexte dans lequel les soignants et les patients évoluent peut avoir une influence importante sur la pratique de soins humanisante au quotidien.

Dès lors, concernant ma question « Quelles sont les stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint ? », je vais orienter davantage ma recherche en mettant l'accent sur l'atmosphère de l'établissement ou du service, ainsi que sur la culture qui imprègne les pratiques.

La partie suivante de mon travail va donc être consacrée à cette recherche, à travers les entretiens avec des acteurs de terrain.

III. Entretiens avec les acteurs de terrain

Afin de décrire et de justifier le plus précisément possible cette partie de mon travail, je me suis basée sur le cours d'« Introduction aux méthodes qualitatives » du Professeur Isabelle Aujoulat (Aujoulat, 2018-2019)

Je vais commencer par expliquer les objectifs de ma recherche ainsi que les différents éléments pratiques qui m'ont permis de réaliser les entretiens auprès des acteurs de terrain.

3.1. Objectifs de la recherche

Suite à ma recherche de littérature et aux différentes rencontres avec les témoins privilégiés, plusieurs aspects concrets ont pu émerger.

Concernant ma question de recherche de départ « Quelles sont les stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint ? », plusieurs réponses m'ont été apportées en termes de compétences, valeurs, outils et stratégies.

Cependant, il y a un aspect, déjà relevé dans la littérature, qui a également été mis en avant par les témoins privilégiés ayant partagé leur expertise avec moi. Il s'agit de **l'atmosphère soignante**. En effet, si la volonté des soignants semble présente, s'il existe bel et bien des outils pour développer et favoriser une pratique de soin humanisante, il reste derrière un élément crucial qui est la culture du soin régnant au sein des services et établissements de soins.

Le premier objectif de ces entretiens avec les acteurs de terrain va donc être de mettre l'accent sur l'importance de cette atmosphère soignante, de déterminer si cette culture de soin fait partie de la réalité quotidienne des soignants, et de mettre en évidence la manière dont cela se traduit en pratique.

Par la suite, l'idée de cette recherche qualitative est également de faire révéler des choses auxquelles je n'ai pas pensé, et éventuellement générer de nouvelles hypothèses.

3.2. Méthodologie

En fonction de l'objectif présenté dans le point précédent, ma démarche va être de type exploratoire. Il s'agit d'une **étude qualitative par entretien**. Cette méthode me semble la plus adaptée, car le thème de l'humanisation, portant plus spécifiquement sur l'intention du soignant dans sa pratique de soin quotidienne est un sujet assez complexe et sensible, qui ne peut pas être simplement abordé à travers un questionnaire. Il nécessite d'entendre ce que les soignants ont à dire sur le sujet et que ceux-ci puissent donc exprimer leur ressenti, leur vécu et leur expérience.

3.3. Stratégie d'échantillonnage

Afin de répondre à mon objectif, j'ai réfléchi aux éléments qui allaient déterminer mon choix quant aux personnes interviewées.

Tout d'abord, afin de mettre l'accent sur l'importance de l'atmosphère soignante, il m'a paru essentiel de sélectionner des services ou établissements au sein desquels **l'humanisation fait partie de la philosophie de soin**. En effet, il s'agit que tous les répondants aient quelque chose à partager sur le sujet.

Dès lors, suite aux conseils de mon Promoteur, Monsieur Hesbeen, ainsi qu'à un entretien avec la Directrice de Département Infirmier d'un groupement hospitalier, j'ai choisi trois terrains qui répondaient à ce critère, à savoir : un service de psychogériatrie, un service de soins palliatifs, ainsi qu'une maison de repos et de soins.

Dans un second temps, j'ai réfléchi à la manière dont j'allais sélectionner les personnes interviewées, en évitant qu'il y ait des biais.

Concernant le personnel soignant interviewé, j'ai sélectionné plus particulièrement le **personnel infirmier**, et ce, pour plusieurs raisons. La première est que ma question de recherche de départ est posée par rapport au personnel infirmier, ce qui a été déterminé par le fait qu'il s'agit de ma profession initiale. En effet, comme je l'ai expliqué plus haut, le changement d'orientation professionnelle m'a permis une remise en question profonde sur la pratique de soin humanisante. La seconde raison, est qu'à l'heure actuelle, je suis enseignante et forme de futurs praticiens de l'art infirmier ; je suis donc extrêmement sensibilisée par la manière dont nous pouvons leur transmettre ces valeurs d'humanisme.

Afin de rester la plus neutre possible, je me suis donc dirigée vers le personnel infirmier, qui travaille dans les unités ou établissements précités, et qui ont déjà une **expérience antérieure dans un autre lieu de soin**, quel qu'il soit. En effet, selon moi, cela permet au soignant d'avoir un point de comparaison et donc un certain recul sur sa pratique.

Je n'ai pas retenu d'autre critère de sélection.

La sélection des personnes s'est faite par le biais de contacts directs avec le ou la responsable des unités et établissements choisis, qui ont expliqué à leur équipe l'objet de mon étude et qui m'ont transmis les coordonnées des personnes intéressées.

Il s'agit donc au départ d'un **échantillon de convenance**, qui s'est complété par la suite par une « **Snowball procédure** », puisque certains soignants sont venus spontanément vers moi et ont manifesté leur souhait de participer à l'étude après avoir échangé avec leurs collègues. Par la suite, j'ai pris contact avec les répondants afin de leur expliquer plus précisément le thème de mon étude, ainsi que la manière dont les entretiens allaient se dérouler.

Nous avons enfin fixé des moments de rencontre pour chacun des répondants, en fonction de nos disponibilités respectives.

3.4. Outils

Comme je l'ai expliqué plus haut, cette étude est réalisée sur base **d'entretiens exploratoires semi-directifs**, c'est-à-dire que les thèmes que je souhaite aborder ont été prédéfinis mais en gardant bien pour objectif principal de laisser la personne s'exprimer.

J'ai donc rédigé un **guide d'entretien**, qui se trouve en *annexe 5*.

Celui-ci contient douze questions avec parfois plusieurs sous-questions permettant d'être plus précise pour certains des aspects abordés.

J'ai veillé à ce que les questions soient pour la plupart des questions ouvertes, afin de permettre aux personnes de donner leur avis, et de s'exprimer librement.

J'ai aussi été attentive à ce que les questions soient les plus neutres possibles, afin de ne pas induire de réponse, et également de pouvoir percevoir le ressenti des personnes.

J'ai également essayé de ne pas me focaliser spécifiquement sur le thème de ma recherche mais plutôt d'aborder un ensemble de points permettant d'avoir une vision globale du soignant sur sa pratique.

3.5. Méthode d'analyse des entretiens

Afin d'analyser les entretiens réalisés, j'ai tout d'abord commencé par retranscrire deux. Ceux-ci se trouvent en *annexes 6 et 7*.

Suite à cela, j'ai procédé à une analyse thématique afin de faire ressortir les thèmes prédominants. Ceux-ci sont en partie prédéfinis par le guide que j'ai construit au préalable, mais certains ont émergé suite à l'analyse des entretiens.

J'ai ensuite créé un tableau par thème subdivisé en onze parties pour les onze entretiens. J'ai commencé par noter dans chacun des tableaux tous les éléments qui apparaissaient dans les deux premiers entretiens, en lien avec les thèmes retenus.

Pour poursuivre, j'ai réécouté chacun des neuf autres entretiens, et réalisé le même travail que pour les deux premiers.

J'ai dans une autre couleur noté certaines phrases personnelles exprimées par les répondants, qui me semblaient vraiment intéressantes comme exemple à intégrer dans les résultats par la suite.

J'ai également veillé à noter dans une troisième couleur les éventuelles hésitations ou ressentis particuliers par rapport à l'un ou l'autre thème.

Le fait d'écouter les neuf entretiens m'a demandé une attention très particulière, afin de perdre le moins d'informations possible, et que mon analyse soit des plus rigoureuses.

Je vais dans le point suivant présenter les résultats des onze entretiens que j'ai réalisés avec les acteurs de terrain.

3.6. Résultats des entretiens avec les acteurs de terrain

3.6.1. Description de l'échantillon

Les neuf personnes qui avaient été retenues au départ ont accepté de me rencontrer et de participer à l'entretien. Par la suite, deux autres personnes ont manifesté le souhait de participer à l'étude.

Il y a donc au total onze répondants, dont deux hommes et neuf femmes.

Le nombre total d'années d'expérience des répondants est de plus de quinze ans pour huit d'entre eux. Deux répondants ont une ancienneté inférieure à cinq ans.

Sept des répondants ont plus de cinq années d'ancienneté au sein de l'unité ou établissement dans lequel ils travaillent actuellement.

Tous les répondants ont au minimum une expérience antérieure dans une autre unité de soin. (Cfr *tableau 1 en annexe 8*)

Chacun des répondants a au moins une spécialisation ou une formation spécifique en lien avec la spécialité dans laquelle il travaille.

3.6.2. Déroulement des entretiens

Les différents entretiens sur les trois terrains se sont déroulés sur une période de quinze jours, entre le six et le vingt avril 2021.

Vu la situation sanitaire actuelle, il a été difficile de trouver un endroit « neutre ». Les entretiens ont donc eu lieu sur le terrain de travail des infirmier(e)s, mais nous avons à chaque fois eu l'opportunité de nous mettre à l'écart dans un endroit un peu extérieur au service, tel qu'une salle de réunion ou un espace de détente.

Les entretiens se sont également déroulés lorsque le personnel soignant était présent sur son lieu de travail, soit avant, soit après son service. Chacune des personnes interviewées a montré une grande disponibilité pour répondre aux questions. Seule l'une d'entre elle a répondu de manière plus succincte, mais sans raison apparente.

Au début de l'entretien, j'ai bien précisé à chaque personne interviewée la raison pour laquelle elle avait été retenue, le but de l'entretien ainsi que la manière dont celui-ci allait se dérouler. Chacune d'elle a donné son accord pour être enregistrée, et a reçu de ma part la garantie de la confidentialité des informations partagées.

J'ai également proposé aux différents répondants de leur transmettre un retour de mon étude, ce qu'ils ont vivement souhaité pour la plupart d'entre eux.

Les entretiens ont duré en moyenne soixante-trois minutes.

Avant de commencer les entretiens, j'ai dû être particulièrement attentive au fait de mettre mes représentations entre parenthèses, et surtout, de laisser la personne s'exprimer sans l'interrompre. En effet, le thème me tenant particulièrement à cœur, j'ai remarqué que j'avais souvent envie d'exprimer mes expériences personnelles, ce qui aurait pu influencer voire biaiser les réponses apportées par la personne interviewée.

À la suite des deux premiers entretiens, plusieurs éléments sont apparus concernant la pertinence de mon guide d'entretien.

Tout d'abord, lorsque je présentais mon sujet, les deux premières personnes m'ont interpellé concernant le terme d'humanisme en me disant que cela leur semblait très vaste. Je leur ai donc précisé, et ajouté une explication dans ma présentation pour les entretiens suivants.

Pour la question 1, j'ai constaté que je ne demandais pas systématiquement les formations suivies par l'infirmier(e), ce qui m'a paru pertinent lors de certains échanges, j'ai donc ajouté cette sous-question pour les entretiens suivants.

La question 4 « Qu'est-ce qui vous anime le plus dans votre profession ? » n'était pas bien comprise, j'ai donc revu la formulation en demandant « Quelle est votre motivation à pratiquer votre métier chaque jour ? », ce qui a amené des réponses plus spontanées par la suite.

Ces différents éléments ont été ajoutés en couleur verte sur le guide d'entretien de départ (*Annexe 5*)

En écoutant les premiers enregistrements, j'ai remarqué que je formulais parfois des questions trop longues, qui reprenaient plusieurs informations comme pour la question 6 et la question 12, où je citais d'emblée les items des différentes sous-questions en exemple. Dès lors, j'ai veillé lors des entretiens suivants à bien découper la question afin que la personne interviewée puisse répondre à chacun des points soulevés.

En réécoutant les entretiens, j'ai également remarqué ma difficulté à parfois recentrer la personne interviewée, lorsque que celle-ci raconte ses expériences personnelles, et s'écarte un peu du sujet de départ. Cependant, cela m'a permis à plusieurs reprises de mieux comprendre la manière dont cette personne envisageait son métier de soignant.

Enfin, pour certaines questions, la notion de saturation est apparue assez vite, mais chaque entretien m'a apporté des éléments nouveaux.

De même, j'ai remarqué que lorsque nous avons terminé l'entretien, certains répondants continuaient à s'exprimer, de manière plus aisée et m'ont amené des informations très précieuses qu'ils n'avaient pas abordé au moment où la question avait été posée. Cela est peut-être dû au fait que mon guide d'entretien était trop structuré.

Après avoir expliqué la manière dont les entretiens se sont déroulés, je vais détailler dans le point suivant la manière dont je les ai analysés, et mettre en évidence les principaux résultats qui ressortent de cette analyse.

3.6.3. Analyse des entretiens

Suite à la retranscription des deux premiers entretiens, j'ai commencé par créer une feuille d'analyse pour chaque thème ou catégorie qui apparaissait au fur et à mesure de la lecture de ceux-ci. Il faut noter que ces thèmes sont pour la plupart prédéfinis puisque liés aux questions formulées dans le guide d'entretien.

Voici donc le découpage que j'ai réalisé au départ afin de réaliser un premier classement de données :

- Années d'expérience totales – Dans l'unité actuelle – Durée de l'entretien
- Les valeurs essentielles pour le soignant et comment elles sont mises en pratique au quotidien
- L'humanisation : A quoi cela correspond pour le soignant ? – Est-elle mise en pratique dans le service ?
- L'évaluation de l'humanisation au niveau du service/institution : Points forts – Points à améliorer
- La motivation à travailler dans l'unité/l'institution
- L'importance pour le soignant de l'humanisation dans les soins – Les freins et leviers
- Les opportunités d'échanges avec le patient : suffisantes/encouragées/importantes
- Les aspects organisationnels
- Les aspects structurels
- Les techniques/ manières de travailler pour favoriser les soins humanisants
- Les expériences antérieures et la comparaison dans la manière d'aborder les soins
- Les échanges, partages d'expérience, réunions pluridisciplinaires et temps de paroles
- Les formations des soignants – Sont-elles soutenues par l'institution ?
- Le soutien – La reconnaissance par l'équipe et les supérieurs hiérarchiques

Par la suite, j'ai complété ces catégories en écoutant à plusieurs reprises les neuf entretiens suivants.

Une fois que l'ensemble des catégories précitées ont été complétées, j'ai commencé mon premier travail d'analyse.

Pour ce faire, j'ai utilisé des codes couleurs, en surlignant les éléments similaires qui ressortaient des onze entretiens.

Je me suis rendu compte assez vite que certains éléments se répétaient dans plusieurs des catégories. J'ai donc réfléchi à la manière dont je pouvais rassembler certains thèmes.

En regroupant certains thèmes de départ, j'ai créé neuf unités d'analyse en lien avec ma question de recherche. Celles-ci sont :

- Les valeurs importantes pour les soignants
- La motivation ou ce qui anime le plus les soignants dans leur fonction actuelle
- L'humanisation au quotidien et la manière d'aborder les soins
- Les opportunités d'échanges avec les patients
- Les échanges au sein de l'équipe soignante
- L'humanisme soignant : Freins et leviers mis en évidence par les soignants
- Les points forts et points à améliorer mis en évidence par les soignants en lien avec les pratiques de soins humanisantes au sein de leur unité/institution
- Les aspects organisationnels propres à chaque unité/institution
- Les aspects structurels propres à chaque unité/institution

Malgré ce premier regroupement, j'ai pris conscience, en réécoutant les enregistrements ; que certains éléments de réponse que j'avais au départ placé dans une des catégories, concernait au final un autre thème. Par exemple, lorsque j'ai abordé les valeurs et la manière dont elles étaient mises en pratique dans l'unité/institution, deux répondants ont avancé des aspects organisationnels.

Dès lors, afin d'affiner mon analyse, j'ai réalisé des tableaux de synthèse pour certains thèmes afin de faciliter le classement des données et d'avoir une vision plus globale. Ceux-ci se trouvent en *annexes 9 – 10 – 11 – 12 – 13 & 14*.

Je vais détailler ci-dessous les résultats pour chacune des unités d'analyse précitées.

Il est important de préciser que les données ont été classées par rapport au nombre de répondants les ayant relevées, et ce, afin de présenter les résultats de manière structurée. Cependant, étant bien dans une recherche qualitative, les réponses apportées sont liées à la sensibilité des différents répondants et chacune des informations peut amener des pistes de réflexion. Ce classement ne reflète donc en aucun cas le degré d'importance des éléments mis en évidence par les soignants.

A) Les valeurs importantes pour les soignants

Suite à mon analyse, j'ai relevé **dix valeurs ou groupes de valeurs** mis en évidence par les soignants. En effet, en fonction des similitudes, et de ce qui a été exprimé par les répondants, j'ai regroupé certaines valeurs tout en veillant à ne pas déformer le sens donné par la personne interviewée. Celles-ci sont présentées dans *le tableau 2 en annexe 9*, qui reprend les groupes de valeurs, des exemples de mise en pratique citées par les soignants, ainsi que le nombre de répondants qui ont cité chacun de ces groupes de valeurs.

Les valeurs citées par les répondants sont donc :

- ❖ **Le respect** qui est mis en avant par neuf répondants. C'est l'une des premières valeurs qui a été citée pratiquement d'emblée. Nous pouvons observer dans le **tableau 2 en annexe 9** que celui-ci concerne le respect au sens large (valeurs, culture, religion, âge) mais qu'il concerne aussi et surtout le respect de la personne, de son intimité, de son autonomie, de ses choix, de son vécu, de ses habitudes, ... A ce propos, l'un des soignants exprime que « *Quel que soit le moment ou l'état de la maladie, le respect, c'est primordial* ». Un autre explique qu'il est important de respecter la personne pour ce qu'elle est et « *ne pas extrapoler vers ce que l'on voudrait qu'elle soit ou qu'on ne supporte pas qu'elle soit* ». Pour lui, à partir du respect, tout le reste va découler.
- ❖ **L'attention portée au patient** qui est relevée par huit soignants, s'exprime par le fait d'être axé sur le patient, et à nouveau sur ses besoins et désirs. Comme le relève un des répondants, « *Le patient est toujours libre de dire «je veux ou je ne veux pas», on lui demande la permission avant de réaliser un soin* ». Un autre soignant explique « *C'est à nous de nous calquer sur eux, ce n'est pas l'inverse (...) ça paraît utopique, mais c'est réalisable* ».
- ❖ **La relation avec le patient**, mise en évidence par sept soignants, est également un élément qui est ressorti très spontanément lors des entretiens. Les répondants ont beaucoup parlé de l'écoute. Un répondant exprime d'ailleurs « *Si je ne peux pas m'asseoir à côté de quelqu'un et l'écouter, ça ne représente plus rien* ». La relation au patient est aussi exprimée par l'échange, le partage, la bienveillance et l'empathie. A ce propos, un soignant m'explique : « *Ici, on peut être face à une personne et l'aider dans ce qu'elle est en train de vivre (...) Tant qu'il y a une petite étincelle qui est là, je suis là pour la garder allumée* ». Deux répondants parlent également du sourire et de la bonne humeur comme éléments essentiels à la relation de soin. L'un d'entre eux me raconte « *Cela fait quinze ans que je travaille, cela fait quinze ans que j'arrive et que je pars avec le sourire* ».
- ❖ **Le travail en équipe**, est relevé par quatre répondants comme une valeur importante qui se traduit par le fait d'avoir une équipe soudée, avec une entraide importante entre les différents soignants. Un répondant insiste sur le fait que tous les soignants partagent un objectif commun. Un autre met l'accent sur l'aspect pluridisciplinaire.
- ❖ **La sincérité, l'honnêteté et la vérité** sont des valeurs mises en avant par deux soignants. L'un d'entre eux exprime à ce propos : « *Il faut être vrai, être soi-même, ne pas duper la personne, faire son travail avec son cœur* ».

Chacune des valeurs suivantes ont été relevées par un des répondants :

- ❖ **Le rôle d'accompagnement des familles** : Pour l'un des répondants, il est important de s'occuper des familles, de parler avec elles et de les aider à accepter, « *c'est quelque chose de très profond* ».
- ❖ **Le « bien-soigner »** est expliqué par un répondant comme étant le fait que « *prendre soin* » est différent de « *faire des soins* ».

❖ *L'amour* est exprimé par un soignant, surtout par rapport à la solitude vécue par certains patients.

❖ *Le courage*

❖ *La patience*

Ces deux dernières valeurs n'ont pas été détaillées davantage par les répondants.

B) Les motivations ou ce qui anime le plus les soignants dans leur fonction actuelle

A partir des réponses des personnes interviewées, j'ai regroupé certains éléments en fonction du thème auquel ils se rapportaient ; et ce, en m'assurant du sens donné par le soignant.

L'ensemble des thèmes est repris dans le *Tableau 3 en annexe 10*, dans lequel j'ai intégré des exemples concrets. Voici les différents éléments motivationnels mis en avant :

❖ *Les aspects relationnels et émotionnels*, relevés par neuf répondants se traduisent principalement par le fait que leur travail est plus axé sur l'émotionnel. Ils ont le temps pour parler avec les gens par rapport à d'autres services. Le fait que le côté humain soit vraiment pris en considération est motivant pour les soignants. L'un d'entre eux exprime : « *Je voulais un contact humain, je voulais le toucher, ...* ».

❖ *L'accompagnement des personnes* est une motivation qui a été citée de manière assez spontanée par huit répondants. Celui-ci s'exprime par l'importance du partage par rapport au vécu et aux besoins des patients ; et par le fait d'accompagner les personnes dans leurs derniers moments.

❖ *Le temps consacré au patient* est une motivation en lien avec l'aspect relationnel. Ainsi, un soignant explique « *Ici, je me sens utile, même s'il n'y a rien à faire, on peut aller s'asseoir auprès des patients* ».

❖ *La spécialité dans laquelle le soignant travaille* : les répondants concernés expliquent qu'ils travaillent chacun dans la spécialité qui leur plaisait au départ et qui leur correspond le mieux par rapport à leurs attentes et valeurs.

❖ *L'ambiance du service*, et notamment l'entente avec les collègues est source de motivation pour trois répondants.

❖ *Le fait de rencontrer ses valeurs* a également été relevé par trois répondants. L'un d'entre eux l'a exprimé en premier lieu de manière spontanée : « *Ce qui m'anime le plus, c'est le fait d'avoir un boulot qui correspond à mes valeurs, et j'ai trouvé ça ici en arrivant* ».

Les quatre motivations suivantes ont été citées chacune par deux répondants :

❖ *Le fait de passer une bonne journée* est expliqué par les soignants comme étant le fait d'avoir fait ce qu'il fallait pour le patient.

- ❖ ***Le fait de pouvoir connaître la personne*** est une motivation qui anime les soignants en ce sens qu'ils peuvent avoir un vrai suivi des patients.
- ❖ ***L'accompagnement des familles*** : c'est un aspect sur lequel les deux répondants concernés ont vraiment insisté. Ceux-ci considèrent que le fait d'englober les familles dans les soins et de les accompagner dans les situations difficiles est vraiment un rôle très important dans leur profession.
- ❖ ***Les aspects organisationnels*** : Comme l'expliquent certains soignants, le fait de pouvoir s'adapter en fonction des patients, d'inclure toute l'équipe pluridisciplinaire et de coconstruire avec l'habitant est vraiment très motivant.

Enfin, les motivations suivantes ont chacune été mises en avant par un soignant :

- ❖ ***La reconnaissance des patients et des familles*** : Celle-ci est exprimée par le soignant comme étant pour lui la plus belle des reconnaissances.
- ❖ ***La reconnaissance de la direction et de l'équipe*** : Le répondant explique que cela est très gratifiant et donne envie de toujours se dépasser.
- ❖ ***La philosophie du service/institution*** : Le soignant explique que les habitants sont au centre des décisions, avec la pyramide hiérarchique qui est inversée. Pour lui, le fait de s'adapter aux habitants est source de motivation : « *C'est un modèle super enrichissant et super attractif* ».
- ❖ ***La charge de travail pas trop importante*** est relevée par un répondant comme un élément motivationnel, surtout par rapport à ses expériences antérieures.

Je trouve également intéressant de souligner que deux soignants ont vraiment insisté sur le fait que malgré des trajets importants pour se rendre sur leur lieu de travail, ils ne changeraient en aucun cas et que cet aspect n'influence pas leur motivation.

C) **L'humanisation au quotidien et la manière d'aborder les soins**

Cette unité d'analyse permet de mettre en évidence à quoi correspond l'humanisme pour les soignants et la manière dont il est mis en pratique au quotidien.

Tout d'abord, les onze répondants considèrent que l'humanisme soignant est mis en pratique dans le service ou l'institution au sein duquel ils travaillent. L'un d'eux me dit à ce sujet : « *Ici, on met le patient au cœur, au centre de nos priorités* ». Un autre m'explique : « *Ici, j'arrive à accueillir tout ce que le patient me donne au niveau physique, psychologique ; j'arrive à satisfaire toutes ses attentes. Je me sens utile ici, j'ai l'impression qu'il y a un début et une fin dans les soins, et qu'on ne laisse pas quelqu'un dans le besoin (...) J'ai l'impression d'un travail terminé, et quand je sors d'ici, je sens que j'ai accompli quelque chose* ».

Suite à mon analyse, j'ai pu faire ressortir dix thèmes en lien avec l'humanisation, en regroupant des éléments similaires mis en évidence par les répondants. A nouveau, j'ai veillé à ce que ce regroupement représente bien les propos exprimés. Ce classement est présenté de manière détaillée dans le **tableau 4 en annexe 11**.

Voici les **dix thèmes** que j'ai relevé :

- ❖ ***L'attention aux besoins du patient*** est un thème mis en évidence par dix répondants ; Celle-ci passe principalement par le fait de tenir compte des besoins, choix, souhaits et habitudes du patient. L'un des soignants explique : « *Il faut prendre le patient dans sa globalité, et pas simplement comme une pathologie et le reste n'existe pas* ». Certains répondants ont exprimé l'importance de chercher à comprendre la personne et de s'adapter à chacun. Le respect de l'autonomie du patient a également été cité par un répondant qui explique qu'il est important de laisser au patient faire ce qu'il sait encore faire.
- ❖ ***La considération de la personne***, est abordée par neuf répondants. Celle-ci peut sembler étroitement liée à l'attention aux besoins du patient mais d'autres éléments tels que la prise en compte de la singularité de chacun ou encore le contact « vrai » avec la personne durant le soin m'ont amené à distinguer les deux thèmes. L'un des soignants le précise bien en disant que « *L'humanisation, c'est s'intéresser aux patients et à toutes ces petites choses qui comptent pour eux* ». Un autre explique que pour lui, c'est « *remettre le patient, l'humain comme centre d'intérêt au niveau du soin* ».
- ❖ ***L'importance de l'aspect relationnel***, est également relevée par neuf soignants. Ils relatent que la communication et tout ce qu'elle englobe est essentielle dans l'accompagnement des patients, afin de prendre en compte leurs émotions et d'établir avec eux une relation de confiance. Deux soignants expriment que c'est également important pour le soignant. L'un d'entre eux m'explique : « *Il faut savoir communiquer pour faire de bons soins (...) il y a toute une approche à côté des soins qui est plus humaine, ce qui est beaucoup mieux pour le patient, mais pour le soignant aussi. Tout ça, c'est déjà un soin* ». Ses propos rejoignent ceux d'un autre soignant qui me raconte : « *Parfois, une bonne discussion avec quelqu'un vaut tous les soins du monde* ». Quatre répondants incluent également l'importance de la relation avec les familles.
- ❖ ***Le respect*** est un thème qui est mis en évidence par sept répondants. Celui-ci concerne le respect de la personne, de sa culture, de ses croyances ; mais aussi de son intégrité physique et de son intimité. Certains parlent également du respect du rythme et de l'autonomie de la personne. Ils spécifient que ce respect passe par toutes sortes de petits gestes et attentions quotidiens. La plupart des soignants en parlent comme une évidence pour eux, comme quelque chose qui coule de source. L'un d'entre eux raconte « *Moi, je crois que ça ne diffère pas de la vie, le respect ne commence pas à l'hôpital, il commence avec vos enfants, avec votre famille. Il me semble que je fais comme j'aimerais qu'on me fasse* ». L'un des répondants insiste sur le respect du patient « *avec les personnes qui gravitent autour de lui* », c'est-à-dire sa famille et ses proches.

Le temps octroyé au patient, le prendre soin, l'attention portée aux familles et aux proches ainsi que l'environnement de soin sont quatre éléments qui sont mis en avant par trois répondants.

- ❖ ***Le temps octroyé au patient*** : Pour les soignants, c'est vraiment important d'avoir assez de temps à consacrer au patient. L'un d'eux spécifie cependant que ce qui est vraiment important, c'est la qualité du temps : « *le peu de temps que l'on peut passer avec le patient, il faut être avec lui ; car on ne prend pas soin d'une personne si notre esprit est occupé à autre chose* ».
- ❖ ***Le prendre soin*** : Celui-ci passe surtout par le fait de réaliser les soins de façon humaine, mais aussi comme le souligne un soignant, le fait de prendre soin dans tous les soins ; des soins annexes aux soins de confort (massages, soins esthétiques, ...).
- ❖ ***L'attention portée aux familles et aux proches*** : Pour les soignants, l'humanisation passe également par la relation de confiance établie avec la famille du patient, ainsi que l'attention et le respect qu'ils ont envers elle.
- ❖ ***L'environnement de soin*** : Les soignants mettent un point d'honneur à ce que l'environnement de soin soit le plus agréable possible pour le patient. Par exemple, ils font en sorte que l'atmosphère soit accueillante et détendue dans la chambre ; ils utilisent des méthodes telles que le snoezelen. Pour eux, cela participe à offrir des soins humanisants au patient. L'un d'entre eux exprime : « *Des soins humanisants, c'est plutôt une atmosphère, ça ne se limite pas au contact du soin* ».

Enfin, les deux thèmes suivants ont été relevé chacun par un répondant comme étant des éléments clés permettant l'humanisation des soins :

- ❖ ***Le fait d'exprimer ses propres limites au patient et à la famille*** : Le soignant raconte qu'avec l'expérience, il a appris à dire les choses, et que cela se passe bien car de manière générale, les patients et les familles comprennent. Par exemple, si le patient a besoin de parler, mais que le moment n'est pas opportun, l'infirmière écoute le patient puis lui explique qu'elle ne peut malheureusement pas s'attarder plus longtemps à ce moment précis mais qu'elle revient dès qu'elle a terminé ce qu'elle devait faire afin d'être vraiment à son écoute.
- ❖ ***La remise en question du soignant*** : Le soignant explique que le fait de s'interroger sur sa pratique est la base de l'humanisation des soins. Celle-ci ne la considère pas comme acquise mais dit « *essayer de tout mettre en œuvre pour* ».

Je terminerai ce point par une observation qui m'a particulièrement marquée et touchée durant mes entretiens. En effet, deux soignants ont vraiment été très émus en expliquant la manière dont ils prenaient soin des patients. L'un d'entre eux avait les larmes aux yeux en parlant de ses aspirations, ainsi que de l'aspect relationnel très riche, qui la confortent dans sa profession.

Un autre soignant m'a dit à ce propos : « *Si je ne sais plus donner ce minimum d'humanité et d'humanisation à ma profession, je m'en vais tant qu'il est temps...* ».

Enfin, beaucoup de soignants estiment que l'humanisation devrait pouvoir se faire partout, et ce, quel que soit le temps que l'on a. L'un d'entre eux exprime son espoir et me dit : « *Le côté humain est là, et ne demande qu'à s'épanouir* ».

D) Les opportunités d'échange avec le patient

Concernant cette unité d'analyse, j'ai retenu deux éléments en fonction des réponses des soignants :

a) Opportunités d'échanges avec le patient « suffisantes »

Les onze répondants considèrent que les opportunités d'échanges sont suffisantes au sein de leur unité/institution. L'un d'entre eux explique : « *C'est important pour le patient, il sait qu'on est là pour lui. Le fait de s'asseoir, il sait qu'on a du temps pour lui* ».

Trois d'entre eux nuancent leur réponse, en précisant que cela dépend parfois de la charge de travail ou de certaines priorités, mais qu'ils ont toujours la possibilité de retourner voir les patients à un autre moment ou encore de profiter d'un moment de soin, même réduit pour avoir un échange avec les patients. L'un des soignants exprime que c'est la qualité de l'échange qui est importante.

b) Opportunités d'échanges avec le patient « encouragées »

L'ensemble des répondants estime que les opportunités d'échanges sont encouragées de manière générale au sein de leur unité/institution. Pour cinq d'entre eux, il s'agit même de la philosophie et/ou valeur mais aussi du fonctionnement de l'unité/institution au sein de laquelle ils travaillent.

Cependant une distinction est faite par certains soignants entre l'équipe et les supérieurs hiérarchiques.

En effet, même si l'ensemble des répondants considère que les opportunités d'échanges sont encouragées par l'équipe soignante, quatre des répondants soulignent que celles-ci ne sont pas toujours comprises par leur supérieur hiérarchique direct qui demande parfois de justifier le temps passé auprès des patients.

Un des répondants fait savoir également que ces opportunités d'échange font partie du fonctionnement du service mais restent à la liberté de chacun.

E) Les échanges au sein de l'équipe soignante

Lors de mon analyse, j'ai pu relever quatre formes d'échanges mises en évidence par les répondants :

a) Les échanges entre collègues

Deux répondants expriment l'importance pour eux des échanges avec les collègues, pour parler de certaines difficultés mais aussi pour partager des moments de bonheur.

b) Le partage d'expérience et de pratiques

Sept répondants expliquent que le partage d'expérience est très porteur et encourage l'ensemble des soignants. L'un d'entre eux me fait savoir : « *Moi je pars du principe qu'un(e) infirmier(e), s'il ou elle n'apprend pas tous les jours, son travail est épuisant à un moment donné (...) On se canalise dans des carcans, des façons de faire qui ne sont pas toujours très appropriés* ». Un soignant souligne que ce partage d'expérience et de pratiques se manifeste par de l'entraide entre collègues, et un autre met en avant le fait que cela permet de viser un objectif commun.

Un troisième répondant parle de l'importance du partage d'expérience avec les plus jeunes. Celui-ci met également en avant le bénéfice pour l'équipe du partage d'informations reçues lors des formations. Selon lui, cela peut pousser les membres de

l'équipe soignante à adopter certaines manières de faire et d'aller tous dans le même « prendre soin » : « *Les témoignages d'expérience de professionnels et/ou intervenants extérieurs peuvent aider à prendre conscience et à améliorer nos pratiques. Il y a des choses qui marquent et qui réveillent les consciences* ».

c) Les réunions pluridisciplinaires

Sept répondants abordent les réunions avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire qui ont lieu en général une fois par semaine. Six d'entre eux mettent en avant leur importance concernant le suivi des patients ainsi que la visée d'un objectif commun.

L'un des soignants me fait savoir que des réunions spécifiques sont également organisées chaque jour autour d'un groupe d'habitants afin que les référents apportent les informations liées à chacune des personnes et à son projet de vie.

Ce même soignant précise que les étudiants sont également conviés à ces réunions car ils sont complètement intégrés dans l'équipe.

Enfin, un des répondants explique quant à lui que des réunions sont organisées une fois par mois, en présence de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, du gestionnaire de l'institution, et des habitants ; afin de discuter tous ensemble des projets en cours et à venir.

d) Les temps de parole

Les temps de parole ont été abordés par cinq soignants. Ceux-ci sont organisés par une psychologue, et tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire peuvent y participer. Deux de ces soignants expliquent que ceux-ci sont bénéfiques car ils permettent de comprendre l'autre et de réfléchir à des pistes ensemble. Un autre soignant émet une limite concernant ces temps de paroles qui sont organisés à un moment fixe, et qu'il faut être présent au sein de l'institution pour pouvoir y participer, ce qui n'est pas toujours possible en fonction des horaires.

Un répondant raconte quant à lui que les temps de parole ont été supprimés au sein de leur équipe car les soignants n'y participaient plus par peur de s'exprimer et d'être jugés.

Deux personnes interviewées mettent en avant les échanges organisés une fois par mois avec un philosophe. Elles expliquent que ces réunions sont très prisées par beaucoup de soignants qui reviennent pour y participer même s'ils sont en congé, car tout le monde ose parler. Selon elles, ces interventions leur permettent une prise de recul et une ouverture d'horizon.

Deux répondants abordent la mise en place d'un nouveau projet d'entretiens individualisés avec une personne extérieure, afin que les soignants aient la possibilité de s'exprimer.

Un infirmier explique : « *Pour être plus sensible à l'humanisation des soins, peut-être que le fait de s'arrêter et d'en parler avec quelqu'un d'extérieur pourrait être bénéfique pour les soignants* ».

F) L'humanisme soignant : Freins et leviers mis en évidence par les soignants

Les freins et leviers mis en évidence par les soignants ne sont pas spécifiques à l'unité/institution dans laquelle ils travaillent actuellement mais sont en lien l'ensemble de leurs expériences professionnelles. Il s'agit donc bien d'une vision générale des répondants concernant l'humanisme soignant.

