



HAL
open science

La réflexion éthique portée par le cadre de santé : un atout pour la qualité de soin ?

Christine Gojon

► **To cite this version:**

Christine Gojon. La réflexion éthique portée par le cadre de santé : un atout pour la qualité de soin ?. Santé publique et épidémiologie. 2020. dumas-03521175

HAL Id: dumas-03521175

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03521175>

Submitted on 11 Jan 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE



Master 2 Mention
« Santé Publique »
Parcours Éthique en Santé

LA RÉFLEXION ÉTHIQUE PORTÉE PAR
LE CADRE DE SANTÉ :
UN ATOUT POUR LA QUALITÉ DU SOIN ?

Gojon Christine

Année universitaire 2019-2020

Sous la Direction de Mr Grandazzi Guillaume et la Co-Direction de Me Cirille Emmanuelle



Un jour, dit la légende, il y eut un immense incendie de forêt. Tous les animaux terrifiés, atterrés, observaient impuissants le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes avec son bec pour les jeter sur le feu. Après un moment, le tatou, agacé par cette agitation dérisoire, lui dit : *"Colibri ! Tu n'es pas fou ? Ce n'est pas avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu !"*

Et le colibri lui répondit : *"Je le sais, mais je fais ma part."*

Pierre Rabhi

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier,

- ✓ Mon mari Éric Gojon et mes enfants pour leur grande patience et leur soutien permanent,
- ✓ Monsieur Guillaume Grandazzi, Directeur de notre mémoire, pour son accompagnement et sa bienveillance dans la réalisation de cette initiation à la recherche,
- ✓ Madame Emmanuelle Cirille, Co-Directrice de mémoire, pour son aide précieuse, sa grande disponibilité et ses encouragements tout le long de notre travail,
- ✓ Monsieur Emmanuel Housset, notre professeur de philosophie durant notre Master 2, pour son écoute, son aide à la réflexion et sa grande empathie.

Et, merci aussi à tous ceux qui ont bien voulu participer à notre enquête durant cette période sanitaire difficile.

Table des matières

Liste des sigles utilisés	1
Préambule : une réflexion en tant que professionnelle	2
1 INTRODUCTION : L'HÔPITAL ET SON ÉVOLUTION	5
1.1 QUESTION DE RECHERCHE	6
1.2 HYPOTHÈSE	7
2 CADRE CONCEPTUEL	9
2.1 LE CADRE DE SANTÉ	9
2.1.1 La fonction cadre à travers le temps...	9
2.1.2 ...et la fonction cadre aujourd'hui	11
2.1.3 Une évolution possible	13
2.2 L'ÉQUIPE	16
2.2.1 Travailler ensemble	16
2.2.2 Sens du travail d'équipe	19
2.3 LE PATIENT	21
2.3.1 Le patient, une personne à part entière	21
2.3.2 Le patient, acteur de ses soins	22
2.4 LE SOIN	25
2.4.1 Pensez le soin : une qualité du soin	25
2.4.2 Le prendre soin : toujours d'actualité ?	27
2.5 LA RÉFLEXION ÉTHIQUE	28
2.5.1 L'éthique : que voulons-nous dire ?	28
2.5.2 La réflexion éthique : une autre façon d'aborder le soin	30
3 MÉTHODOLOGIE	34
3.1 DÉMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT	34
3.2 OBJECTIF DE LA RECHERCHE	34
3.3 CHOIX DE LA MÉTHODE	34
3.3.1 Entretien semi directif	34
3.3.2 Autorisation	35
3.4 CHOIX DES TERRAINS	35
3.5 PRÉSENTATION DU TERRAIN D'ENQUÊTE	36
3.6 CHOIX DE LA POPULATION ENQUÊTÉE	37
3.7 COLLECTE DES DONNÉES	38
3.7.1 Elaboration du guide d'entretien	38
3.7.2 Pré test	38
3.7.3 Organisation logistique	39
3.7.4 La conduite de l'entretien	39
3.7.5 La retranscription	40

3.8	RICHESSES ET LIMITES DE NOTRE TRAVAIL	41
3.8.1	Richesses	41
3.8.2	Limites	42
4	ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	44
4.1	MÉTHODE D'ANALYSE DES ENTRETIENS	44
4.2	ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	45
4.2.1	La qualité du soin, un regard sur le soin	45
4.2.1.1	Le soin, une rencontre à l'autre	45
4.2.1.2	Concevoir l'ensemble	48
4.2.1.3	Le patient, des attentions partagées	50
4.2.2	La réflexion éthique, un cheminement quotidien	55
4.2.2.1	Ensemble vers un questionnement	55
4.2.2.2	Du sens à l'agir	58
4.2.2.3	La place de chacun	60
4.2.3	Place et rôle du cadre de santé dans la réflexion éthique en unité de soins	62
4.2.3.1	L'impact du soin dans la fonction	62
4.2.3.2	Le sens du lien	63
4.2.3.3	Une force de propositions	66
5	RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES	70
6	CONCLUSION	74
	BIBLIOGRAPHIE	76
	ANNEXES	83
	Annexe n°1 : Autorisation du Groupe du Guichet d'Orientation	83
	Annexe n°2 : Guide d'entretien semi-directif	84
	Annexe n°3 : Retranscriptions des entretiens	86
	Annexe n°4 : Grille d'analyse	154

Liste des sigles utilisés

C.A.F.I.S. : Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmière Surveillante.

C.A.F.I.M. : Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmière Monitrice.

G.H.T. : Groupement Hospitalier de Territoire.

CREX : Comité de Retour d’Expérience.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral.

ASH : Agent Service Hospitalier.

ORL : Otorhinolaryngologie.

M2I : Médecine interne et maladies infectieuses.

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

VNI : Ventilation Non Invasive.

CeGID : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic.

RMM : Revue de Mortalité et de Morbidité.

PMA : Procréation Médicale Assistée.

LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives.

STAFF : Réunion médicale destinée à l’étude des dossiers de patients en cours de prise en charge.

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur.

Préambule : une réflexion en tant que professionnelle

Cadre de santé depuis 2004 dans le même établissement de santé public, nous avons pu vivre certaines réformes hospitalières notamment la tarification à l'activité, la création des pôles d'activité et la loi du 26 janvier 2016 concernant la Modernisation de notre Système de Santé notamment les Groupements Hospitaliers de Territoire.

Toutes ces différentes réformes, ces progrès dans le domaine des sciences et de la technique évoquant une exigence croissante de la qualité et de la sécurité des soins ont implicitement influé sur l'évolution du métier de cadre de santé notamment en termes de complexité, d'adaptation managériale. Face à cela, notre objectif premier a toujours été d'essayer de maintenir et d'améliorer la qualité des pratiques de soins, de leur donner du sens par un management centré sur l'individu et le collectif lors de réflexions communes, lors de temps dédiés. Notre exercice depuis 2011 en équipe mobile de soins palliatifs sur le secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) puis en 2014 en médecine palliative, regroupant l'équipe mobile de soins palliatifs et une unité de dix lits de soins palliatifs nous a permis de consolider cette logique de prise en charge, de travail en équipe.

De par notre mission transversale au sein de l'établissement, lors de nos gardes ou de remplacement de nos collègues cadres, nous avons été amenée à rencontrer des situations de soins qui nous ont questionnée. Notamment, des prises en charges différentes pour un même soin ainsi que des prises en charges de soin non évolutives, « stagnantes ».

Voici les questions les plus récurrentes formulées à partir des situations concrètes de soin :

Les transmissions avaient-elles été mal comprises ? Les soignants avaient-ils eu assez de temps pour échanger ensemble autour du projet de soins du patient ?

Les soignants étaient-ils écoutés ?

Comment réfléchissaient-ils autour de la prise en charge des patients ?

Étaient-ils dans des habitudes de soins, des pratiques individualistes ? Ou sont-ils trop dans la technicité de l'acte à réaliser, faire le soin s'éloignant du prendre soin ?

Comment le patient était-il pensé dans le soin ? Quelle était sa place ?

Les temps de transmissions propices à l'émergence du sens du travail étaient-ils adaptés ?

Les compétences développées par l'équipe soignante ne faisaient pas défaut. Alors pourquoi de telles différences ?

Nous avons pu être témoin également d'un sentiment d'insatisfaction de leur part dans les prises en charges des soins, de devoir « faire toujours vite », de ne pas pouvoir prendre du temps.

La question du bon usage du temps et de son effet sur les patients a été une source de profondes interrogations. En effet, nous ne cessons de voir les soignants « courir après le temps » de manière à répondre à cette exigence d'atteindre une durée moyenne de séjour. Ne parlons-nous pas alors d'un hôpital prenant pour modèle d'organisation celui des entreprises qui gèrent des choses et qui ne s'occupent pas de personnes ?

Que pouvons-nous dire face à une prise en charge laissant moins de place à la singularité du prendre soin, de se poser des questions pour faire le mieux possible, de comprendre pourquoi nous travaillons ainsi ?

Nous nous sommes questionnée alors sur le travail du cadre de santé et les moyens mis à sa disposition pour développer une réflexion commune vers un sens partagé, c'est à dire une réflexion qui interroge, en un mot une réflexion éthique.

Pour toutes ces raisons, l'axe de notre recherche est celui d'une interrogation sur la complexité de la prise en charge du patient, d'une interrogation sur les modes du soin apportés au patient, et d'un questionnement qui ne soit pas individuel, mais collectif, car il s'agit d'aller dans le même sens, d'être capable de partager un même projet par une réflexion éthique. Il s'agit également de s'interroger sur la place et sur les possibilités d'action du cadre de santé face à cette évolution hospitalière qui s'inscrit dans une logique de concurrence.

C'est ce que notre recherche va tenter de mettre en lumière.



INTRODUCTION

1 INTRODUCTION : L'HÔPITAL ET SON ÉVOLUTION

Depuis 1980, les établissements de santé, face à un déclin économique marqué par le déficit chronique du système de santé français et, afin de maîtriser leurs dépenses de santé, ont fait évoluer leurs méthodes managériales et organisationnelles en se rapprochant de celles du secteur privé¹, tout en continuant à garantir aux patients un accès à des services de qualité du soin. A ce titre, Ambre Gestin définit la transformation des hôpitaux depuis ces trente dernières années en trois phases :

- « *L'ère de la déclaration et de l'affirmation : il suffisait d'affirmer que l'on était efficace pour être perçu de cette façon et recevoir les ressources nécessaires en conséquence* »
- « *L'ère de la démonstration : il fallait démontrer ses capacités, les évaluer et être capable de mesurer son efficacité. Elle correspond à l'avènement de l'accréditation et de la tarification à l'activité (T2A)* »
- « *L'ère de la contractualisation : au-delà d'une simple démonstration, il faut maintenant s'engager à fournir des résultats précis en s'inscrivant dans une relation contractuelle. C'est dans cette dynamique que s'inscrit la loi "Hôpital, patients, santé et territoires" (HPST) avec la mise en place notamment des contrats de pôle².* »

Plus récemment, la loi de Modernisation de notre Système de Santé de janvier 2016, avec le déploiement de Groupement Hospitalier de territoire³ ayant pour vocation d'organiser le parcours du patient gradué et un égal accès aux soins pour tous au niveau territorial, modifie les organisations hospitalières et de ce fait les organisations managériales.

Nous avons vu que le système de santé est en perpétuel changement avec des transformations et des réformes qui se succèdent. Ces évolutions ont conduit à revisiter les schémas organisationnels, structurels ainsi que la prise en charge des patients et la gestion des ressources humaines avec une dimension économique et gestionnaire de plus en plus prenante.

¹ Dos Santos C., Mousli M. et Randriamiarana J., « De la T2A à HPST : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Étude de cas d'un CHU », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2014, Vol. 32, 4, p. 291-307.

² Gestin A., « Manager des générations ou générer des managements ? », *Soins Cadres*, 2013, 22, 88, p. 28-30, P 29.

³ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 26 janvier 2016, consulté le 12 janvier 2020.

Les missions des professionnels chargés des organisations dont les cadres de santé ont vu leur métier évoluer et se transformer dans un environnement de plus en plus complexe.

Face à ces mutations hospitalières, ces évolutions de changement « *il est également nécessaire de repenser les orientations managériales où les concepts de proximité et de temporalité, auprès des équipes paramédicales, apparaissent être des axes cruciaux pour réussir collectivement les transformations actuelles et futures des établissements*⁴. »

1.1 QUESTION DE RECHERCHE

Au cours de notre vie professionnelle, nous avons pu constater que les restructurations permanentes hospitalières répondant aux évolutions de l'hôpital, les nouvelles procédures, normes, protocoles amènent les soignants constamment à s'adapter et ainsi ils peuvent perdre leurs repères, perdre le sens de faire le soin. Nous nous sommes interrogée alors sur l'importance de redonner du sens, de prendre le temps pour réfléchir ensemble, et sur la place du cadre de santé pour sortir de « la pratique définie » à l'avance et réfléchir sur la singularité du soin qui se veut unique.

Ces constats nous ont amenée aux interrogations suivantes :

- Comment ne pas perdre le sens du soin sachant que tout est protocolisé ?
- Comment retrouver le sens global du soin avec des équipes fatiguées, prises par le temps, et comment les accompagner dans une démarche réflexive dans les questionnements face à des dilemmes éthiques ?
- La question est bien de savoir comment ne pas céder à la fatigue, une fatigue liée à une action écrasante qui empêche la réflexion éthique. Dans la fatigue, ne risquons-nous pas de perdre le sens du bien et du mal en perdant toute capacité de discernement ?
- L'hôpital est un lieu « du prendre soin » et de cette particularité, les espaces temps de réflexions éthiques ne sont-ils pas fondamentaux au regard de toute son évolution pour donner du sens, faire des choix communs face à des dilemmes éthiques pour les équipes ?
- Plus la technique avance, plus il y a urgence à la réflexion éthique. Les problèmes éthiques sont les mêmes qu'avant, mais plus la technique avance plus ne risquons-nous pas d'oublier l'humain ?

⁴ Martin L., « De la nécessité d'évaluer l'efficacité des réformes hospitalières », *Soins Cadres*, 2018, 27, 105, p. S7.

- Existe-t-il réellement des moments de réflexion autour du soin ?
- Le cadre de santé ne doit-il pas retrouver cette place de « proximité » auprès des professionnels ?
- Quelles conceptions du soin veut-il promouvoir ?

D'où notre question de recherche qui en découle :

Dans quelle mesure la mise en place de temps de réflexion éthique par le cadre de santé pour l'équipe soignante, dans un contexte hospitalier évolutif, participe-t-elle à la qualité du soin dispensé aux patients ?

1.2 HYPOTHÈSE

Nos constats ainsi que, notre réflexion personnelle nous amènent à avancer les deux hypothèses suivantes que nous allons chercher à confirmer ou à infirmer durant notre recherche.

- **La qualité du soin aux patients nécessite pour les équipes soignantes des temps de réflexion éthique. Ces temps dédiés font appel à la participation et l'implication de l'ensemble des acteurs de soin.**
- **Face aux évolutions constantes de l'hôpital, le cadre de santé joue un rôle majeur dans la mise en place de ces temps dédiés auprès de l'équipe dont il a la responsabilité.**

Au regard de ce que nous venons de présenter précédemment, en première partie, nous allons exposer notre cadre conceptuel par des apports théoriques puis cette exploration sera approfondie par une investigation empirique auprès de professionnels de santé afin d'apporter des éléments de réponses à nos hypothèses. Pour autant, il ne serait pas possible d'envisager notre travail de recherche sans aborder la crise sanitaire actuelle due à l'épidémie du coronavirus en France, en interrogeant son impact sur notre recherche notamment en ce qui concerne la gestion de l'urgence ?

CADRE CONCEPTUEL

2 CADRE CONCEPTUEL

Présentons la fonction de cadre de santé d'hier à aujourd'hui pour comprendre, notamment les ajustements permanents réalisés.

2.1 LE CADRE DE SANTÉ

2.1.1 La fonction cadre à travers le temps...

Le métier de cadre de santé trouve ses origines dans l'histoire de la profession infirmière. C'est avec le décret du 18 février 1938 que devait naître le diplôme supérieur d'infirmière hospitalière faisant référence à l'encadrement et à la formation. Pour autant, avec la déclaration de la Seconde Guerre mondiale, le décret n'a pas pu être publié.

Ce n'est qu'avec la parution du décret du 17 avril 1943⁵ relatif aux hôpitaux et aux hospices qu'une définition de la fonction de surveillant(e) apparaît avec la notion d'encadrement. « *La conception du travail est ici taylorienne, l'ordre est régi par la règle, le management est de type directif*⁶. »

En 1951, nous voyons apparaître la création de la première école de cadre des soins infirmiers par la Croix-Rouge Française⁷.

En 1958⁸, la création d'un certificat d'aptitude à la fonction de surveillante (C.A.F.I.S.) et à la fonction d'infirmière monitrice (C.A.F.I.M.) est officialisée suivant le modèle de programme de formation défini par la Croix Rouge, avec l'émergence de deux fonctions différentes, une dans l'administratif et l'autre dans la formation. Ce décret définit la nécessité de suivre une formation de huit mois afin d'accéder aux deux fonctions.

Le décret du 9 octobre 1975⁹ marque un tournant pour la profession en abolissant le C.A.F.I.M. et le C.A.F.I.S. pour le réunir en un certificat unique, le Certificat Cadre Infirmier,

⁵ Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. | *Légifrance*.

⁶ *Evolution socio historique de la fonction cadre de santé - cadredesante.com*, <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la>, consulté le 12 janvier 2020.p 3.

⁷ Fresney Duboys C. et Perrin G., « Préambule. Émergence de la profession infirmière », *Que sais-je ?* 2017, 7e éd., p. 7-30.

⁸ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 Création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ERES), moniteur (monitrice) et infirmier(e) surveillant (e), 14 novembre 1958.

⁹ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier, 9 octobre 1975.

obtenu après une même formation pour les deux fonctions de neuf mois, qui valorise un profil managérial.

La direction des hôpitaux publie une circulaire le 20 février 1990 sur les missions et les rôles du cadre exerçant en milieu hospitalier. Il précise notamment que le cadre encadre et organise l'activité des soins des équipes paramédicales dans le cadre de la prise en charge des patients afin de répondre à leurs besoins.

Dans ce cadre, il va instaurer une dynamique d'équipe pour les conduire et les accompagner dans une réflexion autour du soin par des réunions, des temps d'échanges et, ainsi proposer une organisation évolutive de soins¹⁰. Il s'agit pour le cadre de veiller à la qualité des soins en accompagnement, mobilisant et fédérant les soignants chaque jour à la complexité et à la singularité de la personne humaine, le patient.