Ces freins et leviers sont repris dans le **tableau 5 en annexe 12**.

J'ai constaté que les répondants ont mis plus l'accent sur les freins que sur les leviers. Cela est lié à la manière dont j'ai posé la question : « *Pensez-vous qu'une pratique de soin humanisante peut se concrétiser dans tous les services de soins ? Dans les autres services au sein desquels vous avez travaillé ? Si non, raison – freins ?* ».

Cependant, certains ont mis en avant des éléments concrets qui peuvent favoriser l'humanisation des soins. Voici les résultats de mon analyse :

Concernant les leviers permettant des soins humanisants :

- ❖ ***L'aspect pluridisciplinaire*** qui a été relevé par sept répondants, reprend le fait de travailler en équipe, d'avoir une équipe soudée, de l'entraide ainsi qu'une philosophie de soin commune. Selon eux, cela représente une force, permet de prendre des décisions concertées et donc de vraiment encadrer le patient dans sa globalité.
- ❖ ***Le soutien de la hiérarchie*** est relevé par quatre répondants comme un levier essentiel à l'humanisation des soins. Ceux-ci manifestent tous que c'est vraiment très important pour eux et que cela se ressent très fort dans la manière dont les soignants envisagent les soins dans leur institution. A nouveau, ils font le lien avec la philosophie de soin, qui permet de viser un objectif commun, qui pour eux est indéniablement le bien-être du patient.
- ❖ ***L'aspect relationnel avec le patient privilégié dans le service*** est également mis en avant par quatre répondants : Les soignants ressentent qu'il y a une volonté de l'ensemble de l'équipe. L'un d'eux exprime : « *La majorité de l'équipe préfère passer plus de temps avec les patients que de réaliser les tâches administratives par exemple* ».

Les deux points suivants ont chacun été mis en avant par trois répondants :

- ❖ ***La personnalité du soignant*** expliquée par les répondants par le fait d'être bien dans sa peau, d'être heureux de faire ce que l'on fait, de sourire, ... Pour l'un des soignants, « *La manière d'aborder les soins dépend de la personne et de comment elle vit les interactions sociales* ». Un autre soignant révèle que certains sont plus axés sur l'aspect technique des soins, ou sur la pathologie et ont moins d'intérêt pour le relationnel.
- ❖ ***L'importance de se remettre en question, de prendre du recul*** : Les soignants considèrent que c'est une base essentielle à l'humanisation des soins car cela permet de s'arrêter sur sa pratique et de prendre le temps d'y réfléchir.

Deux répondants ont relevé chacun des deux leviers suivants :

- ❖ ***L'atmosphère et/ou philosophie de l'unité/institution*** : Les répondants expriment que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire adhère à la philosophie du service axée sur le « prendre soin ». L'un des soignant ajoute « *C'est primordial, ça doit se passer partout dans tous les services, l'humain doit être pris en considération, même à l'hôpital de jour. Il se souviendra qu'il a été considéré* ». Une autre répondante, très émue raconte : « *J'ai ressenti, quand j'ai pénétré dans ce service, qu'il se dégageait de l'humain, on*

sentait ce côté vrai dans la relation, c'est ce que j'attendais en fait (...) Quand j'ai ressenti cette chaleur, je me suis dit « je ne veux plus jamais aller ailleurs » ».

- ❖ **Les staffs pluridisciplinaires ou lieux de paroles** offrant la possibilité de s'exprimer, permettent la prise de conscience de certaines choses ainsi qu'un partage et une remise en question des pratiques, et ce, avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les répondants, cela est bénéfique et permet de se recentrer sur la manière dont les soins sont envisagés.

Chacun des éléments suivants a été mis en évidence par un des répondants :

- ❖ **Le nombre de lits subventionnés limités en fonction de la spécialité** : Un infirmier m'explique qu'en soins palliatifs, il n'y a que douze lits dans le service, ce qui permet un accompagnement de qualité des patients en fin de vie : *« Ici, on a quand même plus le temps, on a la chance qu'il n'y a que douze lits. Même si on est en sous-effectif, on a plus de temps et de possibilité de répondre plus vite aux besoins des patients ».*
- ❖ **Le fait d'avoir un temps de travail partiel** : Une soignante qui travaille à raison de huit dixièmes, avec des jours de congé d'ancienneté m'explique que cela lui permet d'avoir un horaire assez confortable, de pouvoir récupérer et donc de donner le meilleur d'elle-même quand elle travaille. Selon elle, pour que les soins soient le plus humanisants possible, *« il faut que les gens soient heureux de faire ce qu'ils font ».*
- ❖ **La manière d'approcher le patient (snoezelen, validation, ...)** : Un répondant exprime que tout le monde devrait être formé à ces techniques car elles permettent une approche beaucoup plus adaptée et humaine des patients.
- ❖ **Les formations concernant l'approche du patient et le prendre soin pour les étudiants et le personnel** : Pour ce soignant, la formation au prendre soin doit vraiment faire beaucoup plus partie du cursus des étudiants. De même, le personnel devrait avoir plus de séminaires ou autres pour mieux accompagner les patients déments par exemple.
- ❖ **L'organisation** : Le répondant fait savoir que la manière dont l'organisation est envisagée dans son service permet de prendre le temps auprès des patients et de rencontrer au maximum leurs besoins. *« Le fait de pouvoir organiser nos journées nous-mêmes par rapport aux tâches de travail, ça facilite pas mal de choses car on connaît le patient, son histoire de vie, et on s'organise en fonction. Ça reste quand même élémentaire et essentiel ».*
- ❖ **Le fait d'aborder les étudiants avec bienveillance** : L'infirmière répondante, qui est également praticien formateur est très sensible à l'approche des soignants vis-à-vis des étudiants. Celle-ci est convaincue que le fait d'être bienveillant avec les étudiants reflète la philosophie de soin du service et que cela va se répercuter sur la manière dont les étudiants vont à leur tour aborder les patients.
- ❖ **Le type de service (Bien-être)** : Cet élément est mis en avant par un répondant qui compare son vécu actuel avec une expérience antérieure. Celui-ci exprime clairement

que le fait de se sentir bien sur son lieu de travail permet de s'épanouir et favorise une approche plus humaine des patients.

Concernant les freins à la pratique de soin humanisante :

Six soignants ont mis en évidence chacun des deux freins suivants :

❖ **La charge de travail :** Les répondants parlent surtout de certaines expériences antérieures, qu'ils ont parfois très mal vécues. L'un d'eux met en avant la frustration qu'il éprouvait car la demande de rentabilité était trop importante : « *Je ne réfléchissais plus à ce que je faisais, parfois, j'appelais quelqu'un, je ne le regardais même pas, je ne savais même pas comment il s'appelait car les patients avaient un QR-code. A un moment donné, on retenait le numéro des gens, c'était abominable (...). Là c'était pire que tout au niveau déshumanisation et là, je suis tombée par terre (...). On n'a pas choisi de faire ce métier là pour travailler comme ça (...)* ».

❖ **Le manque de temps :** Ce point est souvent mis en lien avec la charge de travail et/ou le manque d'effectif. Les répondants expliquent que dans certains services, il n'est pas possible de prendre le temps avec le patient, de s'asseoir auprès de lui, ce n'est même pas envisageable. L'un d'eux raconte : « *En fait, le patient nous parle pendant dix minutes, mais on ne l'a pas écouté du tout parce qu'on est déjà en train de penser au suivant* ». Un autre exprime : « *Le temps accordé au patient était insuffisant, quinze minutes par toilette ! Il est impossible de connaître les patients et de prendre soin des patients qui en ont besoin dans ces conditions* ».

Concernant ce manque de temps, certains répondants sont plus mitigés. L'un d'eux me dit : « *Mais on peut essayer de rester le plus humain possible quel que soit le temps que l'on a, même s'il est réduit. Ce sont des petits gestes, des petites choses toutes simples, qui ne prennent pas plus de temps* ».

Les deux freins suivants ont été relevés chacun par cinq répondants :

❖ **La philosophie de soin de chacun et/ou la manière d'envisager les soins :** Certains répondants racontent que tous leurs collègues ne sont pas forcément axés sur le relationnel, qu'ils ont une autre manière d'envisager le soin, ce qui va parfois à l'encontre d'une pratique humanisante.

❖ **La multitude d'actes techniques et/ou les services avec haute technicité :** Un répondant révèle : « *Il y avait beaucoup plus de soins techniques, des soins beaucoup plus rapides, on prenait moins de temps par rapport au vécu du patient* ».

Pour quatre répondants, chacun des éléments suivants peut être un frein à l'humanisation des soins :

❖ **La lourdeur administrative :** Un répondant explique que la charge administrative empiète sur le temps et la qualité qu'ils pourraient octroyer au patient. L'une des infirmière interviewée a d'ailleurs fait son mémoire de Master sur le temps passé sur les dossiers informatisés. Elle constate que les écrans sont vraiment devenus une barrière entre le patient et le soignant. Un autre répondant raconte : « *Si on veut, je*

pourrais rester toute la journée devant l'ordinateur sans aller dans la chambre, car ça nous prend un temps fou ! (...) Il y a une pression par rapport à cela ».

- ❖ ***Le manque de personnel*** : Une répondante explique que cela peut amener à des dérives vraiment inhumaines telles qu'elle les a vécues, comme par exemple faire des toilettes à trois heures du matin pour soulager l'équipe de jour...
- ❖ ***La politique gestionnaire*** : Cet aspect est vivement critiqué par certains répondants, qui ne comprennent pas qu'ils soient réprimandés ou remis en question par rapport au temps qu'ils ont passé dans les chambres. L'un d'eux regrette que cette vision entraîne la non prise en considération de l'humain. Un autre pense que cela dépend de la personnalité des supérieurs hiérarchiques, mais aussi du fait qu'ils sont détachés des soins.
- ❖ ***L'organisation du travail*** : L'un des répondants met ce point en lien avec la philosophie et/ou politique du service en ce sens que c'est finalement l'aspect organisationnel qui prend le dessus. Un autre m'explique que dans le service de psychiatrie dans lequel il travaillait auparavant, c'était plus strict et beaucoup carré que dans son service actuel. Par exemple, si le patient avait besoin de parler, les entretiens devaient être fixés, il fallait prendre un rendez-vous... Il ajoute : « *Ici, c'est au moment où ils en ont besoin* ».

Trois soignants ont relevé chacun des trois freins suivants :

- ❖ ***Une infrastructure non adaptée*** : Ces soignants ont tous vécus des expériences où l'infrastructure a vraiment été un frein à l'humanisation des soins. L'un d'eux m'explique : « *Tous les patients étaient regroupés dans une même pièce, on ne s'entendait pas, il n'y avait pas de communication* ». Une soignante raconte son expérience en tant que sage-femme, où le service de maternité accueillait aussi bien les jeunes accouchées que les patientes opérées d'un cancer du col de l'utérus, et que celles-ci se retrouvaient parfois dans la même chambre. Pour elle, ce n'est absolument pas adapté par rapport à l'humanisme.
- ❖ ***L'épuisement du personnel*** : L'accumulation de fatigue, le trop plein sont relevés par les soignants comme des freins à l'humanisation de soins.
- ❖ ***Les protocoles/échelles/valeurs*** : Les répondants qui se sont exprimés sur ce point sont heurtés par le fait que les médecins prennent parfois plus en considération une échelle de douleur que l'observation ou le ressenti du soignant : « *On se fie plus à un chiffre qu'à la surveillance humaine du soignant !* ». Pour eux, cela fait parfois oublier le côté humain.
- ❖ ***La routine*** a été cité par deux soignants comme étant un frein à l'humanisation des soins. L'un d'eux me dit « *On ne se rend plus compte de ce que l'on fait ou de ce que l'on ne fait pas, ni de comment on le fait* ».

Chacun des freins suivants a été relevé par un répondant :

- ❖ **Le turn-over du personnel** : Le répondant explique que les nouveaux infirmiers ne restent en général pas longtemps, ce qui fait que l'équipe n'est pas « fixe ».
- ❖ **Le manque de reconnaissance de la hiérarchie** : Le soignant me dit, résigné : « *Je ne l'attends plus cette reconnaissance parce que je me dis qu'elle n'arrivera plus...* »
- ❖ **Le formatage du personnel** : Le fait de calquer son comportement sur celui d'autres soignants peut parfois aller à l'encontre d'une pratique de soins humanisante.
- ❖ **Les temps de séjour trop courts à l'hôpital** : Une soignante m'explique que lorsqu'elle travaillait à l'hôpital, elle n'avait pas la chance de connaître les patients. Selon elle, si le temps est réduit, on porte moins d'intérêt pour la personne. Elle me confie qu'elle en était arrivée à penser : « *A quoi bon humaniser la relation soignant-soigné puisque ces personnes ne seront plus là demain ?* ». En approfondissant l'entretien, celle-ci me précise que lorsqu'elle parle d'humaniser la relation, c'est le fait de connaître l'histoire de vie du patient, ses habitudes, etc.... comme elle le fait actuellement dans son institution.
- ❖ **Le type de service (mal-être du personnel)** : Ce point a été présenté par le répondant comme pouvant être aussi bien un levier qu'un frein, en comparant ses expériences antérieures ; raison pour laquelle je l'ai placé dans les deux catégories.

G) Les points forts et points à améliorer mis en évidence par les soignants en lien avec les pratiques de soins humanisantes au sein de leur unité/institution

Cette unité d'analyse permet de mettre en avant la réflexion des soignants concernant la pratique de soin humanisante au sein de leur service/institution.

L'ensemble des points forts et points faibles relevés par les soignants est repris dans le **tableau 6 en annexe 13**.

Concernant les points forts :

Quatre éléments sont relevés plus fréquemment par les soignants :

- ❖ **La philosophie commune de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire** est un point fort cité par neuf répondants. Les soignants expriment l'importance que l'ensemble de l'équipe, soignants et médecins visent un objectif commun. L'un d'eux explique également que la vision du chef de service est transmise à l'ensemble du personnel : « *On est tous différents, mais on a tous ce souci de bien-être* ». Un autre soignant précise qu'il y a une bonne entraide et de la collaboration entre les différents membres de l'équipe et qu'ils savent qu'ils peuvent compter les uns sur les autres.
- ❖ **L'adaptation au patient, à son rythme, à ses besoins, à ses demandes** est relevée par huit répondants. L'une des soignantes raconte « *Chacun à son histoire de vie et sa façon de vivre à laquelle nous nous adaptons (...) nous organisons les soins par rapport aux demandes du résident, les soins sont individualisés* ».

- ❖ ***Le soutien et/ou la reconnaissance des supérieurs hiérarchiques*** (Chefs de service, médecin chef, cadre) a été relevé par sept répondants. L'un d'eux me fait savoir : « *On est beaucoup écoutés, par les médecins aussi* ». Un autre ajoute qu'ils se sentent soutenus par les médecins par rapport à la philosophie de soin du service, et qu'ils montrent vraiment leurs reconnaissance par rapport au soins réalisés et à l'accompagnement des patients. Deux autres soignants me font savoir que leur chef de pool est vraiment très soutenant : « *Le cadre ici est particulièrement humain* ». Trois autres répondants expliquent que le chef de service est très axé sur l'humanisation des soins, et que c'est vraiment quelque chose qu'il porte auprès de l'ensemble de l'équipe, ce qui est pour eux très soutenant.
- ❖ ***Les formations organisées/soutenues par l'institution*** ont également été relevées par sept répondants. Ils citent entre autres les formations à l'écoute, les remises à jour par rapport à certaines techniques par les nouveaux médecins ou encore le fait que le chef de pool propose divers ateliers. Six répondants expliquent que leur chef de service ou directrice propose régulièrement et soutient de nombreuses formations courtes pour les aider dans l'accompagnement des patients (Formation démence, échelle de Katz, Korsakoff, Snoezelen, Humanitude, Validation thérapie, ...)

Les deux points forts suivants ont chacun été mis en évidence par quatre répondants :

- ❖ ***Le soutien/reconnaissance de l'institution*** : Ces répondants travaillent dans une institution où tout un projet visant à humaniser au maximum l'accompagnement des patients a été mis en place et pensé par le gestionnaire et la Directrice. Ceux-ci intègrent l'ensemble de l'équipe dans toutes les décisions et soutiennent au maximum les projets ou idées proposés par chacun, de l'infirmière à la secrétaire ou à la cuisinière, ce qui, comme le souligne une soignante ; est très gratifiant pour tout le monde. Une autre répondante exprime : « *Cela permet une évolution personnelle et permet également de voir le travail autrement* ».
- ❖ ***L'organisation de staffs/réunions avec l'ensemble de l'équipe*** : Ceux-ci sont vraiment appréciés par les soignants car ils permettent non seulement un partage des pratiques mais aussi une meilleure connaissance des patients, de leurs histoire et habitudes de vie.

Trois répondants ont avancé chacun des deux éléments suivants comme points forts dans leur unité/institution :

- ❖ ***Le fait de pouvoir communiquer avec le patient, l'écouter, l'observer*** : Le contact avec le patient est vraiment présent. Un répondant explique que le contact avec le patient est très important dans son unité, et qu'ils prennent le temps d'écouter les patients, les écouter vraiment.
- ❖ ***L'aspect structurel du service/institution*** : Les répondants citent par exemple le fait qu'il y ait un espace de vie au centre du service, qu'il y ait un jardin extérieur où les soignants peuvent sortir avec les patients. Une soignante précise aussi le fait que la maison de repos ait été divisée en cinq secteurs avec des référents pour chaque secteur favorise l'humanisation des soins car cela permet de mieux connaître chaque habitant.

Les deux points forts suivants ont chacun été relevés par deux répondants :

- ❖ ***Le fait de pouvoir prendre le temps avec les patients*** est mis en avant comme une opportunité par les soignants
- ❖ ***La motivation*** : L'un des soignant parle plutôt de la motivation personnelle, tandis que l'autre met plus en avant la motivation de l'équipe.

Enfin, les trois points suivants ont été chacun amené par un des répondants comme favorables à l'humanisation des soins dans leur unité/institution :

- ❖ ***L'intégration du patient dans les projets et choix d'activités*** : Le répondant explique que cela fait vraiment partie du projet de l'institution et que tout s'organise dans cette optique.
- ❖ ***Le service moins lourd que d'autres*** : Pour ce soignant, c'est un point fort du service en ce sens qu'il peut passer plus de temps avec les patients.
- ❖ ***La participation des soignants aux activités avec les résidents*** : Cela est mis en avant par le répondant comme quelque chose d'exceptionnel dans l'accompagnement des résidents et comme source de motivation pour le personnel : « *Ce que l'on fait, c'est hors du commun* ».

Concernant les points à améliorer :

Les deux éléments cités par le plus de répondants sont :

- ❖ **Le manque de reconnaissance de l'institution** qui est relevé par six soignants. La plupart des répondants ne se sentent pas vraiment reconnus par l'institution. Une soignante me confie : « *Une vraie reconnaissance et un encouragement qui vient du cœur ? Non. Pour la publicité, l'image ; ils en donnent l'impression, mais il n'y a pas de notion de l'humain par l'institution ou les hautes instances* ». L'un des répondants m'explique que même lorsqu'ils organisent des activités plus spécifiques, les membres de la Direction ne sont pas présents, malgré qu'ils aient été invités ; ce qu'il trouve vraiment dommage : « *Cela veut dire que quelque part, ça ne les intéresse pas* ». Un autre exemple qui a été cité par trois répondants est lié au futur déménagement dans le nouvel hôpital : « *On n'a pas été écouté par rapport à notre demande (...) Parfois, je me demande s'ils savent ce que sont les soins palliatifs, j'ai l'impression qu'ils ne se rendent pas compte* ». Une autre soignante confirme ces propos. Celle-ci est convaincue que les gestionnaires ne se rendent pas compte, parce qu'ils ne viennent jamais sur le terrain. Or, selon elle, il y a pourtant moyen d'avoir une réflexion humaine même pour certaines choses techniques. L'une des répondantes me dit que pour elle, la reconnaissance n'est pas institutionnelle, mais personnelle. Enfin, une soignante pense qu'il y a quand même une reconnaissance de la pénibilité par l'institution, mais qu'ils sont probablement limités par certaines contraintes.

- ❖ **Le manque parfois de soutien de l'équipe pluridisciplinaire** (Paramédicaux, nouveaux médecins) est un point à améliorer pour cinq répondants. Ce qui ressort le plus, c'est qu'ils aimeraient se sentir plus en symbiose avec les paramédicaux (kinés, ergothérapeutes, ...), ce qui était le cas avant qu'il y ait des changements dans l'équipe « *La collaboration est un peu effritée, il y a plus de distance...* ».

Concernant les nouveaux médecins, certains regrettent qu'ils arrivent avec leur manière de faire, avec de nouveaux protocoles qui ne cadrent pas toujours avec la philosophie de soin du service. Par exemple, une soignante explique que le nouveau médecin demande que les prises de sang soient absolument faites à six heures du matin pour qu'il ait les résultats quand il arrive faire son tour. Mais si un patient a passé une très mauvaise nuit et qu'il s'endort sur le matin, il est hors de question pour l'infirmière de le réveiller pour faire sa prise de sang, qui sera alors postposée. Pour elle, « *l'important, en soins palliatifs, c'est que tu puisses vivre au rythme de ton corps, ce que l'on devrait faire tout au long de notre vie d'ailleurs* ». L'infirmière précise cependant qu'en général, le médecin comprend la démarche.

Les deux points à améliorer suivants ont été chacun cités par quatre répondants :

- ❖ **Le manque de reconnaissance de la part du chef de service et de certains médecins** : C'est surtout le manque de compréhension de la part de la chef de service par rapport au temps accordé au patient qui est mis en avant par deux répondants. Un soignant explique que concernant les nouveaux médecins, il y a un peu ce côté paternaliste qui ressort, et que même si l'infirmière peut donner son avis, c'est quand même lui qui décide. Celle-ci exprime sa déception quant au manque de confiance que ce soit concernant le temps octroyé au patient ou concernant les soins ; qu'elle ressent s'installer d'années en années de la part de la chef de service ou de certains médecins. Pour elle, cela est aussi en lien avec la protocolisation de nombreux soins qui fait que les médecins n'écoutent pas forcément l'infirmière et ce qu'elle a pu observer chez le patient mais qu'ils restent justement axés sur ce que disent les chiffres ou les études.
- ❖ **Le fait d'augmenter le nombre de formations et/ou de soutenir les formations sur le plan financier** : Une soignante raconte : « *Les formations ne sont pas encouragées par l'institution, c'est le personnel qui se forme. Au sein de l'institution, on ne s'en occupe pas* ». Deux autres répondants me font savoir que même si l'institution ne ferme jamais la porte aux formations, il y a de moins en moins d'interventions financières, et qu'il faut qu'il y ait quelque chose de concret qui en découle par la suite. Une soignante exprime : « *Il faut trouver des formations en lien avec l'humanisation, pour dire et redire les choses. On est ici pour quelque chose d'humain, il est important de rappeler que l'on travaille avec des humains, grâce à des formations tous les six mois par exemple, qui permettraient de donner des pistes, des petites astuces, ...* ».

Trois répondants ont relevé l'élément suivant :

- ❖ **Le fait de réussir à dépasser les protocoles (médecins) qui vont à l'encontre de l'humanisation des soins** : Pour une soignante, le fait que les médecins soient plus axés sur les protocoles et les soins de plus haute technicité met clairement l'humain entre parenthèse.

Les quatre points à améliorer suivants ont été chacun mis en avant par deux soignants :

- ❖ **Les ressources en personnel insuffisantes par moment** : Même si des appels à candidatures ont été lancés, certaines unités fonctionnent en personnel réduit car le personnel malade, ou le personnel avec des congés d'ancienneté n'est pas remplacé, ce qui déforce vraiment les équipes par moment : « *Le fait d'être en sous-nombre limite la possibilité d'offrir des soins adaptés aux besoins des patients* ».
- ❖ **Le manque de motivation ou l'essoufflement de certains** : Certains expriment le manque de motivation des nouvelles recrues, d'autres l'essoufflement des plus anciennes comme point à améliorer, mais sans proposer de piste concrète.
- ❖ **Le fait de dynamiser les temps de parole et de favoriser les échanges et le partage d'expérience** : Pour ces deux répondants, ce sont vraiment des pistes d'amélioration qui permettraient de sensibiliser l'ensemble des soignants à l'humanisation des soins.
- ❖ **La sensibilisation des étudiants et des nouveaux engagés à la philosophie de soin du service** : Par exemple, étant référente étudiant dans son service, une soignante encourage le fait que les étudiants viennent se présenter avant le début du stage, afin qu'ils puissent exprimer leur vécu, ressenti, craintes ... ce qui permet de mieux connaître les étudiants, pour être encore plus attentive à leur encadrement.

Enfin, le fait de **remettre en route le carnet de vie par rapport aux habitudes et histoire de vie du patient** est un point que l'un des soignants perçoit comme une piste d'amélioration concrète visant plus d'humanisation dans l'accompagnement des patients.

H) Les aspects organisationnels propres à chaque unité/institution

Cette unité d'analyse précise la manière dont le travail et les soins sont organisés au sein des diverses unités/institutions des différents soignants interviewés. Certains ont également mis en évidence des limites qui peuvent entraver l'organisation. Afin d'avoir une vision générale, j'ai réalisé un tableau reprenant les différents aspects organisationnels relevés par les répondants. Il s'agit du **tableau 7 se trouvant en annexe 14**. J'ai regroupé certains points, tout en notant des exemples de ce qui a été cité par les soignants. Je vais détailler ci-dessous les différents éléments qui ressortent de mon analyse.

Concernant l'organisation de l'unité/institution :

- ❖ Sept répondants rapportent qu'une **répartition du travail et des soins** est réalisée chaque jour. Ils expliquent que celle-ci est en général réalisée **par le/la chef du service** mais deux soignants spécifient que cette répartition se fait **en équipe**.
- ❖ Le fait que **l'organisation du travail est réalisée en fonction du patient** est relevée par sept répondants : Les soins et les activités sont organisés en tenant compte de l'état du patient dans toutes ses dimensions, mais également en fonction de ses besoins et souhaits ; ce qui selon eux permet un accompagnement complet et adapté. Une soignante explique : « *L'organisation se fait le plus possible par rapport aux besoins et désirs des patients, on passe au-dessus des contraintes pour arriver à quelque chose d'humain* ». Une autre répondante ajoute : « *Je sais que c'est une philosophie* ».

- ❖ Quatre soignants expliquent que le **temps imparti pour les soins n'est pas pris en compte dans l'organisation du travail**. Il n'y a pas d'horaire strict et chacun peut donc organiser son travail comme il le souhaite : *« On peut prendre le temps de s'occuper du patient. Du moment que je termine à quatorze heure vingt, que les toilettes sont toutes terminées et que mes différents soins sont faits, il n'y a pas de temps imparti »*.
- ❖ **L'esprit d'équipe**, se manifestant par l'entraide entre les soignants, **l'inclusion de l'équipe pluridisciplinaire** dans l'ensemble des décisions sont mis en avant par trois répondants. Pour eux, cela permet une meilleure connaissance des habitants grâce aux feed-back de chacun des soignants, ce qui aide à l'atteinte des objectifs. De même, une soignante met en avant l'entraide dans son service : *« Si on a un gros souci avec un patient, on s'en occupe en priorité, et ce qui n'est pas fait sera géré par l'équipe »*.
- ❖ **La gestion de la charge administrative** est également relevée par deux soignants. Celle-ci est gérée par une personne prédéfinie, et un temps pour cocher les soins est prévu en fin de matinée.
- ❖ Deux répondants mettent en évidence **le fait qu'il y ait moins ou peu d'actes techniques au sein de leur unité/institution**. Les examens prévus pour le patient sont répartis tout au long de son séjour.

Concernant les limites pouvant entraver l'organisation :

- ❖ **La charge de travail** est un élément qui a été relevé par trois répondants.
 - L'un des soignants relève quant à lui que le fait que l'infirmière doivent faire « tout » limite son rôle autour du patient mais aussi des familles.
 - Deux d'entre eux expriment cependant qu'ils arrivent toujours à réorganiser le travail pour ne pas que cela empiète sur leur organisation.
- ❖ **Le manque d'effectif** est mis en avant par quatre soignants comme un élément qui ne permet pas toujours d'organiser le travail comme souhaité. Un autre répondant précise par contre qu'ils n'ont pas plus de personnel mais que leur organisation est envisagée de telle sorte qu'ils peuvent toujours détacher une personne pour les activités prévues avec les résidents.
- ❖ Deux répondants avancent le fait que **la vision des nouveaux médecins** ayant récemment intégré l'équipe diffère en quelques points de celle de l'équipe, ce qui peut parfois perturber l'organisation habituelle. Ils parlent entre autres de la manière de gérer la douleur, qui est plus protocolaire.
- ❖ Deux répondants révèlent enfin un **manque de compréhension de la part de leur supérieur hiérarchique direct concernant les temps de soins**. Certains soulignent le fait que celui-ci a parfois tendance à être un peu strict sur les horaires et à vouloir limiter les temps de soins ; ce qui pour eux entrave leur organisation personnelle plutôt centrée sur le patient. Comme le souligne une soignante : *« Vous pouvez avoir les mêmes patients, avoir fini vos soins à dix heures un jour ; et à douze heures trente le*

lendemain... Et c'est ce qui est beau aussi dans notre service, c'est que ce ne sont jamais deux jours les mêmes ».

I) Les aspects structurels propres à chaque unité/institution

- ❖ Dix répondants expliquent que **l'aménagement de l'espace intérieur** est un aspect bénéfique dans la relation de soin avec le patient. Par exemple, le fait d'avoir une pièce de vie centrale telle qu'un living ou un petit salon ; permet que les personnes soient toutes ensemble en symbiose. Cela a également l'avantage que le soignant peut venir s'asseoir auprès des patients, et de se montrer disponible pour eux. Il ressort également que cet aménagement permet plus d'échanges entre les patients mais aussi entre les patients et les soignants. L'un des soignants exprime : « *Ici, j'ai l'impression d'être dans une petite bulle privilégiée* ».

Trois répondants racontent quant à eux que l'institution au sein de laquelle ils travaillent est divisée en cinq unités de vie avec des référents pour chaque secteur, ce qui permet de mieux connaître les habitudes de chaque habitant. De même, il n'y a pas d'aile « dément », ceux-ci sont intégrés avec les autres habitants, ce qui, comme l'explique un soignant « *dynamise les relations* ».

- ❖ Deux soignants mettent également en avant l'importance du **cadre extérieur** qui participe au bien-être des patients. Ils citent le fait qu'il y ait un jardin où les patients peuvent être amenés pour se ressourcer ; le fait qu'il y ait des bois à proximité mais aussi d'autres petites choses comme les fleurs qui sont placées par les bénévoles.
- ❖ Quatre soignants relèvent que la crise Covid a perturbé le travail du fait de **déménagements et/ou de modifications dans la manière dont l'infrastructure a été pensée au départ**. Certains se sont retrouvés dans des services qui ne permettaient plus d'accueillir les patients et les familles dans de bonnes conditions, ce qui a été mal vécu par deux de ces soignants. L'un d'entre eux me confie même : « *Je ne me sentais plus bien dans mon métier* ».
- ❖ Enfin, trois répondants travaillant dans le même service expriment leur déception par rapport au futur déménagement dans le nouvel hôpital en construction, où **l'infrastructure ne répond pas à leurs attentes en lien avec leur philosophie de soin**. Ils me font savoir que malgré qu'on leur ait demandé leur avis, il leur a été annoncé que leur unité se trouvera au troisième étage, avec juste une petite terrasse comme espace extérieur. Pour eux, cela n'a rien à voir avec ce qu'ils ont actuellement, ni avec ce qu'ils ont demandé. « *On n'a pas été écouté* ». De même, deux de ces soignants expliquent que cela va à l'encontre de leur philosophie de soin, car ils ont l'habitude d'accompagner les patients jusqu'au bout, et de pouvoir amener les défunts à la morgue : « *Pour nous, c'est vraiment boucler la boucle, j'ai l'impression de terminer mon travail, de terminer ma relation avec le patient* ». Or, cela ne sera plus possible dans le nouvel hôpital, la morgue se trouvant à seize minutes de l'unité de soin...

Je terminerai la présentation des résultats de mon analyse par des propos amenés par quatre des répondants concernant les échanges que nous avons eu lors des entretiens. En effet, ils ont mis en avant la richesse et l'apport que ceux-ci représentaient pour eux. L'un d'entre eux m'a

dit « *Le fait de m’être arrêtée ici et d’avoir cet échange avec vous, je trouve que ça m’a permis de me questionner encore d’autant plus, et de repartir encore plus humaine* ».

Un autre soignant explique que le fait d’en discuter, cela permet de reprendre conscience de petits gestes et attitudes qui font que ça donne de l’importance aux gens.

Un répondant m’a également exprimé : « *Et bien là, je me sens bien, après une heure, (...) reparler de l’humain, surtout pour moi qui suis hypersensible, ça me fait du bien. Je suis contente qu’on aborde le sujet, c’est comme une piqure de rappel. Pour moi, l’humanité devrait être une compétence* ».

Enfin, une soignante a terminé par cette phrase remplie de sens à mes yeux : « *Le côté humain est là et ne demande qu’à s’épanouir, il y a de l’espoir, beaucoup de volonté, ...* ».

Afin d’avoir une vision d’ensemble de l’analyse des entretiens avec les acteurs de terrain, je vais en présenter une synthèse dans le point suivant.

3.6.4. Synthèse de l’analyse des entretiens

Afin de construire et de structurer au mieux la discussion qui va suivre, j’ai réfléchi à la manière dont je pouvais rassembler certaines unités d’analyse présentant des éléments similaires.

Selon moi, en lien avec ce qui émerge déjà du cadre théorique et des entretiens avec les témoins privilégiés, trois thèmes principaux peuvent être mis en avant à partir de cette analyse.

A partir de ces trois thèmes, je vais donc regrouper les résultats afin de réaliser une synthèse de ce que m’ont apportés les entretiens avec les acteurs de terrain.

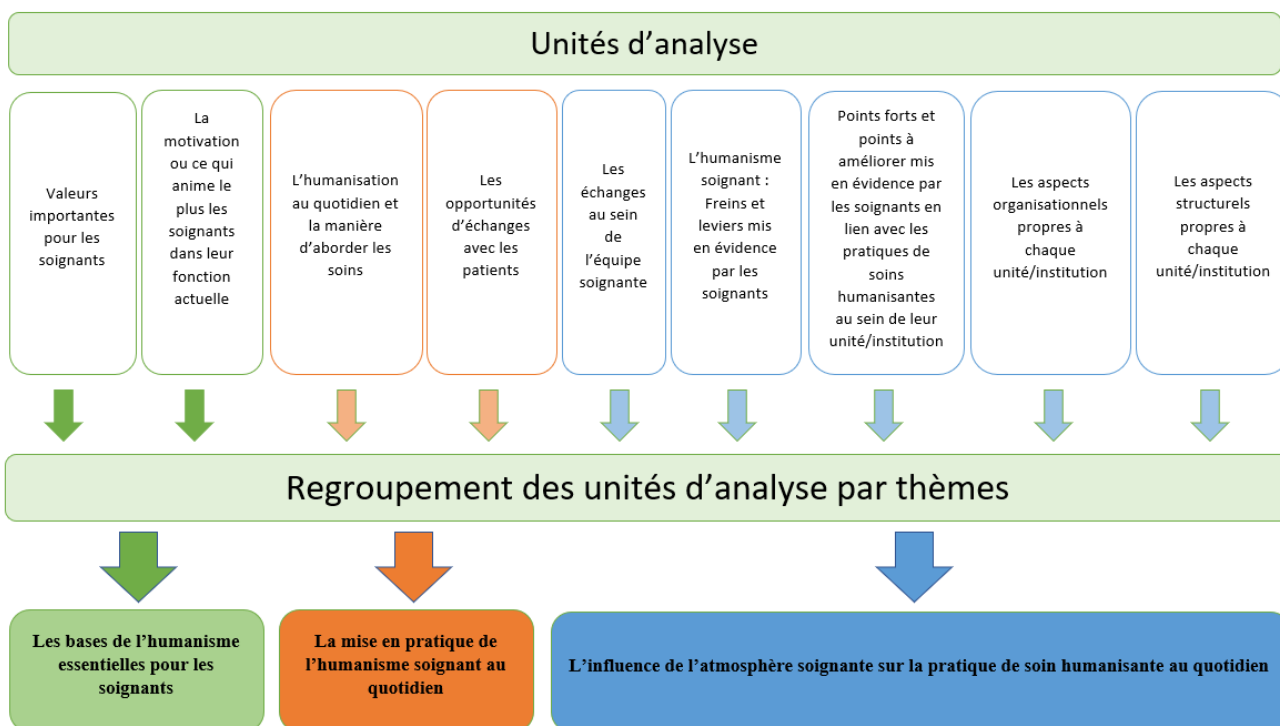


Schéma de regroupement des unités d’analyse par thème

A) *Les bases de l'humanisme essentielles pour les soignants*

Dans ce thème, j'ai regroupé les valeurs importantes pour les soignants, ainsi que les motivations ou ce qui anime le plus les soignants dans leur fonction actuelle.

Il apparaît, suite aux interviews avec les différents acteurs de terrain, que les valeurs qui les animent sont essentielles dans leur métier.

Le respect dans toutes ses dimensions est ce qui est ressorti le plus spontanément comme étant un élément clé permettant au soignant de prendre en compte la singularité de chaque personne.

La relation avec le patient, et notamment **l'écoute** est vraiment très importante pour les soignants, non seulement pour l'accompagnement des patients, mais également pour eux-mêmes. Certains expriment d'ailleurs qu'ils ne peuvent pas envisager leur métier autrement.

D'autres valeurs relevées dans la littérature parfois sous d'autres termes, telles que l'amour, le courage, la patience, la sincérité ont au moins été citées par un répondant.

Une valeur que je n'ai pas mis en évidence dans ma recherche de littérature et qui a été relevée par un soignant, est **le rôle d'accompagnement des familles**. Pour celui-ci, c'est quelque chose de très profond, qui fait partie de son métier. C'est aussi une motivation qui a été relevée par deux autres répondants, qui considèrent également que le fait d'accompagner les familles dans les situations difficiles est vraiment un rôle très important dans leur profession.

Pour faire le lien avec ces valeurs, j'ai demandé aux soignants quelles étaient leurs **motivations** à pratiquer leur profession actuelle. A nouveau, les **aspects relationnels et émotionnels, l'accompagnement des patients** ainsi que le **temps consacré aux patients** sont pour eux très motivants car cela reflète la **prise en considération du côté humain de leur métier**.

L'atmosphère de travail, expliquée par les répondants par le fait de travailler dans la spécialité qui leur plaît, l'ambiance du service ou encore par le fait de rencontrer leurs valeurs fait partie des éléments motivationnels qui les animent dans leur pratique quotidienne. Certains expliquent également que le fait que l'organisation soit pensée de manière **pluridisciplinaire**, avec pour objectif commun de s'adapter aux patients est également très motivant.

En lien avec l'atmosphère de travail, certains répondants ont relevé **la reconnaissance** de la direction et de l'équipe, qui pour eux est vraiment gratifiante et leur donne l'envie de se surpasser. Certains mettent quant à eux l'accent sur la reconnaissance des patients et des familles, comme étant pour eux la plus belle des reconnaissances.

Afin de compléter ce premier point consacré aux valeurs et motivations relevées par les soignants, j'ai trouvé intéressant d'explicitier la manière dont celles-ci se reflètent dans leur pratique quotidienne.

B) La mise en pratique de l'humanisme soignant au quotidien

Ce thème reprend les unités d'analyse suivantes : l'humanisation au quotidien et la manière d'aborder les soins, ainsi que les opportunités d'échanges avec le patient.

Parallèlement aux valeurs citées précédemment, les soignants considèrent qu'ils mettent en pratique l'humanisme soignant à travers **l'attention, la considération ainsi que le respect portés à la personne, mais aussi à leurs proches**. A nouveau, cela se manifeste par le respect du patient, de sa singularité et de sa dignité ; et ce, au travers d'une multitude de gestes et attentions quotidiens.

La relation avec le patient, ainsi que les familles, le fait de communiquer, d'échanger et d'écouter sont pour les soignants des éléments essentiels pour une pratique de soin humanisante. Pour eux, c'est toute l'approche humaine autour du soin qui le rend justement plus humain.

Tous les répondants considèrent d'ailleurs que les opportunités d'échanges sont suffisantes au sein de leur unité ou institution, et que même si celles-ci sont parfois limitées pour des raisons de charge de travail par exemple, ils essaient toujours de trouver un moment pour discuter avec le patient. A ce propos, l'un d'eux met en avant l'importance de la qualité de l'échange. Les soignants considèrent également qu'en général, la relation avec le patient est encouragée au sein de leur unité ou institution et que celle-ci fait d'ailleurs partie de la philosophie de soin. Cependant, certains regrettent qu'il y ait parfois un manque de compréhension de leur supérieur hiérarchique direct, plus axé sur l'aspect gestionnaire.

Pour les soignants, le fait de **favoriser un environnement de soin agréable** participe grandement à rendre les soins plus humanisants. L'un d'eux explique d'ailleurs que pour lui, c'est plus une atmosphère de soin, et que ça ne se limite pas uniquement au contact du soin.

Certains soignants expriment que le fait de **se remettre en question, de prendre du recul et de s'interroger sur sa pratique** est la base de l'humanisme soignant.

Nous pouvons constater que la manière dont les soignants mettent en pratique l'humanisme soignant rejoint clairement les valeurs essentielles qu'ils ont mis en évidence précédemment.

Afin de poursuivre mon raisonnement, je vais reprendre une synthèse de tous les éléments relevés par les soignants en lien avec l'atmosphère de soin et qui peuvent avoir une influence sur la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante au quotidien.

C) *L'influence de l'atmosphère soignante sur la pratique de soin humanisante au quotidien*

Ce point reprend l'ensemble des éléments relevés par les soignants à travers les unités d'analyse suivantes :

- Les échanges au sein de l'équipe soignante
- L'humanisme soignant : Freins et leviers mis en évidence par les soignants
- Les points forts et points à améliorer mis en évidence par les soignants en lien avec les pratiques de soins humanisante au sein de leur unité/institution
- Les aspects organisationnels et structurels propres à chaque unité/institution

Etant donné que certains éléments mis en avant par les répondants se retrouvent parfois de manière transversale dans plusieurs unités d'analyse, je les ai regroupés comme suit :

✚ **La philosophie de soin du service** est vraiment primordiale pour les soignants. Ceux-ci ont relevé plusieurs éléments en lien avec cette philosophie de soin tels que le fait que l'aspect relationnel avec le patient soit privilégié, la manière d'approcher le patient ou encore le fait d'aborder les étudiants avec bienveillance. Beaucoup d'autres éléments vont découler de cette philosophie de soin.

✚ **L'organisation de l'unité ou institution** est également relevée comme levier par les soignants, toujours dans cette optique de rencontrer au maximum les besoins du patient. Un soignant exprime à ce propos que le fait de se sentir bien sur son lieu de travail permet de s'épanouir et favorise une approche plus humaine des patients.

D'autres aspects organisationnels sont mis en évidence par les répondants comme ayant une influence sur l'humanisation des soins :

- **Le temps imparti pour les soins** n'est en général pas pris en compte dans l'organisation du travail, et les soignants peuvent donc prendre le temps nécessaire avec chaque patient. Certains soulignent cependant que leur chef de service est parfois plus stricte sur les horaires, ce qui va à l'encontre de leur manière d'envisager l'accompagnement des patients.
- **Le fait que les patients soient intégrés dans les projets et activités** met clairement en évidence la perspective de soin humanisante envisagé par les unités/institutions concernés.
- **La gestion de la charge administrative** est en général bien organisée et se fait en fin de matinée, sans que cela ne limite le temps de soin. Certains relatent cependant des expériences antérieures, où la lourdeur administrative empiétait sur le temps et la qualité de la présence qu'ils auraient pu octroyer au patient.
- **La charge de travail**, en lien avec **le manque d'effectif** qui peut parfois entraîner **l'épuisement du personnel** est relevée par les soignants comme un frein à l'humanisation des soins, justement par le fait qu'il n'est alors pas possible de prendre le temps avec le patient. Cependant, certains expriment qu'ils essayent toujours de rester le plus humain possible, même si le temps est réduit.
- **Les protocoles, échelles, valeurs** ; utilisés de manière excessive par certains médecins sont perçus par certains soignants comme un réel frein à l'humanisation des soins, puisque le ressenti du patient mais également du soignant ne sont alors plus pris en considération.

Les autres éléments en lien avec l'atmosphère soignante relevés par les répondants sont :

- ✚ **L'aspect pluridisciplinaire** est à nouveau mis en évidence par les soignants. De manière générale, c'est pour eux un point fort qui permet une réelle collaboration ainsi que de l'entraide entre les différents membres de l'équipe.
De même, **le fait que l'ensemble de l'équipe soit impliqué dans les décisions** est relevé par les soignants comme une source de motivation importante.
Certains répondants regrettent cependant de ne pas se sentir plus en symbiose avec quelques intervenants paramédicaux. De même, pour d'autres, les protocoles défendus par certains médecins ne sont pas toujours en adéquation avec la philosophie de soin du service.
- ✚ Parallèlement à cela, **les échanges au sein de l'équipe** sont perçus par les soignants comme **bénéfiques dans la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante**. En effet, ceux-ci amènent tout d'abord des échanges de pratiques et expériences, ce que les soignants considèrent comme porteur et encourageant. Pour eux, cela permet que tous aillent dans le même sens et entraîne également une prise de conscience et une amélioration de certaines pratiques.
De même, **les réunions pluridisciplinaires** sont importantes pour les soignants car elles favorisent un suivi adéquat des patients grâce à une meilleure connaissance de leurs histoire et habitudes de vie ; mais aussi la visée d'un objectif commun par l'ensemble de l'équipe. Enfin, les soignants relèvent que **les temps de parole** permettent également de partager, de comprendre l'autre et de réfléchir à des pistes ensemble. Cependant, certains regrettent que ceux-ci ne soient pas toujours organisés en temps opportun ou même plus organisés du tout faute de participation par peur de s'exprimer ou d'être jugé. Pour eux, ces échanges devraient peut-être s'organiser différemment avec par exemple des personnes extérieures à l'institution, ce qui laisseraient plus au soignant la possibilité de s'exprimer.
- ✚ **Le soutien et/ou la reconnaissance des supérieurs hiérarchiques et de l'institution** sont également relevés comme un levier essentiel à l'humanisation des soins et une source de motivation pour les soignants. C'est selon eux très gratifiant pour l'ensemble du personnel. Certains répondants mettent en avant le manque de reconnaissance qui se manifeste par un manque de compréhension et d'écoute ainsi qu'une présence insuffisante des membres de la direction sur le terrain. En effet, selon eux, leur vision plutôt gestionnaire qu'humaine les empêche de prendre réellement conscience de ce qui se passe concrètement dans les milieux de soins, ce qui peut par moment être un frein à l'humanisation des soins.
- ✚ **Les aspects structurels** liés au service ou à l'institution sont mis en avant par les soignants comme un élément important qui peut influencer la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante. Ils citent notamment les avantages que représentent l'aménagement des espaces intérieurs et extérieurs ou la création de lieux de vie communs qui favorisent les échanges. Les soignants soulignent également les désagréments que peuvent occasionner une infrastructure non adaptée dans l'accompagnement du patient et de son entourage. Ils expriment que cela va alors à l'encontre de leur philosophie de soin.
- ✚ **Les formations organisées/soutenues par l'institution** concernant notamment l'approche du patient, le prendre soin, l'écoute ; permettent selon les soignants de mieux accompagner les personnes malades ou dépendantes. Certains soignants estiment que ces formations ne

sont pas toujours encouragées par l'institution, surtout au niveau de l'intervention financière.

Un soignant souligne que ces formations devraient également faire plus partie du cursus des étudiants.

- ✚ En lien avec cette atmosphère soignante, **la personnalité du soignant et sa manière d'envisager les soins** est mise en avant comme un élément qui peut influencer la pratique de soin humanisante. En effet, certains soignants peuvent être plus axés sur la technicité et avoir moins d'intérêt pour le relationnel, et inversement.

Parallèlement à cela, certains relèvent également le formatage du personnel, c'est-à-dire le fait que certains soignants calquent leur comportement sur celui d'autres, ce qui peut parfois être délétère dans la manière dont les soins sont envisagés.

D'autre part, le fait que le soignant se remette en question et prenne du recul sur sa pratique est perçu comme un levier à l'humanisation des soins.

- ✚ **Le type de service**, qui reprend la **lourdeur**, l'installation d'une certaine **routine**, la **multitude d'actes techniques ou encore des temps de séjours très courts**, est perçu par les soignants comme pouvant être un frein à la relation de soin car ils ont alors moins de temps à consacrer au vécu du patient.

Suite à cette synthèse des résultats des entretiens avec les acteurs de terrain, je vais poursuivre le cheminement de mon travail dans la partie III consacrée à la discussion. Celle-ci va me permettre d'établir des liens entre les résultats des entretiens avec les acteurs de terrain, le cadre théorique ainsi que les entretiens avec les témoins privilégiés. Le but est de mettre en évidence les convergences, divergences, ainsi que les éventuels éléments émergents en lien avec ma question de recherche.

Partie III : Discussion

Pour commencer cette discussion, je vais partir de ma question de recherche : « Quelles sont les stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint ? », et tenter d'apporter des éléments de réponse grâce aux apports des différentes étapes de ma méthode à savoir :

- Le cadre théorique
- Les entretiens avec les témoins privilégiés
- Les interviews avec les acteurs de terrain

Chacune de ces phases a été très enrichissante pour moi et a amené des pistes intéressantes.

Au terme de ma recherche de littérature, j'ai mis en évidence l'importance pour les soignants des valeurs essentielles dans leur profession ainsi que la volonté de les mettre en pratique. Il est également ressorti que l'humanisme soignant ne va pas de soi et qu'il est nécessaire de le cultiver. Il apparaît que l'atmosphère soignante a une influence sur la pratique de soin humanisante, et que celle-ci doit être travaillée et encouragée par les différents intervenants du système de soins.

Par la suite, les entretiens avec les témoins privilégiés ont également fait ressortir de nombreux points clés en lien avec l'humanisme soignant. A nouveau, outre les valeurs, le contexte dans lequel les patients et soignants évoluent semblent avoir une influence sur la pratique de soin humanisante.

Les interviews avec les acteurs de terrain rejoignent en de nombreux points les propos relevés dans la littérature ainsi que par les témoins privilégiés. Ils m'ont également permis de mieux comprendre concrètement le vécu des soignants concernant l'humanisme et sa mise en pratique au quotidien.

Suite au travail d'analyse des entretiens, j'ai pris conscience que beaucoup d'éléments apparaissaient de manière transversale dans plusieurs catégories. Selon moi, cela est probablement dû au fait que je n'ai pas suffisamment ciblé les questions de mon guide d'entretien ou peut-être pas assez affiné ma question de recherche de départ. D'un autre côté, j'ai eu peur que le fait de centrer directement ma question de recherche sur l'atmosphère soignante n'influence les répondants et biaise donc en partie les résultats. De ce fait, j'ai dû réaliser une analyse très minutieuse au départ, avant de pouvoir mettre en évidence les thèmes pertinents en lien avec mon travail ; et ce, afin d'être certaine de bien saisir le sens exact de l'ensemble des propos des répondants.

Afin de tenter d'apporter des éléments de réponses à ma question de recherche, je vais donc reprendre ci-après les différents points en lien avec d'une part les stratégies mises en place par le personnel soignant, et d'autre part, l'influence de l'atmosphère soignante dans la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante.

3.1. Les stratégies mises en place par le personnel soignant

Concernant les valeurs, la littérature met en avant que celles-ci animent le soignant et vont le guider dans sa pratique quotidienne. Il va les défendre, partager et appliquer au mieux afin d'apporter de l'humanité dans sa relation à l'autre. Pour reprendre Walter Hesbeen, il va tenter d'« *insuffler de l'humain* » dans les soins. Comme je l'ai décrit dans le cadre théorique, ces valeurs sont nombreuses et propres à chaque soignant. Cependant, j'ai pu constater qu'il y a pour les soignants, une nécessité d'affirmer un socle commun de valeurs ; valeurs qui rappelons-nous, sont qualifiées par Walter Hesbeen de « non négociables ». Il s'agit du respect, de la politesse, de la dignité ainsi que de la bienveillance.

En effet, il ressort des entretiens avec les acteurs de terrain que **la mise en pratique de ces valeurs** passe principalement par **le respect**, en général, mais aussi et surtout le respect de la **dignité** et de la **singularité** de la personne. C'est également une des premières valeurs qui a été citée par les témoins privilégiés.

L'aspect relationnel, et principalement **l'écoute**, relevée par de nombreux répondants ressortait également comme essentielle dans l'étude exploratoire réalisée auprès des soignants des hôpitaux de Toulouse. (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012).

Cela rejoint également les propos de Monsieur Courtin qui insiste sur le fait qu'il s'agit d'interactions d'humain à humain, et qu'il est important de se détacher des actes techniques.

L'attention portée aux patients mais aussi à leurs proches est mise en évidence par de nombreux soignants comme le moteur essentiel de l'humanisme soignant. Dans la littérature, plusieurs auteurs se rejoignent en utilisant le terme d'empathie, qui pour eux est le fondement même de la relation de soin.

Je me suis rendu compte que dans mon cadre théorique, je reste essentiellement centrée sur les valeurs qui entourent le patient. Je n'ai dès lors pas développé **l'importance de l'accompagnement des familles** qui pourtant est essentiel dans la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante.

De fait, lors de mes entretiens avec Yannick Courtin et Christine Permanne, ceux-ci ont beaucoup insisté sur ce point car pour eux, les familles jouent un rôle crucial dans l'humanisation des soins. Il est essentiel de leur porter de l'intérêt en vue de les associer le plus judicieusement possible à l'accompagnement de leur proche ; car elles sont le relais entre le personnel soignant et le patient.

En retournant dans la littérature, Walter Hesbeen explique également l'importance de prendre en compte l'entourage dans la relation de soin par rapport à l'aide dont il peut avoir besoin suite aux inquiétudes voire à la souffrance liée à ce que vit leur proche malade ou dépendant. Selon lui, « *L'aide dont il est question ici s'exprimera par l'attention qu'on leur porte, l'intérêt dont on fait preuve quant à ce que eux ont à vivre (...)* ». (Hesbeen W. , Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, p. 23).

Une autre valeur que je n'ai pas fait apparaître dans mon cadre théorique, plus par réserve je pense ; mais qui a pourtant été citée par un répondant est **l'amour**. Celui-ci l'aborde par rapport à la solitude vécue par certains patients. « *Oser le verbe aimer* », comme le dit si bien Walter Hesbeen, cela peut paraître ambigu lorsque l'on parle d'un patient, or, « *on ne peut pas exercer un métier de la relation à l'humain et prétendre être animé d'une intention soignante sans aimer les hommes et les femmes auxquels ces métiers se destinent* ». (Hesbeen W. , Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier, 2017, p. 71).

La capacité de se remettre en question, de prendre du recul et de s'interroger sur sa pratique ainsi que le fait de pouvoir exprimer ses limites sont des valeurs plutôt liées à la personnalité. Certains soignants que j'ai interviewés les considèrent comme étant la base de l'humanisme soignant. En d'autres termes, Walter Hesbeen considère l'humilité comme valeur indispensable à la relation de soin. Comme expliqué dans le point consacré à l'éthique, le soignant doit faire preuve de vigilance pour que la personne soignée ne soit pas réduite à l'acte de soin réalisé, et qu'il soit conscient de l'importance de la qualité de la relation à l'autre. Il est essentiel pour cela que l'éthique imprègne les pratiques, ce qui sera développé davantage dans le point suivant consacré à l'influence de l'atmosphère soignante sur l'humanisation des soins.

3.2. L'influence de l'atmosphère soignante dans la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante

Tout comme l'ont mis en évidence la littérature et les entretiens avec les témoins privilégiés, les interviews avec les acteurs de terrain ont révélé de nombreux éléments en lien avec l'atmosphère soignante. En effet, tous se rejoignent sur le fait que les valeurs et compétences sont essentielles pour les soignants, mais que la mise en pratique de celles-ci ne va pas de soi, et que l'atmosphère soignante qui imprègne les lieux de pratique a clairement une influence sur la manière dont le soin ainsi que les soins sont perçus et vécus au quotidien par les soignants.

Trois domaines ont été mis plus particulièrement en avant dans la littérature : le domaine relationnel, le domaine organisationnel et le domaine structurel.

Je vais ci-dessous décrire l'apport de mon analyse en lien avec ces trois domaines.

Pour rappel, un des critères d'inclusion était que le soignant travaille dans un service au sein duquel l'humanisme soignant fait partie de la **philosophie de soin**. Celle-ci a été clairement mise en évidence non seulement comme un **facteur motivationnel** mais également comme un **point fort** permettant de mettre en œuvre une pratique de soin humanisante. Elle se traduit principalement par le fait que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire ainsi que les supérieurs hiérarchiques adhèrent tous à une **vision commune du prendre soin**. Cette philosophie de soin consiste à ce que le patient ou habitant soit considéré de manière singulière, en tenant compte de ses besoins, histoire et projet de vie ; et ce, en mettant en pratique les différentes valeurs citées plus haut. Les soignants sont imprégnés par cette philosophie, et ils ne peuvent envisager leur métier d'une autre manière. Cela rejoint les témoignages de professionnels dans le cadre de l'étude de Péoc'h, N. & Ceaux, C. (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012), desquels il ressort que l'humanisme est considéré comme une valeur centrale qui donne du sens à la pratique de soin.

En lien avec ce point, les personnes interviewées mettent l'accent sur **l'importance des moments d'échange et de partage de pratique**. Selon elles, cela permet non seulement une **remise en question** de chacun sur ses pratiques, mais également l'atteinte par l'ensemble de l'équipe d'une vision commune du soin. Cependant, la peur de s'exprimer et d'être jugé est assez présente chez les soignants, et selon eux, il serait plus facile de partager avec une personne extérieure à l'unité ou institution. Ces propos rejoignent les résultats de l'étude sur l'auto-observation et le partage de pratique expliquée dans le cadre théorique (Josset, J., Lavoyer, F. & Pâme, P., 2018), qui démontrent l'importance pour les équipes de pouvoir

partager, de prendre conscience du ressenti de chacun, et de pouvoir suspendre le jugement afin justement de créer un climat favorable à l'échange positif de pratiques.

Suite à son expérience au sein de l'équipe de médiateurs, Madame Rentmeesters explique quant à elle l'avantage d'instaurer des supervisions extérieures afin que les soignants osent plus s'exprimer sur leurs vécus et ressentis.

Au niveau organisationnel, la philosophie de soin présentée ci-dessus se reflète dans la manière d'envisager les soins et d'accompagner les patients, qui est essentiellement basée sur la relation de soin et le prendre soin.

Dès lors les facteurs tels que la répartition du travail ou encore le temps imparti pour les soins sont orientés dans cette optique, ce qui, comme me l'a expliqué Christine Permanne, est une réelle motivation pour les soignants qui retrouvent alors du sens à leur métier. Concernant le temps consacré au patient, les propos de nombreux soignants rejoignent ceux des témoins privilégiés, « *c'est le temps qualitatif qui compte* ». J'ai été personnellement assez surprise par ces propos, car j'entends souvent les étudiants tout comme les soignants répéter qu'ils manquent de temps. Or, le fait de travailler dans une unité ou institution ou ce temps n'est pas une priorité semble le rendre moins difficile à gérer. Les personnes interviewées expliquent que même si le temps vient à leur manquer suite à un imprévu, ils parviennent toujours à revenir vers le patient à un moment de la journée, parce que cela fait partie de leur philosophie, et que pour eux, ce temps passé avec le patient est l'essence même de leur métier.

De même, d'autres contraintes organisationnelles telles que la lourdeur du travail ou le manque d'effectif peuvent certes avoir certaines répercussions sur les soignants, mais ceux-ci expriment que cela ne les empêche pas d'offrir des soins humanisants aux patients. Selon eux, quelle que soit la situation, l'humanisation des soins est possible, car elle passe par toutes sortes de petites choses et attentions quotidiennes.

Par contre, les protocoles, échelles et valeurs ont été mises en avant par certains soignants et témoins privilégiés comme un certain frein à l'humanisation des soins, car ils représentent un danger d'oublier la personne malade ou dépendante dans tout ce qu'elle est mais aussi de mettre de côté les perceptions et ressentis des soignants.

L'organisation pensée selon un modèle de **pyramide hiérarchique inversée** tel que me l'a présenté Christine Permanne en partant des besoins, souhaits et idées du personnel et des résidents m'est vraiment apparue comme une clé qui ouvre les portes de l'humanisme, non seulement envers les patients mais également envers le personnel soignant.

En effet, selon certains répondants, ce modèle est une réelle source de motivation car ils se sentent reconnus, de la même manière que le patient, dans une vision humaniste du soin ; mérite d'être reconnu en tant que personne singulière.

D'autres regrettent cependant le **manque de reconnaissance** de la part de leurs supérieurs hiérarchiques, qui se manifeste par un manque de compréhension et d'écoute ainsi qu'une présence insuffisante des membres de la direction sur le terrain. Certains sont même résignés en disant qu'ils ne l'attendent plus, et que pour eux la plus belle des reconnaissances, la vraie ; c'est celle qu'ils reçoivent de la part des patients et de leurs proches.

Cette **reconnaissance** a également été mise en évidence par d'autres témoins privilégiés comme étant un moteur essentiel de motivation pour le personnel.

Dans ma recherche de littérature, la considération reçue par les soignants est un élément qui est relevé par Serge Philippon comme source de satisfaction de l'estime de soi et qui permet aux professionnels d'accroître leur engagement humain voire humaniste.

Ses propos rejoignent ceux des cadres de santé interrogés lors de l'étude relative aux valeurs professionnelles (Péoc'h, N., Ceaux, C., 2012) qui ont conscience que le fait d'être plus

présents sur le terrain les amènent à être plus attentifs aux conditions dans lesquelles les professionnels travaillent. Cela leur permet dès lors d'orienter le management dans une perspective plus humaniste, en veillant à ce que les soignants se sentent respectés et soient imprégnés de cette atmosphère apaisante. Il s'agit selon les répondants que les préoccupations éthiques prennent le dessus sur les préoccupations gestionnaires qui sont encore parfois trop prégnantes dans la pratique quotidienne, ce qui peut devenir un frein à l'humanisation des soins.

Parallèlement à ces éléments relatifs à l'organisation, il ressort des interviews avec les acteurs de terrain que **les aspects structurels** ont également une influence sur la manière dont les soins sont envisagés. Madame Permanne a clairement mis en évidence une plus grande motivation du personnel depuis la mise en place de son projet pensé, entre autres, autour d'un environnement basé sur le vivre ensemble. Pour elle, cela représente un réel bénéfice, tant pour les soignants que pour les habitants.

Outre les aspects relationnels, organisationnels et structurels, les personnes interviewées ont relevé un élément qu'il me paraît important de développer.

En effet, les répondants expriment que **les formations** sont vraiment des leviers importants pour une pratique de soin humanisante car elles apportent des outils permettant de mieux accompagner le patient malade ou dépendant.

De même, certains soignants et témoins privilégiés, qui ont un attrait particulier ou une formation en lien avec l'accompagnement des étudiants estiment que les études des futurs professionnels de la santé devraient être plus axées sur la relation de soin.

Cela rejoint ce qui est mis en évidence par l'étude de C. Compagnon et V. Ghadi présentée dans mon cadre théorique quant à l'importance des formations et de l'accompagnement des soignants dans leurs pratiques. A ce propos, Serge Philippon explique également que le fait de prendre soin s'apprend au fil des expériences professionnelles, qui permettent aux soignants d'adapter la manière dont ils vont parvenir à soigner et à prendre soin du patient.

Je vais partir de cette discussion et des éléments clés que ma recherche a permis de faire émerger afin de construire la conclusion qui va suivre.

Partie IV : Conclusions et perspectives

La réalisation de ce mémoire a été pour moi une expérience très enrichissante tant sur le plan personnel que sur le plan humain.

Si la recherche de littérature m'a permis d'élargir mes connaissances et perspectives en lien avec l'humanisme soignant, les entretiens avec les témoins privilégiés ainsi que les interviews avec les acteurs de terrain ont été pour moi des moments de rencontres extrêmement riches. En effet, ceux-ci m'ont permis, au-delà de ce que rapportent la théorie et les études, de capter la sensibilité et l'intention qui animent ces personnes au quotidien.

Cela m'a amené à prendre conscience de mes propres représentations et même parfois de certains préjugés. J'ai appris à me laisser surprendre à chaque instant et par chacune des personnes avec qui j'ai eu la chance d'échanger, qui ont d'ailleurs parfois bousculé certaines de mes croyances.

En effet, je dois avouer qu'avant de rencontrer les acteurs de terrain, j'ai eu peur d'être confrontée à certaines réticences par rapport à mon sujet. Or, c'est tout l'inverse ! J'ai été accueillie avec tant de chaleur et d'humanité par chacun des professionnels que cela m'a conforté dans l'idée que même dans ce monde où l'individualisme a tendance à prendre le dessus, il y a toujours des personnes qui considèrent que l'humanisme fait partie de notre quotidien à tous. Je rejoins les propos d'une soignante qui m'a dit que « cela peut paraître utopique, mais c'est possible ».

Et je le crois sincèrement. Selon moi, il faut éveiller l'humain qui sommeille en chacun de nous, sans jamais cesser de croire que c'est possible.

Les trois méthodes de recherche envisagées dans ce travail m'ont permis d'apporter des éclaircissements considérables à ma question de recherche.

Tout d'abord, concernant **les stratégies mises en place par les infirmiers afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soin contraint**, il apparaît que les valeurs et compétences soignantes sont vraiment très prégnantes dans le quotidien des personnes que j'ai interviewées. De même, l'intention qui anime les soignants dans une perspective humanisante est plus que perceptible. Chaque jour, à chaque instant, ceux-ci mettent tout en œuvre pour accompagner les patients et leur entourage, en tenant compte de leur singularité et en les aidant à vivre le mieux possible ce qu'ils ont à vivre.

Comme je l'ai expliqué dans le point 3.1., l'accompagnement des familles a vraiment une place importante pour les soignants en termes d'humanisme soignant. Christine Permanne en a pris conscience également, et en lien avec son projet, celle-ci souhaite relever le défi d'impliquer encore davantage les familles car elles sont le relais entre le patient et les soignants.

Néanmoins, afin de maintenir des soins humanisants, il apparaît qu'il est nécessaire de travailler cet humanisme, de le réveiller parfois, et de s'y attarder un peu chaque jour afin qu'il accompagne chacun des intervenants, et ce, à tous les niveaux.

En effet, même si comme le relèvent certains répondants, il y a une question de personnalité et de manière d'envisager les soins, la prise de conscience des pratiques à travers les **échanges, partages d'expérience et formations** semblent une piste sur laquelle il faut s'attarder. Les soignants en sont demandeurs, et pour certains, l'entretien qu'ils ont eu avec moi a été révélateur. Ils ont pris conscience que le fait de parler de leur pratique, de ce qu'ils font, les amènent à se remettre en question. Comme le propose Monsieur Hesbeen, une relecture éthique de certaines

situations permet au soignant de s'arrêter sur sa pratique, d'y réfléchir et de se remettre en question. Je suis convaincue du bénéfice de ces partages, mais je pense que pour qu'ils soient vraiment porteurs, ceux-ci doivent être accompagnés et coconstruits avec les intervenants de tous les niveaux afin que les professionnels n'aient plus peur de s'exprimer et d'être jugés. Il s'agit, comme le propose l'ANESM, qu'une « *éthique de la conviction* » imprègne les lieux de soins. (ANESM, 2008)

En tant qu'enseignante, ces premiers éléments m'amènent à réfléchir sur la manière d'envisager la **formation des futurs infirmier(e)s**, qui devrait selon moi être plus axée sur la relation de soin.

En effet, si comme je l'ai décrit dans le point 1.10.2., si le fait de quitter ma profession d'infirmière pour devenir enseignante m'a permis une prise du recul ainsi qu'une remise en question profonde de ma pratique soignante, la réalisation de ce mémoire m'a plus que jamais permis d'interroger ma pratique d'enseignante.

Selon moi, tout comme pour les professionnels en exercice, il est essentiel d'accompagner les étudiants, afin que l'humanisme soit travaillé et encouragé, et ce, dès la première heure de leur premier jour de formation. Mais à nouveau, cela doit imprégner les établissements scolaires de telle sorte que la philosophie d'apprentissage soit basée sur le prendre soin. Car comme le rappelle Monsieur Hesbeen, « *Les professionnels de la santé sont des professionnels de la maladie ; la voie d'entrée est donc la maladie* ». (Hesbeen W. , Encadrement de proximité et stratégies d'implantation, 2021). En effet, dès le tout début de leur cursus, les étudiants sont orientés voire formatés d'emblée vers le faire. Il serait donc nécessaire de développer une « *intelligence du singulier* »⁴² dans la formation de telle sorte que celle-ci soit orientée d'abord sur la singularité de l'humain et sur le prendre soin.

Afin que les étudiants puissent évoluer dans cette philosophie, je pense que les enseignants doivent également faire un travail d'intériorité et gardent à l'esprit que les théories ne disent pas tout. Leur fonction est donc plus que jamais d'aider les étudiants à porter un regard réflexif sur leur pratique singulière ; étudiants avec lesquels les enseignants doivent avoir eux aussi, dans leur approche ; un comportement basé sur l'humanisme, qui finalement nous concerne tous.

Ensuite, concernant **l'influence de l'atmosphère soignante sur la pratique de soin quotidienne**, il semble que celle-ci permette aux infirmiers de lever les difficultés auxquelles ils sont confrontés comme dans n'importe quelle autre unité ou institution. En effet, comme me l'ont rappelé certains répondants, ils travaillent dans les mêmes conditions que partout ailleurs, avec un quota d'infirmiers identique, du personnel malade qui n'est pas toujours remplacé, une charge de travail qui est parfois plus importante, etcetera. Et pourtant, leur philosophie de soin et l'atmosphère au sein de laquelle ils évoluent semblent rendre ces contraintes plus légères à leurs yeux. Selon eux, quoi qu'il arrive, il est toujours possible de mettre un peu d'humain dans leurs soins.

A ce propos, les résultats de l'enquête PRESST⁴³ (Estryn-Behar, M., Négri, J-F., Le Nézet, O., 2007), une étude systématique européenne réalisée dans dix pays auprès de quatre milles professionnels ; démontre que les conditions de travail, la pluridisciplinarité, le fait d'envisager un projet de soin adapté à la personne, les concertations, les temps de parole, le soutien émotionnel ainsi que les aspects organisationnels et structurels ont une influence sur la manière dont les soignants perçoivent leur profession. Cette étude met également en évidence que « *si les infirmières renoncent à cette profession qu'elles ont choisie, c'est, in fine, parce qu'elles ne retrouvent pas les possibilités d'exercer en accord avec leur formation à la « démarche de soins »* »

⁴² *Ibid.*

⁴³ Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail

et à la « prise en charge globale du malade », valeurs fondamentales de la déontologie ». (Estryn-Behar, M., Négri, J-F., Le Nézet, O., 2007).

Or, huit des onze professionnels que j'ai interviewés, qui, je le rappelle, travaillent tous dans une unité ou institution au sein de laquelle l'humanisme soignant fait partie de la philosophie de soin ; ont un nombre total d'années d'expérience en tant qu'infirmier de plus de quinze ans. Six répondants ont également plus de dix années d'ancienneté au sein de l'unité ou établissement dans lequel ils travaillent actuellement, avec, pour trois d'entre eux plus de vingt années d'ancienneté. Même si la taille réduite de mon échantillon représente une limite, je peux raisonnablement affirmer que lorsque l'atmosphère soignante permet au soignant de rencontrer ses valeurs, celui-ci se sent bien dans son métier ; ce qui va avoir une influence sur la manière dont il envisage sa pratique soignante au quotidien. En effet, plusieurs soignants m'ont confié ressentir l'humanisme ambiant qui se dégage de l'unité ou institution au sein de laquelle ils travaillent, et que c'est vraiment cela qu'ils recherchaient dans leur profession. Deux autres ont également confirmé que malgré des contraintes liées aux trajets entre leur domicile et l'institution, pour rien au monde ils ne changeraient de métier.

Cependant, il est nécessaire de ne pas s'arrêter à ces constats, et de prendre conscience que malgré la volonté bien présente des infirmier(e)s, cette atmosphère soignante dépend également de la manière dont les intervenants de tous niveaux la perçoivent. Il apparaît clairement que **la reconnaissance et le soutien des supérieurs hiérarchiques** est un levier essentiel pour permettre une pratique de soin humanisante au quotidien. En effet, comme le dit si bien Walter Hesbeen, ceux-ci agissent tels des « diffuseurs d'éthique » (Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W., 2015) et permettent alors aux soignants de s'épanouir dans leur profession.

Personnellement, je pense sincèrement que si cette préoccupation éthique est travaillée en collaboration avec les cadres et directions, le bénéfice sera vraiment énorme tant pour les patients que pour les soignants. Selon moi, tout comme le propose Christine Permanne à travers son projet d'institution, travailler sur base de la pyramide hiérarchique inversée, en partant des besoins, attentes et idées de chacun est une clé qui ouvre de nombreuses perspectives en termes d'humanisme.

Pour appuyer ces propos, j'ai envie de partager une réflexion qui m'a été amenée par le philosophe Michel Dupuis lors de son intervention dans le cadre du Certificat Universitaire en Partenariat Patient (Dupuis M., 2021), et qui permet de résumer ce qui me semble le plus important en termes d'**éthique organisationnelle** et donc d'humanisme au quotidien.

Monsieur Dupuis a expliqué qu'il y a six défis concernant l'éthique organisationnelle : le défi de la complexité, celui de l'imputabilité, de la reconnaissance, de la communication, de l'attention et enfin le défi des diverses logiques. Il nous a ensuite demandé de réfléchir à celui qui nous parlait le plus.