Le Certificat Cadre Infirmier, par le décret du 18 août 1995¹¹, est transformé en Diplôme de Cadre de Santé. Ce diplôme est commun à l'ensemble des professions paramédicales et porte la mention de la profession de son titulaire. Nous notons que quatorze professions sont concernées. L'arrêté du 18 août 1995¹² précise que la nouvelle formation « *a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations* ». Elle met également en valeur le rôle du cadre de santé au sein des établissements en précisant « *que le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leurs compétences qui sont déterminantes pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants* ».

Le cadre de santé est au centre de tout, véritable pivot, chef d'orchestre dans l'organisation du système¹³.

Dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière¹⁴, le cadre de santé est défini comme un manager qui incarne la cohérence et assure la cohésion des équipes dont

¹⁰ *Missions et fonctions principales des surveillants - cadredesante.com*, <https://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Missions-et-fonctions-principales>, consulté le 12 janvier 2020.

¹¹ *Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé | Légifrance*, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>, consulté le 13 janvier 2020.

¹² *Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé*, consulté le 13 janvier 2020. Annexe. 1.

¹³ *Rapport_chantal_de_singly.pdf*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf, consulté le 14 janvier 2020.

¹⁴ *Metier.pdf*, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>, consulté le 14 janvier 2020.

il a la responsabilité, notamment en donnant du sens à leurs actions garantissant l'éthique du collectif.

Il est garant d'une gestion budgétaire efficiente des dépenses qui doivent être adaptées et justifiées au sein de son unité. Sa conduite et ses actions sont axées pour la mise en œuvre d'une politique de qualité et de sécurité des soins de la prise en charge des patients.

De plus, il est à la jonction de multiples demandes qu'elles soient intra et extra hospitalières.

Le rapport intitulé Missions Des Cadres Hospitaliers paru en 2009 de Chantal De Singly met en exergue toute cette complexité du métier de cadre de santé sous-tendu aux exigences croissantes de qualité et de sécurité des soins, de l'accélération des progrès techniques et technologiques.

2.1.2et la fonction cadre aujourd'hui

L'évolution de la fonction de cadre de santé est marquée par le développement et les progrès de la médecine ainsi que par la complexité des différentes réformes hospitalières.

Dans un contexte d'évolution hospitalière, « *le cadre doit aujourd'hui faire le grand écart entre sa culture soignante de base et sa nouvelle culture de responsable administrativo-technique*¹⁵. »

Le schéma ci -dessous¹⁶ proposé permet d'identifier les missions attendues du cadre de santé. C'est-à-dire la gestion d'un service de soins avec un management intergénérationnel et, parallèlement des attentes institutionnelles notamment dans le cadre de commissions, de groupes de travail, de comités de pilotage, de sollicitations d'audit (certification...), de réunions institutionnelles et territoriales. Tout cela le rend moins disponible pour le soutien et l'accompagnement des équipes.

¹⁵ P. Peyré, « La fonction "cadre de santé" : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui », p. 10.

¹⁶ *Ibid.*



Figure N°1 : Profil dynamique du cadre de santé (d'après P. Peyré, cf. note 15)

Ses activités sont fragmentées, menées à un rythme soutenu. « *Les sollicitations sont de plus en plus nombreuses, les prises de décision doivent être plus rapides et les concertations se font plus rares, par manque de temps. Son temps de travail est compté¹⁷.* »

En effet, les activités du cadre de santé se sont étendues vers des activités de gestion de processus, de mise en place de tableaux de bord de suivis d'activités, de rédaction de procédures, de protocoles, de participation à des groupes de pilotage pour les audits de certification, de missions transverses, d'implication dans les projets dans le cadre des groupements hospitaliers, de contrôle des effectifs en lien avec la direction des ressources humaines. Il fait aussi face à un accroissement du nombre de mails à gérer, d'informations à traiter, de participation à de nombreuses réunions de pôles et institutionnelles, des demandes de réponses avec des délais de plus en plus courts, et la nécessité de gérer des injonctions paradoxales en termes d'économie et des exigences des patients, des familles.

Face à cette mutation de ses missions, le métier de cadre de santé s'est orienté vers un rôle de gestionnaire et de supervision prenant de plus en plus d'importance et laissant moins de place à un management de proximité auprès des équipes soignantes. En effet, l'évolution du

¹⁷ Woinet D., « Cadre de santé, lutter avec et contre le temps », *Soins Cadres*, 2012, 21, 83, p. 12-14, p. S13.

système de santé dans le domaine médico-économique a entraîné « l'évolution gestionnaire de la fonction de cadre, confirmant l'éloignement des activités cliniques¹⁸. »

Comme l'écrit Patrick Conjard, « on érige le management de proximité et l'animation d'équipe comme des priorités pour les managers tout en leur demandant de plus en plus de tâches administratives et en les enfermant dans un pilotage à distance de l'activité¹⁹. »

Le déploiement de la culture numérique dans les hôpitaux notamment en premier lieu par la loi de 20 janvier 2016, renforcé par le rapport Stratégie Nationale e-santé 2020²⁰ ainsi que par la Stratégie Nationale de santé 2018-2022²¹ prend une place de plus en plus importante dans le système de santé, impliquant de réfléchir à une évolution du métier managérial. Loïc Martin rappelle que les différents acteurs (directions, l'encadrement) doivent être vigilants à maintenir « la triade inséparable humaine, technologique et environnementale²². »

La mission première du cadre de santé est de préserver la qualité du soin aux patients. Ce qui nous amène à penser aux possibilités d'action du cadre de santé face à l'évolutivité de son métier pour accompagner les équipes à réfléchir autour du soin, à s'interroger sur le sens de telle ou telle pratique, tout en intégrant le contexte évolutif.

2.1.3 Une évolution possible

Henry Mintzberg²³ dans Le Manager Au Quotidien développe les dix rôles du cadre de santé : trois rôles sont liés aux relations interpersonnelles, trois autres à l'information et les quatre autres aux rôles décisionnels. Nombre de ces rôles se situent dans le domaine de la communication permettant au cadre de santé, de proximité²⁴ d'instaurer ces liens auprès de l'équipe pour une justesse et un éveil réflexif des activités du soin.

Serait-ce donc dans cette perspective de proximité que le cadre de santé pourrait s'inscrire, agir, pour favoriser l'équipe à réfléchir au sens du soin ? Que voulons-nous dire par proximité ?

¹⁸ Lagadec A.-M., « Plaidoyer pour la fonction de cadre de santé de proximité », *Soins Cadres*, 2014, 23, 90, p. 20-22, p. 21.

¹⁹ Conjard P., *Le management du travail : une alternative pour améliorer bien-être et efficacité au travail*, Lyon, ANACT, 2014, p 30.

²⁰ *Strategie e-sante_2020.pdf*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf, consulté le 12 janvier 2020.

²¹ *Dossier_sns_2017_vdef.pdf*, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf, consulté le 12 janvier 2020.

²² Martin L., « Numérique, évolutions législatives et transformation du système de santé », *Soins Cadres*, 2019, 28, 115, p. 14-19, p. 19.

²³ Mintzberg H., *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*, Eyrolles, 2016.

²⁴ Conjard P., *Le management du travail*, op. cit.

Pour Hugues Joublin²⁵, se référant au philosophe Emmanuel Hirsch, la proximité à l'autre se veut être dans une juste distance adaptative à l'individu et dans le respect de la relation engagée.

Jean-Marie Revillot renforce cette idée²⁶ qui associe le terme proximité à une relation à l'autre « *juste, à l'écoute, actif et disponible avec l'équipe, sorte de capitaine ou de chef d'orchestre, à la fois discret et présent* ». La question de la distance et de la proximité est soulignée, travail constant d'implication et de distanciation du cadre de santé attendu pour une aide à la recherche de la question du sens du soin pour l'équipe. Cette proximité, « *ce lien avec autrui ne se noue que comme responsabilité* » selon Emmanuel Levinas²⁷. Cette notion de responsabilité du cadre de proximité qui est d'accompagner au plus près l'équipe, de façon à être au plus près du patient²⁸.

Bernard Girard précise que « *le manager vertueux n'est pas seulement celui qui contrôle, met en place procédures et règles, mais celui qui se préoccupe de l'excellence de ses collaborateurs*²⁹. »

Walter Hesbeen parle « d'un encadrement sensible » pour définir cette proximité qui est de l'attention à l'autre dans sa singularité. De même, la proximité du cadre permet à l'équipe de déployer et ajuster son autonomie, pour une pratique du soin pertinente, avec une délibération collective, réfléchie et singulière, prenant sens, sous entendant non-exécutante³⁰. Au regard des approches des auteurs qui ont réfléchi sur le travail de proximité du cadre de santé, nous pouvons noter la question de l'importance du sens du soin car « *il est toujours difficile de penser des pratiques qui se pratiquent sans se penser*³¹. »

Comme le cite Francis Prouteau, « *un cadre responsable, pour une éthique de la responsabilité*³² » car il « *éveille la volonté d'agir, non par des choix automatiques, mais à chaque fois de manière singulière et raisonnée, en faveur d'une approche conséquentialiste*³³. »

²⁵ Joublin H., « Pour une proximité bien pensée », *Poche - Espace éthique*, 2010, p. 181-221, Art 52.

²⁶ Revillot J.-M., « La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail ? », *Soins Cadres*, 2013, 22, 86, p. S14-S17, P S15.

²⁷ Joublin H., « Pour une proximité bien pensée », art cit, Art 54.

²⁸ « Rapport_chantal_de_singly.pdf », art cit.

²⁹ Girard B., *Aristote : leçons pour (re) donner du sens à l'entreprise et au travail*, Paris, Maxima/Laurent Du Mesnil éditeur, 2010, p. 224.

³⁰ Hesbeen W., *Cadre de santé de proximité : un métier au coeur du soin : penser une éthique du quotidien des soins*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier, 2011.

³¹ Dupuis M., Gueibe R. et Hesbeen W., *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins : réflexions pour la pratique quotidienne*, Paris, Seli Arslan, 2015, p. 102.

³² Prouteau F., « Éthique et management, de la conciliation à une possible réconciliation », *Soins Cadres*, 2019, 28, 109, p. 27-29, p. 29.

³³ Moutel G., « Fondements et construction de la démarche éthique dans les pratiques de soins », *Soins*, 2015, 60, 801, p. 28-32, p. 29.

Entendons selon le professeur Grégoire Moutel, par éthique, « *un processus dynamique d'interrogations et de questionnements dont la visée est une aide à la décision*³⁴. »

Walter Hesbeen souligne que cette orientation d'être et de choisir cet accompagnement de proximité dans le contexte actuel où, les activités gestionnaires et transverses sont prenantes et peuvent entraîner une perte de gage d'efficacité, peut révéler du défi, d'une utopie³⁵.

Jean Pierre Rongiconi met l'accent sur le manque de temps de l'encadrement en précisant que c'est ce qui manque le plus aux cadres de santé³⁶. Le temps, facteur déterminant dans les activités du cadre de santé laisse peu de place à la proximité. Le slow management, management de proximité introduit l'idée de la possibilité de prendre le temps pour un manager auprès des équipes³⁷.

De quoi parlons-nous exactement ?

A l'origine du concept de slow management, la priorité est de remettre l'humain au centre des entreprises³⁸.

Dominique Steiler, John Sadowsky et Loic Roche³⁹ développent le slow management dans leur ouvrage notamment en prônant une notion du temps réfléchi, assumé auprès des équipes par l'encadrement. « *C'est cette idée que, régulièrement, les responsables se ménagent du temps en dehors des réunions, des appels téléphoniques, de la lecture des e-mails, pour réellement essayer de comprendre ce qui se joue chez les hommes et les femmes qu'ils dirigent ; du temps pour les écouter, du temps pour apprendre, du temps pour enseigner*⁴⁰. »

Ils insistent sur le fait de la visibilité du cadre auprès des équipes, notant la reconnaissance de son statut de professionnel responsable et agissant en tant que tel. Cette présence qui favorise le passage d'informations relevant des demandes institutionnelles impliquant une réelle compréhension des messages. Le slow management n'est pas un renoncement de la performance, c'est travailler différemment⁴¹.

³⁴ *Ibid*, p. 29.

³⁵ Hesbeen W., *Cadre de santé de proximité*, *op. cit.*

³⁶ Rongiconi J.-P., « Le cadre de santé de proximité et la dimension clinique », *Soins Cadres*, 2009, 70, p. P 46.

³⁷ Roche L., « Le slow management, antidote au stress », *L'Expansion Management Review*, 2011, N° 141, 2, p. 42-49, P 45.

³⁸ Barthod-Prothade M., « Le bien être donne-t-il du sens au travail ? », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2012, Vol. XVIII, 46, p. 123-157, Art 29.

³⁹ Steiler D., Sadowsky J. et Roche L., *Le slow management : éloge du bien-être au travail*, Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 2010.

⁴⁰ Roche L., « Le slow management, antidote au stress », *art cit*, p. 45.

⁴¹ *Ibid*.

Pour Loic Martin, le slow management est de privilégier une proximité du cadre de santé en mettant la relation à l'équipe au centre de son activité pour redonner sens aux actions favorisant aussi un accompagnement de l'évolution du système actuel. Il précise que des espaces de discussion pourraient exister dans cette dimension de proximité⁴². Selon lui, le fait de privilégier davantage ces moments va favoriser la réflexion collective du travail⁴³.

Le cadre pourrait-il alors se permettre le slow management⁴⁴ auprès de l'équipe ?

Qu'entendons-nous par équipe ? Que signifie « travailler ensemble » ?

2.2 L'ÉQUIPE

2.2.1 Travailler ensemble

Pour John C. Maxwell, « *le chiffre un est trop petit pour accomplir des exploits*⁴⁵ » introduisant ainsi la notion de l'équipe et le but recherché, approchant cette vision de la loi du Mont Everest où la réussite se fait en équipe. Le sens du collectif devient le sens de l'équipe qui va guider les actions et s'imposer pour réaliser, atteindre des objectifs. Le fonctionnement de l'ensemble prend le pas sur le fonctionnement individuel.

La Haute Autorité de Santé⁴⁶ définit l'équipe comme un ensemble de professionnels travaillant autour d'un projet pour le patient auquel chacun apporte son champ de pratiques, d'expertise qui lui appartient. Cette pluridisciplinarité va réunir des disciplines diverses, plusieurs intervenants qui ensemble vont pouvoir répondre aux attentes des patients⁴⁷. Par cette approche, être une équipe suppose de concevoir une vision collective, par une collaboration efficace afin de construire un plan d'intervention, exprimer une volonté d'adhésion à faire ensemble pour atteindre l'objectif ou les objectifs attendus⁴⁸. Cela suppose un professionnalisme de chacun, un but clairement formulé, compris et accepté par l'ensemble des membres mais aussi une clarification des rôles et des responsabilités.

⁴² Martin L., « Slow management et réorganisation », *Soins Cadres*, 2018, 27, 105, p. S16-S18.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Maxwell J.-C., *Travail d'équipe 101 : ce que tout leader devrait savoir*, Brossard, Québec, Éditions Un Monde différent, 2012, p. 1.

⁴⁶ *Qu'est-ce que le travail en équipe ?* https://www.has-sante.fr/jcms/c_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe, consulté le 21 mars 2020.

⁴⁷ Dumas M., Douguet F. et Fahmi Y., « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, 2016, n° 20, 1, p. 45-67.

⁴⁸ Hamdou S., « « Être et avoir » dans le travail d'équipe », *VST - Vie sociale et traitements*, 2019, N° 144, 4, p. 24-31.

Cette pluridisciplinarité qui définit l'équipe est-elle suffisante pour fonctionner, pour être une équipe ? Comment prend-elle toute sa latitude pour s'exprimer ?

Alain Derniaux parle d'une dynamique par le jeu de dialogue⁴⁹ où il faut mettre en place des réunions, prévoir des temps de réflexions afin d'échanger, de pouvoir se rencontrer, se questionner, assembler les différences dans le but d'amener des décisions partagées, créer ces moments et les respecter. Il définit ainsi l'interdisciplinarité⁵⁰ qui est l'assemblage du travail d'équipe, qui la fonde. C'est une interaction qui peut aussi à un moment propice intervenir dans le champ d'intervention de l'autre professionnel, ce qui favorise une prise en charge constructive du patient.

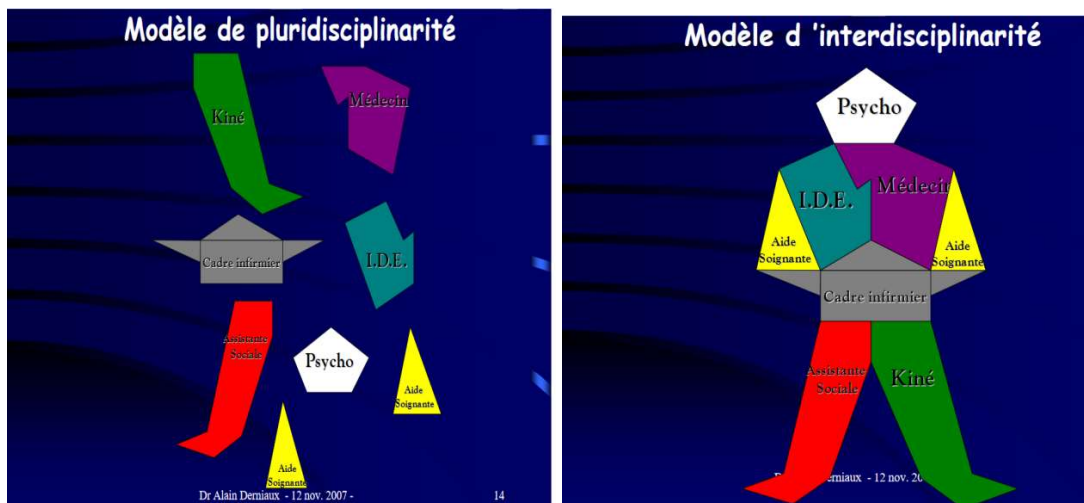


Figure N°2 : pluridisciplinarité et interdisciplinarité

Claire Fourcade complète cette notion en précisant la nécessité d'oser exprimer ses doutes, ses opinions, ses ressentis afin de tenter de clarifier une situation ensemble pour apporter le mieux possible des solutions constructives. Il s'agit d'écouter les autres dans un esprit d'ouverture. Le fait d'être considérées comme parties prenantes dans la prise de décisions va permettre aux personnes de se sentir concernées et impliquées davantage. L'efficacité du travail ensemble repose sur la connaissance des similitudes et des différences de chacun afin qu'ils puissent faire appel aux compétences de l'autre et inversement⁵¹.

⁴⁹ Derniaux A., « Interdisciplinarité et travail d'équipe en soins palliatifs », 2007, p. 32.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ Fourcade C., *Les patients au cœur : la vie dans un service de soins palliatifs*, Edition Broché., 2019.