Selon moi, le défi le plus important est celui de la communication. En effet, que ce soit dans ma propre pratique professionnelle ou lors des entretiens que j'ai réalisés dans le cadre de ce mémoire, l'élément qui revient régulièrement comme problématique est cette communication. Soit celle-ci n'est pas satisfaisante, soit celle-ci est carrément absente. Ce qui est intéressant, c'est que cette communication ne pose pas forcément souci entre les membres des équipes mais surtout entre les équipes et les supérieurs hiérarchiques. Ce qui je pense est en partie lié aux intérêts de chacun, qui ne vont pas forcément dans le même sens.

Or, si je reprends l'expérience de Christine Permanne concernant la mise en œuvre de son projet basé sur l'humanisme et le partenariat, aussi bien avec ses équipes qu'avec les habitants ; cet aspect communicationnel fonctionne très bien. Pourquoi ? Et bien parce qu'au départ, celle-ci a

pris la peine d'observer, puis d'écouter ce que chacun avait à dire. Ensuite, ils ont construit un projet ensemble pour lequel ils regardent tous dans la même direction et travaillent tous pour atteindre un même objectif commun. Je pense que c'est une des clés, cet objectif commun.

Ce qui rejoint le défi des diverses logiques, car il est évident qu'à chaque niveau, il y a des ressources et des contraintes, et qu'il faut pouvoir les adapter en fonction du système dans lequel on évolue.

De même, cette communication va de pair avec la reconnaissance, car sans celle-ci, il est difficile de regarder tous dans la même direction. A nouveau, cette reconnaissance, cette gratitude porte les équipes, porte les êtres humains, et cela leur donne envie d'avancer.

Enfin, le défi qui pour moi est crucial et rejoint également les deux précédents, c'est l'attention. L'attention que l'on a pour l'autre, mais pas seulement dans la relation de soin, l'attention que l'on a pour tout un chacun, pour chaque humain que nous sommes. Pour moi, il commence là l'humanisme. Et je crois que c'est en montrant cette attention à l'autre, que nous pouvons la transmettre, et ce, à chaque niveau, micro, méso, et macro. Et si nous sommes attentifs à la communication avec l'autre, à la reconnaissance envers l'autre, et à l'attention portée à l'autre, que cet autre soit un étudiant, un collègue ou un patient ; je pense que nous aurons déjà fait un beau bout de chemin vers une éthique organisationnelle et donc une pratique soignante porteuses de sens.

Dès lors, je rejoins Michel Dupuis qui envisage **l'humanisme tel un processus**, qui doit comporter des formations continues, ainsi que des procédures d'évaluation avec des indicateurs spécifiques. A ce propos, il me semble que celles-ci, dans une perspective humaniste, doivent à nouveau être coconstruites avec les soignants ; un peu comme l'envisage déjà Christine Permanne avec les membres de son équipe, grâce aux « cercles de développement ».

J'ai également envie de revenir sur « **l'éthique de la conviction** » que j'ai abordée ci-dessus. En effet, je trouverais intéressant de poursuivre la même logique de partage de pratique et d'expérience en ce qui concerne les supérieurs hiérarchiques et directeurs. Pour cela, il me semble que des projets tels que celui initié par le groupe Seniorissim au sein de ses maisons de repos devraient être beaucoup plus mis en lumière afin que d'autres puissent prendre conscience des possibles en termes d'éthique organisationnelle.

Cela m'a fait penser à une phrase qu'André Néron a prononcé lors de notre première rencontre : « *Nous pouvons tous être, à notre niveau, des **agents de changements*** ». Et si je reprends la définition qu'il en donne, celle-ci illustre parfaitement ce que je viens d'exprimer plus haut :

« *Un agent de changement est en premier lieu le responsable du changement, et celui qui le soutient et le provoque. C'est un individu idéal, précieux, qui se trouve à tous les échelons de la hiérarchie. Inspiré, dévoué et stimulant, c'est « celui ou celle qui se passionne pour le changement, qui transmet son enthousiasme aux autres et assure des responsabilités majeures dans sa conception et son application ».* (Néron A. , 2021). Selon moi, ce concept est extrêmement intéressant et apporte une réponse à la manière dont l'éthique peut être diffusée au sein des différents lieux de pratique.

En termes de perspectives, cette notion d'« agent de changement » apparaît pour moi comme une évidence dans mon métier d'enseignante. En effet, mon objectif est de pouvoir adapter mes stratégies pédagogiques afin d'insuffler la notion d'humanisme en chacun des futurs professionnels que j'accompagnerai ainsi que de leur apprendre à oser s'exprimer et remettre en question leurs pratiques grâce à une approche basée sur la co-construction et la bienveillance.

Pour terminer, je reprendrai une phrase de Walter Hesse qui pour moi conclut bien ce travail : « *Mettre plus de soin dans les soins, cela exige quoi ? Et bien de retirer le n dans le*

premier soin de la phrase, ce qui se traduit alors par « mettre plus de soi dans les soins » (Hesbeen W. , La qualité et la sécurité des soins, 2021)

Et j'ai envie d'ajouter : « Un peu plus de soi, pas seulement dans les soins, mais dans toute relation humaine... Car au final, ne sommes-nous pas, chacun et chacune ; cette personne singulière en train de vivre quelque chose ici et maintenant ?

Bibliographie

- ANESM. (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - La bientraitance : définition et repères pour la mise en oeuvre*. Consulté le Décembre 2020, sur www.has-santé.fr.
- Aujoulat, I. (2018-2019). Introduction aux méthodes qualitatives. Woluwé, UCL.
- Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. (2019). Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*, 12(5), pp. 461-474. doi:10.1007/s40271-019-00370-1.
- Cara, C. & O'Reilly, L. . (2008). S'appropriier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 4(4), pp. 37-45. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C, Mathieu, C. (2016). Le modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM: perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), pp. 20-31. doi:10.3917/rsi.125.0020
- Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. Récupéré sur KCE: <https://kce.fgov.be/fr/dotation-infirmi%C3%A8re-pour-des-soins-plus-s%C3%BBrs-dans-les-h%C3%B4pitaux-aigus>
- Chambenois, L. (2018). La bientraitance - Se considérer l'un l'autre. *Perspective soignante*(61), pp. 25-31.
- Compagnon, C., Ghadi, V. (2009). *Étude : la maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé*. Consulté le Décembre 2020, sur www.has-santé.fr.
- Conseil International des Infirmières. (2020). *Mission, vision, plan stratégique*. Consulté le Novembre 22, 2020, sur Conseil Interantional des infirmières: <https://www.icn.ch/fr/qui-nous-sommes/mission-vision-plan-strategique>
- Contandriopoulos, A.-P. (2002). Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable? *Gestion*, 27(3), pp. 142-150. doi: <https://doi.org/10.3917/riges.273.0142>
- Cottier, J. (2021). *Soigner son travail pour prendre soin - Renforcer l'apprentissage et la professionnalisation en soins infirmiers*. Paris: Seli Arslan.
- Courtin, Y. (2021, Mars 23). Partage d'expertise autour du thème de la pratique de soin humanisante. (E. Coppée, Intervieweur)
- Defraigne, F. (2021). *Éléments sociologiques pour une approche du patient partenaire. Certificat Universitaire en Partenariat Patient*. ULB.
- Dupuis, M. , Gueibe, R. , Hesbeen, W. (2017). *La banalisation de l'humain dans le système de soins - De la pratique des soins à l'éthique du quotidien*. Paris: Seli Arslan.
- Dupuis, M. (2019). *Sources et horizons de l'éthique du soin*. Paris: Seli Arslan.
- Dupuis, M. (2021). *Éléments d'éthique organisationnelle. Certificat Universitaire en Partenariat Patient*. ULB.
- Dupuis, M. (2021, Avril 26). Partage d'expertise autour de la pratique de soin humanisante. (E. Coppée, Intervieweur)
- Dupuis, M., Gueibe, R., Hesbeen, W. (2015). *Ethique du management et de l'organisation dans le système de soin*. Paris: Seli Arslan.
- Estryn-Behar, M., Négri, J-F., Le Nézet, O. (2007). Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. *Droit, déontologie et soin*, 7(3), 308-327. doi:10.1016/j.ddes.2007.08.007
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), pp. 33-42. doi:10.3917/rsi.089.0033
- Garnier, M. , Delamare, V. et al. (2009). *Dictionnaire illustré des termes de médecine* (éd. 30ème). Paris: Maloine.

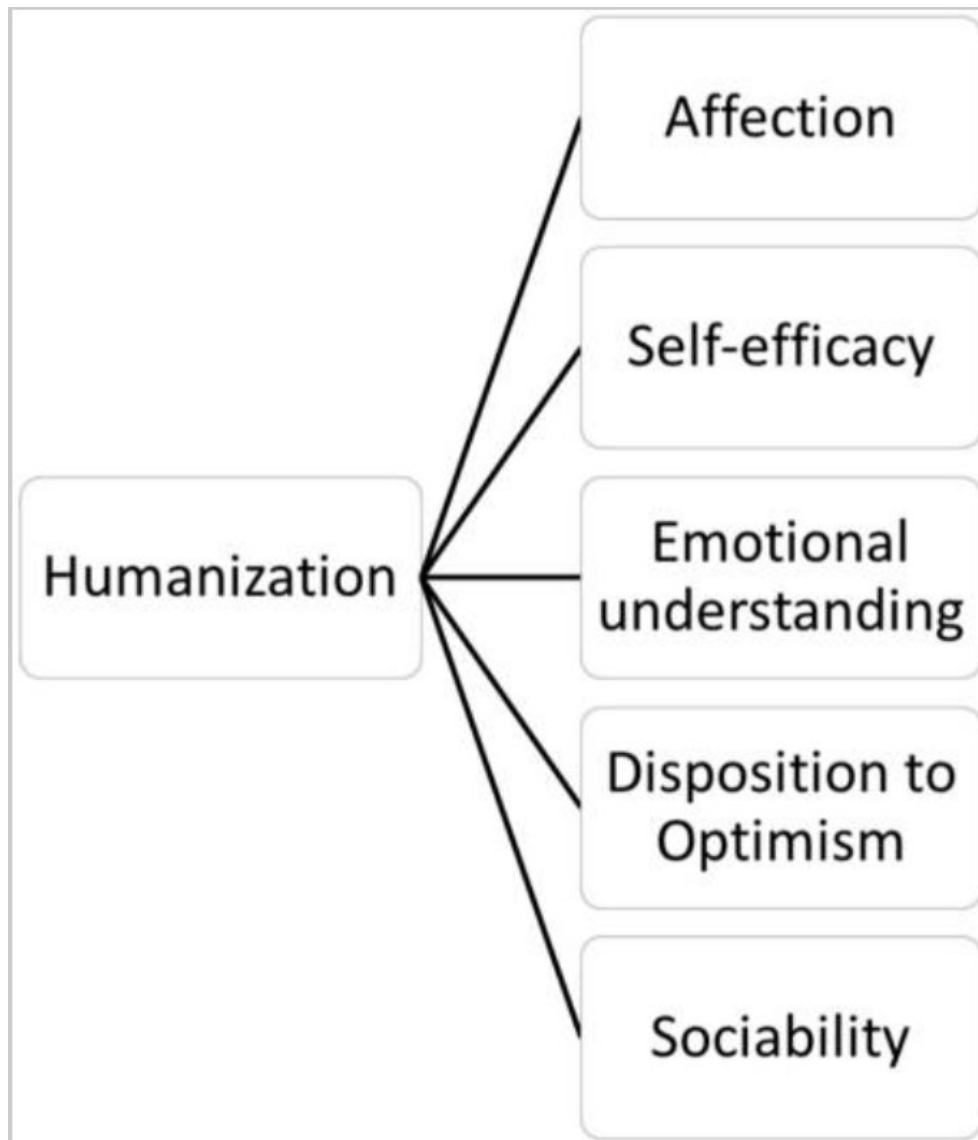
- Geadah, R. (2012). Regard sur l'évolution des soins: Aspects historique et éthique des relation entre professionnels de santé et patients. *Recherche en soins infirmiers*, 109(2), pp. 16-32. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.109.0016>
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Bienveillance : patients et professionnels de santé se mobilisent*. Consulté le Février 2021, sur HAS-santé.fr: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1324590/fr/bienveillance-patients-et-professionnels-de-sante-se-mobilisent
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Promotion de la bienveillance*. Récupéré sur HAS-santé.fr: https://www.has-sante.fr/jcms/c_915130/fr/promotion-de-la-bienveillance
- HELHa. (2021). *Nouveau Master en Sciences Infirmières dès septembre 2021 à la HELHa*. Récupéré sur HELHa.be: <https://www.helha.be/nouveau-master-en-sciences-infirmieres-des-septembre-2021-a-la-helha/>
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin? *Perspective soignante*(4), pp. 1-20.
- Hesbeen, W. (2005). L'humanité du soin, un engagement pour la vie. *Perspective infirmière*, 2(3), pp. 15-23. Récupéré sur <https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/15686200>
- Hesbeen, W. (2007). Ambiance professionnelle, implication personnelle et qualité de service. *Perspective soignante*(30), pp. 39-51.
- Hesbeen, W. (2012). *La question éthique au coeur des pratiques soignantes dans le quotidien*. Récupéré sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2012). *Les soignants, les soins et le soin*. Consulté le novembre 23, 2020, sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2013). *Prendre soin de l'humain - Une éthique du quotidien*. Récupéré sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2017). *Humanisme soignant et soins infirmiers, Un art du singulier*. Elsevier Masson.
- Hesbeen, W. (2018, Septembre). Comment définir la relation de soin. *Santé mentale*, pp. 24-29. Récupéré sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2018). Les mots du prendre soin. *Soins Aides-Soignantes*(81).
- Hesbeen, W. (2018). Les mots fragiles du prendre soin. *Santé Mentale*, pp. 20-23. Consulté le Octobre 2020, sur GEFERS: <http://www.gefers.fr/publications/textestelecharger>
- Hesbeen, W. (2021).
- Hesbeen, W. (2021). Encadrement de proximité et stratégies d'implantation. *Certificat Universitaire en Partenariat Patient*. ULB.
- Hesbeen, W. (2021). La qualité et la sécurité des soins. *Certificat Universitaire en Partenariat Patient*. ULB.
- Hesbeen, W. (2021). L'humanisme dans les soins. *Certificat Universitaire en Partenariat Patient*. ULB.
- Honoré, B. (2009). *Le soin en perspective - Au coeur d'un humanisme humanisant*. Paris: Seli Arslan.
- Jacquemin, D. (2019). LTECO2103: Questions d'éthique chrétienne. Woluwé: Faculté de Santé Publique - UCL. Récupéré sur MoodleUCLouvain.
- Jorland, G. (2006). Empathie et thérapeutique. *Recherche en Soins Infirmiers*, 84(1), pp. 58-65. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0058>
- Josset, J., Lavoyer, F. & Pâme, P. (2018). Humaniser les soins par l'auto-observation et le partage de pratiques professionnelles. L'expérience d'une formation dans un Service de soins infirmiers à domicile. *Recherche en soins infirmiers*, 4(4), pp. 55-59. doi:<https://doi.org/10.3917/rsi.135.0055>
- Lambeau, J.-L. (2021, Mars 23). Partage d'expertise autour du thème de la pratique de soin humanisante. (E. Coppée, Intervieweur)
- Larousse. (s.d.). *Dictionnaire de Français*. Consulté le novembre 02, 2020, sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soins/73237>

- Lavigne, S. , Frenette Leclerc C-A. (2016). *L'humanisme un concept phare : mieux le comprendre pour mieux en tirer parti*. Récupéré sur Prendre soin - Soins infirmiers: <http://www.prendresoin.org/?p=3412>
- Lebrun, J.-P. (1993). *De la maladie médicale*. Bruxelles: De Boeck.
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A. (2017). Le patient partenaire. *Hospitals.be*, pp. 44-54.
- Lecoq, D., Lefebvre, H., Néron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. *Soins*(816), pp. 17-23.
- Mauranges, A. (2007). Burn out des soignants et maltraitance à l'hôpital. *Soins*(715), pp. 39-41.
- Michaux, L. (2017, Avril). Les mots du prendre soin. *Perspective soignante*(58).
- Michaux, L. (2018). Les notions de prendre soin, care et caring sont-elles interchangeables? *Perspective soignante*(62), pp. 21-41.
- Morvillers, J.-M. (2015). Le Care, le Caring, le Cure et le soignant. *Recherche en soins infirmiers*(122), pp. 77-81. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.122.0077>
- Moulias, R., Moulias, S. & Busby, F. (2010). Editio. La « bienveillance » : qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société*, 33/133(2), pp. 10-21. doi: <https://doi.org/10.3917/gs.133.0010>
- Néron, A. (2020 - 2021). La patient partenaire. (E. Coppée, Intervieweur)
- Néron, A. (2021). Le partenariat patient, un avantage pour tous. *Certificat Universitaire en Partenariat Patient*. ULB.
- Paillard, C. (2015). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (éd. 2ème édition). Noisy-le-grand: SETES éditions.
- Péoc'h, N., Ceaux, C. (2012). Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé...: L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, 108(1), pp. 53-66. doi: <https://doi.org/10.3917/rsi.108.0053>
- Pepin, J., Ducharme, F., Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (éd. 4ème). Montréal: Chenelière Education.
- Pérez-Fuentes, M., Herera-Peco, I., Molero Jurado, M., Oropesa Ruiz, N. F., Ayuso-Murillo, D., & Gázquez Linares, J. J. (2019). The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *International journal of environmental research and public health*, 16(20). doi:10.3390/ijerph16203999
- Permanne, C. (2021, Avril 14). Partage d'expertise autour du thème de la pratique de soin humanisante. (E. Coppée, Intervieweur)
- Pétre, B. et al. (2018). *L'Approche Patient Partenaire de Soins en question*. Récupéré sur ORBI: <http://hdl.handle.net/2268/234430>
- Pétru-Krupsky, M. (2018). Parcourir l'histoire professionnelle infirmière pour comprendre les enjeux actuels. *Perspective soignante*(63), pp. 86-121.
- Philippon, S. (2017). *Le juste soin*. Paris: Seli Arslan.
- Potter, A., Perry, A. (2009). *Soins infirmiers - Fondements généraux* (éd. 3ème, Vol. 1). Montréal: Chenelière Education.
- Rentmeesters, J. (2021, Avril 21). Partage d'expertise autour de la pratique de soin humanisante. (E. Coppée, Intervieweur)
- Ricoeur, P. (1990). *Ethique et Morale*. Consulté le Décembre 2020, sur cdn.uclouvain.be: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=la+d%C3%A9finition+de+l+%C3%A9thique+paul+ricoeur>
- Service Public Fédéral. (2019). *Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient*. Consulté le Décembre 05, 2020, sur [Belgium.be](http://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/droits-des-patients/quels-sont-les-droits-du#Information): <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/droits-des-patients/quels-sont-les-droits-du#Information>

- SPF emploi, travail et concertation sociale. (2013). *Burnout chez les médecins et les infirmiers*. Récupéré sur emploi.belgique.be: <https://emploi.belgique.be/fr/projets-de-recherche/2013-burnout-chez-les-medecins-et-les-infirmiers>
- Tregouet, S. (2006). La relation, impensable dans le soin? - Petits propos épistémiques. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, 89(1), pp. 144-147. doi: <https://doi.org/10.3917/vst.089.0144>
- Tronto, J. (2008). Du care. *Revue du Mauss*, 32(2), pp. 243-265.
doi:<https://doi.org/10.3917/rdm.032.0243>
- Svandra, P. (2008). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 6-13.
<https://doi.org/10.3917/rsi.095.0006>, consulté le 02 novembre 2020

Annexes

Les 5 dimensions de l'humanisation (Perez et al, 2019)



Explanatory theoretical model of the humanization construct in the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) Model.

Guide interview témoins privilégiés n°1

Bonjour Madame/Monsieur, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de m'accorder un peu de temps pour répondre à mes questions.

Je vais commencer par me présenter. Je m'appelle Emmanuelle Coppée, je suis infirmière de formation et actuellement enseignante à la HELHa de Gilly.

Dans le cadre du Master en Sciences de la santé publique, je réalise mon mémoire sur le thème de l'humanisme soignant. Je m'intéresse plus particulièrement aux stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint.

J'ai commencé ma méthodologie par une recherche de littérature. Celle-ci m'a permis de mettre en évidence la différence entre les soins prodigués au patient, et le soin c'est à dire l'intention qui anime le soignant dans sa pratique quotidienne.

Mes différentes lectures ont également mis en avant l'importance des valeurs telles que le respect de la dignité, et la prise en compte de la singularité de chaque personne dans ce qu'elle a à vivre ici et maintenant.

J'ai également relevé les résultats de plusieurs études réalisées auprès de soignants, qui mettent en avant l'importance pour eux de ces valeurs, et leur volonté de les mettre en pratique.

Cependant, les résultats de ces études rejoignent l'avis de différents auteurs qui expliquent que le prendre soin ne va pas de soi, qu'il est nécessaire de « cultiver » cet humanisme soignant, et ce, à tous les niveaux. A ce propos, il ressort que l'atmosphère soignante est un élément influençant la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante.

Mon objectif est donc de nourrir cette réflexion à travers l'expertise et les conseils de témoins privilégiés. C'est donc dans cette optique que je vous ai contacté afin de pouvoir échanger avec vous et que vous puissiez partager avec moi votre expertise sur le sujet.

Afin de mieux traiter les données recueillies, permettez-vous que j'enregistre notre entretien ? Sachez que cet entretien peut être stoppé à tout moment si vous le souhaitez.

Acceptez-vous que votre nom apparaisse dans mon mémoire ? Je m'engage à vous transmettre la retranscription de cet entretien si vous le désirez. Vous pouvez également me contacter à tout moment via mon adresse mail ou mon numéro de GSM (coordonnées transmises)

1° Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?

- Ancienneté
- Expérience professionnelle

2° Quel poste occupez-vous actuellement ?

3° De manière générale, quels éléments essentiels interviennent afin d'accompagner au mieux les patients dans votre service ?

- Comment se traduit-il concrètement au chevet du patient
- Comment se manifeste-t-il dans la pratique des soignants

4° Quelles sont selon vous les qualités et valeurs personnelles et professionnelles essentielles/recherchées chez les soignants travaillant au sein de votre unité de soins ?

5° Quels sont selon vous les éléments favorables/défavorables à une pratique de soin humanisante ?

- Freins/Leviers

6° Y-a-t-il des projets – idées – demandes qui permettraient d'offrir des soins plus humanisants au patient au sein de votre unité de soins ?

Guide interview témoins privilégiés n°2

Bonjour Madame Rentmeesters, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de m'accorder un peu de temps pour répondre à mes questions.

Je vais commencer par me présenter. Je m'appelle Emmanuelle Coppée, je suis infirmière de formation et actuellement enseignante à la HELHa de Gilly.

Dans le cadre du Master en Sciences de la santé publique, je réalise mon mémoire sur le thème de l'humanisme soignant. Je m'intéresse plus particulièrement aux stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint.

J'ai commencé ma méthodologie par une recherche de littérature. Celle-ci m'a permis de mettre en évidence la différence entre les soins prodigués au patient, et le soin c'est à dire l'intention qui anime le soignant dans sa pratique quotidienne.

Mes différentes lectures ont également mis en avant l'importance des valeurs telles que le respect de la dignité, et la prise en compte de la singularité de chaque personne dans ce qu'elle a à vivre ici et maintenant.

J'ai également relevé les résultats de plusieurs études réalisées auprès de soignants, qui mettent en avant l'importance pour eux de ces valeurs, et leur volonté de les mettre en pratique.

Cependant, les résultats de ces études rejoignent l'avis de différents auteurs qui expliquent que le prendre soin ne va pas de soi, qu'il est nécessaire de « cultiver » cet humanisme soignant, et ce, à tous les niveaux. A ce propos, il ressort que l'atmosphère soignante est un élément influençant la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante.

Mon objectif est donc de nourrir cette réflexion à travers l'expertise et les conseils de témoins privilégiés. C'est donc dans cette optique que je vous ai contacté afin de pouvoir échanger avec vous et que vous puissiez partager avec moi votre expertise sur le sujet.

Je souhaiterais plus particulièrement mettre en évidence l'importance de la médiation, et en quoi celle-ci peut avoir une influence et/ou un bénéfice sur l'humanisation des soins, tant pour les soignants que pour les patients.

Afin de mieux traiter les données recueillies, permettez-vous que j'enregistre notre entretien ? Sachez que cet entretien peut être stoppé à tout moment si vous le souhaitez.

Acceptez-vous que votre nom apparaisse dans mon mémoire ? Je m'engage à vous transmettre la retranscription de cet entretien si vous le désirez. Vous pouvez également me contacter à tout moment via mon adresse mail ou mon numéro de GSM (coordonnées transmises)

1° Vous êtes médiatrice au sein de au sein de la Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant-Wallon.

Pouvez-vous dans un premier temps m'expliquer votre parcours professionnel ?

- Ancienneté - Expérience professionnelle

Pouvez-vous m'expliquer en quoi consiste votre rôle de médiatrice ?

- Quels en sont les activités principales ?

2° Qui rencontrez-vous principalement à travers votre fonction ?

- Patients ?
- Familles ?
- Personnel soignant ?

3° Quelles sont les demandes les plus fréquentes que vous avez à traiter ?

- Les demandes sont-elles spontanées ?
- Avez-vous des rencontres régulières programmées au sein de certaines structures ?

4° Comment se déroule concrètement la médiation ?

5° Pensez-vous que la médiation a un rôle important dans l'humanisation des soins ?

- Comment cela se traduit-il concrètement ?
- Au niveau du patient et des familles ?
- Au niveau du personnel soignant

6° Comment est perçu votre rôle au sein des institutions – par les patients/familles ainsi que par les soignants ?

7° Par rapport à ce rôle de médiateur qui peut parfois être assez lourd, est-ce qu'il y a des moments d'échanges prévus avec d'autres médiateurs, pour partager vos expériences, difficultés, pratiques, ... ?

8° Y-a-t-il selon vous des pistes – améliorations - qui devraient être envisagées afin que ces médiations puissent encore être davantage porteuses en termes d'humanisation ?

9° Y-a-t-il d'autres éléments que vous souhaiteriez ajouter ou compléter par rapport à ce que nous venons d'échanger

Guide interview témoins privilégiés n°3

Bonjour Monsieur Dupuis, je tiens tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de m'accorder un peu de temps pour répondre à mes questions.

Je vais commencer par me présenter. Je m'appelle Emmanuelle Coppée, je suis infirmière de formation et actuellement enseignante à la HELHa de Gilly.

Dans le cadre du Master en Sciences de la santé publique, je réalise mon mémoire sur le thème de l'humanisme soignant. Je m'intéresse plus particulièrement aux stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint.

J'ai commencé ma méthodologie par une recherche de littérature. Celle-ci m'a permis de mettre en évidence la différence entre les soins prodigués au patient, et le soin c'est à dire l'intention qui anime le soignant dans sa pratique quotidienne.

Mes différentes lectures ont également mis en avant l'importance des valeurs telles que le respect de la dignité, et la prise en compte de la singularité de chaque personne dans ce qu'elle a à vivre ici et maintenant.

J'ai également relevé les résultats de plusieurs études réalisées auprès de soignants, qui mettent en avant l'importance pour eux de ces valeurs, et leur volonté de les mettre en pratique.

Cependant, les résultats de ces études rejoignent l'avis de différents auteurs qui expliquent que le prendre soin ne va pas de soi, qu'il est nécessaire de « cultiver » cet humanisme soignant, et ce, à tous les niveaux. A ce propos, il ressort que l'atmosphère soignante est un élément influençant la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante.

Mon objectif est donc de nourrir cette réflexion à travers l'expérience et les conseils de témoins privilégiés. C'est donc dans cette optique que je vous ai contacté afin de pouvoir échanger avec vous et que vous puissiez partager avec moi votre expertise sur le sujet.

Je souhaiterais plus particulièrement mettre en évidence l'importance de l'éthique organisationnelle, pour laquelle j'ai déjà relevé quelques pistes lors de votre intervention dans le cadre du Certificat Universitaire en Partenariat Patient.

Afin de mieux traiter les données recueillies, permettez-vous que j'enregistre notre entretien ? Sachez que cet entretien peut être stoppé à tout moment si vous le souhaitez.

Acceptez-vous que votre nom apparaisse dans mon mémoire ? Je m'engage à vous transmettre la retranscription de cet entretien si vous le désirez. Vous pouvez également me contacter à tout moment via mon adresse mail ou mon numéro de GSM (coordonnées transmises)

1° Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?

- Ancienneté - Expérience professionnelle

2° Pouvez-vous m'expliquer votre fonction actuelle ?

- Quels en sont les activités principales ?

3° Lorsque vous parlez d'éthique dans les soins, vous expliquez qu'il est important de travailler le soin mais aussi la posture des différentes parties prenantes. Comment peut-on y parvenir concrètement ?

- En effet, lorsque l'on parle d'organisation, il y a toujours derrière une question de ressources matérielles, humaines, financières. Pensez-vous que dans le système de soins de santé tel que nous le connaissons ici en Belgique, ces ressources – limitées soient d'emblée un frein pour permettre une pratique de soin humanisante ?

4° Pouvez-vous m'expliquer selon vous de quelle manière l'éthique organisationnelle a une importance dans la pratique humanisante des soins ?

- Comment cela peut-il se traduire dans la pratique de soin quotidienne ?
- Vous parlez de la notion de confiance dans l'éthique organisationnelle, d'une vision positive de ce que les personnes font et mettent en place, et de l'importance qu'on y croit. Pensez-vous que cela peut s'appliquer dans tous les services/établissements de soins ?

5° Lorsque vous abordez les six défis de l'éthique organisationnelle, il y a les notions de complexité et de l'imputabilité mais celles qui ont retenu le plus mon attention et qui me touchent personnellement, c'est la reconnaissance, la communication et l'attention qui pour moi vont de pair.

- Selon moi, ces trois défis sont importants, non seulement avec les patients, entre les soignants, ... à tous les niveaux, mais ce qui ressort des entretiens avec les acteurs de terrains de manière générale, c'est que celle-ci est insuffisante avec les supérieurs hiérarchiques, ce qui m'amène également au défi des diverses logiques car j'ai souvent ressenti qu'il y avait justement une difficulté ressentie concernant la visée d'un objectif commun. Comment pensez-vous que l'on puisse parvenir à cet objectif commun qui permettrait une pratique de soin humanisante au quotidien ?
- Pensez-vous qu'une des pistes à explorer est peut-être justement la sensibilisation, le fait de rappeler cette éthique du quotidien, non seulement au soignant, mais également aux supérieurs hiérarchiques, aux dirigeants,

Guide d'entretien - Acteurs de terrain

Quelles sont les stratégies mises en place par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants au patient malgré un système de soins contraint ?

Bonjour, et merci d'avoir accepté de vous entretenir avec moi aujourd'hui.

Je vais commencer par me présenter : Je m'appelle Emmanuelle Coppée, je suis infirmière de formation et travaille actuellement comme enseignante à la HELHa de Gilly. Dans le cadre du Master en Sciences de la santé publique que je termine cette année, je réalise un mémoire ayant pour thème l'humanisation des soins.

Lorsque je parle d'humanisation des soins, il s'agit de toutes ces petites choses qui permettent d'insuffler de l'humain dans la pratique de soin quotidienne, de se concentrer sur le patient en tant que personne singulière, qui vit une expérience particulière ici et maintenant. Il s'agit de tout ce qui est mis en œuvre pour prendre soin de cette personne.

Comme je vous l'ai expliqué, vous avez été retenue car vous êtes infirmière dans une unité de soin où la philosophie de soin permet une pratique de soin humanisante. De même, vous avez déjà une certaine expérience dans d'autres contextes de soins, ce qui vous permet d'avoir un certain recul.

L'objectif de mon étude est de comprendre les stratégies mises en œuvre par le personnel infirmier afin de maintenir des soins humanisants malgré un contexte de soin contraint ; ainsi que les facteurs qui peuvent influencer la mise en œuvre d'une pratique de soin humanisante au quotidien.

Si vous êtes d'accord, cet entretien va être enregistré afin que je puisse être la plus précise possible dans l'analyse de celui-ci. Cependant, il est possible d'arrêter cet enregistrement à tout moment si vous le souhaitez.

Je tiens également à bien insister sur le caractère confidentiel de cet entretien. Celui-ci ne sera écouté que par moi-même.

Si cela vous intéresse, je peux également vous transmettre les résultats de mon étude. Si oui, vous pouvez me donner une adresse mail.

Avez-vous des questions concernant les modalités de l'entretien ?

Confirmez-vous que vous souhaitez bien participer à cet entretien ?

1° Pouvez-vous m'expliquer votre parcours professionnel ?

- Depuis quand travaillez-vous en tant qu'infirmier(e) ?
- Combien de temps avez-vous travaillé dans chacun des services ?
- Avez-vous suivi des formations complémentaires ?

2° Quelle est votre fonction actuelle ?

- Dans quel service travaillez-vous précisément ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service

3° Pouvez-vous m'expliquer les raisons qui vous ont amené à travailler dans cette unité ?

- Quelles étaient vos motivations ? (Horaires – Trajets – Connaissance dans le service – Valeurs ...)

4° Qu'est-ce qui vous anime le plus dans votre profession ? Qu'est-ce qui vous motive à vous lever le matin pour venir pratiquer votre métier ?

5° Quelles sont les valeurs qui sont les plus importants à vos yeux dans votre pratique quotidienne ?

6° En quoi la manière dont les soins sont envisagés dans votre service va permettre de rencontrer vos valeurs ?

- **Comment se déroule une journée type dans votre service ?**
 - o Soins réalisés
 - o Charge administrative
 - o ...
- **Comment l'organisation des soins est-elle réalisée ?**
 - o Répartition du travail (Une infirmière pour plusieurs patients – Une tâche par infirmière, ...)
 - o Temps imparti
 - o ...
- **Pensez-vous avoir l'opportunité d'échanger suffisamment avec les patients durant les temps de soins ?**
 - o Cela vous semble-t-il suffisant ?
 - o Est-ce que ces temps d'échanges sont encouragés par l'équipe/le service/les supérieurs ?
 - o Est-ce important pour vous ?

7° Dans la manière dont les soins sont envisagés, quelles sont, selon vous ; les différences entre ce service et les autres services au sein desquels vous avez travaillé auparavant ?

8° Si je vous parle de soins humanisants ou d'humanisme soignant, qu'est-ce que cela évoque chez vous ?

10° Avez-vous le sentiment que vous réalisez des soins humanisants dans votre pratique de soin quotidienne ?

- Par quoi cela se traduit-il concrètement ?
- Exemples concrets

11° Pensez-vous qu'une pratique de soin humanisante peut se concrétiser dans tous les services de soins ?

- Dans les autres services au sein desquels vous avez travaillé ?
- Si non, raison – freins ?

12° Comment évalueriez-vous la pratique de soin « humanisante » au sein du service dans lequel vous travaillez actuellement ?

- Points forts
- Points à améliorer – Pistes – Propositions
- La pluridisciplinarité a-t-elle une importance selon vous ?
- Y-a-t-il des espaces d'échange prévus pour le personnel afin de partager vos pratiques et/ou difficultés ?
- Percevez-vous le soutien de votre institution ?

Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de répondre à cet entretien.

Avez-vous des questions ou des éléments supplémentaires que vous souhaiteriez ajouter ?

L'ensemble des informations que vous m'avez transmises sont vraiment importantes pour mener à bien ma recherche.

Merci encore de votre précieuse collaboration.

Retranscription entretien acteurs de terrain (1)⁴⁴

1 **Est-ce que vous pouvez m'expliquer votre parcours professionnel ?**

2 J'ai terminé mes études à l'Hénallux à Namur en 1999, j'ai travaillé pendant une grosse dizaine
3 d'année en psychiatrie. Puis j'ai travaillé en salle d'op et chirurgie mais je n'aimais pas trop, j'ai
4 travaillé un an aux urgences. Ce qui est intéressant quand on sort des écoles et qu'on va
5 directement dans les services de psychiatrie, la technique, on l'a pas, il y a beaucoup de choses
6 qu'on a pas encore fait et donc, plus les urgences, c'est vraiment un paradoxe par rapport
7 (hésitation) Ici c'est un service où il y a beaucoup de relation, et les urgences, il y en a
8 mais très peu. ça m'a beaucoup appris l'inverse du décor, je vais dire, les techniques, des prises
9 de sang, des choses comme ça, des sondes gastriques que je n'avais jamais mises. C'est bien
10 dans le sens que c'est une étape à passer et l'année après donc, il y avait une infirmière d'ici qui
11 partait et comme j'aimais bien la gérontopsy, je suis revenu dans le service ici quoi.