Nous notons également que la solidarité ici est un élément essentiel, « *le ciment recherché*⁵² » dans la caractéristique d'une équipe. Selon Jacqueline Barus-Michel, « *la solidarité est une forme de fraternité, quelque chose de plus que le social, autre que le familial : une subjectivité spécifiquement liée au travail partagé. Le "nous" y est plus que jamais vivant et opérant*⁵³. » L'équipe fait lien, l'équipe fait corps. Elle se soutient au moment des échanges sur les difficultés rencontrées, partage sur les émotions ressenties dans un contexte éprouvant, et allège le fardeau de certaines décisions éthiques et permet de porter ensemble ces décisions d'une manière plus harmonieuse.

Dans ce temps de crise sanitaire, n'est-ce pas la grandeur de la solidarité que de permettre à l'équipe de tenir ferme face à cette urgence du maintenant, du présent du soin ?

Il est à souligner que l'équipe constituée d'individus, de personnalités, ayant chacun son histoire de vie demande du temps pour exister et n'est pas dénuée d'une certaine fragilité tel un château de cartes⁵⁴. De plus, l'évolution générationnelle tendant vers un individualisme favorisé par un système de performance, de compétition permet de dire que vouloir et pouvoir travailler ensemble n'est pas spontanément inné. C'est une capacité qui s'acquiert par le travail en commun⁵⁵.

Pouvoir travailler ensemble demande de faire appel à des valeurs qui lient les individus⁵⁶. Elles induisent notre façon d'aborder la vie de tous les jours. Elles sont à la source de nos actes et de nos pensées, les reconnaissant comme estimables et idéales pour nous-même. Idées garantes et essentielles, elles servent de guide, de socle dans les pratiques quotidiennes de l'équipe et permettent de donner du sens dans le travail, de la valeur aux actes, aux soins réalisés. En effet, « *les valeurs morales sont des valeurs sociales* », comme le disait Durkheim, « *il n'est pas étonnant de constater que l'appartenance à une équipe devient rapidement une éthique*⁵⁷. »

Qu'entendons-nous par ensemble, donner du sens ensemble ?

⁵² Prouteau F., « Le planning, révélateur du fonctionnement de l'équipe », *Soins Cadres*, 2012, 21, 82, p. 12-13, p. S12.

⁵³ Barus-Michel J., « Le sens de l'équipe, de l'individuel au collectif », *Soins Cadres*, 2014, 23, 90, p. S10-S12, p. S11.

⁵⁴ *Pour une approche du travail en équipe*. - *cadredesante.com*, <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Pour-une-approche-du-travail-en>, consulté le 16 février 2020.

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ *Travail en équipe : Positionnement cadre envers « l'Un-dividu » (...) - cadredesante.com*, <https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Travail-en-equipe-Positionnement,155#nb11>, consulté le 16 février 2020.

⁵⁷ « Pour une approche du travail en équipe. - *cadredesante.com* », art cit.

2.2.2 Sens du travail d'équipe

Le sens est une « *raison d'être, valeur, finalité de quelque chose, ce qui le justifie et l'explique*⁵⁸. » La vocation ne peut être existentielle sans être attribuée à la notion du sens⁵⁹.

Elle n'est une détermination de l'existence que dans la mesure où nous parvenons à déterminer quelle est le sens véritable de son action. Dans le « non-sens », dans l'absurde, il est impossible de développer une vraie vocation et on est réduit à des actes mécaniques. De plus, « *le non-sens confronte l'individu à un sentiment de « vide*⁶⁰. »

Ce vide, en le rapportant à l'univers d'un travail d'équipe, peut exposer l'équipe au risque d'apparition du brown out signifiant la perte de sens des objectifs, de se mobiliser, de se motiver et d'agir dans le travail⁶¹. Une des priorités fondamentales à prendre en compte dans l'accompagnement des équipes où le cadre de santé se fait œuvre de rappeler la finalité du sens des soins, c'est-à-dire le mieux-être du patient, mais aussi de favoriser les conditions de cette émergence. Il est à noter que face à certains moments tels qu'une souffrance de patient, une fin de vie, l'équipe qui s'inscrit dans la compréhension du sens de l'action sera à même de mieux supporter ces temps de pénibilité⁶². Ceci fait référence au besoin de cultiver ensemble une réflexion commune pour une activité réfléchie, adaptée, et professionnellement plus efficace. En effet, le sens du travail réalisé, pourquoi le réaliser, passe par le besoin de développer une réflexivité sur la raison de ce travail⁶³. Pour autant, chaque membre de l'équipe en tant qu'individu est le maître de sa construction de sens⁶⁴.

Les critères de qualité dans le cadre de la certification référencés par la Haute Autorité de Santé instituent les pratiques de soins attendues dans les unités de soins. Pourtant, nous pouvons nous demander si ces « bonnes pratiques » pour l'équipe sont les mêmes pour chaque soignant ou sont pensées et, réalisées différemment par chacun⁶⁵. Par cette question nous voulons dire : tout en appliquant les protocoles, les procédures, l'équipe ne doit-elle pas s'interroger sur le sens même de la prise en charge du soin ? N'est-ce pas dans ce moment

⁵⁸ Larousse, *Définitions : sens - Dictionnaire de français Larousse*, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>, consulté le 13 mars 2020.

⁵⁹ Arnoux-Nicolas C., *Donner un sens au travail : pratiques et outils pour l'entreprise*, DUNOD, 2019.

⁶⁰ *ibid*, p. 38.

⁶¹ Cholon F., *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Lamarre., 2019.

⁶² Lorient M., « Sens et reconnaissance dans le travail », *HAL*, p. 14.

⁶³ Arnoux-Nicolas C., *Donner un sens au travail*, *op. cit.*

⁶⁴ Toutut J.-P., *Organisation, management et éthique*, Paris, L'Harmattan, 2010.

⁶⁵ Roussely B., « Analyse de pratiques et sens au travail », *Soins Cadres*, 2013, 22, 87, p. 36-39.

précis que la présence du cadre est attendue pour proposer et conduire la réflexion, donner du sens pour appréhender les soins ?

A cette interrogation, nous pouvons rajouter aussi « *la dictature de l'urgence*⁶⁶ » et se demander si celle-ci ne prend pas le pas sur la question du sens des pratiques de soins, de la conception même du soin ?

Mais une action purement technique⁶⁷ du soin a bien évidemment un sens technique et n'est pas insensé, mais peut le devenir quand elle se trouve isolée de la finalité globale du soin. Tout acte technique ne demande pas simplement à être bien fait, mais à être pensé en vue d'une prise en charge globale et non parcellaire.

Ce qui nous amène à dire toute la nécessité de cultiver ensemble une réflexion commune pour une activité réfléchie, adaptée, et professionnellement plus efficace. En effet, le travail en équipe permet d'« *extraire des éléments d'une situation perçue et à les relier au sein d'une représentation qui, redonnant de l'ordre, donne du sens*⁶⁸. » Le sens du travail en équipe est souligné par le fait de s'interroger ensemble sur une situation rencontrée, ce partage d'expérience, pour en retirer une signification, une compréhension de l'action réalisée et des réajustements pouvant être à envisager dans le futur. « *Une équipe est un lieu de décision*⁶⁹ » dédié au partage des idées, des questionnements, des divergences, toujours à la recherche de solutions les plus adaptées et adaptables en fonction des situations. Le sens jaillit où le penser ensemble est abouti, c'est-à-dire où la parole est libre, écoutée dans un temps et par un cadre défini, dans des lieux propices⁷⁰.

La finalité est bien d'« *agir...avec du bon sens*⁷¹ » ensemble, dans le même sens, accompagné par le cadre de santé, pour une prise en charge des personnes accueillies nommées « patients » à l'hôpital.

Intéressons-nous au patient, à l'intégration de ses choix dans les décisions, à sa place dans les soins, à sa relation à l'équipe.

⁶⁶ *Ibid*, p. 36.

⁶⁷ Arnoux-Nicolas C., *Donner un sens au travail*, op. cit.

⁶⁸ B. Roussely B., « Analyse de pratiques et sens au travail », *Soins Cadres*, 2013, 22, 87, p. 36-39, p. 26.

⁶⁹ Hamdou S., « « Être et avoir » dans le travail d'équipe », art cit, p.26.

⁷⁰ Barus-Michel J., « Le sens de l'équipe, de l'individuel au collectif », art cit, p. S12.

*Les développements sur ces points et les citations sont inspirés par les cours de philosophie de Mr Housset E. réalisés dans le cadre du Master 2 Mention « Santé Publique » Parcours Ethique en Santé 2019/2020.

⁷¹ Arnoux-Nicolas C., *Donner un sens au travail*, op. cit, p IV.

2.3 LE PATIENT

2.3.1 Le patient, une personne à part entière

Le terme de patient répond à une exigence d'efficacité indiquant un regard de spécialiste qui ne veut considérer que de ce qui est de son domaine de compétence, à savoir le corps mais pas l'âme, privilégiant seulement la maladie⁷². La prise en charge du patient et notamment sa revendication d'autonomie, de libre choix a évolué au regard des normes de la société le plaçant au centre des décisions médicales. Ainsi, ne pas oublier que le patient est également une personne, c'est important pour le patient lui-même, mais également pour le sens de l'acte de soin aujourd'hui. Mais qu'est-ce qu'une personne ? Qu'est-ce que ce terme porte en lui de significations ?

Le professeur Emmanuel Housset définit une personne comme « *celle dont je ne peux pas me servir selon mon bon vouloir. Non seulement elle a des droits mais elle possède une dignité « absolue »* » indépendante de l'état de son corps, de sa place dans la société, de son niveau de réflexion. *

Le patient comme personne est d'abord un être libre, qui dit « je », qui se détermine lui-même, qui se définit par l'autonomie. Il a aussi une histoire, c'est-à-dire un passé, des habitudes personnelles et sociales. Ce n'est pas un être anonyme mais un être qui a sa place dans un monde social. La personne est également un être vulnérable, qui fatigue, vieillit, tombe malade ; c'est sa finitude dont témoigne son corps quand il est souffrant. Être une personne, c'est pouvoir se remettre en cause, prendre part au monde, avoir des convictions. Autrement dit, la personne ne subit pas. *

Emmanuel Kant, philosophe de la fin de l'époque des Lumières et témoin de la révolution française, a pu donner la définition moderne de la personne par l'autonomie, ce qui signifie qu'elle ne doit jamais être traitée simplement comme un moyen. Elle a une valeur par elle-même, elle est une « fin en soi ». Autrement dit, elle n'a pas à se justifier de sa légitimité à exister, même malade. Il précise « *agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre en même temps comme une fin et jamais comme un moyen*⁷³. »

⁷² Lebre J.-M., *Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné - cadresante.com*, <https://www.cadresante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la>, 2007, consulté le 4 avril 2020.

⁷³ Rameix S., *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, Paris, ellipses, 1996, p. 38.

Le patient ne se réduit pas à une maladie, n'est pas un objet de soin. Il est nécessaire de se rappeler que sous cet état de fragilité, de vulnérabilité, il y a une « personne », quelle que soit sa condition, avec son histoire personnelle, sa culture.

La personne est « une attitude ». C'est par ses comportements, ses actions, ses réactions que nous pouvons la comprendre et la respecter dans sa singularité. * Ainsi, la notion du temps, de prendre le temps, lui donner du temps va s'imposer. Il est ce qu'il y a de plus précieux car nous en manquons le plus souvent, mais également parce que chaque personne, chaque patient a son rythme, son temps propre. La respecter, c'est aussi idéalement pouvoir tenir compte de cela au lieu de penser que tout le monde est identique. Le respect commande la reconnaissance de la diversité. Il s'agit toujours aussi de se questionner afin de trouver la meilleure réponse possible. Paul Ricoeur parle de « tact moral ». C'est-à-dire, d'apprendre à s'accorder à la personne que nous soignons, ce qui n'est pas qu'une question de temps, mais aussi une question de discernement, une forme d'intelligence, de « sagesse pratique ».* Walter-Hesbeen illustre bien cette dimension car « *prendre soin, en tant que finalité, fait appel, (...), à l'intelligence du cœur du professionnel avec l'authenticité de sa présence et le souci permanent de la dignité de la personne*⁷⁴. »

Se questionner sur la place de la personne en tant que malade, c'est aussi s'interroger sur son autonomie, sur son ressenti dans cet univers hospitalier qui lui est étranger, sur sa vulnérabilité, sur le rôle de ses proches et des attentes de chacun. Actuellement avec la crise sanitaire dûe au coronavirus, comment le patient peut-il alors être reconnu sur le respect de son autonomie, de sa dignité face à des mesures mises en place en raison d'impératifs de santé publique ? Réfléchir ensemble, n'est-ce pas une façon d'être toujours précautionneux du patient et de le placer au centre des décisions afin de ne pas oublier que si nous luttons contre des maladies, c'est pour des personnes ?

2.3.2 Le patient, acteur de ses soins

La promulgation de la loi du 4 mars 2002, dit loi Kouchner⁷⁵ place le patient en tant qu'acteur de ses soins, de ses choix fondés sur des principes d'autonomie, de bienveillance, de

*Les développements sur ces points et les citations sont inspirés par les cours de philosophie de Mr Housset E. réalisés dans le cadre du Master 2 Mention « Santé Publique » Parcours Ethique en Santé 2019/2020.

⁷⁴ <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/finalite-soignante-et-moyens-professionnels,-par-walter-hesbeen>, dernier chapitre.

⁷⁵ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 4 mars 2002, consulté le 28 mars 2020.

non-malfaisance, de justice et d'équité⁷⁶. Le patient n'est plus dans une sphère passive, un patient muet⁷⁷, ses attentes ont évolué et les équipes soignantes ont dû adapter leurs pratiques professionnelles.

Il a un regard critique sur les décisions médicales et de ce fait intervient de façon active dans la décision de soins, le plaçant ainsi acteur à part entière pour faire des choix responsables⁷⁸. Il est appelé à faire part de ses décisions et donne la direction aux interventions de l'équipe⁷⁹. Le patient est ainsi membre de l'équipe notamment dans ses volontés, dans sa participation aux décisions ainsi que ses proches selon le choix, les capacités du patient.

Par la mise à disposition d'informations médicales et de soins dans des magazines, dans des émissions de télévisions, via les réseaux sociaux, le patient devient « *un malade sachant*⁸⁰ » entraînant une modification de la relation soignant-soigné. Ce fait évolutif peut amener le soignant à se trouver dans des situations difficiles notamment s'il doit apporter une vérité partielle ou totale aux connaissances du patient, parfois difficilement entendu par celui-ci⁸¹. Il y a un devoir de vérité envers un homme libre, à la condition bien sûr qu'il puisse entendre. Mais il ne faut pas trop préjuger de son incapacité à entendre.

Face à cette évolution de relation où le patient est dans la demande de comprendre sa maladie, les choix thérapeutiques, d'être au centre des décisions, le concept de prudence prend aussi tout son sens face à l'unicité de la situation de chaque patient*. En effet, « *les mots peuvent faire un bien indicible ou créer des blessures indicibles*⁸². » C'est un devoir d'avoir à se demander comment dire une vérité.

Le Code de Déontologie des médecins précise que ces derniers, s'ils ont une obligation de dire la vérité aux patients, doivent être prudents dans le « dire » de la vérité. (*Art.R.4127-35 du CSP*)⁸³. Nous devons, par un questionnement éthique, nous interroger sur la réelle vérité

⁷⁶ *Les droits des patients.pdf*, <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/Les%20droits%20des%20patients.pdf>, consulté le 28 mars 2020.

⁷⁷ Le Pen C., « « Patient » ou « personne malade » ? », *Revue économique*, 2009, Vol. 60, 2, p. 257-271.

⁷⁸ *ibid.*

⁷⁹ « Qu'est-ce que le travail en équipe ? », art cit.

⁸⁰ Le Pen C., « « Patient » ou « personne malade » ? », art cit, p. 260.

*Les développements sur ces points et les citations sont inspirés par les cours de philosophie de Mr Housset E. réalisés dans le cadre du Master 2 Mention « Santé Publique » Parcours Ethique en Santé 2019/2020.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² Clément-Hryniewicz N., « Ethique de l'annonce en soins palliatifs: la « vérité » en question », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2014, Vol. 29, 4, p. 125-131, p. 126.

⁸³ HAS, mise au point sur la démarche palliative, 12/2016, 40 p.

demandée par le patient. Si le patient veut que nous lui mentionnions, devons-nous pour autant lui mentir ? N'est-ce pas porter atteinte à sa liberté et dignité ?

Également, dans certaines circonstances, le mensonge peut être un dérivatif⁸⁴ permettant une prise de recul, se donner du temps, préparer tout doucement le patient à la vérité mais il se doit de rester limité dans le temps pour amener avec tact et modestie la sincérité de la vérité à lui apporter.

Face au patient, l'enjeu est de ne pas tromper l'autre, de ne pas décevoir sa confiance. La confiance ne suppose pas que le médecin, le soignant ne se trompe jamais, mais qu'il soit sincère dans ses propos.

De même, dans certaines situations, les équipes se trouvent confrontées à des questionnements notamment l'obligation de soin face à des situations de refus de traitement du patient⁸⁵. Les équipes s'interrogent sur la réelle compréhension du patient quand il a reçu l'information, son positionnement dans ses choix....: « *s'agit-il d'un certain trouble de la compréhension, de l'appréciation par le malade de l'impossibilité de curabilité; s'agit-il d'un trouble du raisonnement ou s'agit-il enfin de l'expression d'une attitude d'opposition aux personnes des soignants elles-mêmes ? Ou s'agit-il enfin d'un refus rationnel et réfléchi*⁸⁶ ? » Vis-à-vis de ces dilemmes, la démarche éthique⁸⁷ a toute sa place pour en débattre, pour comprendre cette décision.

La limite de l'information, par la méconnaissance de la loi, met les paramédicaux en difficulté pour répondre aux patients en leur apportant comme réponse de s'adresser directement aux médecins. Les patients peuvent éprouver un sentiment de mise à l'écart dans l'information, du manque de l'application de la loi et par ricochet une perte de confiance dans la relation aux soignants⁸⁸. Ainsi, l'accompagnement des équipes se veut indispensable pour les informer des évolutions des lois et de leur compréhension notamment dans des temps de réflexion afin de répondre à leurs questions que peut entraîner ces modifications dans les soins : « Que pouvons-nous dire ou pas dire ? Comment faire ? »⁸⁹ Il ne s'agit pas d'être infaillible, mais de chercher à faire le mieux possible.

⁸⁴ De Solemne M., *la sincérité du mensonge*, Editions DERVY, 1999

⁸⁵ Diederich N., « 2. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé » dans *Stériliser le handicap mental ?* ERES, 1998, p. 251.