12 **Ok, et vous avez une formation particulière par rapport à la gérontopsychiatrie ?**

13 Suite à cela, je suis revenu dans le service ici, après deux trois ans puis on a eu des infirmières
14 de gériatrie qui sont venues travailler avec nous et là, j'ai suivi une spécialisation en gériatrie,
15 on n'avait pas les stages, juste les cours pratiques et théoriques, mais on n'avait pas le stage. Et
16 j'ai fait ça ici à l'Ipsma en cours du soir pendant six mois, et donc après cela, beh pour garder le
17 titre, on fait des recyclages de formation et suite à ça j'ai refait une formation de sept, huit
18 (hésitation)... ça a pas duré longtemps, deux trois mois sur le soin relationnel, c'est un peu la
19 validation de Naomi Feil en fait

20 **Ha oui c'est ça oui ...**

21 Mais on a fait les études pas jusqu'au bout, jusqu'au (...) jusqu'au diplôme et la formation en
22 elle-même, c'est vraiment une ouverture d'esprit et une mise en pratique des choses, j'ai pas le
23 diplôme de (cherche ses mots)

24 **De validation thérapie**

25 C'est ça oui

26 **OK**

27 Voilà, parce que bon, on se rend compte que les soins évoluent, les années évoluent, la
28 population évolue beaucoup, au début les patient étaient justes déprimés, ici maintenant,
29 beaucoup de troubles cognitifs. Comment dire au niveau humanisation beh il faut quand même
30 travailler avec ces gens-là et on voit qu'il y a des tristesses et des émotions, donc il faut pouvoir
31 un peu (euhhhhhhhh) bien communiquer avec eux pour aussi faire des bons soins, ne pas avoir
32 des problèmes car à un moment, on s'est rendu compte qu'on était plus vers donner des
33 médicaments et des choses comme ça et des contentions alors qu'il est toute approche à côté
34 qui est plus humaine et qui est beaucoup mieux ... (Hmm) pour le patient et pour le personnel
35 aussi quoi.

36 **Ok**

37 C'est pour ça que j'ai fait cette formation là

38 **OK, Euh, donc votre fonction euh actuelle donc vous êtes infirmier euh**

39 Infirmier gradué bachelier

40 **Voilà euh dans ce service-ci et donc depuis combien d'années finalement en tout ?**

41 Depuis 1999, ça fait 22 ans

42 **D'accord (euh), quelles sont les raisons qui vous ont amené dans cette unité, je vais dire,**
43 **plus en termes de motivation, je pense que j'ai ressenti que vous aviez vraiment l'aspect**
44 **relationnel qui est ressorti ?**

⁴⁴ En caractères gras : Interventions de l'interviewer

45 Ben en fait au... au départ, quand j'ai quitté l'école, je ne savais pas ce qu'était la gérontopsy, je
46 n'y avais jamais mis les pieds et je me suis dit les personnes âgées, c'est intéressant, j'aimais
47 bien ce milieu avec les personnes âgées et donc ben j'ai été vers ce milieu-là et ici beh comme
48 je vous dit oui, c'est vrai que ça devient le style (euh) on peut s'asseoir un p'tit peu auprès des
49 gens, on peut plus tout ce qui est émotionnel, tout ce relationnel qu'on a pas toujours le temps
50 de faire dans d'autres services mais maintenant, on n'a pas le temps de le faire ici non plus, en
51 fonction beh des ... des ressources personnelles et autres, ça..... Aussi

52 **Oui oui, tout à fait**

53 De plus avec la pandémie actuelle, beh on n'a beaucoup changé la façon de procéder dans le
54 service, donc c'est pas facile de se mettre à niveau non plus, on repense seulement à faire des
55 choses qu'on faisait avant la pandémie quoi

56 **Oui, c'est ça**

57 Voilà, on avait mis Montessori un p'tit peu en route pour la toilette, parce qu'on avait eu une
58 infirmière qui avait fait une spécialisation en gériatrie qu'avait fait là d'ssus donc indirectement
59 elle est venue dans le service, on était un peu motivé par cette façon de faire, on l'a un peu
60 abandonné avec la pandémie, bon tut doucement, on repense à refaire des choses parce qu'on
61 se rend compte que ... aussi bien les patients dans leur chambre que ici on travaillait un peu
62 comme en maison de repos donc les gens étaient plutôt tous ensemble en symbiose dans le
63 living , le social, tout ça

64 **Hmm hmm**

65 Et ici, beh c'est l'inverse, tout le monde dans sa chambre, donc on a dû repenser autrement un
66 peu les soins

67 **D'accord... Et ici, vous me parlez justement d'une... (euh) d'une dame qui a fait une**
68 **formation gériatrique, qui travaille actuellement dans le service ou bien qui...**

69 Non, elle travaille au troisième étage

70 **Ah oui, mais elle est venue expliquer (euh...)**

71 Elle est venue dans le cadre de sa spécialisation gériatrie

72 **Ah oui**

73 (Euh) pour faire l'éthique Montessori et donc c'est elle comme on avait des patients gérontopsy,
74 c'était plus adéquat parce qu'elle en gériatrie, c'était pas vraiment (euh) les ressources de travail,
75 c'est pour ça qu'elle est venue dans notre service. Donc elle avait mis en route pas mal de
76 choses, des grilles et tout, avec le chef , le chef Monsieur X et indirectement de cela, beh on
77 s'inspirait de ça pour essayer de faire des choses , comme pour la toilette

78 **Alors vous pensez que le... le partage d'expérience (euh) tel que vous l'avez vécu là est**
79 **quand même quelque chose de fort porteur (euh) par rapport à ce genre**
80 **d'accompagnement en tous cas ?**

81 Beh au départ de l'infirmière qui est venue dans le service, elle est venue parce qu'elle savait
82 bien que Monsieur X avait beaucoup d'expérience à ce niveau là

83 **Oui...**

84 Que c'est lui qui avait quand même une expérience au niveau relationnel plus importante qu'au
85 niveau gériatrique donc ça a fait beaucoup et non, nous en tant que... on se rend compte que
86 c'est avec notre expérience... je ne vais pas dire expertise mais bon voilà

87 **Non mais si quand même...**

88 On fait ce qu'on peut mais on se rend compte qu'il y a des choses qu'on ne faisait pas
89 (Long silence) en continu

90 **En continu oui oui d'accord**

91 Moi je vais par principe qu'une infirmière avec le monde qui évolue si elle n'apprend pas tous
92 les jours, son... son travail est épuisant à un moment donné elle va vers le chaos, ou du moins
93 on se canalise dans des carcans, des façons de faire qui ne sont pas toujours très très lucratives
94 aussi bien pour elle et la population qu'elle soigne

95 **Oui c'est ça, appropriées**
96 Oui c'est ça
97 **Oui c'est vrai comme vous dites, la pandémie ici a , vous a obligé à revoir...**
98 A retravailler autrement, à se dire... Parfois on se dit mince, ce n'est plus ce qu'on faisait ici, on
99 ne fait plus vraiment de choses (euh...)
100 **Mais vous arrivez à trouver des petites astuces quand même pour essayer de pallier ça ou**
101 **...**
102 Enfin surtout avec les patients qui ont des besoins émotionnels, mais je vous dis, il y a des
103 choses qu'on pourrait faire beaucoup plus, qu'on fait moins,
104 **Oui, ça c'est le contexte malheureusement qui oui, qui joue un peu en notre défaveur**
105 Oui
106 **Euh Mmmm Si je vous demandais ce qui vous anime le plus dans votre profession ici en**
107 **tant qu'infirmier... Dans ce service hein...**
108 Oui, qui m'anime ou qu'est-ce.....(Hésitation) 'fin..... (long silence) la question est un petit peu
109 ennuyante
110 **Alors, qu'est-ce que je pou Comment je pourrais la tourner autrement ? Quand vous**
111 **vous levez le matin, euh, qu'est-ce qui fait que vous êtes motivé à venir travailler dans**
112 **votre service ?**
113 Haaaa oui, travailler ici quoi
114 C'est un peu le service en lui-même je vais dire, dans le sens que euh on se lève le matin, on
115 sait bien combien y a-t-il de patient, on sait bien qu'on ... qu'on a beaucoup de... de vécu avec
116 les patients qu'on peut... qu'on peut partager euh, c'est important par rapport aux autres services,
117 euh, c'est important beh quand je viens travailler beh (silence) au niveau connaissances avec
118 mes collègues de travail beh ça se passe bien en général donc, l'équipe est quand même pas mal
119 et on s'entend tous plus ou moins bien, c'est une bonne chose aussi
120 **Ça c'est positif oui...**
121 Et on sait bien que bon on ne C'est pas un service où on croule beaucoup sur le travail je vais
122 dire qu'on a du travail, il y a des moments où on peut faire moins de choses.... Mais ce sont des
123 soins plutôt émotionnels que physiques, voilà
124 **Oui, et vous c'est ce qui vous convient**
125 Oui, oui, ça oui
126 **D'accord**
127 **Euh Mmm Pour continuer un peu sur cet esprit de motivation, quelles sont pour vous les**
128 **valeurs les plus importantes dans votre pratique quotidienne ?**
129 (... Hésitation) Beh ... Je vais pas dire de valeurs mais bon..... Pour moi le plus important déjà
130 c'est le respect des personnes, des autres, euh la bienveillance je trouve, on fait aussi un peu
131 d'empathie avec les gens, on arrive un petit peu aussi mais ça je l'ai déjà dit, l'empathie
132 avec les gens euh, c voilà c'est ça, c'est plutôt les trois les plus importantes.
133 **Ok, et quand vous dites euh bienveillance, c'est bien ça que vous m'avez dit hein ?**
134 Oui
135 **Oui, bienveillance, vous, vous, Comment vous arrivez à le mettre justement en pratique**
136 **dans votre quotidien ?**
137 Beh, (hésitation), en fait je ne me rends pas du tout compte, je me demande comment je fais,
138 c'est ça.... (Rire) Je ne vois pas comment je fais...
139 **Pour vous c'est quelque chose de plus inné peut-être ?**
140 Ben on fait comme ça sans vraiment s'en rendre compte voyez-vous
141 **Ça fait partie du quotidien**
142 Oui c'est ça
143 C'est surtout la bienveillance c'est par des choses, dans les soins relationnels, parler au patient,
144 la posture devant le patient, toutes ces choses qu'on.... Par exemple le fait de parler devant lui,

145 euh de se présenter, de ne pas brusquer, de lui demander quand il veut faire les choses, 'fin,
146 toutes ces choses que le patient est toujours libre de dire "*je veux ou je veux pas*" on lui demande
147 la permission, donc, déjà, c'est un contexte je trouve qui fait que c'est pour la bienveillance en
148 soi

149 **Oui, c'est très bien ce que vous me dites, parce que en fait, comme vous dites, vous**
150 **n'arrivez pas à me le décrire parce que pour vous c'est naturel, et en fait beh c'est parfois**
151 **des choses que j'observe moi en tant que Maître de formation pratique d'un œil extérieur**
152 **quand je vais dans les services avec mes étudiants, des choses parfois qui me manquent,**
153 **je me dis "ben tiens, l'infirmière a déposé le plateau sans même s'adresser au patient,**
154 **voilà, pour vous, c'est des choses qui finalement sont naturelles dans votre quotidien**

155 Oui, d'ailleurs, je suis en train de suivre une formation de MFP à l'Henallux, je me suis demandé
156 quand il y a eu le mail si c'était pour cette formation là

157 **Ah oui d'accord (sourire)**

158 Et bien sûr on en parle beaucoup de cette bienveillance au niveau des patients, et aussi des
159 stagiaires, je vais dire qu'il y a un contact... La comparaison est plus ou moins importante, le
160 stagiaire apparemment au niveau motivation, ... L'accompagnement est un peu le même sauf
161 que le patient il peut encore faire des choses, et l'élève, on doit lui demander qu'est-ce qui sait
162 faire, qu'est-ce qui fait pas bien, est-ce qu'il peut progresser, la démarche réflexive quoi, c'est
163 ça...

164 **Beh ça c'est super intéressant ce que vous dites parce que justement, dans mon cadre**
165 **théorique vient à un moment donné la formation des futurs professionnels, et c'est un**
166 **élément qui revient cette bienveillance vis à vis du futur professionnel qui va permettre**
167 **justement à ce futur professionnel de travailler de cette manière-là aussi, on va leur**
168 **transmettre un peu cet esprit de bienveillance qu'ils vont pouvoir justement à leur tour**
169 **mettre en pratique dans leur quotidien.**

170 Et en faisant ça, vous éliminez le stress, qui est une grosse part de difficultés et vous augmentez
171 le partenariat entre l'élève et l'accompagnement, il n'y a pas de notion d'autorité de pouvoir,
172 mais le fait que l'élève apprend des choses, et bien l'accompagnant apprend aussi des choses,
173 tout le monde est sur le même plan d'horizontalité

174 **C'est ça, exactement**

175 **Voilà et le fait de le pratiquer au quotidien, c'est plus facile une fois qu'on fait ça de**
176 **s'occuper des stagiaires même si le problème le plus difficile est de coter les stagiaires**

177 **C'est chouette que vous ayez cette expérience**

178 Il y a un parallélisme qui est plus ou moins le même mais tout en sachant beh que l'élève il a sa
179 vie devant lui fin le patient aussi mais...

180 **Oui oui oui oui, mais ce n'est pas la même chose**

181 Non, le contexte, euhhh

182 **La finalité n'est pas la même mais la manière dont les choses se déroulent, comme vous**
183 **dites, on peut les mettre en parallèle**

184 (Silence)

185 **Alors, moi je me demandais justement par rapport aux valeurs que vous mettez en**
186 **évidence euh mmm, en quoi la manière dont les soins sont envisagés ici dans cette unité**
187 **de soin vous permettent de rencontrer ces valeurs. Donc moi j'avais pris euh enfin des**
188 **petites sous-questions en me disant beh tiens, comment se déroule une journée type dans**
189 **le service en termes comme vous avez parlé déjà peut-être un peu tout à l'heure de ...de**
190 **charge de soins, de charge administrative par exemple euh... je ne sais pas, est-ce que cela**
191 **est favorable, est-ce que c'est défavorable, est-ce qu'il y a un équilibre ?**

192 Mais disons qu'ici, on a l'avantage qu'on a le patient n'est pas... on n'a pas beaucoup... Il n'y a
193 pas beaucoup d'examen ou de choses qui arrivent, il y en a qu'il y a à faire, mais c'est pas comme
194 en gériatrie où le patient est submergé d'examens, de prises de sang, de ci de là. Ici, ils sont

195 programmés sur le séjour, au début, il y en a plus, mais bon euh, le patient ... je veux dire quand
196 je viens travailler le matin, ben on a le rapport, puis on attend cinq-dix minutes, puis on se remet
197 en route donc il y a une répartition de soins qui se fait en fonction du nombre de personnel qu'il
198 y a. A ce moment-là, beh on va dans les chambres donc on s'occupe des gens en fonction du
199 besoin d'autonomie et tout ça, mais on n'essaye pas de tout caler avant huit heures, car
200 normalement, vers 8h-8h15, tout ce qui est paramédicaux commencent à donner les repas, et
201 nous on les rejoint aussi, on donne les médicaments, les injections, tout ce qui va ... qui s'en
202 suit et puis après, vers 9h, ils ont fini de manger, nous on déjeune et puis on termine les soins
203 qui restent à faire par après quoi. C'est vraiment entre 7h30 et huit heures qu'on est dans les
204 toilettes et tout ça, c'est un peu plus hard je vais dire mais bon.... il ne faut pas stresser donc il
205 ne faut pas aller trop vite non plus, il faut laisser au temps la patiente de se réveiller et tout ça
206 et c'est aussi à ce moment-là qu'on prend le temps de parler avec eux et donc euh entre 10h et
207 midi, en général ils ont les activités ici. Pour ceux qui n'ont pas beh c'est l'occasion pour nous
208 aussi d'aller vers eux, pour les approcher autrement aussi que par les soins.

209 **Donc oui, c'est ça, il n'y a pas d'horaire... enfin c'est séparé dans la journée comme vous**
210 **dites, un temps plus pour les soins d'hygiène, un autre temps pour les activités mais voilà,**
211 **il n'y a pas d'horaire strict bien défini en fait ?**

212 Le déroulement est toujours le même je vais dire, et en général, une fois qu'on a déjeuné vers
213 9h30, beh on se remet en route pour terminer les toilettes, les pansements on ne va pas forcément
214 les faire toutes suites, les paramètres qu'il fallait faire en plus ou quoi, et voilà quoi, c'est tout
215 oui...

216 **D'accord, et en termes de de charge administrative puisque c'est vrai qu'on sait bien une**
217 **fois qu'on a réalisé des soins...**

218 Oui, c'est quand même pas mal, disons que bon, il y a une personne qui est au bureau

219 **Hmm Hmm (acquiescement)**

220 Euh c'est celui qui s'occupe de tout ce qui est entrée -sorties, de tout ce qui est contact avec le
221 médecin aussi, et euh qui fait la répartition des soins, les sorties, tout ça. Et les autres personnes,
222 ils sont dans les chambres. Donc les infirmières, il y a bien sûr l'administration au niveau
223 informatique avec X-care et tout cela, ça c'est important, et euh je crois qu'il y a que ça au
224 niveau administratif vraiment. Si bien sûr maintenant il y a le protocole avec le Covid, beh tous
225 les jeudis, on frotte tout le monde, on fait des frottis à tout le monde, ça c'est un peu plus
226 administratif parce qu'il faut faire tous les bons de demande et tout ça, et voilà oui...

227 **Ok, mais ça n'est pas une charge, une charge qui va venir amputer sur le temps que vous**
228 **pouvez....**

229 Ben disons on, ici on ne coche Enfin ça dépend un peu la vision de chacun. Moi, moi
230 personnellement, je Je coche quand j'ai fini je veux dire

231 **Oui oui, c'est ça**

232 Voilà, parce qu'il y en a qui cochent dès que chaque soin est fini chez chaque patient.

233 **D'accord**

234 La lourdeur est là parce que bon mais bon, c'est pas ça qui empiète énormément je trouve sur
235 la ...sur la journée de travail

236 **Voilà, oui oui c'est ça**

237 **Euh, voilà, ça répond à ma question, comment l'organisation des soins est-elle réalisée en**
238 **termes de répartition de travail et de temps imparti, beh c'est ce que vous venez de**
239 **m'expliquer.**

240 Ça dépend un peu du personnel présent, des moments où on n'est pas nombreux, ça dure plus
241 longtemps et on a moins de temps pour souffler, c'est comme partout quoi

242 **Oui oui bien sûr, bien entendu, bien entendu**

243 **Est-ce que vous pensez justement par rapport à ce que vous venez de m'expliquer que**
244 **vous avez l'opportunité d'échanger suffisamment avec les patients durant les temps de**
245 **soin**

246 Be oui, parce que les soins sont là, mais on ne se presse pas pour faire la toilette, pour ne pas
247 brusquer le patient, c'est le moment aussi pour lui de se permettre de se lever, de faire les
248 choses... Oui, en général, une toilette ici dure un quart d'heure, vingt minutes or qu'ailleurs c'est
249 sept minutes...

250 **Oui oui, c'est ça**

251 En fonction de c' qu'on fait tout en essayant toujours de guider l'autonomie du patient mais ça
252 si le patient ... si on voit que le patient sait encore se lever, même si après il va en maison de
253 repos, on va l'encourager donc, il y a ce moment-là au niveau des soins, et puis comme je vous
254 disais par après, après, vers 10H30, même l'après-midi, beh il y a tout un moment qu'on peut
255 encore aller vers eux donc il y a quand même des moments qui sont bien impartis au niveau de
256 la journée quoi

257 **D'accord et donc ces temps d'échanges, ils sont encouragés par l'équipe, par le service,**
258 **par les supérieurs aussi au sein de l'institution ?**

259 Euh beh sur...beh.....le psychogériatre est plutôt justement pour qu'on échange plus au niveau
260 plus psychiatrie pure

261 **Ça c'est le médecin chef ici alors ?**

262 Oui, et Monsieur X aussi beh il est là aussi pour dire quand il y a des choses qui vont mal, beh
263 on met en route.... C'est le capitaine je vais dire voilà quoi hein

264 **Et donc ça c'est reconnu au sein de l'institution ?**

265 Non, c'est pas vraiment reconnu, mais je sens qu'il y a quand même euh..., puis ça dépend aussi
266 des équipes infirmières, il y en a qui sont plus motivées que d'autres

267 **Oui ça aussi**

268 Quand vous êtes dans une journée qu'il y a des gens plus motivés, on va faire de meilleures
269 choses mais que et inversement aussi quoi mais euh...

270 **D'accord... Et donc pour vous ces temps d'échanges dans lesquels vous avez l'opportunité**
271 **justement de ... c'est important pour vous dans votre métier ?**

272 Beh c'est important pour nous et pour la personne quoi, on se rend compte qu'on fait quand
273 même du bon travail même si on pourrait faire beaucoup plu, on peut toujours faire plus, c'est
274 pas ça, mais on se rend compte qu'il y a quand même des choses ici qu'on faisait et qu'on ne
275 fait plus et ce serait bien tout doucement de reprendre plus de choses

276 **Oui donc là vous le sentez clairement ?**

277 On sent qu'il y a clairement un gouffre

278 **Et ça vous manque alors du coup ?**

279 Beh oui parce que c'est des choses, je vais dire qu'on se sent un peu moins utile, on fait plus
280 tout ce qui est médecine, tout ça, et le côté psychiatrique est un petit peu moins important et
281 voilà quoi

282 **Oui, c'est ça. Alors, pour un peu revenir sur l'expérience dont vous m'avez parlé et**
283 **justement euh les... les soins techniques qui pour vous avaient quand même de toute façon**
284 **une importance dans l'expérience d'un professionnel. Par rapport au service, si vous avez**
285 **un souvenir des services dans lesquels vous avez travaillé, est-ce que vous percevez une**
286 **différence dans la manière dont les soins étaient envisagés justement, les soins au patient,**
287 **par rapport à ce que vous venez ici de m'expliquer, ce que vous vivez au quotidien et la**
288 **manière dont les soins étaient envisagés dans les autres services, vous m'avez tout à l'heure**
289 **parlé un peu des urgences, de chirurgie, je ne sais plus...**

290 Non, c'était surtout les urgences pendant un an et c'est tout en fait mais c'est un peu un paradoxe
291 au niveau des soins avec les patients parce que bon quand j'étais aux urgences, qu'il y avait
292 beaucoup de patients dans les chambres qui attendaient souvent et tout ça, mais les soins étaient

293 souvent beaucoup plus rapides je vais dire euh, on prenait moins le temps par rapport au vécu,
294 c'était plus les actes techniques et on savait bien qu'il fallait pas trainer parce qu'il y avait des
295 gens qui attendaient pour être vus, donc là, c'était pas du tout la même approche quoi. Même si
296 beh pendant qu'on faisait des soins, l'émotionnel, le relationnel, il est quand même toujours là
297 quoi, je vais dire on écoute quand même les patients à ce niveau-là quoi

298 **Hmm Hmm (acquiescement)**

299 Mais c'est vrai qu'il y avait une grosse différence moi parce que bon euh les soins eux-mêmes,
300 c'est différent, c'est les urgences, c'est pas du tout... c'est pas un service comme un autre donc
301 même si il y avait quelques chambres, il y avait des soins à faire, c'est un peu plus normal mais
302 on prenait moins le temps, qu'ici on prend un quart d'heure, sinon au niveau techniques, beh le
303 déroulement de la journée est plus ou moins la même, quoi qu'il en est hein. Le matin on sait
304 bien qu'entre sept heures et demie et dix heures c'est le moment qu'on lève les gens je dirais et
305 après, c'est les moments plus évasifs ou on fait autre chose, mais c'est pareil, une fois, que les
306 gens ont eu leurs soins, on essaye de répondre à leur question, leur perfusion tout ça, les soins
307 techniques, mais après c'était ça en plus, il y avait tout le reste qui attendait ...

308 **Et là vous percevez quand même la différence dans la manière dont les soins sont....**

309 Oui par rapport à ici, c'est sûr

310 **Ok, Alors, maintenant, si je vous parle par exemple de soins humanisants ou d'humanisme
311 soignant, qu'est-ce que cela évoque chez vous ?**

312 Pouffffff (rire)

313 **Tout ce qui vous passe par la tête hein, il n'y a pas de question piège hein**

314 Les soins humanisants, c'est un soin que l'on fait, quel qu'il soit, euh, un soin humanisant, mais
315 ne fut-ce que déjà que beh de s'asseoir à côté d'un patient, lui prendre la main, de parler avec
316 lui, d'écouter ses émotions, tout ça, c'est déjà un soin. Que certains vont vous dire "oh non, il
317 reste là, il fait rien hein..." Être humanisant, c'est déjà en soi-même, c'est se rendre compte que
318 l'humanisme c'est percevoir que le patient il a un place, il a un rôle dans la société, c'est une
319 personne bien définie. Euh et comme je vous dit, il a sa place, il ne faut pas le brusquer,
320 indirectement il attend des choses, lui euh se laver, ça l'intéresse pas, par contre, lui, parler avec
321 vous et se confier, c'est plus important, donc, ça c'est humanisant.

322 **Oui, c'est ça. Et donc, pour suivre cette définition que vous me donnez des soins
323 humanisants, avez-vous le sentiment que vous réalisez justement des soins humanisants
324 dans votre pratique de soins quotidienne ?**

325 Oui en général oui, il arrive non, car il y a parfois des gens agressifs à qui il faut mettre des
326 contentions, là on va à l'encontre de l'humanisation mais on sait bien que si on met les
327 contentions c'est parce qu'il faut les mettre et on sait bien qu'on veut... qu'indirectement que le
328 patient après ira mieux, on sait bien pourquoi c'est fait, c'est moins humanisant oui

329 **D'accord et donc, concrètement, comment cela se traduit-il ? 'fin, je... je peux reprendre
330 plein de choses que vous m'avez déjà hein dit mais... le fait de s'asseoir à côté du patient...**

331 ça se traduit comment? beh c'est à partir du moment où le patient, qu'on sort de la chambre,
332 qu'on a fini de parler avec lui, il vous a écouté, il vous a entendu, il est rassuré, beh il y a un
333 résultat, qui n'est pas toujours positif parce que des fois, il faut se battre pour obtenir des
334 résultats...

335 **Oui même si le résultat vous le voyez peut-être le lendemain ou le surlendemain**

336 Oui c'est ça, oui, oui

337 **Mais au moins vous avez entamé une relation de confiance**

338 C'est ça oui, et aussi bien avec les familles aussi, quoi, mais c'est un peu moins les familles
339 parce qu'avec le Covid, il y en a de moins en moins mais bon on a quand même des familles
340 qui remercient, des familles qui sont contentes, ça fait du bien, ils ne sont parfois pas toujours
341 d'accord, mais ça, ça a toujours été mais bon euh il y a peu de gens qui remercient, c'est des
342 choses qu'on ne sait plus dire non plus, mais ça fait du bien quand même quand ça arrive quoi.

343 **Ok, Est-ce que vous pensez qu'une pratique de soins humanisante, justement telle que**
344 **vous me l'expliquez ici peut se concrétiser dans tous les services de soins, toutes unités**
345 **confondues, tous services confondus ?**

346 Beh, l'humanisme, c'est une base pour moi pour tous les soins. Si vous êtes soignant, euh, c'est
347 que vous envie de faire... je vais pas dire du social mais de faire du relationnel, c'est des choses
348 que vous faites pour aider les gens qui sont en mauvaise santé physique, psychologique, sociale
349 et voilà. Donc pour moi, il... c'est un début, la psychiatrie et l'humanisation, c'est un minimum
350 à avoir, ici on peut s'attarder sur beaucoup de choses, mais par exemple, je crois qu'en gériatrie,
351 l'humanisation beh elle se passe aussi. Quand j'entre, dire bonjour aux gens, leur permettre de
352 faire des choses et tout ça, ça passe aussi. L'humanisation je pense c'est un début de tout soin
353 en fait, c'est ... on des hommes donc voilà, l'humanité...

354 **Oui, oui Et euh par exemple, dans les services dans lesquels vous avez travaillé, enfin vous**
355 **m'avez déjà expliqué un peu aux urgences, oui mais.... Quels sont les freins alors du coup**
356 **que vous mettriez en évidence qui pourraient empêcher....**

357 Beh les freins c'est surtout la lourdeur du travail par rapport aux ressources de personnel. Même
358 si l'humanisme est quand même là, mais bon, on peut moins... moins s'attarder auprès des
359 personnes, voilà, c'est plutôt le frein, c'est plutôt le temps imparti au patient, c'est le frein
360 important. Sinon les ressources, les soins techniques importants donc euh la lourdeur du travail
361 quoi je veux dire, voilà.

362 Disons tout ça, les soins puisqu'au niveau structurel on ne peut pas vraiment parler, au niveau...
363 oui, non, je crois qu'il y a que cela

364 **D'accord, et euh moi, il y a un élément qui me revient en tête puisque vous m'avez parlé**
365 **tout à l'heure euh de ... du médecin qui était... du médecin psychiatre, qui était lui**
366 **justement demandeur que les équipes soient plus dans le relationnel, etc... Vous pensez**
367 **que justement le fait que tous les professionnels de la santé qui gravitent autour de la**
368 **personne aient un peu cette philosophie de soins peut aider à maintenir ce courant**
369 **humanisant dans la pratique quotidienne ?**

370 Beh ça influence directement, car le médecin est quand même à la base beh (hésitation) si ça
371 influence sur tout le monde parce que les médecins dans d'autres services, vous les voyez pas
372 donc c'est "*tic tac tac*", c'est très technique, eux c'est un peu un frein je trouve à tout cela parce
373 qu'il faut avancer et je crois pas que eux serait d'accord que les soins soient reportés. C'est un
374 peu en fonction de chacun il y a peut-être des psychiatres qui ont le même mode de
375 fonctionnement. C'est une idéologie de ce qu'on fait, c'est une philosophie de soin euh mais
376 pour moi, tout ce qui est technique comme la médecine, la chirurgie, euh sont un petit peu un
377 frein par moment... peuvent être un frein car ça dépend de la personnalité de chacun quoi

378 **Et donc pour vous, l'atmosphère quand même soignante...**

379 Et de là, l'atmosphère va, ... va influencer....

380 **D'accord, Euh Mmm, Pour terminer avec ma dernière question, si vous deviez évaluer la**
381 **pratique de soin humanisante au sein du service dans lequel vous travailler actuellement,**
382 **comment vous l'évalueriez ? En points forts ? et en points qui seraient à améliorer, des**
383 **pistes, des solutions, mais vraiment votre ressenti personnel**

384 Pour moins quels sont les points forts et les points faibles, c'est ça ?

385 **Oui, on va dire plus ou moins ça, oui**

386 J'ai déjà dit donc les points forts donc c'est le service typiquement psychogériatrie en lui-même,
387 c'est dire que la lourdeur des soins n'est pas... c'est important mais on a quand même le temps
388 de les faire donc c'est un point fort, on peut mettre du temps pour le patient

389 **Oui, c'est ça**

390 La structure est importante car c'est quand même différent ici (Monsieur fait référence à la
391 manière dont le service est présenté avec un espace central de vie pour les patients). Le médecin
392 et le chef de service sont en aval, donc c'est important aussi, voilà et indirectement, on a quand

393 même fait des formations, il y a comme une motivation qui est quand même là. Maintenant,
394 motivation est un avantage, mais parfois un inconvénient, on ne peut pas toujours être motivé,
395 et certains euh, ne partagent pas toujours la motivation des autres non plus donc euh ça c'est en
396 point faible c'est ça, c'est surtout quand on n'est pas beaucoup, on fait ce qu'on peut, il y a
397 toujours la ressource en personnel qui fait que maintenant, on peut être nombreux et ne rien
398 faire non plus parce que celui qui est là n'est pas motivé de le faire. Donc c'est surtout les deux
399 points importants.

400 Et les troubles cognitifs des patients qui arrivent de plus en plus dans des états un peu avancés,
401 et ça c'est pas toujours facile non plus quand on n'a pas d'expérience parce que on se rend
402 compte que par rapport à leur vécu, il faut parler autrement, il faut faire autre chose et euh, c'est
403 du toucher, des choses comme ça, mais ça demande une formation et des pratiques

404 **Oui, c'est ça. Et justement par rapport à cette motivation dont vous me parlez, et**
405 **notamment des formations etc., euh il y a quand même un soutien de l'institution par**
406 **rapport à ça ? Enfin de l'équipe ça, je pense...**

407 Au niveau des formations, tout ça oui, parce que l'institution ne ferme jamais la porte aux
408 formations, notre chef de pool est toujours le premier aussi quand il faut faire des choses, à ce
409 niveau-là, il est toujours le premier je vais dire que à un moment donné, s'il n'y a pas, il avait
410 proposé de faire des ateliers à plusieurs pour faire des choses, il est pour moi positif à ce niv
411 eau-là. Maintenant, on a un frein, on n'est pas toujours sur la même longueur d'onde que les
412 paramédicaux dans le sens qu'ils pourraient faire plus qu'ils ne font et que ça a un peu entravé
413 aussi l'humanisation du patient parce que bon, c'est un peu eux qui s'occupent de l'occupationnel
414 et nous on fait aussi mais on a quand même des choses à faire avant et le frein c'est un peu là
415 dans le sens que pour nous ces gens-là pourraient faire plus. Maintenant, on ne va pas critiquer
416 les autres non plus. On est une équipe pluridisciplinaire mais on n'est pas assez l'un avec l'autre
417 ? Si les repas avec la kiné, ils nous aident et tout ça, mais en dehors de ça, on pourrait être plus
418 en symbiose

419 **Plus en termes d'humanisation alors ?**

420 Voilà, on n'aurait beaucoup plus facile, on serait beaucoup plus motivés, et ça pourrait être
421 positif pour tout le monde, et elles vont sûrement dire la même chose aussi, mais voilà, c'est
422 mon avis hein

423 **Non, mais c'est intéressant à relever, parce que la pluridisciplinarité est quand même**
424 **hyper importante si on veut amener...**

425 Oui, elles font des choses très bien et tout ça, je n'ai rien à dire là-dessus, maintenant, ne pas
426 critiquer leur travail, ne pas critiquer le mien non plus, ...

427 **Non non, ce n'est pas une question de critique**

428 Ça pourrait être mieux quoi

429 **Oui, travailler plus en symbiose**

430 Oui

431 **Bien, euh, je ne sais pas si vous avez où des questions, ou des éléments supplémentaires**
432 **que vous souhaiteriez ajouter par rapport à cet entretien ou au thème de l'humanisme**
433 **soignant**

434 Non, vous parlez de l'humanisme en général, vous parlez de ça pour les services mais c'est quoi
435 exactement votre travail en fait, le but de votre travail c'est quoi exactement ?

436 **Donc, l'humanisme soignant, mon thème de départ alors, la question de recherche sur**
437 **laquelle je suis partie pour faire ma revue de littérature c'est les stratégies mises en place**
438 **par les infirmiers pour maintenir des soins humanisants, ce qui m'a déjà apporté pas mal**
439 **de choses, et donc ici, euh, j'ai rencontré aussi quelques témoins privilégiés, qui m'ont un**
440 **peu expliqué le fonctionnement de manière plus globale en termes d'expertise, et donc, ici,**
441 **je cherche à mettre en évidence plutôt l'importance de cette atmosphère soignante parce**
442 **que c'est vraiment ce qui ressort un peu de la littérature, ce qui est quand même appuyé**

443 assez fort par les professionnels et donc voir ici moi concrètement sur le terrain comment
444 cela est ressenti par le personnel. Est-ce que finalement oui l'atmosphère soignante a
445 vraiment un impact sur la manière dont les soins sont envisagés par les soignants ou est-
446 ce que non, il y a beaucoup d'autres choses... Par exemple, vous, vous avez quand même
447 mis en avant la pluridisciplinarité qui revient également dans la littérature et qui est
448 quand même un élément qui est asse... qui a du poids par rapport à cela.
449 Mais là pour moi on fait des choses bien, mais peut-être que d'autres vont dire ça va pas, c'est
450 chacun un peu son point de vue et sa motivation interne aussi
451 **Oui bien sûr, ça dépend de la sensibilité de chacun aussi hein par rapport à...**
452 Il y a un point faible aussi au niveau des stratégies comme vous dites par rapport au patient, on
453 doit se former, ça c'est un frein aussi, avec la validation, l'humanité, le Snoezelen, c'est toutes
454 des choses qui faut aller voir, relire un petit peu, au minimum qu'est-ce que c'est quoi, ces choses
455 qu'on fait indirectement comme Montessori, mais en général, c'est des gestes qu'on doit faire
456 les mêmes tout le temps, ça demande un minimum de formation, et ça on n'a pas toujours, on
457 le fait, mais c'est un frein quand même à ce niveau-là.
458 **Et donc ça, la formation, vous n'avez pas toujours quoi, il y a le temps, la motivation, ou**
459 **l'aval du service, Qu'est-ce qui pourrait justement être un frein par rapport à ça ?**
460 Euh beh.... (hésitation) ... c'est surtout la motivation... Enfin la motivation... (Réflexion)...
461 **En termes de temps aussi ?**
462 Le temps aussi oui et non parce que je trouve que par exemple je suis la formation MFP mais
463 voilà, c'est quelque chose que je sais faire quand même
464 C'est surtout la motivation des gens, du personnel "je vais le faire, je vais pas le faire", c'est
465 tout.
466 Maintenant, il y a le coût aussi, parce que bon, ce ne sont pas des choses qui sont gratuites, que
467 du contraire, et ça, bon les directions interviennent de moins en moins, on sait très bien que le
468 nerf de la guerre, c'est l'argent et bon voilà.
469 **Ah oui, donc, même si vous disiez comme tout à l'heure qu'il y a un soutien de l'institution**
470 **beh par exemple...**
471 Beh ils nous soutiennent, par exemple, ma formation MFP, je n'ai rein payé, mais les formations
472 sur tous ces trucs sont beaucoup plus chères, il faut vraiment euh.... Alors ça pourrait être
473 intéressant mais la direction nous demanderait plus "oui, qu'est-ce que vous allez faire avec ça"
474 donc il faut un projet bien défini autour de cela pour qu'il y ait quand même au niveau de la
475 direction qui disent bon, je vous ai dit ça mais il faut qu'il y ait un truc qui en découle autre que
476 "je vais l'utiliser au chevet du patient quoi"
477 **Oui, oui, oui, je comprends**
478 C'est plutôt ça qui pour moi est un petit peu... c'est un frein, oui.
479 **Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de répondre à mon entretien, en tous cas, vous**
480 **m'avez apporté énormément d'informations qui vont m'être très précieuses, donc merci**
481 **encore pour votre collaboration.**
482 Merci à vous

Retranscription entretien acteurs de terrain (2)⁴⁵

- 1 **Est-ce que vous pouvez dans un premier temps m'expliquer votre parcours professionnel**
2 **?**
3 **Oui**
4 **Ainsi que tout ce que vous avez suivi comme formation par rapport à ce parcours ?**
5 D'accords, euh donc je suis, j'ai fait mes études d'infirmière, je suis sortie en 94 comme
6 infirmière, en 95 comme accoucheuse et j'ai commencé à travailler le premier juillet 95 à
7 l'hôpital Notre-Dame de Grâce à Gosselies.
8 **Ah oui**
9 Donc comme sage-femme à ce moment-là. Alors, j'avais euh prévenu la direction que j'aurais
10 aimé faire un (hésitation) comment ça se disait... une licence à ce moment-là en sciences de la
11 famille et de la sexualité. Et donc euh je leur avis dit que ... après que je demanderais un mi-
12 temps parce qu'on a été engagé à 3/4 temps, et j'avais dit que je demanderais un mi-temps.
13 Donc à ce moment-là, on ne voulait pas me donner les crédits d'heures.
14 **Ah oui oui oui**
15 Comme ça n'avait pas trop...fin oui, ça avait un lien mais bon, pas vraiment euh... voilà, ils
16 voulaient bien pour un truc en hygiène hospitalière et tout ça, mais pas pour ça, donc voilà.
17 Donc euh j'y ai travaillé beh près de deux ans. Euhhhh, parce qu'en fait, quand j'ai demandé
18 mon mi-temps, on m'a proposé d'aller travailler comme infirmière dans un autre service, et
19 qu'après, j'aurai un mi-temps comme accoucheuse. Ce que je ne croyais pas, et donc du coup,
20 j'étais choquée car je leur ai dit "vous saviez bien que j'allais demander un mi-temps après"
21 donc voilà. Donc euhhhh, on avait deux fois un contrat d'un an donc j'ai dit "Ecoutez, non, ne
22 renouvelez pas mon contrat et euh je vais aller voir ailleurs."
23 Donc euh voilà, et j'ai trouvé une place dans une petite maison repos de trente-deux lits, donc
24 c'était vraiment...
25 **Ah oui**
26 Très familial
27 **Oui**
28 Et là en fait, chaque année, mon patron changeait mes horaires, euh pour que je puisse aller au
29 cours à Louvain-la-Neuve. Donc, c'était "le cul dans le beurre" comme on dit
30 **Mmm Mmm (acquiescement)**
31 Donc voilà et puis ça devait être transitoire et je me suis super bien plue, j'ai fait travail de jour,
32 travail de nuit, j'ai eu un poste de responsable d'équipe, euhhhh et euhhhh et les années, je vais
33 dire euh, allant, j'ai perdu mon amie d'enfance sur six mois de temps d'un cancer du côlon en
34 2000, et donc, je me suis intéressée aux soins palliatifs. Donc, j'ai demandé à mes patrons de
35 maison de repos si je pouvais me former en soins euh palliatifs, et ainsi, beh j'instaurerais un
36 peu la philosophie palliative au sein de la maison de repos, ce qu'ils ont accepté. Donc du coup
37 j'ai fait la formation, 'fin une formation soins palliatifs et grand-âge euhhh et donc j'ai
38 commencé avec ça,
39 **Mmm Mmm (acquiescement)**
40 Et puis euh beh ça me plaisait, mais je trouvais que euhhhhh, Mmmmm, comment (longue
41 hésitation) pas en maison de repos, même si quand on avait des situations palliatives, on me
42 laissait un peu euh faire ce que j'avais appris, mettre en pratique certains trucs et tout.
43 J'étais embêtée vis à vis de mes collègues qui beh voilà, c'est petit mais c'est quand même un
44 rendement
45 **Oui**

⁴⁵ En caractères gras : Interventions de l'interviewer

46 Faut que ça tourne
47 **Oui oui oui**
48 Donc, euh donc voilà. Et donc en fait je suis allée trouver mes patrons après donc euh, j'ai
49 travaillé là pendant sept ans et je suis allée les trouver en disant "Ecoutez, je n'aimerais faire
50 que du palliatif, donc, j'aimerais postuler à l'IMTR puisque là je sais qu'il y a un service de soins
51 palliatifs". Et c'est comme ça qu'en 2004 je suis arrivée ici (rires), et que j'ai été engagée et que
52 j'y suis depuis. Donc euh voilà. Ici, quand j'ai été engagée, euh, on m'a demandé de faire la
53 formation de l'ACN
54 **Oui**
55 Euhhh donc voilà, c'que j'ai fait. Alors, naturellement, il y a toujours des petites formations
56 comme ça euh, sur le massage, sur l'écoute active euh etcetera, qu'on fait à l'occasion. On a ici
57 des réunions, j'ne sais pas si on vous a dit mais on a des réunions éthiques
58 **Oui**
59 Avec un philosophe
60 **Oui**
61 Donc voilà. Et alors, euh, comment, euh, moi il y a cinq ans (hésitation) 'fin il va y avoir six
62 ans, j'ai eu un accident de travail, euh, je suis tombée dans le service et j'ai eu des fractures au
63 bras où j'ai été en arrêt pendant dix-huit mois, et on ne savait pas en fait si j'allais pouvoir
64 retravailler comme infirmière (Expression de déception).
65 J'ai bossé pour 'fin voilà. J'arrive à faire mon métier. Mais après je me suis dit, si jamais un jour
66 ça ne va plus parce que le coude, il ne va pas aller en s'améliorant parce que je garde quand
67 même des séquelles... Et donc en fait j'ai repris des cours du soir pour être entrepreneur de
68 pompes funèbres
69 **Ah oui (étonnement)**
70 Parce que ça m'a toujours attiré (chuchotement un peu gêné suivi de rires) et que je me dit que
71 j'aurais dû le faire avant (rires). Donc euh donc voilà, donc... Et je comment, je donne un coup
72 de main je vais dire c'est plus je vais dire un coup de main je vais dire par sympathie parce que
73 c'est des gens que je connais
74 Mmm Mmm (acquiescement)
75 Et qui m'ont pris comme stagiaire je vais dire donc euh voilà parce que comme je suis à temps
76 plein ici euh, c'est difficile d'avoir un contrat ailleurs
77 **Oui, c'est clair**
78 Voilà quoi. Donc quand je suis libre et qu'il a quelque chose, qu'on doit aller préparer un corps,
79 il me demande et c'est un hobby je vais dire (rire) si je peux me permettre (rires) donc voilà
80 **C'est marrant comme parcours, vous êtes vraiment partie de la naissance**
81 Oui, jusque la mort
82 **Voilà**
83 Mais euh comment euh (hésitations) quand je travaillais comme accoucheuse, j'étais déjà très à
84 l'aise avec les comment, avec la mort périnatale, et donc d'ailleurs ma chef de service disait
85 toujours "c'est vraiment interpellant" parce que j'avais 23 ans, donc voilà. Et elle dit "tu as une
86 aisance" et donc euh. Et alors, je ...allez... je me disais aller présenter le bébé, ou faire des
87 photos, 'fin, accompagner la maman, 'fin euh 'fin voilà, c'était mon dada entre guillemets.
88 **Oui oui**
89 Ce que je n'aimais pas, c'était chercher le cœur du fœtus 'fin du bébé, parce que là euh, c'est
90 toujours un stress quand on ne le trouve pas et donc voilà. Mais une fois que je savais que
91 l'enfant était décédé, voilà, dans ma tête, c'était un autre accompagnement et donc voilà. Mais
92 euh... Donc voilà, donc j'étais déjà à l'aise avec ça. Donc euh, pour moi, c'est pas étonnant
93 **Oui oui, je vois bien**
94 C'est pas étonnant, et quand j'étais gamine euh (sourire) je vais dire que c'est un peu autre chose,
95 quand j'étais gamine, il y avait le film je ne sais pas si vous connaissez, "Nightgirl" qui est en

96 fait un film ou laaa... la petite fille à comme papa un entrepreneur de pompes funèbres (rires)
97 et euh comment, et elle perd son ami d'enfance comme moi j'ai perdu, mais plus âgée, mais lui,
98 il est vraiment gamin, de piqûres deee, d'abeilles, c'est vraiment un beau film et je... à ce
99 moment-là, j'ai dit à mon papa "mais pourquoi t'es pas pompe funèbre ?" (rires) Donc voilà,
100 donc vous voyez, ça ne me dérange pas.

101 J'ai fait aussi une formation à l'évêché de Tournai pour pouvoir faire des funérailles, donc je
102 peux faire des temps de prières et des ... comment euh (hésitations) et des bénédictions à l'église

103 **Ah oui**

104 Pour, euh, lors des funérailles. Euuuuh parce qu'en fait, j'étais bénévole dans la paroisse

105 **Oui**

106 Et ou j'accompagnais les familles endeuillées, donc voilà

107 **Ah oui d'accord**

108 Voilà, ce que je fais, moi maintenant, j'ai un emploi du temps assez chargé (rires)

109 **Voilà, c'est déjà beaucoup de choses hein**

110 **Oui**

111 **Euh Mmm Donc ma question ici était quelles étaient les raisons qui vous ont amenées à**
112 **travailler dans cette unité, je pense que vous avez déjà répondu en partie...**

113 Mmm Mmm (acquiescement)

114 Et les motivations, beh sont vraiment les motivations que vous m'avez présentées, vraiment le
115 fait d'être euh de pouvoir accompagner alors les... les personnes...

116 Voilà. En fait, c'est toujours ce que je me dis, euhhh (Hésitation), je me sens plus utile à
117 accompagner les gens pendant leurs derniers moments qu'à accompagner une maman qui va
118 mettre au monde un enfant. Dans le sens où... Bon maintenant je n'ai jamais accouché hein
119 (rires) mais euh comment euh dans le sens où je me dis quand un accouchement se passe vite
120 et que ça va bien, donc c'est un évènement heureux, on en garde "oh, ça a été vite" heu hein,
121 "on n'a pas eu le temps de venir " 'fin et tout ça. Euh...Mais ça reste heureux que je trouve
122 dommage quand... qu'une personne doive partir toute seule

123 **Oui**

124 Donc voilà et donc, je me sens vraiment, voilà, je ressens vraiment mon utilité. Maintenant,
125 c'est peut-être parce que moi aussi j'ai besoin peut-être... euh j'aurai besoin d'être
126 accompagnée, je ne sais pas

127 **Oui**

128 Donc voilà, euh, (hésitation) Et ce qui est certain, c'est que, une question que je me dis aussi,
129 j'ai accompagné des gens que je connaissais, j'accompagne ici des gens que je connais très peu,
130 donc euh, donc voilà, et je me dis des fois, je me dis, j'espère que je serai là pour mes parents

131 **Ah oui**

132 **Que je vais pas louper le coche**

133 **Oui**

134 **Que Dieu leur prête vie bien bien longtemps hein**

135 **Oui oui bien sûr**

136 **Mais euh donc heu, donc voilà quoi, voilà.**

137 **OK. On continue vraiment dans la même lignée... Qu'est-ce qui vous anime le plus dans**
138 **votre profession. De nouveau, hein, j'ai déjà des éléments, mais donc vraiment pour**
139 **préciser euh quelle est votre motivation à vous lever le matin pour venir justement**
140 **travailler ici dans l'unité ?**

141 Dans l'unité... Euhhh Je vais dire ma motivation, c'est de passer une bonne journée. En fait, je
142 me rends compte que, que ce soit en accoucheuse, en maison de repos, ou ici, euh, mon objectif,
143 c'est que lorsque je mettrai au lit le soir, je fais toujours un petit bilan de ma journée (sourire)
144 et donc beh voilà, j'espère que j'en tirerai plus de positif que de négatif. Donc euh donc voilà,
145 et alors, euh, (hésitation) et je me dis beh en plus, on connaît les gens parce que c'est quand

146 même un service ... Bon, il y a des gens qui meurent relativement vite mais il y a quand même
147 un lien qui se fait 'fin, etc... Par exemple ici, j'ai une dame euh qui voulait absolument des
148 spaghettis bolognaise et donc euh ça, j'ai fait venir la logopède aujourd'hui, mais en fait elle
149 peut bien en manger. Beh moi euh depuis mercredi, mon dada, c'est d'être ce Week-end-ci
150 puisque je travaille ce Week-end-ci pour moi pouvoir lui faire des spaghettis bolognaise (rires)
151 **Ah oui oui**
152 Vous voyez donc...
153 **Oui oui, je vois bien**
154 On a toutes un projet aussi et donc euh, donc voilà quoi. Alors euh ma motivation aussi, c'est
155 de venir en allez, d'accompagner des jeunes
156 **Ah oui**
157 Je sais que c'est malheureux quand ça arrive mais malheureusement voilà, ça arrive, qu'on ait
158 des personnes plus jeunes, et donc, quand on a des jeunes d'une vingtaine d'années ou de 30-40
159 ans avec des enfants en bas-âge etcetera, là je ressens vraiment toute euh (hésitation) allez euh
160 je ressens vraiment une richesse et euh et donc là je me sens vraiment bien à l'aise, pour pouvoir
161 accompagner aussi bien les enfants que les parents, parce que si t'as trente ans, souvent, t'as
162 encore tes parents aussi. Donc euh voilà...'fin voilà.
163 **OK. Alors, en parlant de de justement de motivation, j'en arrive un peu aux valeurs qui**
164 **pour vous sont les plus importantes dans votre profession. Donc toutes ces valeurs que,**
165 **qui font partie de vous, et qui vous permettent justement de d'être motivée, et de venir**
166 **travailler dans cette unité.**
167 OK. Euhhh, beh je dirais le respect, au sens large, euh mais le respect aussi du de l'individu et
168 du corps de la personne. Euh, ça, je trouve que c'est vraiment un (hésitation) allez, je vais dire
169 euh dans les chambres, si vous avez vu, il y a une tenture qui occulte l'entrée de la porte
170 **C'est ça oui**
171 Parce que comme c'est des chambres seules, on n'a pas de tentures, donc voilà. Je me souviens
172 que c'est un des trucs que j'avais demandé quand on est venu s'installer ici, euh pour justement
173 voilà que quand on ouvre la porte pour demander un renseignement ou qu'un médecin rentre,
174 etcetera, qu'on n'ait pas directement la vue sur le patient en lui-même. Donc voilà, comme
175 couvrir un patient lors d'une toilette, euh, je vais dire, voilà. Mais je le fais même quand je
176 prépare des corps aux pompes funèbres
177 **Oui oui, tout à fait**
178 Donc euh voilà, euh, donc euh, maintenant ça ne me choque pas si je vois qu'on ne le fait pas
179 aux pompes funèbres euh mais moi si je dois le faire, je couvre mon patient
180 **Oui Oui**
181 Donc, donc voilà mais eux, ils ont un autre regard sur, euh, sur la personne décédée. Donc voilà.
182 Donc euh, euh ((sourir) Beh oui, le respect 'fin ici on est quand même beaucoup confronté au
183 mélange de cultures et de religion et je trouve ça important mais dans les deux sens quoi, de
184 respecter l'autre dans sa culture et dans sa religion mais que moi je me sente respectée aussi
185 **Oui oui**
186 Voilà
187 **Mmm Mmm (acquiescement)**
188 'fin comme le respect ça va dans les deux sens
189 **Oui oui, c'est ça hein**
190 Oui oui, ça va dans les deux sens aussi. Euh, donc voilà. Alors je sais pas si dans les valeurs je
191 dois mettre euh l'importance de la prise en charge de la douleur qui ça par exemple, des fois il
192 y a encore des douleurs qui nous échappent et donc euh des fois on se sent vraiment impuissants
193 **Ah oui**

194 Donc euh voilà, et ça, c'est difficile je trouve. Donc euh... donc voilà. Et euh alors je disais au
195 départ, je dis oui euh le fait de bien mourir mais comme dit la psychologue du service, "c'est
196 quoi bien mourir ?"

197 **Oui**

198 Bien mourir c'est peut-être ce que toi tu penses mais c'est peut-être pas ce que l'autre pense,
199 euh, la personne qui va mourir euh... Donc voilà. Et donc ça c'est vrai aussi que ça va toujours
200 dans un sens de respect, c'est que au début que je travaillais ici, euh par exemple, je me disais
201 beh peut-être que pour la personne meure en paix, qu'on la sentait tourmentée, beh peut-être
202 régler euh, s'il n'avait plus vu un enfant depuis longtemps, etc, peut-être que c'est ça qu'il vaut
203 mieux régler, et puis, beh d'un autre côté, beh peut-être bien que eux ils n'ont pas cette envie-là
204 du tout et puis beh j'ai appris aussi beh que voilà, pourquoi la personne doit toujours partir en
205 paix? C'est peut-être par confort pour nous soignant

206 **C'est ça**

207 Donc voilà, mais d'un autre côté, c'est son choix aussi de 'fin de partir dans la tourmente ou
208 d'être tourmenté

209 **Mmm Mmm (acquiescement)**

210 Donc voilà. Donc ça c'est un truc que j'avais du mal à accepter au début de ma profession que
211 maintenant euh, voilà quoi. Euh, c'est le choix de chacun.

212 **Oui, c'est... il y a beaucoup de travail qui se fait dans ce genre d'accompagnement**

213 Voilà

214 **C'est très très complexe en fait**

215 Voilà, voilà

216 **Oui, oui**

217 Donc voilà, et alors, beh j'ai envie de mettre dans les valeurs aussi le travail d'équipe,
218 l'importance d'un travail d'équipe, je trouve que ça peut-être une grande valeur. Que ici où on
219 est, bon naturellement comme dans toutes les équipes, on a des affinités plus avec certains
220 qu'avec d'autres, mais voilà, ça fait partie de l'humain. Donc euh voilà, mais on est quand même
221 soudé et si jamais, c'est vrai qu'il y a un temps de paroles tous les 15 jours auquel on peut assister
222 avec la psychologue et les médecins qui peuvent venir, 'fin tout le monde peut venir. Euh, mais
223 entre temps, on sait qu'on peut se parler entre nous si on vit quelque chose de difficile. Euh,
224 comme je dis toujours, si on vit quelque chose d'incroyablement douloureux ou
225 d'incroyablement gai, on peut se le partager et ça, c'est important, et donc j e pense que ça fait
226 partie je pense des valeurs des soins palliatifs, c'est aussi beh euh voilà, de pouvoir avoir cet
227 échange et ce lien. Donc voilà. Je ne sais pas si je répons... (rires)

228 **Oui, c'est, c'est, vous m'avez apporté plein de choses super intéressantes hein**

229 Donc euh voilà

230 **Alors, justement, dans ce service, en quoi la manière dont les soins sont envisagés, va
231 permettre de rencontrer vos valeurs. Vous m'avez déjà donné quelques exemples avec la
232 tenture par exemple**

233 Oui

234 **Devant la porte, etcetera, mais euh vraiment en termes de valeur euh plus
235 d'accompagnement, d'équipe pluridisciplinaire, etcetera, comment se déroule une
236 journée type, c'est à dire, par rapport aux soins qui sont réalisés, comment c'est réparti,
237 la répartition du travail, le temps imparti par rapport à certains soins... Donc euh, la
238 charge administrative par exemple, voilà, vraiment cet aspect organisationnel pour
239 pouvoir justement rencontrer vos valeurs**

240 **Mmm Mmm (acquiescement)**

241 Euh (soupir) beh en fait donc, beh on commence notre journée par la transmission du rapport.
242 L'infirmière de nuit fait le détail de ce qui s'est passé de la nuit. Et puis beh en général soit la
243 chef de service ou celui qui est au bureau quand elle est absente fait la répartition des tâches,

244 donc on nous attribue des chambres, on nous attribue si on fait les médicaments, les
245 médicaments du matin, les paramètres, etc... Et à midi, les repas, les entrées, voilà. Et euh,
246 comment, et puis beh moi je commence, dans les chambres, j'essaye de ne pas réveiller les gens.
247 Maintenant, parfois on est contraint parce que si 'ils dorment tous.

248 **Oui, il faut bien commencer par quelqu'un**

249 On est bien obligé de choisir, donc, voilà. Maintenant, on sait que tel patient aime mieux
250 déjeuner avant d'être lavé ou aime mieux d'être lavé pour se sentir propre pour lui déjeuner, 'fin
251 etcetera. Donc euh beh voilà, je tiens compte de ça. 'fin je parle en termes de "je" mais je sais
252 que c'est une philosophie

253 **Oui oui**

254 Donc dans la mesure du possible, on essaye de tenir un peu 'fin cette conduite-là. Euh, et puis
255 beh euh, je vais dire euh, ce que je vais dire mais qui est peut-être typique de chez nous, c'est
256 en fonction de de l'état physique et moral on va dire, psychologique du patient; la toilette ne va
257 pas se dérouler de la même façon donc euh beh voilà, si un patient est, est douloureux, et qu'on
258 s'en rend compte en début de soin, beh on refait un antidouleur et puis on va faire autre chose
259 le temps que l'antidouleur agisse et puis on revient ou alors on reste près de lui et on parle
260 d'autre chose, ce qui agit aussi au niveau du mécanisme de la douleur

261 **Oui**

262 Et donc euh, donc voilà, euh, et c'est la raison pour laquelle c'est toujours ce que je dis euh,
263 "vous pouvez avoir les mêmes patients deux jours différents, vous pouvez avoir fini vos soins
264 à 10h un jour, vous pouvez avoir fini vos soins à 12h30 un autre jour". Je vais dire parce que
265 c'est ce qui est beau aussi dans notre service, c'est que c'est jamais deux jours les mêmes

266 **Ah oui**

267 Donc heu, donc voilà. Maintenant, 'fin de toute façon moi ça peut être enregistré et ça ce qui
268 est connu, c'est la difficulté que je rencontre moi personnellement avec la chef de service qui
269 ne, qui n'a pas encore saisi ça.

270 **Oui, mais c'est vrai que c'est déjà ressorti dans les entretiens précédents**

271 Donc voilà, en fait voilà, une fois, elle m'a dit, j'avais fini mes soins à 12h20 et elle m'a dit "ça
272 ne va pas, tu vas me mettre le déroulement de ta journée, 'fin de ta matinée, et je vais cocher
273 tout ce qui n'a pas été". Je dis "X, je vais avoir 50 ans, je dis, non, je dis, c'étaient les mêmes
274 patients, mais c'étaient pas les mêmes situations par rapport à hier, si tu n'as pas encore saisi ça,
275 moi je ne sais pas ce que je dois faire" Donc voilà. Mais je m'affirme parce que j'ai quand même
276 des années d'expérience derrière, je veux dire, ce n'est pas un manque de respect, mais c'est
277 comme ça, le palliatif

278 **Et par rapport à ça tiens, c'est une question que je me suis posée l'autre fois, j'ai eu une**
279 **réponse mais euh plus ou moins, euh, la chef de service ici, elle est formée en soins palliatifs**
280 **?**

281 Oui, elle est arrivée non formée et dans l'année qui a suivi, elle a fait sa formation mais euh...

282 **Elle ne travaille pas dans les chambres ?**

283 Elle ne travaille pas dans les chambres

284 **Donc elle n'a pas...**

285 Non

286 **Elle n'a pas cette vision**

287 Elle n'a pas de pratique

288 **Elle a beau avoir la formation, savoir que, ce n'est pas mis en pratique quoi**

289 Voilà, voilà

290 **C'est vrai que c'est toujours interpellant hein de...**

291 Oui oui

292 **Il n'y a rien à faire, le vécu restera quand même...**

293 Voilà, voilà

294 **Toujours euh... essentiel**
295 Mmm Mmm (acquiescement)
296 **Et c'est vrai que le chef, il a sa logique gestionnaire et il ne prend pas... même s'il le sait,**
297 **il ne prend pas en considération...**
298 Mmm Mmm (acquiescement), et moi j'ai déjà vu, en plus j'ai une collègue qui vient de partir à
299 la pension, et on se faisait la réflexion toutes les deux, c'est toujours quand moi je suis contente
300 de ma journée, que je me dis "wahouw, quelle belle journée, et tout" qu'elle râle
301 **Ah oui**
302 Qu'il y a quelque chose qui n'a pas été chez moi... Alors euh, ma collègue-là qui est pensionnée,
303 elle m'a vraiment donné un truc mnémotechnique, je dis beh non mais c'est vrai, elle dit "Et
304 bien moi je lui dis "Et bien moi je suis contente de ma matinée, de ma journée, tout s'est bien
305 passé, 'fin voilà, je ne rentre peut-être pas dans tes critères mais voilà, tout s'est ...
306 **Ah oui**
307 S'est déroulé comme j'avais envie que ça se fasse et donc..." (sourire)
308 **Ah oui**
309 (Rire) ha mais non mais c'est typique, typique, mais bon, c'est comme ça. Ce serait une autre,
310 ce serait autre chose, ...
311 **Ah non, tout à fait, non mais c'est parce que je , vous allez comprendre pourquoi je mets**
312 **le point là-dessus parce que ça revient par après par la suite par rapport justement à**
313 **l'organisation et à la vision des supérieurs, de la hiérarchie et même de l'institution parce**
314 **que bon, cette vision d'humanisme, elle doit être partagée par les différents intervenants.**
315 **Alors, on en parlera par après.**
316 **Et euh justement, par rapport à cette organisation, est-ce que, beh ce que vous venez de**
317 **me dire, je pense que oui, mais, euh, est-ce que vous pensez avoir l'opportunité d'échanger**
318 **suffisamment avec les patients ? Alors, je sais bien qu'en soins palliatifs, ce n'est pas un**
319 **échange forcément verbal hein**
320 Mmm Mmm (acquiescement)
321 **Est-ce que vous pensez malgré les freins, les remarques ou les... est-ce que vous pensez que**
322 **vous avez suffisamment de temps qui vous est imparti par rapport à ce prendre soin**
323 **finaleme nt ?**
324 Oui... Alors, euhhh (hésitations) Actuellement , au jour d'aujourd'hui, oui (insistance); Et je le
325 disais lors d'un temps de parole, euh, en fait j'ai été absente six mois parce que j'ai eu une double
326 entorse aux deux chevilles, avec un arrachement des ligaments, donc j'ai été absente pendant
327 six mois et honnêtement, peut-être que cet accident-là n'est pas venu par hasard, euh, parce que
328 j'ai été malade du Covid pendant dix semaines lors de la première vague, et puis je suis revenue
329 travailler un peu, où là, c'était... j'avais même des idées noires, euh, et je disais à ma collègue,
330 "vous allez me retrouver dans une chambre, c'est pas possible, j'aimerais autant avoir un arrêt
331 de cœur ou un truc pareil" parce que je ne me sentais plus bien dans mon métier, euh, je ne
332 reconnaissais plus heu, maintenant c'est vrai aussi que je venais aussi de dix semaines où j'étais
333 pas bien, je revenais dans une situation Covid sur Ste Thérèse, avec des algos, on n'avait pas
334 l'infrastructure pour accueillir les gens palliatifs, on savait pas mettre les accompagnants dans
335 les chambres, euh, donc on avait les accompagnants assis sur une chaise ou sur un fauteuil toute
336 une nuit, euh parce qu'on ne savait pas mettre un bon lit ou le petit clic-clac, donc voilà, et je
337 les ai vraiment mais très mal vécus ces quelques mois-là et que je disais même "mais est-ce
338 que j'aime encore mon métier?" je me suis posée la question, je me suis dit mais...(silence)
339 voilà, je dis "j'ai l'impression de ne plus aimer ce que je fais"
340 **Ah oui**
341 Et ça j'ai toujours dit que le jour où je ne prendrais plus de plaisir, parce que je viens travailler
342 en chantant, et je chante tout le long de ma, des fois, ça soule mes collègues, mais voilà, je

343 chante tout au long de ma journée, et donc, euh donc voilà, et j'ai toujours dit que le jour où je
344 ne ferais plus ça, beh je change de métier

345 **Oui oui**

346 Et donc euh, au mois d'août l'année dernière, je me suis dit "Nom d'une pipe, qu'est-ce qui se
347 passe ?" Ça a été un peu mieux quand on est revenu ici donc au mois d'août mais j'ai retravaillé
348 donc juin juillet et une partie d'août sur Sainte Thérèse. Encore une fois, pas par rapport aux
349 collègues, on a été très bien accueillis, tout ça, c'était l'infrastructure

350 **L'infrastructure**

351 Et euh le manque de respect de la hiérarchie parce que on nous a dit que si on avait eu le Covid
352 que c'était de notre faute, 'fin bref, donc voilà et alors, ne pas savoir prendre en charge nos
353 patients palliatifs comme on le désirait, puisqu'on devait s'occuper des algos qui venaient la
354 journée.

355 **Oui oui d'accord**

356 Et donc en fait, j'avais vraiment l'impression de faire mal mon métier, que ce soit au palliatif,
357 qu'en algo

358 **Oui, c'est ça**

359 Parce qu'on était tirailé entre les deux trucs et donc voilà, donc, ça n'allait pas.

360 Et en fait, quand on est revenu ici, je me suis dit "beh non, ça va aller mieux, ça bon euh et tout"
361 puis beh malheureusement, il y a eu un truc avec la chef de service où elle m'a reproché d'avoir
362 été absente autant de semaines pour le Covid alors que c'est pas de ma faute mais bon, voilà,
363 (déception) je crois que ses paroles ont dépassé ses pensées je pense. Mais euh, et puis beh j'ai
364 eu cette histoire-là à la mi-septembre, et depuis que je suis revenue ici au mois de mars, je disais
365 "ha, je respire, je retrouve cette atmosphère palliative" Je... allez ; 'fin voilà, je retrouve cette
366 finesse, ce pourquoi j'ai décidé de me former que je vais dire il y a un an j'avais perdu quoi.

367 **Ah oui**

368 Donc euh, donc voilà. Maintenant, on a tous vécu une période difficile

369 **Oui, il y a eu une période difficile, mais enfin, vous mettez quand même en évidence que
370 l'aspect structurel et aussi le soutien de la hiérarchie y est quand même pour beaucoup
371 malgré tout**

372 Voilà

373 **On pourrait vite être démotivé en tous cas**

374 Voilà, voilà, exactement, voilà, voilà, exactement

375 Ici moi je suis reboostée à bloc, je vais faire des pâtes du week-end donc, (rires)

376 Donc voilà

377 **Euh justement, ça répond en partie à la question qui suit, puisqu'à chaque fois il y a des
378 choses qui vont revenir, maintenant je pose toujours quand même les questions parce que
379 je me rends compte au fur et à mesure de mes entretiens que ça peut parfois paraître
380 redondant mais vous m'apportez souvent des éléments complémentaires, donc c'est pour
381 ça que euh que je reviens sur ces questions-là.**

382 **Euh, les temps d'échange justement, de partages, sont encouragés par l'équipe, ça je pense
383 que vous m'avez dit que...**

384 Mmm Mmm (acquiescement)

385 **C'était la philosophie de l'équipe et qu'il n'y avait pas de... on va jamais vous juger parce
386 que vous passez du temps dans une chambre...**

387 Non

388 **Par vos collègues donc. Par le service en lui-même, par la hiérarchie, donc la chef, et les
389 médecins ?**

390 Les médecins ne 'fin du moins j'ai pas cette sensation là qu'un médecin va nous dire qu'on a
391 passé trop de temps ou un temps inutile, etc... Et comment euh, donc par eux, non. Euh, (silence)
392 je vais dire, attends, j'ai oublié....

393 **Donc est-ce que c'est vraiment encouragé, c'est vraiment ça hein ?**
394 Oui
395 **Est-ce que c'est encouragé ? Par l'équipe, oui, je pense**
396 Oui
397 **Par plus ce qui est service donc le service, c'est vraiment beh la chef en premier lieu**
398 Oui
399 **Et les médecins, est-ce qu'ils sont vraiment dans cette philosophie là ou est-ce qu'ils**
400 Oui (insistance) Franchement oui, et euh comment, ici ; le docteur X, j'ai eu un échange avec
401 lui au matin, il disait encore, on parlait d'une situation d'une dame qui normalement ne devrait
402 plus vivre et en fait beh le fait de venir ici, euh certainement que la prise en charge, l'écoute
403 qu'on a eu vis à vis d'elle, les soins aussi, parce qu'elle avait des plaies assez importantes où on
404 est venu à bout de ses plaies, donc voilà. Et donc, ça lui a permis de voir la naissance de son
405 petit-fils, et là, elle est retournée à la maison, elle nous a envoyé une carte avec la photo de son
406 petit-fils et donc, c'est beau.
407 **Oui oui**
408 Et donc on parlait, parce qu'ici, on a des grands brûlés, donc a deux grands brûlés qui ont été
409 transférés, pas parce qu'ils sont palliatifs, mais parce que les grands brûlés reçoivent des Covid
410 **Ah oui**
411 Et donc voilà, donc la maison a explosé, donc ici aussi, c'est des soins particuliers, en plus là,
412 on n'est pas habituée, on est novice dans notre truc, mais les plaies évoluent bien, les médecins
413 des brûlés viennent et tout, ils sont satisfaits, les patients sont satisfaits, ils avaient peur au
414 départ de venir chez nous. On leur a dit "*vous allez en palliatif*", on a beau vous dire que vous
415 n'êtes pas palliatif, c'est un peu heu... on se dit "*je vais tomber dans quelle ambiance et tout*"
416 Madame elle me dit "*Je savais pas qu'il y avait un rossignol dans le service*" en parlant de moi
417 puisque je chante toujours (rire) et que je ris. Elle dit "*On ne le voit pas comme ça en fait ce*
418 *service*"
419 **Oui oui, tout à fait**
420 Donc voilà. Euh, et Dr X a dit "*Oui mais, on peut dire que quand même dans l'équipe, vous*
421 *faites des soins canons hein*" Du coup je dis "*canons ? je fais*" Mais ça c'est une belle
422 reconnaissance qui vient comme ça où tu te dis, on n'a pas envie d'être encensé tout le temps,
423 ce n'est pas ça,
424 **Non, mais enfin**
425 Mais voilà, et c'est comme ça qu'il m'a reparlé de la patiente avec son petit-fils, il me dit
426 "*Regarde, la dame là*", euh, il dit "*je pense que si elle avait été prise en charge dans un autre*
427 *service où ils n'ont pas la possibilité de prêter autant d'attention, de temps, 'fin d'écoute,*
428 *etcetera, elle se serait peut-être laissée aller, et elle n'aurait pas vécu ce qu'elle est en train de*
429 *vivre quoi*"
430 **Oui, c'est ça**
431 Donc voilà
432 **ça aussi c'est une belle reconnaissance**
433 Oui, voilà, tout à fait donc euh, donc voilà. Maintenant, c'est clair que des fois, je vais dire, c'est
434 l'organisation même du service qui fait que nous même, on doit recadrer des fois certains
435 patients en disant "Ecoutez, je suis désolée, mais je dois quand même passer dans la pièce euh,
436 je dois passer au patient suivant
437 **Oui, bien sûr**
438 Donc voilà, donc euh, mais je fais ce que.... Au début, j'avais du mal à quitter une chambre, et
439 là des fois, j'ai des collègues, qui je pense simplement par expérience, et maintenant, je le fais
440 avec des nouveaux collègues en fait euh dire "*Ecoute, n'oublie pas qu'il y a quand même*
441 *d'autres...*" parce que des fois, on arrive pas à quitter
442 **Oui, c'est ça hein**

443 Et donc voilà, donc euh, et en fait, si vous le dites au patient, "*Ecoutez, honnêtement, moi,*
444 *j'aimerais rester la matinée près de vous mais malheureusement j'ai du travail ailleurs qui*
445 *m'attend*" je sais pas, "*c'est un bon moment, on va rester sur ce bon moment-là et euh je continue*
446 *mon petit bonhomme de chemin et puis je reviens vers vous*"

447 **Oui oui**

448 Voilà, ça passe sans souci quoi, donc voilà

449 **OK. Et euh, quand je dis aussi par l'équipe, par les supérieurs, l'institution en elle-même,**
450 **il y a une reconnaissance justement de cet accompagnement ?**

451 Je ne sais pas quels sont les autres échos, moi ce que je ressens, j'ai envie de dire, une véritable
452 reconnaissance et un encouragement, mais une vraie, qui vient du cœur, non !