⁸⁶ *Ibid*, p. 31.

⁸⁷ Genivière G., « L'information de la personne soignée, dilemmes, éthique et loi », *Soins Cadres*, 2016, 60, p. 38-40.

⁸⁸ Cariclet N., « Construire une relation de confiance durable avec les patients », *Soins Cadres*, 2008, 63, p. S17-S18.

⁸⁹ *Ibid*.

Nous voyons là, la place grandissante du patient dans le système de santé, une personne cherchant à comprendre et à être soulagée. Ainsi, face à cette évolution complexe de la relation soignant-soignée, la réflexion éthique du soin prend tout son sens.

Que voulons-nous dire par soin ? Parlons-nous de qualité des soins, de qualité du soin ?

2.4 LE SOIN

2.4.1 Pensez le soin : une qualité du soin

La qualité se veut collective et nécessite l'adhésion de chacun. Elle repose sur la maîtrise de procédures et de protocoles en perpétuelle évolution⁹⁰. La qualité est « *la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment*⁹¹. » Ce qui est intéressant dans cette définition, c'est qu'elle englobe toutes les professions de santé ainsi que les structures, qu'elle se destine à l'unicité et à l'ensemble et que la finalité attendue pour le soin soit le mieux possible, adapté aux situations des prises en charge avec une exigence de connaissances et de compétences.

Walter Hesbeen⁹² identifie la qualité des soins en désignant « soins » au pluriel, comme des soins qui suivent des règles à partir de protocoles, de procédures se référant à l'accroissement de la spécialisation, de la technicité des soins, à une forme de production. Par distinction, la qualité du soin mis au singulier va demander au soignant de ne pas être dans la simple production d'actes de travail, de ne pas les réaliser de façon automatique, non personnalisée, mais être présent, c'est-à-dire un « *un sujet sensible* » qui soit précautionneux, attentionné, préservant la dignité, les désirs, les choix et la personnalité du patient⁹³. La prise en charge n'est donc pas uniquement en termes de médication ou de soins d'hygiène, il faut inclure toute la dimension relationnelle, indispensable à la vie, et qui donne au soin tout son sens. Ainsi soigner, c'est avant tout « prendre soin » et cette démarche du « prendre soin » suppose « *une attitude éthique*⁹⁴. » Une posture qui laisse exprimer la dépendance du patient, la capacité à la vivre, à reconnaître leur singularité, à être dans une relation d'attention. C'est aussi articuler les

⁹⁰ Bertrand D., « Accréditation et qualité des soins hospitaliers », *adsp*, 2001, 35, p. 17-78, p. 18-19.

⁹¹ Or Z. et Com-Ruelle L., « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », 2008, p. 3.

⁹² Dupuis M., Gueibe R. et Hesbeen W., *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins*, *op. cit.*, p. 19.

⁹³ Brugère F., *L'éthique du « care »*, 3ème Edition Que sais-je., 2017.

⁹⁴ *Ibid.*, p. 111.

décisions, la façon de se comporter, de s'adapter aux situations de soins dans leur différence⁹⁵. Promouvoir cet accompagnement demande de prendre du temps, de s'accorder du temps avec le patient⁹⁶. Il est aussi attendu un engagement éthique du soignant qui s'accorde à ne pas être dans un quelconque jugement envers le patient⁹⁷. Il s'agit de ne pas juger la manière de vivre du patient mais de lui donner des conseils et de le soigner.

Pour amener une définition du soin, du prendre soin, celle du Professeur Didier Sicard nous semble être celle qui résume la plus juste dimension du soin. Il rappelle en effet, « *que prendre soin, c'est en même temps exprimer sa compassion et ne pas fusionner, être attentif, vigilant et non juge, dépositaire de bonnes pratiques médicales et chirurgicales, tout en respectant le sujet* »⁹⁸, le patient. Elle définit les trois moments du soin, c'est-à-dire la rencontre du soignant qui se trouve interpellé par les maux, la vulnérabilité du patient, attitude nommée « sollicitude » par Paul Ricoeur, puis dans un second temps la technicité, le savoir-faire du soignant, d'avoir le geste juste pour aider le patient et enfin d'établir une relation dite « alliance thérapeutique » où le patient est reconnu en tant que personne, s'adapter à sa singularité. Ces trois moments font référence à l'éthique de la sollicitude, l'éthique du travail bien fait et l'éthique de la reconnaissance selon Victor Emil Freiherr von Gebattel, c'est-à-dire la réalisation d'un juste soin⁹⁹.

Prendre soin amène aussi la relation soignant/soigné vers une vulnérabilité commune, c'est-à-dire la rencontre de deux personnes vulnérables. En effet, la vulnérabilité renvoie à la notion de dépendance qui pourrait se réduire au « soigné¹⁰⁰ ». Mais le soignant n'a-t-il pas besoin dans cette relation de laisser une part de sa vulnérabilité apparente ? Autrement dit, de ne pas nécessairement refuser cette vulnérabilité pour plutôt en faire un point d'appui pour ses actes ? N'est-ce pas cela qui donne force et sens à cette relation du prendre soin ?

Cette démarche du prendre soin concerne tous les acteurs de l'équipe et nécessite en tant que tel un travail en équipe¹⁰¹. En effet, chacun dans son domaine de compétences, de par son

⁹⁵ Delassus E., « Le soin ou l'éthique en acte », *conférence le 06 octobre 2017 au centre psychiatrique du Bois de Bondy*, p. 11.

⁹⁶ Brugère F., *L'éthique du « care »*, *op. cit.*

⁹⁷ Svandra P., *Le soignant et la démarche éthique*, Paris, ESTEM, 2009.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 65.

⁹⁹ Svandra P., « La qualité, un souci éthique pour prendre soin », *Soins*, 2018, 63, 824, p. 41-43.

¹⁰⁰ Delassus E., « Le soin ou l'éthique en acte », *art cit.*

¹⁰¹ Hesbeen W., *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, InterEditions : Masson, 2010.

métier participe au bien être des patients et ainsi répond à leurs attentes dans une approche plus attentive, plus singulière où le patient est au centre de ces attentions.

2.4.2 Le prendre soin : toujours d'actualité ?

Pour Walter Hesbeen, il faut être vigilant à ne pas banaliser l'humain dans sa prise en charge car le risque pour le soin est de ressembler à une prestation de service. Il fait référence aux retours de courriers des patients qui notent leur satisfaction de la qualité des actes techniques mais que la relation, le dialogue, les échanges, le partage avec les soignants se veulent plus rares¹⁰².

L'environnement professionnel du soignant peut être un élément influençant sur la qualité du prendre soin. Notamment, le soignant peut être interrompu dans la réalisation du soin et ainsi perdre le fil de son action, perdre de l'efficacité dans sa réalisation¹⁰³. Les appels téléphoniques, les visites médicales à toutes heures, les réponses à des questionnements de part et d'autre rentrent dans ce domaine, dans ces distracteurs. Le fil conducteur de la relation, alors, se fait moindre pouvant engendrer de l'angoisse pour le soignant ainsi que pour le patient.

De plus, les pratiques soignantes connaissent régulièrement des changements en lien avec les exigences attendues dans plusieurs domaines : la traçabilité des actes réalisés par le biais de l'informatique prenant un temps considérable sur le soin auprès du patient. La diminution des temps de transmissions afin d'optimiser le temps de travail lors des relais entre équipes occasionne des manques d'informations pouvant entrainer une continuité des soins moins adaptés aux besoins du patient. La réduction des effectifs soignants dans les unités de soins a prévalu sur le temps passé auprès des patients et sur le soin lui-même. L'impact de la tarification à l'activité, le découpage en pôle d'activité ont sous-entendu une dimension de durée moyenne de séjour du patient souhaitée afin de répondre à une exigence budgétaire, à une meilleure maîtrise des coûts¹⁰⁴. Les référentiels qualités de plus en plus tournés vers une culture dite sécuritaire, poussant à ne rien négliger, amène les soignants vers des « soins standardisés¹⁰⁵ ». Les nouvelles techniques médicales, les progrès thérapeutiques dues aux avancées scientifiques entraînant des modifications dans les pratiques de soin peuvent angoisser

¹⁰² Dupuis M., Gueibe R. et Hesbeen W., *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins*, op. cit.

¹⁰³ Fiorentino A. et Delmas P., « Impact de l'environnement de travail sur la qualité et la sécurité des patients », *Soins Cadres*, 2019, 28, 111, p. 52-55.

¹⁰⁴ Perraut Soliveres A., *Quand la violence du tout-économique empêche de soigner*, ERES, 2014.

¹⁰⁵ Svandra P., « La qualité, un souci éthique pour prendre soin », art cit.

les patients, les déstabiliser d'où l'importance de rester vigilant, d'accompagner leur questionnement, d'être disponible, d'être dans le soin au moment du soin¹⁰⁶.

Entendons-nous que ces évolutions techniques, médicales, les préoccupations financières, les procédures d'évaluation, la traçabilité ont leur importance dans un fonctionnement hospitalier. Ils font partie des « moyens » pour atteindre la finalité, le « but ultime » qui est de prendre soin des patients. Mais ne font-ils pas obstacle à la réalisation de la qualité du soin lorsqu'ils sont promus de façon excessive¹⁰⁷ ? L'idée en effet est que tous ces moyens sont indispensables et qu'il n'est pas question d'en minimiser l'importance, mais qu'ils doivent converger vers le soin et ne pas devenir des fins en soi.

Comment les soignants peuvent-ils conserver l'ordre de leurs priorités qui est de prendre soin ? Prenons-nous « *le temps de réfléchir aux expériences vécues afin d'en nourrir l'avenir*¹⁰⁸ ? »

Le cadre de santé ne peut-il pas saisir ou se saisir d'un espace nécessaire pour favoriser un temps permettant de réfléchir, de prendre du recul, de se poser, d'échanger ? ne devons-nous pas nous interroger sur notre positionnement éthique pour s'adapter à ces évolutions gardant toujours au centre de nos débats pour qui nous sommes là et comment prendre soin le mieux possible ?

2.5 LA RÉFLEXION ÉTHIQUE

2.5.1 L'éthique : que voulons-nous dire ?

Souvent confondu avec le mot « morale », le mot « éthique » découle du grec « ethos » correspondant « à une manière d'être¹⁰⁹ », alors que le mot « morale » vient du latin « mores » qui veut dire « une manière d'agir¹¹⁰. » Les deux renvoient à l'idée de mœurs. La distinction n'est donc pas facile. Pour cela, Paul Ricoeur propose cette définition pour nous éclairer en posant comme postulat : « *C'est donc par convention que je réserverai le terme éthique pour la visée d'une vie accomplie et celui de la morale pour l'articulation de cette visée dans les*

¹⁰⁶ Fresney Duboys C. et Perrin G., « Chapitre I. Fondement et sens des soins infirmiers », *Que sais-je ?* 2017, 7e éd., p. 31-64.

¹⁰⁷ Dupuis M., Gueibe R., Hesbeen W., *Ethique de l'encadrement de proximité dans le secteur de la santé : outils et repères pour une organisation juste et des soins de qualité*, Edition Seli Arselan 2019.

¹⁰⁸ Thollon-Behar M.-P., *La qualité du travail en équipe*, ESF-Sciences Humaines, 2016, p. 101.

¹⁰⁹ Vilanova J., « Morale, éthique et droit : une nécessaire distinction Ethique médicale », p. 2.

¹¹⁰ Définition : *Ethique*, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Ethique.htm>, consulté le 15 avril 2020.

*normes*¹¹¹. » La morale relève donc du bien et du mal, du juste et de l'injuste. Elle est un ensemble de règles communes, d'action par devoir. Tandis que l'éthique questionne, recherche le sens de nos actions ou la décision du moindre mal. « *Si le fondement de la morale est l'impératif, le questionnement permanent constitue l'essence de l'éthique*¹¹². »

Pour autant, l'éthique est souvent employée dans de nombreuses situations. Mais elle ne doit pas être comprise comme « *plus mystérieuse qu'éclairante*¹¹³ » mais plutôt comme une éthique qui amène à se questionner chacun, mais aussi ensemble sur la personne, sur le patient dans tout son être. En effet, « *quel que soit le cadre, l'éthique a pour objet d'améliorer une situation à laquelle on est confronté ou, tout au moins, de choisir la solution la moins pire face à un problème dont la réponse n'est pas unique* » ** pour le patient. Une visée éthique qui est dans l'intention de bienfaisance entre les personnes et de se demander toujours comment pouvons-nous favoriser cela quel que soit notre métier¹¹⁴. Ce qui nous amène à dire que toute interrogation éthique nous met en cause, elle nous déstabilise là, où nous croyons être dans notre rôle, dans notre place. L'éthique est un « pouvoir » d'interrogation et non un savoir. Nous ne sommes pas dans une ligne droite toute tracée. Le tâtonnement se veut nécessaire. Dans le soin, nous cherchons le bien du patient ce qui implique le rejet de l'automatisme, d'être enfermé dans une certitude, dans une évidence, un sentiment de toute puissance du soin. Il faut s'interroger sans cesse sur la justesse de l'action dans le soin.*

Se questionner demande en premier lieu une démarche individuelle avant de devenir collective. Toutefois, il est possible de ne pas le faire du fait d'habitudes de service, d'être dans une certaine routine. Philippe Svandra parle de « révélation éthique » lorsque le soignant est confronté à une situation particulière, une expérience individuelle qui l'amène à cette prise de

¹¹¹ Svandra P., *Comment développer la démarche éthique en unité de soins ? pour une éthique de la responsabilité soignante*, Issy-les-Moulineaux, Estem, 2005, p. 9.

¹¹² *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - Anesm*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf, juin 2010, consulté le 15 avril 2020, p. 15.

** Les développements sur ces points et les citations sont inspirés du cours de Mr Morello R. sur l'éthique de la recherche clinique réalisés dans le cadre du Master 2 Mention « Santé Publique » Parcours Ethique en Santé 2019/2020

¹¹³ Dupuis M., Gueibe R. et Hesbeen W., *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins*, op. cit, p. 13.

¹¹⁴ *2013-prendre_soin_de_l_humain_une_ethique_du_quotidien-wh.pdf*, http://www.gefers.fr/uploads/orga/2013-prendre_soin_de_l_humain_une_ethique_du_quotidien-wh.pdf, consulté le 18 mai 2020.

* Les développements sur ces points et les citations sont inspirés par les cours de philosophie de Mr Housset E. réalisés dans le cadre du Master 2 Mention « Santé Publique » Parcours Ethique en Santé 2019/2020

conscience du questionnement¹¹⁵. Pour illustrer cela, nous pouvons évoquer le patient se trouvant en phase palliative depuis un certain temps dans un service aigüe où plus aucun soin curatif ne lui est réalisé. Le patient est présent, seulement présent, mais pour qui ? A ce moment, n'est-ce pas cela, cette révélation éthique pour le soignant qui l'amène à s'interroger en remplaçant le malade en tant que personne et non identifié que par une pathologie ?

Il est aussi à envisager que certains facteurs peuvent aussi amener le soignant à ne plus se questionner tels que la fatigue souvent liée aux conditions de travail entraînant une certaine lassitude, les organisations de travail axées sur « une production de soins » où le soin est réduit à des actes de soins reproductibles, codifiés, convertis en temps de travail souvent pour des raisons de maîtrise des coûts. Le soignant est dans la position à réaliser des soins et non plus dans le prendre soin. Il rentre dans une certaine routine, une perte de sens du soin, un certain désinvestissement peut aussi naître de ce fonctionnement¹¹⁶.

Afin de continuer à être dans le prendre soin ensemble, la réflexion éthique n'est-elle pas alors celle qui veille à ce que le soin demeure à la hauteur de ces ambitions ?

2.5.2 La réflexion éthique : une autre façon d'aborder le soin

L'article 5 de la loi du 4 mars 2002¹¹⁷ demande aux établissements de mener une réflexion sur les questions éthiques concernant les prises en charge des patients. La Haute Autorité de Santé, en charge de certifier les hôpitaux, qui a inscrit dans le manuel de certification version 2010 des établissements de santé¹¹⁸ que la démarche éthique doit être intégrée dans le projet d'établissement¹¹⁹. Dans les établissements de santé, cette instance est référencée sous le nom de Comité éthique. Sa composition se veut pluridisciplinaire.

Ses missions sont de :

- « Développer la culture éthique au sein du groupement d'établissements et de services,
- Mutualiser les réflexions,

¹¹⁵ Svandra P., *Comment développer la démarche éthique en unité de soins ? op. cit.*

¹¹⁶ *Ibid.*

¹¹⁷ LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *op.cit.*

¹¹⁸ Haute Autorité de Santé, *Manuel de certification, Version 2010*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf, janvier 2014, consulté le 31 mars 2020.

¹¹⁹ Dekeuwer C. et al., « Réflexion éthique et institutionnalisation de l'éthique », *Éthique & Santé*, 2011, 8, 3, p. 125-131.

- *Traiter des questionnements récurrents, par exemple sur la question des dossiers, du partage d'informations, de faits de maltraitance potentiels, de la mise œuvre du principe de laïcité ou d'autres situations complexes*¹²⁰. »

C'est un lieu dans lequel les professionnels peuvent trouver un soutien lorsqu'ils sont confrontés à des problématiques de prises en charge de patients, sur leurs pratiques [...]

Au sein des unités, les soignants sont confrontés de plus en plus à des questionnements éthiques que ce soit la prise en charge d'un patient en fin de vie, une demande de sédation par le patient, un refus de soin, un choix thérapeutique, une famille qui s'oppose à la décision de son proche. Ces questionnements sont renforcés dans le contexte de la crise sanitaire liée au Covid 19 principalement en lien avec la prise en charge des patients en fin de vie, la place des familles dans le soin et la peur de transmettre le virus aux patients. Et d'autres questions relevant davantage du quotidien peuvent émerger : comment faire un soin qui n'engendre pas de douleurs ? Est-ce bien le moment de faire la toilette, même si c'est dans les habitudes du service de la faire le matin ? Que souhaite vraiment le patient ? Comment respecter la liberté d'aller et venir du patient « dément » ?

Face à ces questionnements, la réflexion éthique prend tout son sens mais que voulons-nous dire par réflexion éthique ? La réflexion éthique est « *un espace d'autorisation de la pensée où le professionnel peut se poser les questions : est-ce que je fais « bien » ? En quoi mon action contribue-t-elle à une création de valeur pour la personne accompagnée ? Qu'est-ce qui justifie telle règle ou telle procédure*¹²¹ ? » Elle apporte du sens à la pratique, elle interroge. Elle permet de réfléchir sur le sens du soin, la responsabilité de nos actes. C'est un temps de réflexion collectif de plusieurs acteurs face à une situation qui interroge et permet de mettre en mouvement la pensée face à des pratiques de soins qui n'évoluent pas. Cette collégialité permet d'avoir un autre regard que les siens sur la même situation. Le questionnement peut venir de tous professionnels¹²².

Ce processus décisionnel ne doit pas être un simple débat d'avis ou de certitudes. Elle doit se formaliser comme une discussion au sens de Jürgen Habermas¹²³. L'enjeu est de pouvoir

¹²⁰ *Guide pour créer, structurer ou consolider un comité éthique pour la pratique du travail social*, <https://www.anas.fr/attachment/1069541/>, juillet 2018, consulté le 15 avril 2020, P 13.

¹²¹ « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-socials - Anesm », art cit, p.19.

¹²² *Ibid.*

¹²³ *Analyse_litterature_part1_ethique_anesm.pdf*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_litterature_part1_ethique_anesm.pdf, consulté le 14 avril 2020.

échanger, communiquer ensemble de façon authentique, sincère, en confiance, libre de parole au regard de la situation discutée vers les possibles à envisager, afin d'aboutir à un consensus que chacun s'engage à suivre. Ensemble est entendu de manière collégiale.*

La réflexion éthique se destine à s'approcher de ce qui est juste. Nous ne parlons pas d'être parfait dans la décision, mais d'être le plus acceptable possible et d'en assumer toute la signification. Elle demande de prendre du temps, le temps mais aussi d'être formalisée permettant une instauration et aussi une volonté d'implication de chacun à la faire vivre¹²⁴.

Pouvons-nous dire qu'« *élever notre condition de soignant pour mettre en œuvre une pensée critique qui tend à écrire le Soin en majuscule*¹²⁵ » n'est pas un des rôles du cadre de santé auprès des équipes dont il a la responsabilité ? N'a-t-il pas le devoir de donner sens à la pratique du soin par la réflexion avec l'ensemble des acteurs qui gravitent autour du soin, du prendre soin ? Dans le contexte actuel de la crise sanitaire, n'est-il pas important de tous s'investir pour participer à ces temps de réflexion éthique pour préserver cette valeur du soin ?

Plus l'urgence du soin est grande, plus la réflexion éthique devient elle aussi urgente. Autrement dit, il ne faut pas que l'urgence nous amène à ne plus penser à la justesse de nos actes.

Pour conclure, notre cadre conceptuel nous a permis de développer différents thèmes pour nourrir notre réflexion et ainsi s'ouvrir sur notre investigation empirique permettant d'interroger nos hypothèses relatives à notre question de recherche que nous allons aborder dans le chapitre suivant.

*Les développements sur ces points et les citations sont inspirés par les cours de philosophie de Mr Housset E. réalisés dans le cadre du Master 2 Mention « Santé Publique » Parcours Ethique en Santé 2019/2020

¹²⁴ « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-social - Anesm », art cit.

¹²⁵ Pacific C., *L'éthique pour écrire le Soin en majuscule*, <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/ethique-et-soins/ethique-pour-quoi-faire-dans-nos-pratiques-soignantes.html>, consulté le 9 janvier 2020.



MÉTHODOLOGIE

3 MÉTHODOLOGIE

« *La recherche est aussi un apprentissage de la modestie* »

F.Weber – S. Beaud

3.1 DÉMARCHE D'ACCOMPAGNEMENT

Afin de réaliser notre mémoire, nous nous sommes référée aux cours magistraux délivrés durant notre Master 2, ainsi que de nombreuses lectures bibliographiques et recherches sur plusieurs sites via internet. Des temps de rencontres physiques, téléphoniques, par mails et pas Skype ont été précieux avec notre directeur et notre co-directrice de mémoire pour nous accompagner dans notre cheminement et dans la réalisation de notre travail de recherche.

Ce qui nous amène maintenant à présenter l'objectif de notre recherche.

3.2 OBJECTIF DE LA RECHERCHE

L'objectif de notre recherche est de confronter les hypothèses avancées qui présentent des propositions de réponse à notre problématique, par une investigation sur le terrain auprès de personnels soignants de catégories professionnelles différentes.

Pour cela, nous avons choisi comme méthode empirique l'entretien qui nous semblait le plus adapté à notre sujet.

3.3 CHOIX DE LA MÉTHODE

3.3.1 Entretien semi directif

En effet, ce qui constitue l'entretien, c'est « *la production d'une parole sociale [...] la production d'un discours in situ. C'est en cela qu'il est une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'information*¹²⁶. » Il permet de collecter des données dans un but d'analyse du contenu, de compréhension du discours et favorise la construction d'un argumentaire.

¹²⁶ Blanchet A. et Gotman A., *L'entretien*, Paris, A. Colin, 2017, p. 15.

Parmi les différents types d'entretiens, nous avons opté pour l'entretien semi directif. Cette méthode qualitative amène une certaine liberté d'expression ainsi la possibilité de revenir sur une idée pour l'approfondir. De plus, elle permet de dégager un certain nombre d'axes thématiques afin d'avoir des informations et la perception de l'interviewé. Nous avons ainsi élaboré notre guide d'entretien afin que les données produites puissent être mises en relation et confrontées à l'hypothèse.

De plus, l'intérêt de cette méthode est que le récit des interviewés n'est pas trop orienté et ils peuvent parler librement sans être trop dirigés. La spontanéité et la liberté d'expression sont privilégiées, ce qui nous intéresse pour notre travail de recherche.

3.3.2 Autorisation

Nous avons soumis notre projet de recherche au Groupe du Guichet d'Orientation de Recherche en Santé de l'Université de Caen pour savoir si nous devons réaliser des démarches en termes d'autorisation spécifique liée à notre étude. Après examen, le comité a estimé qu'aucune démarche n'était nécessaire à sa mise en œuvre (annexe n°1).

Puis, nous avons contacté la Directrice des Soins de l'Etablissement de Santé Publique choisi pour obtenir l'autorisation de mener nos entretiens auprès de plusieurs professionnels soignants en unité de soins de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). Suite à notre échange sur l'objet de notre étude, son accord nous a été donné.

3.4 CHOIX DES TERRAINS

Afin d'étudier les hypothèses de notre recherche et donner sens à notre analyse, nous avons fait le choix de réaliser notre investigation de terrain dans un Etablissement Hospitalier Public, plus précisément en secteur de MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique) en lien avec nos réflexions de départ et nos questionnements.

La Directrice des Soins, lors de notre rencontre, nous a orientée vers quatre unités de soins. Nous précisons que ce choix ne saut pas fait en fonction des spécialités des unités qui n'étaient pas le but de notre recherche mais plutôt dans l'optique d'avoir un regard transverse sur l'existence et sur la place d'une réflexion éthique pour la prise en charge du soin et sur le

rôle du cadre de santé. Le panel du nombre d'unités aurait pu être plus conséquent mais au regard du temps imparti pour notre travail, il était difficile d'aller au-delà.

3.5 PRÉSENTATION DU TERRAIN D'ENQUÊTE

Les unités de soins qui nous ont accueillies sont quatre unités appartenant à la filière MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

La première est une unité de chirurgie orthopédique composée de vingt lits d'orthopédie traditionnelle et de neuf lits septiques individualisés et isolés. Les personnes accueillies sont des patients pour des hernies discales, cervicales, des syndromes canaux, des prises en charge de fractures multiples, dues à des métastases osseuses... Les équipes de jour sont sectorisées en lien avec la spécificité des deux secteurs.

La deuxième est une unité de médecine interne et maladies infectieuses composée de dix lits d'hospitalisation traditionnelle dont six chambres seules. Les personnes reçues sont des patients pouvant présenter des maladies auto-immunes (lupus, ...), des complications liées au VIH (virus de l'immunodéficience humaine), paludisme, sarcoïdose... Cette unité est associée à une unité d'ORL (Otorhinolaryngologie). Les infirmières de jour sont sectorisées, c'est-à-dire une équipe sur la médecine interne et une équipe sur l'ORL tandis que les aides-soignantes sont mutualisées sur les deux secteurs.

La troisième unité est une unité d'hospitalisation traditionnelle de pneumologie avec vingt-quatre lits en chambres doubles individuelles dont quatorze lits de pneumologie et dix d'hospitalisation de semaine. Les patients sont des personnes présentant des insuffisances respiratoires aiguës ou chroniques, des cancers broncho-pulmonaires, des pneumothorax... Les équipes ne sont pas sectorisées, simplement un roulement est établi afin que chacun puisse travailler sur les deux secteurs.

La dernière unité est la réanimation médico-chirurgicale avec douze lits de réanimation, six lits de soins continus et neuf lits en attente si besoin. Les pathologies prises en charge sont des défaillances d'organes, des post opératoires, des polytraumatismes... Les équipes sont mutualisées sur l'ensemble du secteur.

L'effectif des quatre unités est composé de médecins spécialisés en lien avec l'unité, d'internistes, d'infirmières, d'aides-soignantes, d'agents de service hospitaliers, d'un cadre de santé sauf en réanimation où il y a deux cadres, de rééducateurs, d'un temps dédié de

diététicienne, d'assistante sociale, de socio-esthéticienne et de psychologue. Les deux derniers métiers cités ne sont pas présents en unité d'orthopédie. Ils ont tous recours aussi aux équipes transverses telles que l'équipe mobile de soins palliatifs.

Au départ, nous avons été orientée sur l'unité de chirurgie viscérale. En accord avec le cadre de santé, nous avons décidé de choisir une autre unité de MCO. En effet, la Direction de l'Etablissement venait d'annoncer que l'unité en binôme au sien devenait une unité tampon, c'est-à-dire accueillant des patients pour suspicion du coronavirus. La logistique étant trop prenante, nous avons été dirigée sur un autre service de chirurgie en accord avec le cadre de santé de celui-ci.

3.6 CHOIX DE LA POPULATION ENQUÊTÉE

Après notre rendez-vous avec la Directrice des Soins, nous avons contacté les quatre cadres de santé de chaque unité par téléphone et expliqué que nous effectuons un mémoire de recherche dans le cadre de notre Master. Notre choix d'investigation était de réaliser des entretiens auprès de ces derniers, d'une infirmière, d'une aide-soignante. Leur accord étant donné, dans un premier temps les cadres ont vu auprès de leur équipe les professionnels qui souhaitaient participer à cette enquête. Dans un second temps, les cadres de santé nous ont transmis les coordonnées des personnes volontaires afin de convenir d'un rendez-vous.

Spécialités	CADRES DE SANTE			INFIRMIERES			AIDES SOIGNANTES		
	Ancienneté du Diplôme (ans)	Ancienneté dans le service (ans)	Age (ans)	Ancienneté du Diplôme (ans)	Ancienneté dans le service (ans)	Age (ans)	Ancienneté du Diplôme (ans)	Ancienneté dans le service (ans)	Age (ans)
Réanimation	12	5	54	21	13	44	16	12	43
Pneumologie	14	3,5	49	5	1,5	28	11	4	29
Orthopédie	3	3	40	9	9	50	9	9	43
Maladie infectieuse	7	7	51	29	5	50	13	7	52
Moyenne	9	4,6	48,5	16	7,1	43	12,2	8	41,1

Tableau n°1 : Caractéristiques de la population interviewée

Il s'agit d'un échantillon homogène, c'est-à-dire des personnes qui partagent une même caractéristique : ils proviennent tous du milieu hospitalier. Ce type d'échantillonnage permet de fournir une image détaillée d'un phénomène, dans le cas présent de l'existence et de la place d'une réflexion éthique sur la prise en charge du soin et le rôle du cadre de santé.

Il y a une diversité inter-groupe, c'est-à-dire qu'ils viennent tous du monde hospitalier mais exercent des fonctions différentes avec une ancienneté de diplôme ou dans l'unité variée.

3.7 COLLECTE DES DONNÉES

3.7.1 Elaboration du guide d'entretien

Nous avons élaboré un guide d'entretien (annexe n°2) à partir d'objectifs en lien avec notre cadre théorique et notre question de recherche pour que les données produites puissent être mises en relation, être confrontées à nos hypothèses, à savoir :

- Clarifier la qualité du soin et la place du patient,
- Identifier la réflexion éthique en unité de soins,
- Caractériser le travail d'équipe,
- Déterminer le rôle du cadre de santé pour la mise en place de la réflexion éthique au sein de l'unité dont il a la gestion.

A partir de chaque objectif, nous avons élaboré plusieurs questions ouvertes pour nous permettre d'obtenir des réponses.

Après validation de notre guide d'entretien par notre Directeur de mémoire, nous l'avons testé dans une unité de soin.

3.7.2 Pré test

Ce pré test de notre guide d'entretien s'est réalisé dans une unité d'hospitalisation de notre établissement auprès d'un cadre de santé, d'une infirmière et d'une aide-soignante afin d'effectuer des ajustements notamment éviter des oublis, corriger des erreurs d'interprétations et de nous assurer que la méthode choisie comportait tous les éléments pour obtenir des résultats valables. A la fin du test, certaines questions ont été reformulées afin d'être plus précises et d'autres questions rajoutées pour affiner certains points. Pour autant, nous ne pouvons présumer que d'autres difficultés pourront apparaître lors des entretiens concernant nos questions.

3.7.3 Organisation logistique

Les entretiens se sont réalisés par téléphone au domicile de chacun(e)s, initialement nous devions nous rencontrer sur leur lieu d'activité qui est l'hôpital. La crise sanitaire due au coronavirus, avec le confinement déclenché le mardi 17 mars 2020 a rendu cela impossible.

Ensemble, nous nous sommes adapté(e)s à la situation et les rendez-vous téléphoniques ont eu lieu en fonction de leurs activités professionnelles principalement. La période des entretiens se situe entre le 19 mars et le 1^{er} avril 2020. Les rendez-vous ont été réalisés le soir après dix-huit heures ou sur le temps du midi. Pour deux cadres de santé, plusieurs fois les rendez-vous ont été repoussés en lien avec l'activité de leur unité, notamment dans la gestion de patients ayant le coronavirus.

Face à ce constat, nous nous sommes interrogée sur la faisabilité de réaliser nos entretiens dans leurs unités et avons proposé de nous orienter vers d'autres unités. Une décision commune a été prise de maintenir nos entretiens dans leur unité.

3.7.4 La conduite de l'entretien

Nous nous sommes entretenue au total avec 12 professionnels de santé, infirmières, aides-soignantes et cadres de santé auxquels nous avons présenté le thème général de notre recherche. Chaque entretien a duré entre cinquante minutes à plus d'une heure. Nous les avons enregistrés avec leur accord et en leur assurant l'anonymat. Ce moyen nous a permis d'être plus disponible et attentive. Par ailleurs, ce procédé rend possible une retranscription fidèle des propos recueillis.

Notre but au départ était de réaliser aussi un guide d'observation basé sur l'observation de l'environnement, la posture, les réactions physiques de l'interviewé en lien avec nos questions. Le fait de n'avoir pas pu les rencontrer physiquement, cette observation n'a pu être réalisée.

Afin d'être dans des conditions optimums d'écoute, nous nous sommes isolée dans une pièce et chacun des interviewés a fait de même. Ces entretiens ont pu être réalisés dans le calme de manière à ne pas être dérangés. A la fin de nos échanges, nous avons discuté sur cette difficulté de pouvoir être tranquille durant l'entretien car au vu du confinement, beaucoup de monde étant présent à domicile notamment les enfants. Ce qui me permet de mettre en avant toute l'implication, l'intérêt et la collaboration de leur part.

Lors de l'entretien, notre attitude s'est voulue bienveillante, rassurante et sans la moindre autorité¹²⁷ du fait de notre position professionnelle de cadre de santé envers des infirmières et les aides-soignantes, un facteur pouvant être une limite de l'interview.

Avant les enregistrements, nous les avons informés du déroulement de l'entretien notamment l'importance de la libre parole de leur part. Les entretiens débutent par le thème général de l'enquête. Puis, nous nous sommes appuyée sur nos questions qui ont servi de guide. Tout le long de l'échange, certaines questions ont été formulées de façons différentes en lien avec les réponses de l'interviewé afin de préciser leurs propos quand cela était nécessaire. Des questions de substitutions, complémentaires ou de clarification ont pu être également posées. Certaines questions n'ont pas été abordées car leur pertinence ne se prêtait pas à l'instant de l'échange ou des réponses en lien avec elles avaient déjà été apportées auparavant. Notre directive était aussi de ne pas induire leurs réponses donc de rester le plus neutre possible. Au moment de conclure, nous leur avons soumis la possibilité d'ajouter d'autres éléments si besoin et certains ont souhaité approfondir un point ou le préciser. Il est à noter aussi qu'à la fin de l'enregistrement, plusieurs ont souligné leur contentement d'avoir pu participer et émis le souhait de pouvoir consulter notre mémoire.

Le même guide d'entretien a été utilisé sauf pour l'objectif concernant « le rôle du cadre de santé et la réflexion éthique » où nous avons choisi des questions différentes en fonction de la catégorie professionnelle. Les cadres de santé ont été sollicités pour nous renseigner sur leur connaissance, le rôle et la place de la réflexion éthique dans leur management. Tandis que les agents ont eu la possibilité de nous éclairer sur le rôle du cadre de santé au regard de questionnements aboutissant à une réflexion commune autour du soin et l'identification d'autres acteurs dans cette réflexion.

3.7.5 La retranscription

En effet, « *transcrire, c'est déjà interpréter*¹²⁸. »

Durant la retranscription, nous avons en premier lieu transcrits les idées qui commençaient à émerger en appliquant le principe de fidélité du discours tenu. Pour cela, nous avons eu une

¹²⁷ Blanchet A. et Pagès M., *L'Entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens*, Paris, Dunod, 1995.

¹²⁸ Beaud S. et Weber F., *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, Collection Grabs repères, 2017, p. 214.

écoute attentive des mots, des silences, des hésitations, des rires, des tonalités. Car « *l'écoute attentive de la parole vous permet de saisir les propriétés les plus corporelles, et en même temps les plus sociales de l'interviewée*¹²⁹. »

Ce travail nous a demandé un temps certain que nous pouvons qualifier de « long » ainsi qu'une grande concentration pour être au plus juste de la retranscription. Il a été aussi intéressant de s'écouter interviewer et de se rendre compte de la difficulté d'être dans cette posture.

Pour chaque entretien (annexe n°3), afin de distinguer l'interviewer, nous avons eu recours aux caractères droits tandis que nos questions ont été mises en gras. Nos relances, nos mots ajoutés aux questions principales ou autres questions de notre part ont été mises en italiques et non en gras. Pour nous identifier, nous avons utilisé nos initiales.

Entretiens N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Professionnels	CS P.	IDE P.	AS P.	CS R.	IDE R.	AS R.	CS M.	IDE M.	AS M.	CS O.	IDE O.	AS O.