453 Non

454 Euh, maintenant, si on les entend parler dans les médias ou tout ça...

455 **Ce qui est présenté**

456 Voilà ! Euh, "Et le GHDC a un service de soins palliatifs, etcetera"

457 **Avec telles valeurs**

458 Voiiiiiiilà, voilà

459 Mais combien de fois, on est toujours les derniers à être allez ne fût-ce qu'à avoir du matériel
460 ou tout ça, euh, il n'y a pas longtemps, qu'on a une biestrie hein, un thermomètre tympanique
461 hein

462 **Ah oui**

463 Oui, non, je vous assure hein, c'est , on fonctionne avec des trucs euh, les glucomètres, dans
464 tous les services, c'est des trucs raccordés à la pharmacie et tout, et bien nous, on a eu ça euh
465 (réfléchit) à Sainte Thérèse quand on était en Covid et que nous du coup, on l'a eu ici ou sinon,
466 avant le Covid, on était toujours avec nos petits bazars et qu'on était bien embêté parce que
467 quand on avait plus de tigettes ou que c'était en panne ou un truc pareil, on savait pas heu fin
468 donc voilà

469 Donc je pense qu'ils se ventent d'avoir un service de soins palliatifs et qu'ils sont certainement
470 contents, entre autres des soins qu'on donne mais euh s'il n'y avait que la direction, on ne nous
471 laisserait pas la possibilité de faire ce travail dans le sens où... maintenant eux aussi sont tenus
472 certainement à des contraintes mais euh allez par exemple, on est une équipe assez âgée

473 **Mmm Mmm (acquiescement)**

474 Avec beaucoup de DP

475 **Oui**

476 Et donc beh je pense qu'on a passé un TP de DP qui n'est pas remplacé. ça plus des petits bobos
477 je vais dire par ci par là. Je vais dire moi j'ai été absente dix-huit mois pour mon bras, je n'ai
478 pas été remplacée

479 **Ah oui**

480 Donc 'fin voyez, il y a quand même des choses, ... Comment voulez-vous faire un travail que
481 nous on juge de qualité palliative si on n'est pas un nombre suffisant ?

482 **Oui oui**

483 Parce que moi, c'est toujours ce que je dis aux familles et aux patients qui nous disent des fois
484 "*C'est différent ici hein, ici au moins on prend le temps hein, ici au moins on se sent écouté, ici*
485 *au moins on se sent entendu*" et je leur dis toujours " *vous savez je pense qu'on doit rester*
486 *humble parce que moi, j'apprécie la façon dont je travaille ici, mais si vous me mettez dans le*
487 *service duquel vous venez, je serai obligée de travailler comme les infirmières là, et il ne faut*
488 *pas croire, ces infirmières-là sont frustrées*"

489 **Oui, oui oui**

490 Elles ne vont pas peut-être vous le dire, elles vont peut-être le manifester par un "*Oh monsieur,*
491 *vous sonnez encore*" ou un truc pareil mais en fait, c'est de la frustration qu'on a parce que on
492 n'a pas étudié, on n'a pas choisi de faire ce métier là pour travailler comme ça.

493 **Non, certainement pas**

494 Donc, voilà, donc, je dis, on n'est pas mieux que l'infirmière d'ailleurs, on nous donne tout

495 simplement la possibilité de pouvoir faire autrement.

496 **Oui oui**

497 Donc les gens disent "*ah oui, c'est vrai, oui*". Je leur dis "*vous savez, vous me mettez dans un*

498 *autre service, je serai contrainte et forcée aussi de ne pas vous laver les jambes tous les jours*",

499 parce que c'est un des trucs par exemple mais qui a l'air banal, mais qui pour eux, c'est redonner

500 de l'importance au corps, à toute partie du corps

501 **Bien sûr, bien sûr**

502 Donc euh, "*on lave les jambes tous les jours ici ?*". On le sait bien comment ça va, quand on a

503 été en stage,

504 **Oui, c'est vrai, moi j'ai des étudiants qui reviennent ici de stage, en maison de repos, et je**

505 **n'ai pas dit que c'était comme ça partout, c'est "des expériences"**

506 Oui oui oui

507 **Donc, c'est vraiment sans jugement hein**

508 Mmm Mmm (acquiescement)

509 Et qui disent euh "*Madame, on nous a imposé 7 minutes par toilette*"

510 Ah oui

511 **Eux, nous on leur apprend la toilette avec le bras distal, puis le torse, donc fatalement, dès**

512 **leur premier stage, la technique, ils ne la font même plus, c'est du recto-verso.**

513 Oui, voilà

514 **Moi, je le sais, j'ai eu une toute petite expérience en maison de repos, malheureusement,**

515 **pas une belle expérience, où là, en termes d'humanisation, c'était plus bas que zéro**

516 Mmm Mmm (acquiescement)

517 **Et euh, et c'est vrai que c'est vraiment interpellant en fait**

518 Tout à fait

519 **Se dire que on, c'est plus des humains, c'est des objets...**

520 Oui, tout à fait

521 Mais par exemple quand vous parlez de la toilette, vous soyez, quand moi je prends en étudiant

522 en charge ici, 'fin normalement, ils sont déjà plus loin dans leur parcours donc voilà, mais, je

523 réexplique quand même euh parce que souvent je trouve que même les acquis de base, ce sont

524 des gens de troisième...

525 **Les soins annexes !**

526 Oui, par exemple, oui,

527 **Ça, c'est un truc euh**

528 **"Qu'est-ce que vous entendez par soins annexes ?" "Je ne sais pas, une barbe, ...**

529 Voilà

530 **Coiffer les cheveux... L'autre jour, j'ai une étudiante qui me dit "oui j'ai fait ses cheveux"**

531 **mais le Monsieur, il avait une boule de nœuds**

532 (Rires)

533 **Qu'à mon avis il n'avait plus été coiffé depuis je ne sais pas combien de temps et je dis "tu**

534 **as coiffé le Monsieur je dis. Enfin voilà, la barbe, il me dit qu'il me dit qu'il n'a pas de**

535 **miroir, beh je dis, on va aller chercher un miroir, et le patient s'est débrouillé, et on a**

536 **achevé avec lui, mais quelle satisfaction pour lui.**

537 C'est ça

538 **Et rien que ça, 'fin, c'est énorme, maintenant encore une fois, moi en tant que MFP, je**

539 **viens, je passe ma matinée avec un étudiant, avec un patient**

540 Voilà, avec un patient

541 **Parfois deux, mais 'fin voilà, je veux dire, je peux prendre le temps aussi de ...**

542 Mmm Mmm (acquiescement)

543 **Mais, mais, les étudiants en sont arrivés à oublier que ça fait partie intégrante ...**
544 Tout à fait
545 **Du bien-être du patient quoi**
546 Mmm Mmm, tout à fait
547 **Et c'est vrai que c'est interpellant**
548 C'est interpellant donc euh, donc voilà. 'fin moi je reprends, je reprends à la base et je leur dis,
549 je dis même "*tu sais*" je dis.... Des fois ils me disent ça "*j'fais tout hein*" et je leur dis "*Et bien*
550 *moi je vais te dire que moi ça dépend*"
551 Je dis "il y a des fois chez certaines personnes, oui, je vais vite laver tout, vite rincer tout, voilà,
552 parce qu'elle le supporte etcetera
553 **Voilà, c'est ça**
554 Et t'en as d'autres qui sont frileux mais qui ne supporteraient pas ce rythme-là
555 **Voilà**
556 Et donc du coup, beh je fais ici rien que le bras et une partie donc là, hop, que je sèche, que je
557 recouvre bien. Je dis "Tu n'auras pas deux toilettes les mêmes"
558 **Voilà, c'est vraiment une adaptation permanente quoi**
559 Ça devrait être comme ça dans tous les services, toujours quoi
560 **Oui, c'est ça**
561 Mais, d'autant plus ici au palliatif, tu n'auras pas une toilette... j'dis "*je vais avoir un patient qui*
562 *est déjà sur le côté et je le trouve bien sur le côté, je dois le réveiller. Je lui dis "je vais me*
563 *permettre de faire vos soins, euh hein et tout, comme vous êtes sur le côté, je vais déjà faire*
564 *votre dos et votre siège*""
565 **Bien sûr, mais oui**
566 Je dis "*tant que tu changes ton eau en temps voulu, etcetera, il n'y a rien qui t'empêche, et des*
567 *fois, c'est moins agressif que de commencer directement par un visage*"
568 **Tout à fait**
569 Commencer par un visage chez une personne confuse, on part à la cata hein
570 **Exactement**
571 Il vaut mieux faire le torse et tout et puis euh quand la relation est, est établie, faire le visage,
572 du moins les premières fois où il ne nous connaît pas heu
573 **C'est ça**
574 Donc, voilà
575 Donc, et c'est toutes ces finesses là que quand on a un étudiant, qu'on essaye de remettre en
576 valeur
577 **Oui**
578 Parce qu'on sait que dans les autres lieux de stage, ils n'ont pas le choix, ça doit euh, ça doit
579 tourner quoi, donc euh donc voilà
580 **Mais c'est triste que 'fin**
581 C'est triste, c'est très triste
582 **De dire "on n'a pas le choix" 'fin on ne devrait jamais entendre ça dans un métier comme**
583 **le nôtre hein**
584 Oui, oui
585 **'fin voilà, c'est tout un autre débat, mais...**
586 Oui
587 **Alors, dans la manière dont les soins sont envisagés, euh, est-ce que vous pouvez-mettre**
588 **en évidence, donc dans ce service-ci, mettre en évidence les différences entre ce service et**
589 **les autres services au sein desquels vous avez travaillé ?**
590 **Donc vous m'avez dit beh oui, en comment euh (cherche ses mots) ça ne me revient pas...**
591 **votre expérience euh**
592 Maison de repos ?

593 **Donc il y a eu la maison de repos et avant vous étiez...**
594 Accoucheuse
595 **Voilà comme accoucheuse donc beh là, oui, c'est aussi un peu particulier. Est-ce que vous**
596 **percevez justement euh cette différence dans la manière dont les soins sont envisagés,**
597 **justement ici dans une unité telle que celle-ci euh avec comme vous avez dit "on a quand**
598 **même la possibilité hein de prendre le temps, etcetera et d'autres unités beh il y avait la**
599 **maison de repos entre autres**
600 Mmm Mmm (acquiescement)
601 Par exemple euh
602 Alors, par rapport à mon métier d'accoucheuse, je vois pas de différence dans le sens où euh...
603 Donc moi quand j'ai travaillé à Gosselies, on faisait la néonatalogie parce que c'est une petite néonatalogie,
604 c'était pas un grand N, donc on faisait la néonatalogie, on tournait quoi, on faisait néonatalogie, maternité,
605 bloc accouchement. Et dans la maternité, on avait, ce que je trouvais pas logique, que j'ai vécu
606 personnellement, et je me suis rendu compte que c'était pas facile, on avait des accouchées, on
607 avait des menaces d'accouchement prématuré, et on avait les gynécologues
608 Oui
609 Euh, donc, les cancers du sein ou de l'utérus etc...
610 C'est ça
611 Mais qui étaient dans les mêmes chambres que les mamans,
612 Ah oui
613 Et moi je disais déjà au gynécologue "ça doit être horrible" Un où vous êtes en menace
614 d'accouchement prématuré ou vous venez de perdre votre bébé, et vous êtes à côté de la néonatalogie
615 où vous entendez des enfants brailler, ça doit déchirer le cœur 'fin donc voilà. Euh, vous venez
616 d'être opérée, on vous a enlevé l'utérus, etcetera et là aussi Et moi j'ai vécu ça 'fin j'ai encore un
617 ovaire donc si je voulais 'fin j'étais pas en condition pour avoir un enfant... Mais je me suis
618 faite opérée là puisque mon gynécologue est là et euh et je me suis retrouvée dans cette chambre avec
619 le petit lit pour enfant, euh, j'étais pas loin de la néonatalogie, euh (silence) et je me suis pourtant...
620 Voilà, je ne suis pas stérile, on m'a enlevé... on ne s'y attendait pas, c'était quand même une
621 tumeur pré-cancéreuse, ça on ne s'y attendait pas, on croyait que c'était un simple kyste, donc
622 voilà et bien et je me suis dit, j'ai dit à Maman "ça fait quand même drôle, même si je suis pas
623 en couple pour le moment, et tout, ça me fait quand même drôle de me retrouver dans cette
624 chambre de maternité alors qu'on m'a amputée d'une partie de ma féminité et que... Donc
625 voilà... 'fin bref
626 Donc euh tout ça pour dire qu'au niveau humanité, là je trouvais là que l'infrastructure
627 **De nouveau ; c'était pas adapté**
628 Oui, par contre, la prise en charge, là on pouvait prendre son temps, de discuter et avec nos
629 opérés gynécologues ou avec nos menaces d'accouchement prématuré ou les mamans, les
630 accouchées, ça c'était bien passé ou moins bien passé, 'fin bref etcetera
631 Donc là, on nous mettait quand même aussi la possibilité, et on était en nombre suffisant
632 Mmm Mmm (acquiescement)
633 **Ça aussi.**
634 Ça oui, oui
635 Il faut dire que donc euh, donc voilà.
636 Alors, à la maison de repos beh je trouve qu'on faisait vraiment son possible, mais euh, 'fin déjà
637 avant de faire mes nuits, je le savais bien... Ce que je trouve mais inhumain mais d'un autre
638 côté, c'est vrai qu'au niveau organisationnel, on n'était pas assez, c'est qu'on devait faire des
639 toilettes pendant... à trois heures du matin
640 **Moh, c'est pas possible**
641 Voilà, on donnait à manger à quatre heures du matin à certaines personnes et euh et donc voilà,
642 et c'était même pas 'fin pour finir, ça a changé un petit peu, on a réussi à changer un peu mais

643 ce n'était quand même pas ça. C'était même pas, allez je vais dire vous avez un patient qui est
644 confus une nuit et beh vous dites "comme il est confus, réveillé, beh que je le lave à trois heures
645 du matin ou à huit heures du matin, autant que je le le lave maintenant, et elle dormira au matin.
646 **Oui oui**
647 'fin, j'vais dire, d'un autre côté, voilà mais non, on avait des chambres qu'on devait aller, que la
648 personne dorme ou que la personne ne dorme pas
649 **Oui oui, c'est ça**
650 C'est ça qu'était pas humain je trouve
651 **Non, clairement**
652 Donc voilà. Mais on était obligées, c'était comme ça, c'est...'fin voilà. Donc ça c'était difficile
653 **Oui, ça je comprends**
654 Ça c'était difficile (déception)
655 Euh, et pourtant, je vous dis je travaillais dans une petite maison de repos donc on avait peut-
656 être deux toilettes, peut-être pas tout le temps mais on avait deux toilettes mais (soupir) je ...
657 deux toilettes et donner à manger à ces heures-là, 'fin je trouve que voilà...
658 **Mais moi, quand j'ai fait les nuits, je travaillais de nuit au sein d'une institution et il y a**
659 **été un moment donné où le week-end, parce qu'elles étaient en sous-nombre, on nous**
660 **obligeait à faire deux à trois toilettes**
661 Ah oui
662 **Avant de terminer la nuit quoi**
663 Ah oui
664 **Donc ça veut dire qu'à cinq heures du matin, il fallait aller commencer une toilette**
665 Ah oui
666 **C'est pfff**
667 Oui
668 **Oui, en plus du reste, puisque c'est le moment où on prend les paramètres, on donne les**
669 **premiers médicaments**
670 Oui
671 **On change les perfusions, 'fin... (soupir)**
672 Oui
673 **C'était aussi n'importe quoi, il y a eu toute une 'fin, le personnel s'est quand même un peu**
674 **euh... quand même un peu euh (cherche ses mots)**
675 Rebellé
676 **Rebellé et euh et finalement, c'est quelque chose qui est tombé à l'eau, parce que même**
677 **chose, en termes d'humanisation, c'est 'fin, si vous êtes hospitalisé et qu'on vient vous dire**
678 **à cinq heures ou à quatre heures et demi du matin parce qu'en fonction de la charge de**
679 **travail "Bon beh on va venir vous laver parce que ..."**
680 Mmm Mmm (acquiescement)
681 **'fin moi, j'accepterais jamais quoi**
682 Oui, oui
683 **Moi je dois dire, moi à quatre heures et demi du matin, je dors (rires)**
684 Tout à fait, tout à fait
685 **oui, donc c'est vrai que c'est C'est des expériences euh**
686 Donc voilà, beh ici beh non, 'fin ici, je trouve que (silence) Depuis qu'on a donc le nouveau
687 médecin, que c'est le docteur X, c'est vrai qu'il demande plus vite que les labos soient faits à six
688 heures du matin, ainsi quand eux ils arrivent, c'est déjà parti, etcetera que nous parfois, c'était
689 fait entre huit et dix heures
690 **Oui oui**
691 Même si la personne ne mangeait pas, on n'était vraiment pas pressé d'avoir... puisqu'il était à
692 jeun

693 Donc voilà, donc c'était vraiment, on n'allait pas aller éveiller la personne pour.
694 Donc ici, dans la mesure du possible, beh c'est maintenant les filles de nuit qui font les labos,
695 mais s'il y a vraiment un truc où la personne, allez euh, n'était pas bien et qu'elle s'est endormie
696 sur le matin, et tout, beh, elle le laisse, on met une note, et là ils comprennent, c'est des
697 exceptions, donc voilà.
698 Maintenant c'est clair que, là on a été clair avec eux mais que on... Ils continuent à le faire, mais
699 nous on continue à fonctionner comme ça aussi euh par exemple, on sait bien que le Pantomed®
700 et le L-thyrone® doivent se prendre à jeun, avant le repas, donc, maintenant ils ont pris pour
701 parti de le mettre à six heures du matin. Avant, tout était mis à huit heures
702 **Oui oui, oui oui**
703 Et donc voilà, mais moi je dis, on ne réveille pas les gens à six heures du matin pour prendre
704 un Pantomed® et le L-thyrone® hein
705 Donc, maintenant, les gens qui sont bien, on leur dit à 6h du matin, quand vous vous réveillerez,
706 à partir de 6h du matin, vous aurez des pilules, vous les prenez à ce moment-là, tant que vous
707 les prenez avant de manger
708 Et bon, pendant des années, ils ont pris leur Pantomed® avant de déjeuner, ils ont déjeuné tout
709 de suite, bien sûr et ils n'ont jamais rien eu (rires)
710 **Mais non, c'est juste que des fois, c'est un peu moins bon mais...**
711 On nous disait "*oui mais on n'aime pas*" mais l'important aux soins palliatifs, c'est que tu puisses
712 vivre, au rythme de ton corps, ce qu'on devrait faire tout au long de notre vie
713 **Tout à fait**
714 Qu'on ne fait pas, qu'on ne fait pas en fait
715 **Mmm Mmm (acquiescement)**
716 Donc euh donc voilà
717 **Tiens, vous me parliez des médecins tout à l'heure, je voulais rebondir dessus et quand**
718 **vous disiez beh oui c'est vrai au sein même de l'institution en tant que telle, on ne peut pas**
719 **dire qu'il y a vraiment de reconnaissance, 'fin voilà, il y a des choses qui ont mis beaucoup**
720 **de temps à se mettre en place comme du matériel**
721 Mmm Mmm (acquiescement)
722 **Et donc finalement, c'est un peu grâce à l'équipe justement peut-être ou aux médecins qui**
723 **font que malgré tout qu'il y a cette reconnaissance et euh quand vous me dites "s'il n'y**
724 **avait qu'eux, s'il n'y avait que l'institution en elle-même", en termes de reconnaissance,**
725 **alors finalement elle passe par ... par le médecin, l'équipe pluridisciplinaire ? Qu'est-ce**
726 **qui fait que c'est porté ? C'est ça que je veux dire.**
727 Moi je trouve que la plus belle reconnaissance, c'est des fois le sourire ou la larme d'une famille
728 **Oui**
729 En fin de parcours. Donc que ce soit lors d'un retour, lors d'un décès, donc voilà, c'est ... Pour
730 moi, c'est ma plus belle reconnaissance. Maintenant qu'un médecin soit reconnaissant vis à vis
731 de moi, que l'institution soit reconnaissante vis à vis du service, oui c'est bien, mais comme je
732 vous disais encore, celles vraiment avec le cœur, c'est des familles et des patients qu'on les
733 reçoit donc, voilà. L'institution, ça fait toujours un peu rire parce qu'ils sont là avec leur rond
734 là, leur bulle là
735 **Oui, oui, c'est ça**
736 Et tout, mais euh, ça fait joli quoi, mais même vis à vis de nous, ils ne sont pas toujours très...
737 on a souvent l'impression que s'ils savent faire des trucs pour nous contrarier, ils le font. je sais
738 qu'ils sont tenus aussi à certains trucs mais pourquoi demander l'avis?
739 On va changer de bâtiment, avant de faire les plans de ce bâtiment, on a demandé l'avis à tout
740 le monde semble-t-il donc nous on a demandé notre avis aussi, on a fait des réunions là-dessus,
741 donc, on a quand même investi de notre temps. Et donc, on avait demandé d'être dans un rez-
742 de-chaussée comme ici pour pouvoir profiter d'un jardin, ou tout ça, pour les patients parce que

743 bon, en plus, 'fin moi j'ai connu aussi le service au premier étage, donc c'est vrai qu'être ici c'est
744 un plus parce qu'au premier étage, on ne savait pas descendre les gens etcetera donc on avait
745 demandé d'être soit au rez-de-chaussée ou soit, si on était à un étage d'être au dernier étage
746 comme nous faire comme nous faire un penthouse comme ça
747 **Oui oui oui**
748 Avec vraiment... pour ne pas qu'on se jette, que ce soit bien sécurisé et tout, pour dire d'avoir
749 euh voilà... Et on est au troisième étage, avec en face de nous la psychiatrie, et au-dessus de
750 nous le service technique
751 **Ah oui...**
752 Et avec une petite terrasse ou on sait mettre je crois que c'est trois lits ; Voilà.
753 **Pourquoi nous avoir demandé de faire des réunions, de nous demander notre avis, si c'est**
754 **pour faire ça ?**
755 **Oui, donc là ça montre bien encore en termes, ... quand je parle de reconnaissance, ça**
756 **passé par tout ça aussi hein, se dire que voilà, ce service qu'on prône**
757 Voilà, moi je dis, on se fout de nous
758 **C'est super décevant évidemment**
759 On se fout de nous
760 Maintenant, c'est ce qu'on m'a dit parce que moi je ne suis pas dans le truc organisation de ce
761 bâtiment, la personne dans le service qui fait partie des réunions et tout, on nous a dit, pour aller
762 à la morgue, il faut seize minutes aller, seize minutes retour. Vous êtes partis une demi-heure
763 **M'enfin**
764 Alors déjà ici c'est vrai que nous on avait l'habitude d'aller jusqu'au bout et donc le fait
765 d'accompagner les gens jusqu'à la morgue, pour nous, c'était vraiment boucler la boucle
766 **Oui oui oui, bien sûr**
767 Donc voilà
768 Alors maintenant, ici, on a des morguistes, qui sont très bien, mais ça nous a déjà fait drôle ça
769 des fois... Quand elles viennent et que nous on accompagne plus à la morgue. Maintenant, c'est
770 devenu une routine, donc je suppose que dans ce grand bâtiment là, que c'est elles qui vont
771 d'autant plus venir
772 **Oui oui**
773 Donc euh, con voilà. Mais moi, des fois, quand je téléphone à la morguiste, pour dire que j'ai
774 un décès, je lui dis "tu veux que je te le descende à la morgue ?" Beh parce que moi ça me...'fin
775 voilà, j'ai l'impression de terminer mon travail, de terminer ma relation avec Monsieur, avec
776 Madame, 'fin voilà quoi
777 **Oui, oui**
778 Donc euh, mais bon euh, mais euh mais non, ils ne pensent pas à tout ça alors, être humain là-
779 dedans, on n'a pas la même notion je pense
780 **Non, clairement**
781 Entre l'institution, les hautes instances, et euh...Non, on n'a pas la même notion
782 **Il n'y a pas la même notion, même si c'est des valeurs qu'on a envie de prôner, on 'fin**
783 **voilà, je ne sais pas comment ça se passe au niveau institutionnel, c'est pas un pan de mon**
784 **travail que j'ai envisagé, mais moi ce que je cherche à savoir c'est tiens est-ce que oui**
785 **derrière, est-ce que l'institution suit ou ne suit pas ? Beh je pense qu'il y a une volonté**
786 **aussi mais que tout est mangé par cet aspect euh organisationnel, gestionnaire, euh, 'fin**
787 **euh, et finalement, ils passent à côté de l'essentiel, c'est pas leur priorité en fait**
788 Mmm Mmm (acquiescement)
789 **C'est pas un objectif commun. Autant dans l'équipe, enfin finalement c'est un peu comme**
790 **ça que je le perçois**
791 Oui
792 **Il y a un objectif commun**

793 Commun, tout à fait
794 **Hein, vis à vis (I coupe la parole)**
795 Et donc avec les médecins on a les mêmes objectifs aussi, et c'est pour ça qu'on se sent soutenus
796 par nos médecins
797 **Oui**
798 Mais euh, oui, c'est certainement ça
799 **ça donne cette impression-là, maintenant 'fin voilà, c'est c'est... on part encore dans un**
800 **autre débat, mais c'est vrai que c'est assez euh assez difficile quand même pour les**
801 **infirmiers de terrain ou malgré toute la bonne volonté du monde, on sent quand même**
802 **qu'au-dessus euh c'est...**
803 **Oui**
804 Mais moi je me dis que si on reste dans la même ambiance d'équipe... J'ai peur avec ce
805 déménagement, honnêtement, je ne suis pas à l'aise avec ce déménagement, parce que moi, je
806 me plais bien ici euh... D'un autre côté, on est dans l'hôpital, mais on est à l'extérieur
807 **Oui, oui**
808 Et donc voilà, donc euh maintenant, c'est vrai que j'ai pas mal de collègues qui s'en vont ben
809 voilà, parce qu'elles sont pensionnées, on en a plusieurs ici cette année-ci. Donc je me dis ça va
810 être des nouvelles têtes qui vont venir (déception) Quand je vois des fois les motivations pour
811 venir, c'est euh "oh c'est pour achever ma carrière, parce qu'il y a moins de lits, ...
812 **Ah oui**
813 C'est "Oh c'est parce que j'en ai marre de la « G » hein, j'en ai marre de faire de la gériatrie, c'est
814 parce que j'ai mal au dos hein euh"... On a toutes mal au dos
815 **Ah oui ça**
816 (Rires)
817 **En plus hein, c'est peut-être moins de toilettes, mais la lourdeur des toilettes est quand**
818 **même là**
819 Et je vois euh, quand je vois la motivation, et je ne suis pas la seule à penser ça, on se dit euh
820 "qu'est-ce que va devenir notre service ?" voilà, on verra,
821 Je me dis que pour le moment ça va (rires)
822 **Il faut essayer de savourer l'instant présent, voilà, voilà**
823 **Oui**
824 **Alors, moi si je vous parle de soins humanisants ou d'humanisme soignant, parce qu'on**
825 **entend hein, tous ces beaux mots... qu'est-ce que ça évoque pour vous ?**
826 (Silence... I réfléchit)
827 Euh, beh des soins humanisants beh.... Pour moi, c'est ce qui remet vraiment l'humain, la
828 personne comme centre d'intérêt au niveau d'un soin. Donc euh, par exemple euh et je pense
829 qu'on a tous tendance à le faire... Moi des fois j'aime bien de faire une toilette toute seule quand
830 il y a la possibilité, euh, parce que la relation n'est pas la même avec le patient
831 **Ah oui, ça c'est sûr**
832 Que quand je suis avec une collègue, alors le tout, c'est quand on fait une toilette à deux, que la
833 personne est consciente, c'est de l'inclure, de faire un truc à trois,
834 **Oui, tout à fait oui**
835 Euh, mais même quand la personne n'est pas consciente, je trouve que par moment, c'est pas
836 plus mal de dire "hein, vous entendez des choses hein Monsieur" 'fin voilà
837 **Oui oui oui**
838 Ça je trouve que ... Voilà, c'est humaniser mon soin, c'est ... je parle peut-être de mon problème
839 à faire régime avec ma collègue pendant que je suis en train de laver quelqu'un mais à un certain
840 moment, je dis "mais franchement, vous rentrez dans notre intimité hein" Donc euh, donc voilà
841 mais euh donc voilà, donc

842 Humaniser les soins beh c'est ça 'fin pour moi c'est (silence) répondre aux attentes allez par
843 exemple beh voilà, s'il est douloureux beh attendre, postposer son soin, etcetera. Ou si tout
844 simplement beh ici la dame des grands brûlés, quand je suis arrivée dans la chambre je dis "on
845 va faire votre toilette à Monsieur et à vous" "oui, oui, j'ai pas le moral aujourd'hui..." Beh qu'est-
846 ce que vous faites, vous vous asseyez, ça c'est humaniser son soin je trouve...Beh du coup ça
847 prend plus de temps

848 **Ah oui oui**

849 **Bien bien, euh et donc, avez-vous le sentiment que vous réalisez des soins humanisants**
850 **dans votre pratique de soins quotidienne ? Beh vous m'avez déjà répondu en partie hein,**
851 **avec des exemples hein mais...**

852 Oui, moi je pense que oui, et d'autant plus pour le moment, si ce n'est que c'est vraiment cette
853 mauvaise période sur Sainte Thérèse où là je trouvais que je n'étais pas (réfléchi)... Je n'étais
854 pas appropriée. Je n'étais pas, non, non, Si j'avais continué à travailler comme ça, j'aurais arrêté

855 **Ha oui oui**

856 Donc, voilà, j'ai dû aller voir le médecin, j'ai dû prendre des médicaments, parce que la solution,
857 c'était d'arrêter momentanément, et ça, j'ai pas voulu. Parce que j'ai dit à mon médecin,
858 "Ecoutez, je sens que si j'arrête, je vais encore plus me détacher mon métier" alors qu'à la base,
859 c'est un métier que j'ai toujours voulu faire depuis que je suis gamine

860 Donc voilà, et en humanité, on me disait "fais médecin, fais la médecine, t'es capable, t'as les
861 capacités de faire médecin, fais médecin, fais pas infirmière" Et je me vois encore dire à mon
862 prof de sciences, je dis "Mais, mais non, moi je veux être près du patient"

863 **Ah oui**

864 Donc, on avait déjà cette image du docteur heu... je dis "moi je veux être près du patient"

865 Donc euh voilà et donc j'ai vraiment mal vécu maintenant est-ce que c'est parce que mon
866 cerveau, j'avais peut-être des dégâts au niveau cérébral avec le Covid (Rires)

867 Je ne sais pas, mais euh, mais ceci dit je trouve que je suis plus sensible depuis que j'ai eu le
868 Corona, je trouve que je suis plus... Plus émotive

869 **Ah oui oui**

870 Même en regardant un film, maintenant, je pleure, alors qu'avant, je ne pleurais pas
871 spécialement, 'fin voilà, je trouvais ça beau, je disais "oh c'est beau" 'fin donc voilà

872 Mais je me dis que c'est peut-être un moment à passer aussi, mais ça ne fait pas de moi quelqu'un
873 de plus faible pour ça hein, c'est ... mais la période là à Sainte Thérèse, ça a été très, très
874 déshumanisant pour moi,

875 **Ah oui, c'est ça**

876 Donc heu

877 **Oui mais bon, ça ne rentrait plus dans vos valeurs en fait hein**

878 Non, voilà

879 **C'est ça hein**

880 Voilà, voilà donc heu

881 (Long silence)

882 **Euh, si on en reste toujours autour des soins humanisants, est-ce que vous pensez, même**
883 **si j'ai déjà un petit élément de réponse mais, qu'une pratique de soin humanisante telle**
884 **que vous me la décrivez hein**

885 Mmm Mmm (acquiescement)

886 **Euh pourrait, pourrait être euh réaliser dans toutes les unités de soins ?**

887 Non, manque d'effectif, et infrastructure, voilà

888 **Oui, justement, j'allais vous demander si non, beh quels sont justement les freins qui sont**
889 **euh (I coupe la parole)**

890 Je crois que le plus grand frein c'est le manque d'effectif, parce que euh (réfléchi) je vais dire
891 euh quand on nous a demandé de venir ici dans ce bâtiment ci au début, on était récalcitrant

892 parce que ce n'est pas ce dans quoi on devait être, on devait être dans un bâtiment en dur euh,
893 qui devait 'fin voilà; Ici normalement, c'était du provisoire, qui est devenu définitif tout compte
894 fait, mais euh comment, on est resté la même équipe, on est resté aussi bien le même nombre
895 que les mêmes gens, donc on a tous déménagé ensemble donc voilà, on s'est dit "on va se
896 réapproprier ces lieux-ci, et faire pour que ce soit nous", donc, c'est jamais que des bâtiments
897 quoi donc euh donc voilà.

898 Par contre, beh euh nous on est déjà en sous-effectif, on voit déjà la différence parce que quand
899 vous voyez que nous maintenant on doit tourner à trois le Week-end, quand moi j'ai commencé
900 à travailler, on était au minimum cinq par équipe

901 **Rho oui...**

902 Donc euh maintenant, on est trois ou quatre donc euh, donc voilà, donc c'est... Et dans les autres
903 services, c'est encore pire à la limite je vais dire donc euh, donc voilà. Donc je pense qu'ailleurs,
904 non par manque d'effectif, d'épuisement du personnel du coup, parce que pour pouvoir faire des
905 soins humanisants, vous ne devez pas être épuisés, en burn-out donc voilà

906 Maintenant, c'est vrai qu'il y a l'infrastructure aussi qui vient peut-être en second plan mais on
907 peut être humanisant si on n'a pas une bonne infrastructure quand même

908 **Oui, c'est ça**

909 Ne fût-ce qu'en disant que l'infrastructure ne vous plait pas. Moi je me souviens qu'à Sainte-
910 Thérèse, j'ai pleuré avec une famille, une dame qui devait mourir, le monsieur il avait dû rester,
911 il ne supportait pas le fauteuil donc il est resté assis qu'il m'a dit sur une chaise et c'étaient des
912 gens d'une septantaine d'années et euh et j'ai, j'ai pleuré quand la dame est morte, j'ai pleuré, j'ai
913 dit à Monsieur "vous ne pouvez pas savoir comme ça me va loin qu'on n'a pas su vous installer
914 comme moi j'avais envie de vous installer" Je dis "*vous n'avez pas connu notre service je dis*
915 *de l'autre côté, là au moins, vous auriez pu vous étendre je dis, 'fin voilà donc je dis je dis, il*
916 *faut savoir qu'on ne travaille pas dans les mêmes conditions", outre le Covid, parce que là*
917 *aussi, on est réduit au niveau des équipes etcetera"*

918 Mais j'ai exprimé ma difficulté 'fin maintenant, je n'ai pas de gêne euh (silence) je n'ai pas de
919 difficulté d'exprimer aux patients et aux familles ce qu'on ressent nous.