CS = Cadre de santé

P= Pneumologie

M= Médecine interne et infectieuse

IDE = Infirmière Diplômée d'Etat

R= Réanimation

O = Orthopédie

AS = Aide soignante

Tableau n°2 : Identification des entretiens en lien avec la population interviewée

3.8 RICHESSES ET LIMITES DE NOTRE TRAVAIL

3.8.1 Richesses

- Malgré le contexte difficile dû à la crise sanitaire, une dynamique dans les échanges s'est instaurée facilitant ce temps partagé. Les participants ont été coopératifs et spontanés.
- Nous avons pu explorer à travers la littérature notre domaine d'investigation nous imprégnant de nouvelles connaissances et soulevant aussi de nouveaux questionnements.
- Par ailleurs, cette initiation à la méthodologie de la recherche est susceptible de nous être utile dans notre fonction de cadre de santé.

¹²⁹ *Ibid*, p. 210.

3.8.2 Limites

Plusieurs limites sont apparues notamment :

- La crise sanitaire du coronavirus qui n'a pas permis de pouvoir rencontrer les professionnels sur leur lieu de travail empêchant d'être dans une relation de proximité favorisant une meilleure interaction dans la relation.
- La disponibilité mentale de notre part du fait de notre implication dans la gestion de cette crise au niveau de notre Etablissement Hospitalier. Nous ne pouvons pas attribuer ce fait aux personnes interviewées. Pour autant, nous avons dû plusieurs fois à leur demande repousser nos rendez-vous téléphoniques notamment avec deux cadres de santé qui travaillaient dans des unités accueillants les patients atteints du coronavirus. Ce qui nous permet d'avancer, en tout cas, leur difficulté à se rendre disponible.
- Notre étude étant centrée sur la fonction et le nombre d'interview par unité étant faible(trois), il ne sera pas possible d'en déduire une analyse par unité.
- Au terme des douze entretiens, nous avons eu un effet de saturation empirique notamment n'ayant plus d'informations nouvelles et différentes pour justifier de prévoir d'autres entretiens.
- Pour conclure ce chapitre, « *le chercheur est rarement totalement étranger et neutre face à son objet d'étude*¹³⁰. » La neutralité n'est jamais acquise totalement, mais nous avons eu ce souci de la respecter lors de la construction de notre guide d'entretien, lors de nos questions, lors des lectures des entretiens et de notre travail d'analyse et d'interprétation, dirons-nous le mieux possible.

Le cadre méthodologique de notre recherche étant posé, intéressons-nous à l'analyse des données recueillies et à l'interprétation des résultats.

¹³⁰ Krief N. et Zardet V., « Analyse de données qualitatives et recherche-intervention », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2013, N° 95, 2, p. 211-237, p. 215.

ANALYSE
ET
INTERPRÉTATION
DES
RÉSULTATS



4 ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

4.1 MÉTHODE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Après la retranscription des entretiens commence alors l'étude, c'est-à-dire l'analyse du contenu des entretiens. Pour cela, nous nous sommes référée à une méthode d'analyse thématique¹³¹ qui « *consiste à repérer des « noyaux de sens » qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi* ¹³². »

Tous les entretiens ont été soumis à plusieurs lectures approfondies de notre part afin d'identifier et d'extraire les thèmes principaux en lien avec nos deux hypothèses de recherche.

De là, nous avons construit une grille d'analyse (annexe n°4) en inscrivant les thématiques. Puis, à partir de la lecture de chaque thème dans les entretiens, à l'aide de codes couleurs, nous avons pu identifier plusieurs sous-thèmes que nous avons reportés dans le thème concordant dans la grille d'analyse. Ensuite, nous avons classé les énoncés (fragments de discours, etc...) des interviewés correspondant dans chaque thème et sous thème.

Dans un deuxième temps, nous avons essayé de repérer les points de vue divergents, contradictoires ou similaires au travers des énoncés dans chaque thème décliné en sous-thèmes par catégories professionnelles. De là, nous avons réalisé une analyse et une interprétation des résultats pour chaque thème en lien avec notre cadre conceptuel, l'analyse étant un processus dynamique.

Pour identifier les personnes, nous avons utilisé le tableau n°2 au chapitre 3-7-5 « La retranscription », et leurs verbatims, par une écriture en italique mise entre guillemets dans nos écrits.

De ce travail de recherche, nous avons cherché à affiner, tenter de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

¹³¹ Blanchet A. et Gotman A., *L'entretien, op. cit.*

¹³² Bardin L., *L'analyse de contenu*, Edition Puf, 2018, p. 137.

4.2 ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Suite à notre analyse thématique, nous avons pu établir plusieurs thèmes diversifiés en sous thèmes que nous allons partager avec vous maintenant.

4.2.1 La qualité du soin, un regard sur le soin

Dans un premier temps, nous allons exposer les trois sous-thèmes relatifs à ce thème qui n'ont pas la prétention de tout dire sur la qualité du soin mais de traduire ce qui fait sens pour sa réalisation au regard de l'étude des entretiens.

4.2.1.1 Le soin, une rencontre à l'autre

Il est évoqué par deux cadres (CS O, CS P) ainsi que pour trois infirmières (IDE R, IDE M, IDE O) et une aide-soignante (AS R) que le patient doit comprendre les actions lors de la réalisation du soin. La nature de l'action peut avoir plusieurs formes d'intention exprimées, de directions possibles¹³³. Pour ces différents professionnels, l'intention de comprendre l'action permet d'être porteuse de sens et ne pas être simplement exécutants. Un des cadres de santé résume assez bien l'ensemble : « *Un soin de qualité, ce n'est absolument pas donner un médicament ! mais ça va être : comment on le donne, pourquoi on le donne, comment on explique au patient. C'est donner du sens à ce qu'on fait, du sens au soin. Il faut vraiment savoir pourquoi on le fait, dans quelle visée* » (CS P). N'est-ce pas là la place de l'éthique qui nous amène à nous interroger sur le sens de nos actes, la recherche du mieux possible envers le patient ? Cette question fait référence à notre cadre conceptuel car comme cité, elle nécessite, au-delà de la technique, de développer une approche du sens du soin, de l'attention à l'autre, en qualité de personne que nous développerons par ailleurs dans la suite de notre travail. Parallèlement, une autre aide-soignante évoque qu'« *à partir du moment où on est là avec le sourire et aussi que les patients nous le rendent aussi, ça prouve que c'est un soin de qualité* »(AS P) rappelant une intention différente exprimée par la reconnaissance d'un signe pour donner sens au soin envers le patient.

Nous constatons que le sens dans l'agir est primordial mais ce qui prédomine dans les énoncés de l'ensemble des professionnels pour définir la qualité du soin « *ce n'est pas juste l'acte technique c'est vraiment tout l'accompagnement du patient, c'est prendre soin, c'est*

¹³³ Coudray M.-A., *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, Paris, Seli Arslan, 2006.

vraiment la bienveillance. C'est vraiment être dans le relationnel » (CS O). Ce verbatim synthétise le terme fort « prendre soin » qui apparaît plusieurs fois dans les entretiens nous permettant de rejoindre le sens donné par Walter Hesbeen¹³⁴ lorsqu'il le définit. En effet, pour une infirmière, « *prendre soin de lui, s'assurer qu'il soit bien installé, confortable et qu'il n'a besoin de rien quand on sort de la chambre* » (IDE R) nous rappelle la notion d'attention, de précaution envers le patient que nous retrouvons également dans le discours d'une aide-soignante lorsqu'elle affirme qu'il faut « *veiller à ce que nos patients soient le mieux possible dans le lit* » (AS R). L'utilisation du verbe « veiller » introduit cette veille, cette vigilance de l'attention à l'autre où la notion « de sujet sensible » du soignant envers le soigné présentée dans notre cadre conceptuel comme une notion fondamentale dans cette orientation du soin. Notons également que pour une infirmière « *le soin c'est apporter du réconfort au patient, l'adapter par rapport aux besoins du patient* » (IDE M). Ne sommes-nous pas là dans cette dimension relationnelle de la rencontre nommée « sollicitude » ce souci d'autrui tourné vers son bien-être, ici vers sa santé ? Agir avec sollicitude, c'est tenter de faire ce qu'il y a de mieux pour le patient, dans les limites de ce que nous pouvons faire dans une situation de soin bien évidemment.

Parallèlement, plusieurs vecteurs impactent la qualité du soin. A la lecture de l'ensemble des entretiens, nous le constatons pour la totalité des infirmières, des aides-soignants et pour deux cadres (CS P, CS O). Deux facteurs ont une influence prédominante « *le manque de temps et les interruptions de tâches* » (IDE M). Force est de constater que sous la contraction du temps, une infirmière précise qu'« *on va être dans la rapidité et pas dans la réflexion [...] On va passer plus rapidement, on va faire des choses de façon plus systématique* » (IDE M). Pouvons-nous penser que l'infirmière est réellement présente auprès du patient ou plutôt dans une forme de production du soin ? Il est difficile de répondre si ce n'est qu'elle exprime un manque de réflexion entraînant une automatisation de l'acte du fait de manque de temps. Les deux idées sont en effet liées. La rapidité n'est pas toujours bien compatible avec la délibération et cela conduit à des actes types, des automatismes. Ils ne sont pas mauvais en eux-mêmes, mais peuvent le devenir s'ils mettent en péril le discernement. Le deuxième danger est un certain émiettement du travail ; il n'y a plus de continuité et nous sautons d'une activité à une autre. Nous sommes dans l'instant de la répétition des actes et dans leur multiplication et non dans la

¹³⁴ Dupuis M., Gueïbe R. et Hesbeen W., *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins*, op. cit.

durée de l'attention. Ce qui nous permet d'avancer que le temps, prendre le temps est nécessaire pour permettre un accompagnement favorisant une qualité du soin¹³⁵.

Au regard des propos d'une autre infirmière précisant que « *le téléphone par exemple, rien que lui il est chronophage et il nous distrait parce qu'on passe d'un sujet à un autre en permanence, il faut s'en arrêter revenir à où en étais-je, qu'étais-je en train de faire ? Où j'en étais dans ma conversation avec mon patient ? Qu'est-ce qu'il m'a dit ? Le fait de se reconcentrer c'est compliqué à chaque fois, ça interrompt énormément* » (IDE O) évoque dans ce contexte un environnement pourvoyeur de stress pour elle et par ricochet pour le patient ne permettant pas d'être dans le prendre soin comme nous l'avions perçu dans notre approche conceptuelle. Toute cette répétition de questions semble montrer une forme de désappointement de la part de l'infirmière ne sachant plus se retrouver dans le soin, associé à un certain agacement, notamment par la succession de « sans cesse » fortement ancré par l'utilisation du point d'exclamation. Pouvons-nous parler de lassitude de sa part ? Sûrement. Le verbatim d'une aide-soignante laisse supposer qu'elle paraît partagée entre ses valeurs professionnelles et la charge de travail à assumer dans son unité, nous disant que « *c'est déjà arrivé que je ne puisse même pas rentrer dans une chambre et c'est là qu'on se dit « ça ne va pas, ce n'est pas normal, [...] ça ne me satisfait pas. On est là quand même sept heures trente et on n'a même pas vu les patients* », (AS P).

Les soignants sont pris par ces multiples sollicitations, par un temps qui se veut « pressé » au risque de représenter une nuisance quant à la qualité et à la sécurité du sens du soin au patient. Ces intrusions créent une rupture dans la réalisation des soins. Comment peuvent-ils alors réfléchir autour du soin sans une tierce personne qui les aide à trouver ce temps si important de la délibération et, ainsi favoriser cette culture du questionnement du sens du soin en équipe ? Pouvons-nous attribuer ce rôle au cadre de santé de par ses missions ? Ce point-là sera développé ultérieurement dans notre étude.

La représentation du « prendre soin » exprimée, nous amène à penser que c'est un moyen au service d'une finalité, finalité qui est le patient et sa santé comme son bien-être dans le soin. Cette démarche qui caractérise le geste du « prendre soin », le soin porté au patient ne doit-il pas être en permanence questionné et pour donner sens à l'ensemble, être dans un

¹³⁵ Brugère F., *L'éthique du « care »*, op. cit.

questionnement collectif pour atteindre cette finalité ? Qu'entendons-nous par collectif et sa finalité ? C'est ce que nous allons poursuivre maintenant.

4.2.1.2 Concevoir l'ensemble

Le collectif peut être perçu de multiple façon. Dans notre cas, afin de rester dans la logique de notre recherche, nous avons cherché à savoir si le travail d'équipe était une plus-value dans la qualité du soin auprès du patient.

Pour neuf professionnels sur douze, l'équipe se compose de plusieurs catégories professionnelles et la pluralité d'acteurs aux fonctions différentes est représentée. Sur les trois autres professionnels (CS M, AS R, IDE M), l'infirmière identifie l'équipe en évoquant les paramédicaux, c'est-à-dire infirmières et aides-soignants. Les autres partenaires n'étant pas évoqués, nous pouvons nous demander quel sens donne-t-elle à leurs interventions pour le soin auprès des patients ? Comment a-t-elle une vision d'ensemble des actions menées autour du patient ? Mais nous ne pourrons pas aller plus loin dans notre investigation à ce sujet.

Ce qui nous semble aussi intéressant à relever, c'est le discours de deux cadres (CS R, CS O) qui paraît introduire la notion d'interdisciplinarité. Un des deux cadres explique que le travail d'équipe, « *c'est des professionnels qui vont avoir des compétences et des expériences différentes, qui vont pouvoir se compléter, s'enrichir, il y a une dynamique vraiment d'équipe, des réflexions communes [...] c'est une question de reconnaissance aussi* » (CS O). Le sens des mots utilisés nous renvoie aux propos d'Alain Darniaux¹³⁶ où l'interdisciplinarité entrecroise les rôles de chaque membre d'une équipe dans le but d'une réflexion commune.

Devons-nous par ailleurs penser que travailler en interdisciplinarité est la seule démarche pour permettre une réflexion éthique autour du sens du soin ? Ou pouvons-nous supposer que la pluridisciplinarité peut être aussi un levier à la réflexion éthique ? En nous référant à notre cadre conceptuel, l'interdisciplinarité ouvre une porte, un décroisement des disciplines permettant un ajustement mutuel entre tous dans un but de compromis ou de consensus sur les soins les plus adaptés possibles tandis que la pluridisciplinarité est une juxtaposition de ces disciplines. Il semble que l'interdisciplinarité pourrait être un facteur,

¹³⁶ Darniaux A., « Interdisciplinarité et travail d'équipe en soins palliatifs », art cit.

dirons-nous plus « favorable » mais n'ayant pas d'éléments dans les entretiens recueillis qui puissent le confirmer, nous ne pouvons juste que le relever.

Nous constatons que les professionnels interviewés ont connaissance d'éléments permettant le travail en équipe notamment la complémentarité, la collaboration, la cohésion, éléments soulignés dans notre cadre conceptuel.

Mais comment veiller à ce travail d'équipe ? Dans notre recherche, trois cadres (CS M, CS P, CS O)) ainsi qu'une infirmière (IDE R) associent le travail en équipe à la notion de respect de l'autre, au fait d'être reconnu pour savoir et pouvoir travailler ensemble¹³⁷. Comme le cite un des cadres, « *le respect mutuel de la fonction de chacun. Ça c'est important aussi, très important dans une équipe* » (CS P). Notons que pour le deuxième cadre « *le respect, c'est-à-dire pouvoir être écouté, être entendu, même si on est « que ASH » (agent service hospitalier) je pense que c'est très important, parce que tout le monde est susceptible d'avoir des bonnes idées, ce n'est pas une question de diplôme et c'est une question de reconnaissance aussi, vraiment à mon sens* » (CS P). Tandis que pour le dernier cadre, c'est « *que chacun puisse exprimer son ressenti, sa difficulté à pouvoir exécuter un soin ou au contraire sa facilité à pouvoir le faire* » (CS M). Le respect n'est-il pas fondateur et nécessaire à une posture éthique de la part des professionnels permettant la parole libre pour penser les pratiques ensemble sur le sens du soin, de ne pas rester enfermé dans une certitude comme relaté par le dernier cadre ? Reconnaître ses doutes, ses difficultés avec courage et honnêteté n'impose-t-il pas ou ne le suggère-t-il pas le respect dans un fonctionnement d'équipe ? N'est-ce pas là un des rôles du cadre d'être dans cette vigilance respectueuse au sein de l'équipe afin de garder une disposition d'esprit permettant de stimuler une réflexion commune ? Pour mettre en lumière un début de réponse à ce questionnement, un cadre estime qu'« *(il) est là pour aider à la cohésion d'équipe. C'est son rôle* » (CS O), un autre « *qu'elles aillent dans le même sens. C'est pour ça que tu es cadre* » (CS R). Ces propos semblent aller dans le sens de construire une pensée collective auprès de l'équipe attribuée au rôle du cadre mais n'indique pas comment le cadre la réalise. Ce que nous pourrions débattre plus tard.

Le travail d'équipe résulte pour deux interviewés (CS R, AS M) « *d'une bonne communication [...] entre l'équipe, le médecin et la cadre.* » (AS M). Notamment, « *la communication médicale et paramédicale fait partie, enfin pour moi des priorités [...] C'est-*

¹³⁷ Fourcade C., *Les patients au coeur, op. cit.*

à-dire, qu'ils ne peuvent pas travailler les uns sans les autres, et ils ne peuvent pas travailler sans qu'il y ait un accord sur les prises en charge des patients ou sur les décisions » (CS R)

Ce verbatim symbolise la place essentielle de l'existence d'une synergie entre les fonctions pour obtenir une démarche collective de l'action et du résultat la plus cohérente possible dans l'intérêt du patient soutenue par une réflexion partagée, plaçant là un rôle prioritaire de l'agir du cadre. Cette dimension de conception d'équipe n'est-elle pas cette articulation ouvrant à la qualité du soin ?

En effet, *« c'est le bien être du patient qui est le résultat final à obtenir » (CS M)*, *« on est toutes là pour la même mission, la qualité dans nos prises en charges en soins pour le patient. C'est pour le patient » (IDE O)*. Ce qui nous permet de dire que c'est autour du patient et en fonction de lui que s'organise le travail en équipe pour une qualité du soin. *« Chacun complète l'autre, chacun dispose de compétences dans le but de donner les meilleurs soins au patient » (AS M)*. N'est-ce pas là un des devoirs fondamentaux d'un travail éthique d'équipe, plaçant le patient au centre avec sa singularité ?