920 **Oui, parce qu'en fait, le fait de s'exprimer comme ça, c'est aussi justement prendre en**
921 **considération la personne qu'on a en face de soi**

922 Voilà

923 **Le fait d'exprimer ses limites**

924 Voilà

925 **Le pourquoi**

926 Voilà

927 **On n'est pas souvent responsables en fait, c'est des choses euh**

928 Voilà

929 **Et donc ça encourage finalement l'autre à s'exprimer à son tour quoi**

930 Mmm Mmm (acquiescement)

931 **Donc c'est, c'est vraiment un partage entre... entre les deux personnes**

932 Oui

933 **Et ça, ça c'est déjà de l'humanisation dans les soins**

934 Beh oui, voilà

935 **Et maintenant quand on parle d'infrastructure, je veux dire, même si l'infrastructure**
936 **n'est pas là, euh l'humanisation n'est pas... Moi, je parle vraiment d'humanisation ici euh**
937 **de base hein, donc vraiment, cet aspect prendre soin, relation au patient, vous l'avez**
938 **expliqué tantôt hein, parfois quand le patient est inconscient, on se parle entre nous mais**
939 **hop, je pense à me rattacher au patient et à ... Ce que beaucoup d'infirmières ne font pas,**
940 **et parfois les étudiantes entre elles hein, je les vois parfois et je leur dis "Et n'oubliez pas**

941 **hein, au lieu de vous raconter votre Week-end de sortie et de guindaille, il y a un patient**
942 **que vous êtes en train de laver, juste là"...**
943 **Est-ce que vous pensez euh que cet humanisme que vous avez au fond de vous hein, je**
944 **parle vraiment de ça, cet humanisme, vous pouvez quand même réussir à le transmettre**
945 **malgré tout ou bien à un moment donné, ces aspects organisationnels et structurels**
946 **viennent vraiment manger le peu que vous pourriez donner... Quand je dis "le peu" beh**
947 **c'est ça hein, c'est l'attention au patient portée au patient durant le soin, c'est heu...**
948 Non, non
949 Et je pense que, (silence) je pense qu'on arrivera pas à me déshumaniser euh, si jamais, beh
950 comme j'ai eu à Sainte-Thérèse, si jamais je sens que c'est , que je ne sais plus donner ce
951 minimum d'humanité euh et d'humanisation à ma profession, je m'en vais, je m'en vais, je m'en
952 vais tant qu'il est temps
953 **Mmm Mmm (acquiescement)**
954 Et je pense que c'est d'avoir touché euh, je vais pas dire que j'ai touché le fond, mais j'ai quand
955 même été... j'ai quand même été mal, euhhh, maintenant que je vais mieux, je me dis, voilà, la
956 preuve que tu ne saurais pas te laisser aller jusqu'à ne pas considérer la personne au plus profond
957 de son humain donc, non, non
958 Je disais même, à ce moment-là, je me vois encore parce que je travaillais aux pompes funèbres,
959 et je disais, "*je suis plus humaine, excusez-moi avec les macchabés, non mais, je suis plus*
960 *humaine avec les macchabés qu'avec certains patients ici ou certaines familles"*
961 Mais où est-ce qu'on va ? Je dis on parle toujours des croque-morts t et tout ça je dis mais dans
962 mon équipe, là on est plus humain que ce qu'on vit nous ici...
963 **Oui**
964 'fin voilà quoi (déception)
965 Non, je ne saurais pas vivre dans des conditions euh et je comprends quand on entend des fois
966 dans les médias que, après quelques années seulement, on quitte la profession et tout, ça ne
967 m'étonne pas parce que si elles n'ont que ça comme référence, c'est pas...
968 **Ha non, c'est pas glorieux...**
969 Non, non
970 **On voit déjà ici, après un premier stage des étudiants de première qui m'ont dit "oh mais**
971 **Madame, si c'est ça le métier d'infirmière euh..."**
972 Mmm Mmm (acquiescement)
973 **"C'est pas pour moi quoi hein"**
974 Oui, oui oui oui
975 **Mais je dis "attendez, ce n'est que votre première expérience, vous allez vivre plein de**
976 **chouettes choses" hein, il y a quand même quand même des gens qui font un travail**
977 **extraordinaire, il ne faut pas non plus tout**
978 Oui
979 **Pas qu'ils doivent tout noircir et voilà et malgré justement des difficultés**
980 Oui, mais maintenant la profession n'a plus rien à voir avec ce ... il y a 25 ans quoi...
981 **Oui**
982 Je vais dire euh, donc 'fin oui, il va y avoir 26 ans que je travaille au mois de juillet, je trouve
983 que ça n'a plus rien à voir, déjà ne fût-ce que par tout le travail administratif
984 Oui, c'est ça, c'est vrai qu'on n'en a pas parlé tout à l'heure...
985 Ça nous pompe un temps et alors là aussi, du coup on n'est pas reconnu parce que on nous dit
986 "il faut absolument faire les dossiers" parce que c'est grâce à ça qu'on a les subsides etcetera
987 **Oui**
988 Et si moi je veux encore bien quand j'ai la possibilité, je veux encore bien rester une demi-heure
989 pour faire mes dossiers mais si vous mettez que c'est une demi-heure parce que vous avez rempli
990 vos dossiers informatisés, on ne vous accorde pas votre demi-heure

991 **Ah oui oui**
992 Non, ça doit être fait, alors je dis, alors, d'accord, je fais comme je dois le faire, à la sortie de la
993 chambre, mais alors du coup, j'ai fini mes toilettes plus tard, donc je fais quand même une demi-
994 heure en plus
995 **Ha beh oui**
996 Mais je mets que voilà, surcharge de travail euh, service lourd euh, donc voilà...
997 Pour essayer que ça rentre. Alors euh, je comprends des collègues qui disent "moi mes dossiers
998 sont pas remplis" Je dis "oui mais moi d'un autre côté, ça me frustre aussi de ne pas remplir mes
999 dossiers parce que c'est quand même le reflet du travail que j'ai fait"
1000 **Puis il y a le suivi du patient qui est derrière**
1001 Voilà
1002 **La qualité de ses soins**
1003 Donc euh donc voilà, mais je les comprends aussi qu'ils disent "mais moi euh, la solution, ils
1004 n'ont pas les subsides, ils n'ont pas les subsides" mais je dis "oui mais bon euh" (rire)
1005 Donc voilà quoi, Vous voyez ?
1006 Mais au début que je travaillais, on ne sentait pas cette pression euh, et euh, cette paperasse,
1007 mais maintenant, vous passez plus de temps dans, dans 'fin j'avais... Même si vous passez même
1008 une toilette que vous passez un quart d'heure beh vous passez des fois la moitié du temps en
1009 plus pour faire un dossier quoi, si vous voulez être complet quoi
1010 **Oui c'est ça**
1011 **Oui, en plus X-care, maintenant, c'est...**
1012 Donc voilà
1013 **C'est une plaie hein, si on ouvre, si on a le malheur de cocher un truc, il y a cinquante**
1014 **fenêtres qui s'ouvrent (rires)**
1015 Donc euh donc voilà, c'est ... c'est ...'fin, maintenant, c'est comme je dis, ça ne sert à rien de
1016 s'énerver parce que de toute façon, ça ne changera rien qu'on s'énerve ou qu'on ne s'énerve pas,
1017 on va se faire du tort à trop penser et...
1018 **Oui oui, clairement**
1019 Et donc voilà
1020 Donc euh mais
1021 **Oui, ça c'est un frein, on parlait tout à l'heure des freins**
1022 Oui, voilà, oui, oui, c'est vrai que je ne l'ai pas dit à ce moment-là, ça ressort maintenant, mais
1023 c'est vrai que, voilà quoi...
1024 **Euh, si vous deviez évaluer la pratique de soin en tant que soins humanisants au sein de**
1025 **cette unité**
1026 Mmm Mmm (acquiescement)
1027 **Euh, quelles sont les points forts que vous dégageriez. Il y a des choses qui sont déjà**
1028 **ressorties évidemment mais**
1029 Mmm Mmm (acquiescement)
1030 (Réflexion) Moi je dirais le oui, le respect de la personne, la personne en tant qu'être humain et
1031 en tant que corps, je trouve que c'est vraiment ce qui... et de allez, j'ai envie de dire le respect
1032 dans sa globalité, 'fin comme je disais, au niveau euh au niveau culturel, mais il n'y a même
1033 pas que ça, on a quand même de plus en plus de SDF
1034 **Ah oui**
1035 Alors, euh, ça aussi, c'est un travail hein, à dire ne pas, 'fin on ne doit pas juger, mais à se dire
1036 "voilà, personne n'est à l'abri" et ça peut arriver à tout le monde, 'fin je vais dire euh, on a eu
1037 des fois des grands professeurs et tout ça et qui sont devenus euh, donc mais malgré tout ça,
1038 que vous ayez été grand professeur ou que non, peu importe, que ce soit de la maman d'un
1039 ministre au SDF euh de Charleroi nord, dans ce service, pour moi personnellement, il est pris
1040 en compte de la même façon, il n'y a pas de VIP, tout le monde est VIP

1041 **Oui**

1042 Donc voilà, ça je trouve que c'est vraiment un gros gros... et on essaye... voilà, il y a des petits

1043 récalcitrants comme ça, mais euh, mais voilà, comme je dis toujours, "qu'on soit prout prout ma

1044 chère ou mandaille", moi j'aime bien... donc voilà

1045 **Et tantôt, par rapport à ces points forts, je reprends ce que vous m'avez dit tout à l'heure,**

1046 **vous parliez du soutien de l'équipe, et beh aussi de de l'équipe pluridisciplinaire, est-ce**

1047 **qu'ici, c'est vraiment un point fort pour pouvoir justement euh euh mettre en avant cette**

1048 **pratique de soin humanisante**

1049 Oui (répond sans hésiter), c'est vrai que je ne le ressortais pas là maintenant, mais c'est vrai

1050 parce que tous les, tous les, mar...., non tous les lundis, non, tous les mardis, oui, le lundi

1051 maintenant c'est le temps de parole. Donc tous les mardis, on a notre staff interdisciplinaire, et

1052 là c'est vrai que c'est des beaux moments d'échanges, où celui qui a envie d'exprimer sa façon

1053 de voir les choses et tout euh, donc voilà. Donc ça c'est vrai que c'est un, et ça resserre les liens

1054 **Oui, aussi, oui**

1055 Je vais dire aussi bien avec la diététicienne qu'avec le kiné 'fin, avec l'aumônière, parce que

1056 l'aumônière vient aussi, euh, l'assistante sociale 'fin, oui,

1057 **Et ça, les médecins participent aussi ?**

1058 Les médecins participent oui, et les stagiaires participent aussi

1059 **Ça c'est chouette parce que ça leur permet aussi, quand vous parliez tout à l'heure du**

1060 **nouveau médecin mais 'fin ça lui permet aussi de voir dans quelle philosophie de soins**

1061 **vous évoluez et aussi peut-être de s'adapter, il y a un de vos collègues qui m'expliquait que**

1062 **malgré tout, il vous demandait parfois votre avis, parce qu'il vient avec des nouvelles**

1063 **techniques d'antidouleurs**

1064 Mmm Mmm (acquiescement)

1065 **Parce qu'il est algologue c'est ça hein ?**

1066 Oui

1067 **Et donc euh, beh, il y a parfois des choses qui viennent un petit peu perturber la manière**

1068 **dont vous avez l'habitude de prendre en charge la douleur mais qu'il avait quand même**

1069 **pris la peine de demander l'avis de l'équipe**

1070 Oui, tout à fait

1071 **'fin ça c'est aussi un signe, 'fin je trouvais....**

1072 Oui, il y a pas, il y a pas longtemps, on a eu la situation d'une dame où on était vraiment en

1073 difficulté morale nous, à faire ses soins, euh parce que cette dame n'était pas confortable du tout

1074 'fin en plus euh 'fin, on lui avait enlevé les deux yeux, 'fin

1075 **Oh la la**

1076 Elle était cachectique, en fœtus comme ça, la peau sur les os, 'fin, démente par moment, 'fin et

1077 donc, c'était mais une calamité de faire ses soins, et c'est vrai qu'elle était sous pompe à

1078 morphine, Linisol®, etcetera et donc moi d'office, avant de la bouger, mes collègues aussi, on

1079 faisait un bolus, donc un supplément et alors il disait oui... A un certain moment, elle était

1080 tellement loin que j'ai même dit devant le Docteur X "Mais vous savez"... parce qu'il me dit 'fin

1081 il nous dit "Moi, en tant que anesthésiste algologue, je me dis que le gabarit de la dame et les

1082 doses que je lui donne, elle ne peut pas avoir mal, ce n'est pas possible". Donc c'était une

1083 sédation aussi mais donc euh du coup je dis... il dit "Est-ce qu'elle vous donne des signes ?"

1084 Alors moi je revenais toujours sur le fait je dis "Mais, je dis oui, mais est-ce qu'elle est encore

1085 capable de nous donner des signes ? Elle est peut-être plus loin dans sa sédation où elle ne sait

1086 même plus froncer un petit peu mais que si ça tombe, elle a mal" Alors lui il dit "oui, je veux

1087 bien, moi je veux bien augmenter la pompe mais est-ce que ce n'est pas plus pour le confort du

1088 soignant que pour le confort de la patiente ?"

1089 **Oui, ça c'est toujours un peu euh... la limite quoi**

1090 Voilà, mais c'est bien, parce qu'on a pu en discuter

1091 **Oui, c'est ça**
1092 Et donc euh, donc voilà. Alors je dis "beh oui" je dis, "oui, c'est vrai que nous on connaît pas
1093 toujours le produit, pour nous c'est nouveau de mettre le Linosil®, le Catapressan®, oui mon
1094 Dieu, mais euh, certains, on mettait pas ça dans nos pompes avant donc c'est vrai que euh voilà.
1095 Et par exemple, j'sais pas ce que ça va donner mais comme on a de plus en plus le souci de
1096 patients qui viennent pour problèmes de douleurs encore plus qu'avant beh moi j'ai dit, "si vous
1097 comptez qu'il y ait plus d'algo ici, il faut nous former hein parce que, en palliatif on est formé
1098 dans la gestion de la douleur, oui mais pas comme un algo quoi, donc heu, donc voilà
1099 Et voilà, tout ça, il prête attention quoi, donc euh
1100 **Et ça les médecins est-ce que par rapport justement au, ça j'ai repris aussi des autres**
1101 **entretiens que j'ai déjà eu, des choses qui reviennent, est-ce qu'il y a un soutien de**
1102 **l'institution justement par rapport aux formations pour pouvoir justement accompagner**
1103 **le personnel, comme vous dites là, une formation sur l'algologie où il y a des choses qui**
1104 **évoluent tout le temps**
1105 Mmm Mmm, Mmm Mmm (acquiescement)
1106 **Et, et je pense que ça aussi, ça aide aussi à maintenir des soins humanisants parce que je**
1107 **pense que si le personnel il ne sait pas beh à un moment donné, il y a cette limite ou même**
1108 **dans tout ce qui est, 'fin vous parliez tout à l'heure des formations toucher-massage ou**
1109 **des choses comme ça, ils encouragent ça pour, pour justement avoir cette pratique de soins**
1110 **humanisantes dans...**
1111 Je n'ai pas l'impression d'être encouragée par les hautes instances
1112 **Non, ça, ça reste quand même une limite**
1113 Oui, et euh je pense que s'ils nous demandent des fois de faire un... c'est pour qu'on ait un
1114 quota, c'est simplement pour répondre au quota
1115 **Oui c'est ça, ça reste purement administratif**
1116 Oui, oui, voilà, je ne pense pas, maintenant je me trompe peut-être mais je ne pense pas
1117 Non, ils n'y pensent pas je pense
1118 **Et ils n'en n'ont pas conscience ?**
1119 Non
1120 **Et encore une fois, il y a ce détachement quoi**
1121 Beh oui, voilà
1122 **Parce qu'ils devraient ...**
1123 C'est des gestionnaires hein...
1124 **C'est des gestionnaires**
1125 C'est des gestionnaires
1126 **En fait l'objectif, moi je ne sais pas, plus j'avance dans mes entretiens, plus je me dis que**
1127 **cette notion d'objectifs communs, ça restera quand même toujours l'essence même d'un**
1128 **travail qui peut amener quelque chose, et si on veut être humanisant au chevet du patient,**
1129 **il faut qu'on puisse à un moment donné travailler tous dans la même direction**
1130 Mmm Mmm
1131 **Mais toujours en se disant qu'un objectif n'est pas un objectif théorique**
1132 Oui, voilà
1133 **Pas comme vous dites des beaux dessins ou des belles bulles**
1134 (Rires)
1135 **Mais ça me fait rire parce que vous n'êtes pas la première à me le dire**
1136 (Rires)
1137 **Mais c'est vrai, c'est, c'est, ... Les espaces d'échange, on en a parlé, et vous m'aviez dit**
1138 **aussi que vous aviez quand même malgré tout une formation, ça, ça vient quand même de**
1139 **l'institution, la formation avec le philosophe**
1140 Oui

1141 **Ça c'est quand même quelque chose qui est porté par l'institution, ou bien qui a été**
1142 **demandé par l'équipe ?**
1143 Non, ça a été demandé par l'équipe, et là on a dû faire une demande
1144 **C'est ça, ça a quand même été accepté**
1145 Et ça, ça a été accepté
1146 **Oui**
1147 Voilà, ça ça a été accepté, mais c'est pas eux qui nous ont proposé
1148 **Non,non non non non**
1149 Mmm Mmm
1150 **OK**
1151 **Euh, je ne sais pas s'il y a d'autres éléments, ou d'autres... 'fin ou des questions ou des**
1152 **éléments qui vous viennent en tête comme ça par rapport à ce sujet, ou des choses qui**
1153 **pourraient m'éclairer encore davantage hein parce que, c'est vrai que...**
1154 Beh écoutez, moi je pense que le fait de m'être arrêtée ici, et d'avoir cet échange avec vous, je
1155 trouve que ça m'a permis de me requestionner encore d'autant plus et de repartir encore plus
1156 humaine, donc voilà, donc il y aura vraiment de l'amour dans mes pâtes
1157 (Rires)
1158 Non, c'est 'fin voilà, où on ne se rend pas toujours compte parce que ça devient une routine, tout
1159 ce qu'on vit tous les jours nous ici
1160 **C'est ça, oui**
1161 En gros, hein, je veux dire hein,
1162 **Oui, ça devient toujours à un moment donné une routine**
1163 Donc, on ne se rend même plus compte des petits gestes ou des attitudes qu'on a qui font que
1164 ça donne de l'importance aux gens
1165 **C'est ça**
1166 Ça donne un sens aux gens et donc voilà. Donc, le fait d'en discuter, voilà, on en reprend
1167 conscience, et donc euh voilà, merci
1168 **Beh merci à vous, voilà, si cet échange a été positif pour l'une comme pour l'autre, beh**
1169 **c'est tout bénéfique**
1170 **Mais ce que vous dites est vrai en fait parce que dans la littérature, c'est quelque chose**
1171 **qui ressort, le fait justement euh que le personnel puisse s'arrêter, et je m'en rends compte**
1172 **tout au long de mes entretiens, et ça pour moi, c'est quelque chose wahouw quoi, je suis**
1173 **tellement contente que ça ressorte. Euh, quelque chose d'important parce que je me rends**
1174 **compte que le fait que les infirmiers se posent avec moi et prennent le temps de parler, ce**
1175 **que vous venez d'exprimer là, et bien vous êtes la deuxième à me l'exprimer en fait hein**
1176 **de dire "ça me fait tellement de bien"**
1177 **Oui**
1178 **Et je me dis il est... je me dis... j'ai pas dit que c'était la solution, mais je me dis que ça**
1179 **c'est une des pistes, c'est de pouvoir**
1180 **Oui, tout à fait**
1181 **Même parce que oui, il y a ces temps d'échanges etcetera, mais c'est c'est pas encore la**
1182 **même chose, c'est de pouvoir 'fin... (I coupe la parole)**
1183 Mais on a eu, je ne sais pas si c'est ressorti lors d'un entretien, mais on voit pour le moment une
1184 dame qui fait partie des ressources humaines, et bien donc là aussi, ça, ça vient pas de nous en
1185 fait, ça nous a été imposé entre guillemets, et la dame elle dit "Moi vous venez ici, euh, si vous
1186 me dites "je n'ai rien à vous dire" beh c'est bien, merci" donc voilà. Et euh, c'est complètement
1187 anonyme aussi, voilà, elle demande simplement notre fonction, et le nombre d'années qu'on est
1188 dans ce service, mais euh, je lui ai dit aussi "Mais qu'est-ce que ça fait du bien" donc je trouve
1189 que, allez, pour avoir peut-être plus, pour être plus sensible peut-être à l'humanisation des soins,
1190 peut-être que pouvoir s'arrêter avec quelqu'un des ressources humaines

1191 **Oui, quelqu'un d'extérieur**
1192 Voilà
1193 Parce que vous c'est différent, l'objectif est différent, vous vous êtes quelqu'un d'extérieur aux
1194 infis quoi, vous voyez
1195 **Oui**
1196 Et cette dame-là, c'est quelqu'un de l'extérieur aussi. Et donc ça permet de... voilà
1197 **C'est vrai que les espaces d'échanges, voilà c'est quelque chose de formalisé**
1198 Mmm Mmm (acquiescement)
1199 **Avec les mêmes personnes**
1200 Oui
1201 **Et donc, euh, les discussions beh voilà, il y a un échange de pratique mais c'est encore**
1202 **différent, là on cible un thème bien particulier, et c'est vrai que ça permet comme vous**
1203 **dites d'aller creuser en vous un petit peu**
1204 Oui oui oui oui
1205 **Et d'aller rechercher des choses et de se dire "beh tiens" que peut-être spontanément lors**
1206 **de vos vos entretiens euh hein, que vous faites toutes les semaines, c'est pas des choses que**
1207 **vous allez forcément expliquer**
1208 Beh oui, non
1209 **Parce que c'est pas forcément ça qui va ressortir, souvent c'est plutôt les difficultés dans**
1210 **les espaces d'échanges qui sont mis en avant**
1211 Mmm Mmm (acquiescement)
1212 **Où on essaye de trouver des solutions ensemble etcetera**
1213 Mmm Mmm (acquiescement)
1214 **Mais s'arrêter et dire "oh beh moi je fais ça, moi je fais ça" 'fin c'est pas souvent dans ce**
1215 **sens que...**
1216 Beh dans nos temps de paroles, on le dit quand même, mais c'est pas la même chose je trouve
1217 **Parce que l'objectif n'est pas le même en fait**
1218 Oui, voilà
1219 **L'objectif n'est pas le même**
1220 Voilà
1221 **Et puis on ne creuse pas autant en fait**
1222 Voilà, oui, Mmm Mmm (acquiescement)
1223 **Qu'ici, vous avez vraiment été rechercher au fond de vous même**
1224 Oui, c'est ça, voilà
1225 **C'est mais c'est chouette, moi, je suis contente de partager ça avec vous**
1226 **Moi, c'est une prise de recul que j'ai eu quand j'ai commencé à aller évaluer dans les**
1227 **services et que j'ai pris conscience de ce manque d'humanisme, par exemple quand je vois**
1228 **une infirmière déposer le plateau repas sans même regarder le patient, ça m'a vraiment**
1229 **interpellé**
1230 Quand vous dites "regarder un patient quand on dépose son plateau, euh c'est vrai que c'est tout
1231 à fait révélateur. Ce qui est révélateur aussi et plusieurs patients nous l'ont déjà dit, euh, nous,
1232 ils ont souvent des injections de morphine ou un truc comme ça et donc euh, beh ce qu'on fait
1233 ici, donc on relève la manche, et alors, ils sont toujours impressionnés parce que quand on a
1234 fini, on remet correctement la manche
1235 **Ah oui**
1236 Et plusieurs nous le disent, et nous ça nous paraît mais tellement...
1237 **Naturel**
1238 Naturel, Oui. Ils disent mais ailleurs, on nous laisse comme ça ...
1239 Donc voilà, mais eux, les patients prêtent, ou les familles parfois
1240 **C'est ça**

1241 La personne peut être inconsciente, beh la famille reste là, moi je ne fais pas sortir une famille
1242 pour une injection de morphine euh, donc euh voilà. Mais euh le fait de remettre la manche
1243 etcetera
1244 **C'est toutes ces petites choses-là, pour nous comme vous dites ça peut paraître anodin**
1245 **mais ça représente tellement...**
1246 Oui, et ça ne prend pas du temps hein
1247 **Beh pas du tout**
1248 **Moi, c'est ce que je dis toujours à mes étudiants, j'ai beaucoup d'exemples de situations**
1249 **de stage, mais moi je leur dis toujours, ce n'est pas un soin que vous allez réaliser chez un**
1250 **patient, mais c'est un patient à qui vous allez réaliser un soin, et ça, ça fait toute la**
1251 **différence**
1252 Tout à fait
1253 **Enfin, voilà, comme vous voyez, je vous en parlerais des heures**
1254 (Rires), Je vois que vous êtes une grande passionnée comme moi, c'est bien
1255 **Et bien en tous cas, un grand merci parce que vous m'avez apporté énormément**
1256 **d'informations précieuses**
1257 Ha beh tant mieux
1258 **Ça m'a vraiment fait plaisir d'échanger avec vous**
1259 Allez, plaisir partagé, bonne continuation.

Tableau 1 : Ancienneté et expériences antérieures des répondants

Répondant	Ancienneté totale	Ancienneté au sein du service ou établissement actuel	Nombre d'expériences antérieures
1	22 ans	10 ans	2
2	26 ans	17 ans	2
3	15 ans	8 mois	2
4	24 ans	20 ans	2
5	37 ans	11 ans	3
6	45 ans	2,5 ans	3
7	1 an	1 an	1
8	8 ans	8 ans	1
9	3 ans	2 ans	2
10	30 ans	25 ans	4
11	33 ans	29 ans	2

Tableau 2 : Valeurs importantes pour les soignants

Valeurs	Exemples de mise en pratique de la valeur cités par les soignants	Nombre de fois où la valeur est citée
Le respect : Le respect au sens large Le respect tout court Le respect des personnes, de la culture, de la religion, de l'âge Le respect du corps de la personne, de l'intimité Le respect du rythme de la personne Le respect des souhaits de la personne	Ne pas brusquer la personne : frapper à la porte – réveil en douceur Demander au patient ce qu'il souhaite Tirer les tentures Couvrir le patient durant la toilette Aller au rythme du patient – Ne pas aller trop vite Prendre le temps – Le temps offert aux patients Organisation du travail en fonction des desideratas du patient Soins personnels en fonction des besoins de chaque personne Reconnaître le patient en tant que personne	- Citée par 9 répondants
Le travail en équipe : L'équipe soudée – L'entraide dans le service – L'aspect pluridisciplinaire	Objectif commun partagé par tous les soignants	- Citée par 4 répondants
La patience	Prendre le temps	- Citée par 1 répondant
Le fait d'être axé sur le patient : Partir des besoins du patient - L'adaptation – L'importance de la prise en charge de la douleur	Laisser faire ce que le patient sait faire Aider la personne dans ce qu'elle est en train de vivre	- Citée par 8 répondants
La relation avec le patient : La communication – L'échange – Le partage – l'écoute – Le regard – L'observation – Le sourire – La bonne humeur – L'empathie – La bienveillance – Le sourire – La bonne humeur	Parler avec le patient Prendre le temps de bien discuter avec les gens Prendre le temps de connaître chaque personne Regarder le patient Tout est axé autour de l'écoute Se présenter - Parler au patient, posture face au patient : parler devant lui	- Citée par 7 répondants
Le rôle d'accompagnement des familles	S'occuper des familles, parler avec eux, les aider à accepter	- Citée par 1 répondant
Le bien-soigner	Prendre soin – Connaître – Observer - Accompagner	
La sincérité – L'honnêteté – La vérité	Être vrai, être soi-même, ne pas duper la personne	- Citée par 2 répondants
L'amour		- Citée par 1 répondant
Le courage		- Citée par 1 répondant

Tableau 3 : La motivation et/ou ce qui anime le plus les soignants dans leur fonction actuelle

Éléments mis en évidence par les soignants	Nombre de soignants ayant cité l'élément
Aspects relationnels et émotionnels : Possibilité de travailler l'aspect émotionnel – Travail plus émotionnel que physique – Le fait d'être plus dans la relation – Temps pour parler avec les gens par rapport à d'autres services – Le fait de faire rire les patients – Recherche de contact avec les patients – Chanter – Pouvoir s'asseoir à côté des gens – Beaucoup d'échanges avec les habitants – Le contact humain, le toucher – L'importance du psychologique, du relationnel et de l'écoute – Le côté humain	9
L'accompagnement des personnes : Beaucoup de partage par rapport au vécu des patients – Accompagner les personnes dans leurs derniers moments – L'accompagnement des patients mais aussi des familles – L'aide apportée aux patients – Envie de soulager les gens – Apporter aux habitants ce dont ils ont besoin – Le besoin de prendre soin de l'autre – Être proche des patients – Le fait de voir les résidents, savoir s'ils vont bien – le fait de connaître la personne dans sa globalité	8
Le fait de passer une bonne journée : Que le bilan de ma journée soit plus positif que négatif – Le fait d'avoir fait ce qu'il fallait pour le patient	2
L'ambiance du service : L'entente avec les collègues – L'accueil des collègues	3
Le fait de pouvoir connaître la personne : Connaître la personne dans sa globalité – Le fait d'avoir un vrai suivi des habitants	2
Le temps consacré aux patients : Avoir le temps – Pouvoir aller s'asseoir auprès des patients – Le fait de pouvoir prendre le temps	4
L'accompagnement des familles : Le fait d'inclure les familles	2
Le fait de rencontrer ses valeurs : Le fait de faire ce métier - Le pourquoi je suis devenue infirmière -	3
L'intérêt pour la spécialité dans laquelle le soignant travaille : Les personnes âgées, les soins palliatifs, la psychiatrie	4
La reconnaissance des patients et des familles	1
La reconnaissance de la direction et de l'équipe	1
La philosophie du service/institution : Le fait que les habitants soient au centre des décisions	1
L'organisation : Le fait de pouvoir s'adapter en fonction des patients - Le fait d'inclure toute l'équipe pluridisciplinaire - Tous les membres de l'équipe peuvent proposer des activités – Le fait de coconstruire avec l'habitant	2
La charge de travail pas trop importante	1

Tableau 4 : L'humanisation et la manière d'aborder les soins

Indices relevés par les soignants	Nombre de fois où l'indice est relevé
<p>L'importance de l'aspect relationnel : Importance de la communication – Parler à la personne même inconsciente – Contact verbal ou non verbal – Que le patient se sente écouté – Regarder le patient – Ecouter les émotions – Être plus responsable au niveau des gestes, paroles, mimiques qui peuvent être des barrières au contact des habitants – Connaître la personne pour savoir comment l'aborder – Parler doucement – Parler de leur famille – La relation de confiance avec le patient et la famille – Mettre le patient à l'aise, en confiance – Remonter le moral au patient – Inclure le patient dans les soins – Être plus proche des habitants – S'asseoir auprès du patient, lui prendre la main – La politesse – Faire rire les gens – L'humour</p>	<p>- Relevé par 9 répondants</p>
<p>L'attention aux besoins du patient : Tenir compte des souhaits du patient – Répondre aux attentes, aux besoins – Accompagner le patient dans tous ses besoins – Respect du choix du patient – Répondre au maximum à tous les besoins du patient – Être en compréhension avec les besoins de l'autre – Soins en fonction des habitudes du patient – Chercher à comprendre la personne – S'adapter à chacun – Voir ce que le patient attend de nous – Respect de l'autonomie du patient – S'intéresser aux différents besoins et demandes du patient</p>	<p>- Relevé par 10 répondants</p>
<p>La considération de la personne : Le patient est une personne bien définie – Remettre l'humain comme centre d'intérêt du soin – Prendre le patient dans sa globalité avec son vécu et ses habitudes et pas simplement une pathologie – Ne pas considérer le patient comme une pathologie mais bien comme une personne- Prise en compte de la singularité de chacun – Prendre en compte la personne tout le temps – La reconnaissance de la personne – Considérer l'humain, le considérer dans sa globalité – Contact « vrai » avec la personne durant le soin – Soins globaux – Faire participer le patient au soin – Avant de faire un soin, demander si le patient a mal – Prendre en compte l'état de la personne</p>	<p>- Relevé par 9 répondants</p>
<p>Le respect : Respect de la personne, de la culture – Le non-jugement – Respect des choix du patient – Respect de l'autre – Respect de l'autonomie de la personne – Considérer le patient avec respect – Respecter l'intégrité physique – Respecter les croyances – Respecter l'intimité de la personne – Respecter la personne dans la globalité avec toutes les personnes qui gravitent autour de lui</p>	<p>- Relevé par 7 répondants</p>
<p>Le temps octroyé au patient : Prendre le temps de parler avec la personne – On prend le temps – Importance du peu de temps passé avec le patient</p>	<p>- Relevé par 3 répondants</p>
<p>Le prendre soin : Réaliser les soins de façon humaine – Les soins au corps, le confort – Prendre soin, du soin de confort aux soins annexes</p>	<p>- Relevé par 3 répondants</p>
<p>L'environnement de soin : Atmosphère agréable et détendue dans la chambre – Le snoezelen – Allumer la lumière en les prévenant</p>	<p>- Relevé par 3 répondants</p>
<p>Exprimer ses propres limites au patient et à la famille</p>	<p>- Relevé par 1 répondant</p>
<p>La remise en question du soignant</p>	<p>- Relevé par 1 répondant</p>
<p>Être attentif à la famille et aux proches</p>	<p>- Relevé par 3 répondants</p>

Tableau 5: L'humanisme soignant : Freins et leviers mis en évidence par les soignants

Leviers	Nombre de répondants	Freins	Nombre de répondants
L'aspect pluridisciplinaire : Travailler en équipe, équipe soudée, entraide, philosophie de soin commune	7	La charge de travail – La lourdeur des services – Nombre de lits	6
Atmosphère, philosophie de l'unité/institution	2	Le manque de temps	6
Staff pluridisciplinaire – Lieux de paroles : Possibilité de s'exprimer, de discuter	2	L'infrastructure qui n'est pas adaptée	3
La personnalité du soignant : Être bien dans sa peau, être heureux de faire ce que l'on fait, sourire	3	La lourdeur administrative – La gestion des dossiers informatisés	4
Nombre de lits subventionnés limités en fonction de la spécialité	1	Le manque de personnel	4
L'importance de se remettre en question, de prendre du recul	3	La philosophie de soin de chacun, la manière d'envisager les soins	5
Temps de travail partiel	1	L'épuisement du personnel	3
Le soutien de la hiérarchie	4	La multitude d'actes techniques – Services avec haute technicité	5
La manière d'approcher le patient (snoezelen, validation, ...)	1	Le turn-over du personnel	1
L'aspect relationnel avec le patient privilégié dans le service	4	Les protocoles – échelles - valeurs	3
Formation concernant l'approche du patient et le prendre soin pour les étudiants et le personnel	1	La rentabilité comme objectif – Politique gestionnaire – Pas de prise en considération de l'humain	4
L'organisation	1	L'organisation du travail	4
La manière d'aborder les étudiants, de les considérer avec bienveillance	1	Le manque de reconnaissance de la hiérarchie	1
Le type de service : Bien être du personnel	1	Le formatage du personnel – le fait de calquer son comportement	1
		La routine	2
		Les temps de séjours trop courts à l'hôpital	1
		Le type de service : Mal – être du personnel	1

Tableau 6 : La pratique de soin humanisante au sein de l'unité/institution : Points forts – Points à améliorer relevés par les soignants

Points forts	Nombre de répondants	Points à améliorer	Nombre de répondants
Service moins lourd que d'autres	1	Ressources en personnel insuffisantes par moment	2
L'adaptation au patient, à son rythme, à ses besoins, à ses demandes	8	Réussir à dépasser les protocoles (médecins) qui vont à l'encontre de l'humanisation des soins	3
L'intégration du patient dans les projets et choix d'activités	1		
Le fait de pouvoir communiquer avec le patient, l'écouter, l'observer	3	Remettre en route le carnet de vie par rapport aux habitudes et histoire de vie du patient	1
Le fait de pouvoir prendre le temps avec les patients	2		
La motivation	2	Le manque de motivation/l'essoufflement de certains	2
L'aspect structurel du service/institution	3		
Philosophie commune de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire – Entraide – Collaboration – Objectif commun	9	Manque parfois de soutien de l'équipe pluridisciplinaire (Paramédicaux, nouveaux médecins)	5
Soutien/reconnaissance des supérieurs hiérarchiques (Chefs de service, médecin chef, cadre)	7	Manque de reconnaissance de la part du chef de service et de certains médecins	4
Soutien/ reconnaissance de l'institution	4	Manque de reconnaissance de l'institution	6
Les formations organisées/soutenues par l'institution	7	Augmenter le nombre de formations/ soutenir les formations sur le plan financier	4
L'organisation de staffs/Réunions avec l'ensemble de l'équipe	4	Dynamiser les temps de parole Favoriser les échanges et le partage d'expérience	2
La participation des soignants aux activités avec les résidents	1		
		Sensibiliser les étudiants et les nouveaux engagés à la philosophie de soin du service	2

Tableau 7 : Les aspects organisationnels au sein des différentes unités/institutions

Aspects organisationnels relevés par les soignants	Nombre de répondants
Moins d'actes techniques et d'examens : Les examens sont répartis sur la durée du séjour du patient	2
Le temps : Il n'y a pas d'horaire strict – Le personnel gère son temps comme il veut – Les soignants ne travaillent pas en termes de temps – L'organisation permet d'avoir du temps, la répartition est prévue pour – Il n'y a pas de temps imparti	4
La répartition du travail et des soins : Répartition faite par rapport au nombre de personnel présent – Répartition/attribution des tâches par le chef de service ou celui qui est au bureau – Répartition des tâches le matin – Service divisé en deux avec deux soignants de chaque côté – Division en cinq secteurs avec des référents de chaque spécialité (Infirmier – Aide-soignant – Auxiliaire de vie, ...) – Organisation décidée ensemble – Possibilité de dire les choses par rapport aux souhaits de l'organisation.	7
L'organisation en fonction du patient : Adaptation en fonction de l'autonomie et des besoins du patient et non en fonction de l'organisation du service – Respect du sommeil, des souhaits et préférences du patient – Adaptation en fonction de l'état physique, moral et psychologique du patient – Les soignants partent des besoins et demandes de l'habitant – Organisation basée sur le projet de vie, les habitudes de vie et l'histoire de vie de l'habitant – Adaptation et organisation personnelle en fonction des résidents et des collègues - Prise en charge globale des patients	7
L'esprit d'équipe : Entraide entre les différents soignants – L'inclusion de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les décisions et les activités proposées	3
La gestion de la charge administrative : Les soins sont cochés après – Une personne s'occupe du travail administratif – Moment pour cocher les soins prévu après onze heures - Charge administrative très raisonnable	3
Limites pouvant entraver l'organisation	Nombre de répondants
La charge de travail	3
Le manque d'effectif	4
La vision des nouveaux médecins	2
La vision du chef de service : plutôt strict sur le timing	2