4.2.1.3 Le patient, des attentions partagées

En abordant la question relative de la représentation du patient, les interviewés le désignent comme une « personne », « un être humain ». Afin d'être plus précis, un cadre nous dit qu'il faut *« le considérer comme une personne dans son intégrité » (CS P)* nous renvoyant à l'idée que le patient est un sujet de soin à part entière et non un objet de soin. Effectivement, comme le souligne une infirmière, c'est *« une personne avec son histoire, son vécu personnel, son activité professionnelle, s'il est marié, son histoire de maladie » (IDE M)*.

Une seule infirmière évoque la place des familles précisant qu'*« on essaie au possible de les investir dans les soins, notamment quand il faut leur donner à manger ou autre chose » (IDE R)*. Le regard élargi de l'infirmière nous permet de montrer l'importance de la place de la famille dans l'accompagnement de son proche montrant ainsi que le patient n'existe pas seul comme le souligne Claire Fourcade¹³⁸.

Dans deux entretiens (CS R, AS R), le mot « client » est souligné comme une appellation évolutive remplaçant le mot « patient » ou « personne ». Veulent-elles parler « de malade consommateur », d'une émancipation de la place du patient ? Nous ne pouvons le dire. Par contre, pour l'aide-soignante, cette dénomination quand elle *« entend le mot client,*

¹³⁸ Ibid.

personnellement ça ne me convient pas » (AS R) paraît être en désaccord avec cette représentation notamment, le patient « *c'est une personne* » pour elle. Mais, le client ne peut-il pas être une personne ? Un vrai questionnement que nous ne débattons pas ici. Par contre, ce différentiel d'appellation n'altère aucunement la qualité du soin, comme elle nous précise : « *c'est aussi la dignité que l'on amène [...] quand on fait le soin pour le patient* » (AS R).

Comme nous allons l'évoquer, aucune situation relationnelle n'est identique impliquant que chaque patient est unique et que chaque rencontre a sa part de singularité. En effet, une aide-soignante exprime lors de la réalisation de soins que « *c'est parfois difficile de communiquer mais savoir lire sur des lèvres, savoir regarder une expression, pour le patient c'est essentiel* » (AS R). Il ne s'agit pas simplement de la rencontre de deux personnes qu'il nous semble percevoir. C'est au-delà d'une simple relation de l'acte du soignant mais plutôt d'un accompagnement, d'une certaine attention par une présence reconnue, choisie et voulue par le patient et le soignant. En effet, Marie Ange Coudray décrit « *ce regard qui affirme ou qui confirme la présence, c'est-à-dire la réalité encore là de « l'être au monde*¹³⁹ ». » Et sans cette présence, le soin ne perdrait-il pas son sens profond qui est dans la relation à l'autre ?

Pour poursuivre sur la relation, une infirmière explique que « *c'est des patients que finalement après on connaît sur le long terme, c'est des patients chroniques et on s'adapte à eux. C'est vraiment un soin adapté au patient. Ces patients là quand on va les voir au bout du couloir on va connaître leur nom, ils vont connaître notre nom* » (IDE P). Nous pouvons observer que la chronicité de la pathologie du patient a créé un lien entre eux. Par l'appellation de leur nom, il nous semble que la relation a évolué vers un partenariat, une sorte d'alliance thérapeutique. Est-ce une façon d'humaniser le soin pour l'infirmière permettant au patient de prendre sa place afin de ne pas le réduire à sa maladie et d'être reconnu ? Cette notion de reconnaissance selon Viktor Emil Freiherr von Gebattel qu'il nomme éthique de la reconnaissance¹⁴⁰. Ne sommes-nous pas là aussi dans une prise de décision d'équipe, réfléchie ensemble notamment lorsqu'elle se réfère au pronom « on », essayant de faire le mieux possible ? Et cette alliance avec l'infirmière n'est-elle pas un moyen pour le patient de vivre avec sa maladie ? Pour conforter l'idée déglagée, selon un cadre « *montrer un manque d'empathie envers le patient de la part des soignants* » (CS M) serait préjudiciable dans le soin ; entendons l'empathie « *en tant qu'émotion particulière, ou attitude qui conduit à des comportements*

¹³⁹ Coudray M.-A., *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, op.cit, p. 24.

¹⁴⁰ Svandra P., « La qualité, un souci éthique pour prendre soin », op. cit.

*prosociaux, [...] comme une attitude orientée vers le bien d'autrui*¹⁴¹ » une empathie rationnelle, c'est-à-dire non le pur rapport émotionnel, mais une disposition affective et rationnelle qui permet une réelle attention au patient. Il ne s'agit pas d'être dans un rapport fusionnel avec le patient, mais au contraire de conserver la juste distance qui permet de le comprendre et d'agir de manière adéquate.

Ce qui prédomine dans ces discours, comme nous l'avons évoqué dans notre cadre conceptuel, c'est que le regard, cette relation soignant-soigné, cette attitude de réaliser le soin rappelle qu'il ne peut se réduire à un acte machinal et demande de la part du soignant une attitude éthique et estimée au contexte de la situation¹⁴². Rappelant également que « *la notion de relation [...] désigne une dimension de la sociabilité humaine... elle révèle des facteurs cognitifs et émotionnels à l'œuvre*¹⁴³. »

Cette relation de soin ne doit-elle pas aussi être interrogée sous l'angle des valeurs lorsqu'une aide-soignante nous dit « *on diagnostique un cancer à un patient et on ne lui dit pas, il va sortir, on lui dira qu'à la consultation* » (AS P) ? Sommes-nous dans le « prendre soin » ? Nous pouvons penser que non pour l'aide-soignante. Mais pour les autres partenaires de soin de son équipe, qu'en est-il ?

En effet, deux cadres (CS O, CS P), une infirmière (IDE M) et deux aides -soignants (AS M, AS O) témoignent sur l'obligation de dire la vérité aux patients en mettant l'accent sur la façon d'aborder cette vérité. En fait, « *il faut prendre le temps. Lui dire la vérité quand il est en capacité de l'entendre* » (CS P) et « *partir de ce que le patient sait, de ce qu'il connaît, de ce qui va être utile pour lui, qui va vraiment le motiver pour sa prise en charge* » (CS O). En d'autres termes, chacun s'accorde à décrire la notion de prudence présentée dans notre cadre conceptuel où les mots dans cette vérité ne sont pas anodins ainsi que le choix du moment le plus opportun. La finalité est de préserver le patient et non pas de renforcer sa vulnérabilité. D'où notre questionnement via le discours précédant de l'aide-soignante nous expliquant que le patient a quitté l'unité sans connaître sa pathologie et qu'elle ne sera annoncée que dans un temps ultérieur. Pouvons-nous penser comme le cite un des cadres « *en fait, c'est souvent nous que ça dérange que de dire* » (CS P) ou comme l'évoque un autre cadre « *le patient a peut-être juste besoin d'être écouté sans attendre forcément de réponse derrière, le fait d'avoir une présence, quelqu'un qui va l'écouter cela va lui faire du bien, le rassurer tout simplement, sans*

¹⁴¹ Decety J., « Neurosciences : Les mécanismes de l'empathie », *Sciences Humaines* N° 150, 2004, p. 4.

¹⁴² Brugère F., *L'éthique du « care »*, op. cit.

¹⁴³ Formarier M., « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, 2007, N° 89, 2, p. 33-42, p. 34.

forcément avoir de réponse » (CS O) ? N'est-ce pas là des points à interroger sur l'acte du « prendre soin », de réfléchir à ce qui peut être questionné notamment par ces propos, cette vérité de dire au patient en mettant en place des temps de réflexion éthique ?

Une aide-soignante mentionne que « *le fait d'y être à fond dans le coronavirus, [...] les gens sont complètement stressés parce qu'ils se demandent ce qui va leur arriver. Nous aussi, on est stressé car on ne sait pas non plus ce qui peut leur arriver, c'est inconnu pour tout le monde [...] il faut que nous on leur montre qu'on n'est pas stressé parce que si on leur montre notre stress, déjà quand on arrive on est complètement habillé avec des masques ...* » (AS P). Ce discours exprime ce qui fait une relation duelle entre l'aide-soignante et les patients face à la forte anxiété de chacun devant une pathologie inconnue pour eux. Devant cette incertitude du devenir, l'attitude de l'aide-soignante semble montrer une posture bienfaisante afin de protéger les patients. Nous pouvons supposer que nous sommes en présence d'une attitude éthique du soignant qui invite à « prendre soin » au mieux des patients. Également, l'utilisation de « nous » est-il porteur d'une décision d'équipe ? Nous ne pouvons pas nous prononcer. Par contre, cet extrait nous interpelle, nous questionne, notamment : Comment le soignant fait-il face à sa propre inquiétude, à ces nouvelles pratiques de prise en charge du soin ? Existe-t-il un temps et un endroit pour partager dans l'unité ? Comment prendre des décisions d'équipe dans ce contexte nouveau ? Comment est organisée la présence des familles auprès de leurs proches devant ce confinement, ce risque de contagion ? Quelle place est donnée à la parole, à l'autonomie, au choix du patient ? Tous ces questionnements de fond touchant aux valeurs humaines nous paraissent très intéressantes à développer, peut-être dans un futur travail. Ce qui nous amène à poursuivre notre exploitation sur l'autonomie du patient.

L'ensemble des personnes interviewées ont mis en avant la place centrale du patient lors des soins. Il s'avère que sur les douze professionnels, deux infirmières (IDE M, IDE P), deux cadres (CS P, CS O) et deux aides-soignantes (AS P, AS O) ont fait référence à l'autonomie du patient. Il est intéressant de noter qu'une infirmière (IDE M) le formalise autour d'un refus du soin par le patient notamment, « *ils peuvent aussi ne pas vouloir qu'on fasse un soin [...] si le patient refuse au début, en discutant, en lui expliquant le bénéfice pour lui il va dire oui, sinon s'il dit « non » c'est parce qu'on arrive au bout de quelque chose c'est compréhensible, et faut essayer de comprendre [...] Après, on revoit avec les médecins pour dire « bah non là est-ce qu'on ne peut pas faire autrement ? Est-ce qu'il y a vraiment besoin ? Voilà, je pense qu'il faut comprendre le patient* » (IDE M). Tandis qu'une aide-soignante présente l'autonomie comme un postulat, le patient « *doit garder son autonomie un maximum* » (AS O). Pouvons-nous parler

d'autonomie, de libre choix dans ce cas-là ? Il nous semble que c'est le cas lorsque l'aide-soignante rajoute « *Quand ils me disent « non je ne peux pas aller à la salle de bain vous ne vous rendez pas compte ».* Je dis « *attendez, on essaie et si j'ai tort on verra, on va évaluer ».* Et effectivement quand on y va doucement, et après quand ils y arrivent et quand ils me disent « *oui vous aviez raison j'ai réussi »*, et qu'on voit sur le visage qu'ils sont contents, c'est [silence] vraiment bien. ». Ces propos nous amènent à penser que nous sommes dans le principe d'autonomie évoqué dans notre cadre conceptuel, faisant écho également au consentement libre et éclairé¹⁴⁴ des patients lors de ces deux situations. En effet, les deux soignantes informent les patients, une dans le risque du refus du soin et l'autre dans la raison du bénéfice du soin, et la compréhension des patients semble acquise. Il nous semble également que chaque professionnel est dans un échange partagé de décision ne rendant pas la relation impersonnelle avec le patient que nous pourrions attribuer à un moindre investissement du soignant du fait de cette légitimité du choix décrite dans la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner.

Il apparaît aussi dans le verbatim d'un cadre que « *l'expert, c'est le patient, parce que lui, il vit la maladie de l'intérieur. Et du coup, je bataille un peu pour qu'on les écoute davantage* » (CS P) permettant de supposer que la conception plus égalitaire pour le patient d'être dans le choix de décision ne semble pas toujours acquise.

L'autonomie du patient est-elle toujours compatible avec la réalisation du soin ? Deux infirmières (IDE R, IDE O) et une aide-soignante (AS R) s'accordent pour exprimer que lors de certaines situations de soins, l'autonomie de patient n'est pas toujours facile à conserver notamment pour permettre sa sécurité. Particulièrement, l'aide-soignante indique qu'« *il faut amener le patient à accepter le soin, et ça c'est parfois très difficile* » (mais) « *c'est une sécurité que nous prenons* » (car) « *le confort des paramètres vitaux aussi doit importer sur la qualité du soin* »(et)« *lorsqu'un patient se montre plus agressif verbalement ou physiquement, évidemment on va être amené [...] peut-être à le soumettre à accepter le soin sans passer tout de suite par la médication en fait. C'est quelque chose qui peut questionner. C'est assez difficile de se situer dans une bientraitance à ce niveau-là, d'essayer de ne pas faire mal au patient* » (AS R). L'aide-soignante semble être en conflit avec ses valeurs du prendre soin. Jusqu'où peut-elle réaliser le soin pour le patient ? Que peut-elle accepter ? Finalement qu'est ce qui est le plus juste face à cette situation ? Les questions que se pose l'aide-soignante dans sa pratique peuvent paraître comme un obstacle à son action, mais peuvent également se comprendre dans

¹⁴⁴ « LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », art cit.

une dimension positive : c'est bien parce qu'elle se pose des questions qu'elle peut devenir disponible à une réflexion éthique, surtout à une réflexion collective lui permettant de voir qu'elle n'est pas la seule à se poser ces questions et lui permettant de mettre des mots sur les embarras qu'elle éprouve face à ce qu'elle fait. Pour Suzanne Rameix, « *nous nous heurtons à des conflits de biens contradictoires : c'est entre plusieurs biens qu'il faut choisir et non entre le bien et le mal*¹⁴⁵ ... » Ce qui nous amène à souligner l'enjeu de pouvoir poser en un lieu, avec les différents partenaires, les conflits de valeurs face à une situation de soin, et de débattre sur la complexité et le sens de nos choix plutôt que de rester seul dans ce dilemme laissant place à l'ombre du doute dans notre action. Le verbatim d'une des infirmières qualifiant « *un soin de qualité (comme), un soin qui ne se passerait pas dans la douleur, qui ne se passerait pas dans la peur* » (IDE O) ; ce qui semble conforter cette nécessité à réfléchir ensemble notamment lorsque l'aide-soignante du début rajoute qu'« *il y a des staffs médicaux et paramédicaux qui sont faits tous les jours, il y a tout ce questionnement-là qui peut être à mener* » (AS R).

➤ Synthèse

Confrontés aux maux/mots des patients, les soignants s'accordent à le définir comme une personne où la relation humaine est au cœur du soin. Malgré le manque de temps ou d'autres vecteurs perturbateurs, chacun s'accorde sur l'importance de prendre soin du patient, de cette personne, témoignant d'une vulnérabilité où le travail d'équipe prend force pour une qualité du soin. Les choix du patient sont un préalable pour réaliser un soin de qualité néanmoins l'autonomie du patient reste parfois difficile face à des situations le contraignant notamment pour sa sécurité soulevant certains questionnements.

Suite à notre étude sur ce thème, il nous apparaît que « *c'est parce que le soin n'est autre que ce qui constitue l'éthique, toute éthique renvoie finalement à la manière dont nous prenons - ou non - soin de nous-mêmes et des autres*¹⁴⁶. » Ce qui nous invite à développer notre deuxième thème relatif à la réflexion éthique.

4.2.2 La réflexion éthique, un cheminement quotidien

4.2.2.1 Ensemble vers un questionnement

Lors de notre recherche, nous avons demandé aux interviewés si, dans leurs activités, ils avaient été conduits à des questionnements sur leur pratique face à des situations de soin. Les douze personnes nous l'ont confirmée dans leurs discours. Ainsi un cadre énonce qu'« *il y*

¹⁴⁵ Moussier C., « Cadre de santé... une posture éthique », *op.cit.*, p. 30.

¹⁴⁶ Delassus E., « Le soin ou l'éthique en acte », *art cit.*, p. 1.

a des questions autour du soin du style « est-ce qu'on remet ou pas une sonde nasogastrique à un patient qui se l'ai déjà arrachée quatre voire cinq fois » ou « c'est aussi tout ce qui va être ensuite les limitations de soins » (CS R) ; un aide-soignant évoque cette situation : « par exemple si la personne rentre dans la case des soins palliatifs. Nous, on dit « pourquoi on ne fait rien à la personne, pourquoi on ne parle pas avec la famille, avec l'entourage, des soins palliatifs ? » (AS M). Une infirmière avance également le problème « des soins douloureux » (IDE P) que nous retrouvons dans les interrogations d'un cadre, « la douleur est très présente, alors « comment on fait pour gérer ? » (CS O). Nous pouvons remarquer que les questions abordent divers points de la prise en charge des soins dans leur quotidien. Des questionnements significatifs, nous semble-t-il qui peuvent tendre vers une réflexion éthique¹⁴⁷, cette démarche de délibération décrite dans notre cadre conceptuel permettant cette prise de recul pour donner sens à nos actions.

Existe-t-il alors des espaces, des temps dédiés à ces questionnements partagés ?

Nous retrouvons à la lecture que deux cadres (CS R, CS M), deux infirmières (IDE R, IDE M) et deux aides -soignants (AS R, AS M), parle du « staff » représentatif de ce temps de questionnement. Comme cité par un des cadres, « s'il y a des questions autour du soin [...] on en discute là [...] C'est une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient » (CS R) Ces moments institués semblent représenter le lieu où le sens des actions est débattu. Ce lieu où « les différentes délibérations au sein des staffs permettent d'obtenir une définition commune à l'équipe de la situation du patient dans sa trajectoire [...] et d'inscrire le malade à un instant particulier de celle-ci¹⁴⁸. » Il est formalisé et journalier pour trois soignants (CS R, IDE R, AS R) et pour trois autres, il est identifié une fois par semaine (CS M, IDE M, AS M).

Trois cadres (CS P, CS O, CS M)) sollicitent l'aide de façon ponctuelle d'une équipe extérieure de leur unité citant pour un cadre, « on fait assez souvent appel pour certaines situations délicates à l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs qui nous aide pas mal » nous précisant que cette solution d'amener la réflexion permet « le regard extérieur, de personnes extérieures au service, et c'est précieux aussi parce que parfois on est dans notre cocotte-minute et on a une vision des choses un peu biaisée donc l'apport d'un regard extérieur nous aide aussi beaucoup » et ainsi de (repartir) « de cet échange assez apaisé, en disant bon voilà chacun a dit ce qu'il voulait dire, il y a une décision qui a été prise ensemble et si on n'est pas d'accord

¹⁴⁷ « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-socials - Anesm », art cit.

¹⁴⁸ Crignon-De Oliveira C. et Gaille M., *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques*, Paris, Éditions Seli Arslan, 2010, p. 162.

à cent pour cent avec cette décision en tout cas globalement pour chacun c'est au clair, chacun est au clair et après on repart avec une ligne de conduite qu'on applique tous» (CS P). Nous pouvons présumer que cet éclairage pour l'aide à la décision de la part de l'équipe mobile de soins palliatifs est un temps de réflexion éthique formalisé permettant de s'interroger sur le sens de ses actes. Ainsi, la réflexion se développe ensemble, chacun pouvant se l'approprier.

Pour deux infirmières (IDE P, IDE O), deux aides-soignantes (AS P, AS O) et un cadre (CS O), ces temps d'échanges se déroulent au moment des transmissions comme le note le cadre, « *c'est plutôt au moment des transmissions. Je pense (qu') effectivement, on part d'une interrogation sur les pratiques mais au bout du bout les pratiques, elles ont un impact sur l'humain, sur l'éthique, sur ce qu'il va ressentir, sur le cursus de « où est-ce que je peux aller ? »* » (CS O). En nous référant à notre cadre conceptuel entendant que « *quel que soit le cadre, l'éthique a pour objet d'améliorer une situation à laquelle on est confronté [...]* ». Pouvons-nous penser que ces moments de transmissions sont des prémices à une réflexion éthique ? L'enjeu de l'éthique n'est-il pas de s'interroger, de délibérer sur le sens des situations ? Effectivement, les propos d'une des infirmières relevant que « *quand on sent qu'on arrive à utiliser des moyens justement qui peuvent être apparentés à de la maltraitance, que ce soit dans la façon de parler, que ce soit dans le manque de temps que l'on pourrait passer avec des patients, que ce soit dans les contentions qu'on pourrait utiliser pour éviter qu'un patient se mette en danger, on en parle tous ensemble aux transmissions. Il faut remettre les choses à plat à ce moment-là. Je crois qu'on ne peut pas faire autrement que de parler d'éthique c'est-à-dire peser le pour et le contre toujours du bien et du mal, aussi de respect car on a tous peur de tomber dans la maltraitance. [...] C'est pour ça que nous, on a des transmissions qui des fois sont assez longues* » (IDE O) semblent conforter notre questionnement.

Il est évoqué par un cadre que « *le plus souvent ça fait l'objet d'une micro-réunion improvisée en salle de pause ou en salle de soin avec à minima un médecin référent, une aide-soignante, le cadre et souvent deux infirmières qui connaissent bien le patient* » précisant que « *c'est très informel, mais c'est toujours pluriprofessionnel et voilà on discute [...] de la question et on essaie de prendre une décision collégiale* » (CS P). Cette dimension informelle ouvre-t-elle à une réflexion éthique ? Il semble que ce soit le cas, car la réflexion éthique n'est-ce pas ce qui ouvre la possibilité pour une équipe de réfléchir sur ses vécus et sur ses actes, dans le cadre d'une situation singulière, de manière à tendre vers une décision la plus juste possible en ce qui concerne le patient ? C'est ce dont nous allons discuter.

4.2.2.2 Du sens à l'agir

Une infirmière nous précise qu'« *une réunion sur la réflexion éthique, je n'en ressens pas le besoin [...] Moi, je suis assez en phase avec ce qui se fait.* » (IDE M). Au regard des propos énoncés par l'infirmière, il semble que la réflexion éthique ne soit pas nécessaire pour elle. Pourtant lorsqu'elle évoque « *quand il y a des choses qui nous questionnent, on peut tout à fait en parler avec les médecins ou également des fois on propose des soins palliatifs, on leur dit : « on pourrait peut-être penser aux soins palliatifs » rajoutant également, « on peut aussi en discuter au staff du jeudi [...] C'est pluridisciplinaire en fait. Les internes c'est eux qui présentent les patients. Nous, on dit les problèmes du jour, les questions qui nous interrogent et donc après les gens prennent la parole, on échange voilà chacun donne son avis [...]c'est important pour la qualité du soin car au staff tout le monde est là. On parle en fait de tout ce qui concerne le patient* ». N'est-elle pas dans une certaine réflexion éthique sans le savoir ? Est-ce un manque de connaissance de l'éthique de sa part ? Ou alors peut-être n'est-elle pas très à l'aise avec l'expression de « réflexion éthique » qui semble évoquer pour elle quelque chose de très abstrait, alors qu'il s'agit de prendre une décision sur une situation concrète particulière ? En effet, si nous revenons sur la définition de la réflexion éthique en lien avec notre cadre conceptuel, elle n'est pas naturelle en soi, car elle se construit ensemble, organise l'action, éveille le questionnement et elle est toujours à recommencer, car le contraire de la veille éthique c'est de s'assoupir dans des actions automatiques sur lesquelles nous ne nous interrogeons plus. Comme nous l'a exposé le professeur Emmanuel Housset, le questionnement éthique interroge les pratiques de soins, apporte une remise en question entraînant une certaine instabilité dans nos convictions. C'est alors aussi pour cette raison qu'elle est difficile à développer, car elle conduit à se remettre en question, à douter de la justesse de ses actes et ce n'est jamais très agréable. Il aurait alors été intéressant d'approfondir ce point avec l'infirmière notamment aussi lorsqu'elle dit « *par contre c'est vrai qu'il y a des collègues des fois qui ne sont pas d'accord mais elles en parlent directement avec les médecins. C'est fait au moment où il y a le problème en fait* ». N'est-ce pas là plutôt une résolution de problème entre deux personnes plutôt qu'une réflexion éthique au sein d'une équipe ?

Une seconde infirmière indique qu'« *avant, on faisait des staffs avec tous les médecins du service, les infirmières, l'infirmière administrative, l'assistante sociale et le cadre. On présentait les patients et on voyait les problèmes on peut dire [silence] éthiques. Enfin, on se posait des questions. Et ça a été arrêté. Parce que finalement, on fonctionne bien même sans ! Il n'y a pas trop de soucis dans le service, c'est assez fluide et puis ça fonctionne bien* » (IDE

P). En s'appuyant sur les propos de Walter Hesbeen, travailler dans le métier du soin n'est pas simple, questionne toujours. Ne sommes-nous pas dans ce qu'il nomme cette « intranquillité¹⁴⁹ » qui pousse les professionnels à cette préoccupation de tous les instants envers le patient ? De plus, une pratique qui n'est plus réfléchie, évaluée, comment peut-elle évoluer vers le mieux possible ? N'est-ce pas une des responsabilités du métier¹⁵⁰ du cadre d'amener, de susciter cette vigilance du quotidien auprès des équipes comme cité dans notre cadre conceptuel ? Il semblerait que dans ce cas, l'infirmière situerait la nécessité de réfléchir ensemble plutôt de façon ponctuelle et pour des situations exceptionnelles et non pas comme un élément constitutif de sa pratique du soin. Notamment, en nous expliquant que « *c'est sur la prise en charge des patients atteints de coronavirus. On a eu le cas d'un patient en fin de vie liée à cette pathologie, qui a une soixantaine d'années, et sa famille ne peut pas être présente autour de lui. Elle est demandeuse mais le protocole dit qu'on ne peut pas les faire entrer à cause du risque de contamination. On a discuté en équipe et on a décidé quand même de laisser rentrer une personne de la famille en la protégeant, en l'habillant, parce que pour nous c'était inhumain de ne pas laisser un proche voire son père qui allait sûrement partir d'un moment à l'autre. Donc on a vu ça avec le médecin, avec le cadre, les aides-soignantes, enfin tout le monde a fait partie de cette prise en charge, et la famille a pu venir* » (IDE P). Ce qui rejoint le propos également d'un cadre « *c'est quand on a discuté [...] pour les patients contaminés par le coronavirus. Là, ça questionne, c'est vraiment l'objet d'une réflexion ensemble, d'une réflexion éthique* » (CS P). Pouvons-nous penser qu'instaurer une réflexion éthique ne peut exister que dans des cas exceptionnels ? Et que représente pour chacun d'entre nous une situation exceptionnelle ? Le soin du quotidien s'il était détourné au profit de l'habitude ne perdrait-il pas son sens ? Une infirmière nous paraît donner une certaine impulsion à notre questionnement en déclarant qu'« *il faut se remettre en question en permanence, savoir si ce qu'on a fait c'est bien ou pas, est-ce qu'on peut trouver une meilleure alternative* » (IDE O).

Dans ce verbatim, l'infirmière introduit la raison d'être de cette réflexion qui est de cultiver cette vigilance de questionnement qui se veut être au plus juste et qui se fonde sur le doute. Elle interroge sa posture, verbalise le sens de la pertinence du soin face à cette situation dite éthique¹⁵¹ montrant ainsi l'incertitude faisant partie de son exercice professionnel du quotidien. Pour continuer sur cette idée, à qui sommes-nous obligés par ce questionnement ?

¹⁴⁹ Hesbeen W., *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*, Elsevier Masson, 2017.

¹⁵⁰ « Metier.pdf », art cit.

¹⁵¹ « 2013-prendre_soin_de_l_humain_une_ethique_du_quotidien-wh.pdf », art cit.

« Si on n'avait plus tous ces temps d'échange, quelque part c'est qu'on s'intéresse plus au patient, qu'on a plus d'intérêt à notre travail » (IDE R). Ne sommes-nous pas dans le cœur même de la réflexion éthique¹⁵² et de sa finalité autour d'une collégialité partagée décrite dans notre cadre conceptuel ? Cette infirmière semble en effet énoncer ce qui fait le cœur de la démarche éthique dans le domaine du soin : éviter les pseudo-évidences, les automatismes, le mimétisme ou encore l'anonymat du « tout le monde fait comme cela ». La réflexion éthique est une veille qui fait que nous voulons réfléchir sur ce que nous faisons, agir en première personne et répondre de ses actes. Ce n'est pas autre chose que ce que nous devons faire dans notre vie quotidienne, mais cette fois c'est dans le cadre professionnel du soin qui confronte très souvent à la question de savoir ce qui est le plus humain comme comportement.

A ce titre, les interviewés verbalisent l'importance de réfléchir ensemble insistant comme le cite un des cadres, « pour que les soins puissent être prodigués auprès du patient le mieux possible et avec la meilleure qualité possible, il faut que les soignants soient au clair avec les décisions qui sont prises autour du patient » (CS R) laissant entendre le présupposé d'une adhésion commune face au contexte de la situation présentée. Ce qui se dévoile, c'est que chaque soignant est empreint d'une connaissance qui lui est propre de la situation pouvant être discordante avec les autres membres de l'équipe. Et, c'est cette mise en commun de l'ensemble qui permet de comprendre et de pouvoir adhérer à la situation permettant une qualité du soin. En effet, réfléchir ensemble, ce n'est pas simplement confronter des points de vue différents de façon à arriver à un consensus le plus large possible, mais c'est plus profondément chercher ensemble la vérité, la découvrir à partir des questions et des embarras des uns et des autres et l'idéal est qu'une solution s'impose à tous au terme de la discussion. Nous pouvons éprouver dans une équipe qu'il s'agit plus que de se mettre d'accord, mais que nous avons besoin des autres pour réfléchir, pour avancer dans la compréhension du problème et donc pour exercer notre responsabilité de soignant.

Ce qui nous amène à nous questionner sur la place de chacun dans ce partage ensemble.

4.2.2.3 La place de chacun

L'analyse de nos entretiens nous montre que les interviewés estiment que leurs avis est pris en considération « le plus souvent » lors de leur participation à la réflexion en équipe. Comme le traduit un cadre, « c'est un moment où chacun commence par exposer son point de

¹⁵² « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux - Anesm », art cit.

vue sur la situation en amenant souvent des éléments qu'il a pu collecter de sa fenêtre à lui. [...] Donc chacun expose, je veux dire ses arguments, sa vision des choses ce qui permet aux autres de compléter leur point de vue sur la situation, parce que de sa fenêtre on ne voit pas la même chose que de la fenêtre du voisin. Et à l'issue de ça, il y a une décision qui est prise, bon quand même assez souvent par le médecin responsable qui a la responsabilité médico-légale du patient et donc je ne vais pas dire qu'a une voix prédominante mais bon, nous, on a la chance qu'il fasse un peu la synthèse des choses et le médecin prend rarement des décisions qui vont à l'encontre de la majorité de l'équipe présente » (CS P). Le fondement de ce discours nous semble décrire l'éthique de la discussion¹⁵³ de Jürgen Habermas. Plusieurs éléments le laissent supposer : chacun peut participer à la discussion quelle que soit la fonction, la parole se veut libre et entendue permettant d'avancer ses arguments, ses questionnements, ses incertitudes, la hiérarchie ne se dessine pas comme une autorité nuisant aux dialogues et enfin un consensus ou un compromis se veut délibératoire afin d'aboutir à une décision qui ait un sens pour chacun.

Cependant, nous avons délibérément utilisé le terme « le plus souvent ». En effet, lorsqu'une aide-soignante déclare qu'elle « trouve que c'est assez compliqué [...] en tant qu'aides-soignantes, de donner notre point de vue sur plein de choses » (AS P). Ce discours paraît dévoiler la reconnaissance dans le travail en lien avec l'identité socioprofessionnelle notamment lorsqu'elle rajoute : « peut-être parce qu'on est juste aide-soignante, qu'on n'est pas des infirmières [...] c'est quand même moi qui suis souvent le plus longtemps dans une chambre donc on devrait nous écouter des fois un peu plus ». Mais nos propos ne resteront que des suppositions, n'ayant pas d'autres éléments pour poursuivre.

Au-delà de la place de chacun, un des cadres fait référence à son rôle dans ce temps de réflexion indiquant « que parfois ça peut être chaud parce qu'en fait, elles ne sont pas d'accord et qu'elles le disent » (alors) "le cadre est là pour modérer un petit peu ça [...] Et être modérateur parce que là aussi il faut faire très attention à notre position, on peut avoir un avis, notre avis faut l'exprimer il n'y a pas de souci, mais il faut un peu moduler, modérer les ardeurs de certains ou certaines " (CS R). Ce rôle en termes de responsabilité qui incombe au cadre d'aider à la mise en relation, à accompagner le bon déroulement de la discussion favorisant la réflexion éthique. Cela, sans aucunement nuire à la libre parole, que chacun puisse agir et décider, mais toujours être dans un souci de maintenir une démarche respectueuse d'écoute et de bienveillance entre chaque membre de l'équipe.

¹⁵³ « Analyse_litterature_part1_ethique_anesm.pdf », art cit.

➤ Synthèse

Face à des questionnements interrogeant le sens des actes de soin, la réflexion éthique entre les professionnels apparaît essentielle afin de construire une cohérence et une cohésion commune à l'équipe conduisant à une prise en charge la mieux possible pour le patient favorisant ainsi une qualité du soin. Le moment dévolu peut être formalisé ou informel ainsi que le moyen d'interroger le questionnement et le choix de la situation. La place de la parole et l'écoute de chacun sont des incontournables parfois pour une aide-soignante pas toujours entendue. Nous pouvons noter également l'ambivalence d'une infirmière pour laquelle la réflexion éthique ne semblait pas être identifiée comme telle dans son travail, mais qui participe aux échanges et à la délibération des décisions au staff concernant le patient rendant possible une meilleure qualité du soin. Ce qui nous amène à nous interroger sur sa représentation de la réflexion éthique

Nous allons poursuivre sur la place et le rôle du cadre dans la réflexion éthique. En effet, n'est-il pas là pour « *veiller à ce que jamais ne cesse l'interrogation critique sur ce qui est fait[...] pour approcher un peu plus le bien-fondé de ce qui doit ou peut être fait*¹⁵⁴ » pour le patient ? C'est ce dont nous allons aborder dans notre dernier chapitre.

4.2.3 Place et rôle du cadre de santé dans la réflexion éthique en unité de soins

4.2.3.1 L'impact du soin dans la fonction

Tous les cadres interrogés (CS R, CS M, CS O, CS P) s'accordent à dire que le soin est important « *parce que même si on est cadre de santé le soin reste quelque chose de primordial* » (CS R). Comme le rappelle la fiche métier du cadre de santé, celui-ci exerce une activité de contrôle et de suivi de la qualité et de la sécurité des soins¹⁵⁵ auprès des équipes soignantes dont il a la responsabilité.

Au regard de l'évolution de la fonction de cadre de santé ces dernières années comme nous l'avons rapportée dans notre cadre conceptuel, devrait-il s'éloigner du soin pour continuer à l'exercer ?

Seul un cadre (CS R) aborde l'évolution du métier de cadre de santé en nous expliquant que « *pour moi, il y a le terme de cadre qui veut dire « encadrant, encadrer » mais aussi dans*

¹⁵⁴ Grassin M., « Dialoguer pour s'ajuster », *Objectifsoins&management*, 2017, 259, p. 50-52, p. 52.

¹⁵⁵ *Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales*, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>, consulté le 12 mai 2020.

cette fonction-là, on est auprès et avec des personnes, des patients. » (Tandis que) « quand on manage, on est un petit peu à l'extérieur de tout ça et on s'occupe principalement d'organisation. Il faut être avec les gens et non à l'extérieur. Pour moi, le terme de cadre de santé c'était ça, et aujourd'hui on parle de manager en santé, de tout ce qu'on veut bien ». Pouvons-nous penser que cette évolution décrite dans ces propos est péjorative ? Il nous semble que oui. Pour elle, les cadres évoluent sur des actions demandant des compétences dans l'organisation et plus d'activité de proximité. Ce qui est gênant dans cette orientation, c'est justement l'idée qu'il y aurait un savoir faire des relations humaines, qui conviendrait à tous les métiers. Cela gommerait la spécificité du soin ; nous ne pouvons pas manager des commerciaux comme nous manageons des soignants, car le cadre de santé ne cherche pas seulement à vérifier des savoir-faire, mais cherche également à instaurer un savoir-être, justement cette proximité à l'égard du patient. Ce qui semble présumer aussi dans son discours, c'est que l'équipe a besoin de référent professionnel du soin, issu du groupe de soignants pour les encadrer, ce « regard soignant » liée à la profession de soin. Sans cela, comment les équipes pourront-elles se questionner sur les soins qu'elles apportent aux patients ? Selon Marie Ange Coudray, cette tendance d'orientation managériale serait une perte car les équipes soignantes n'auront plus de repère dans le soin. Et cite qu'« *il ne faut surtout pas perdre de vue que le cadre de santé est un soignant qui participe, à sa façon de cadre, aux soins*¹⁵⁶. » N'est-ce pas là aussi le point d'achoppement pour le cadre afin d'introduire la réflexion du soin permettant de susciter le questionnement autour du soin, du prendre soin ?

Un des cadres dit « *je pense vraiment qu'il y a une partie de notre fonction qui est importante et qui est celle d'être auprès des équipes et de parler du soin* » (CS R). La clé de voute prédominante dans ce verbatim scelle deux points : d'accompagner les équipes dans la relation singulière du prendre soin et de l'exercer par une proximité, notion que nous allons parcourir maintenant.

4.2.3.2 Le sens du lien

Les contours des responsabilités managériales sont importants comme en témoignent les différents entretiens. Tous les cadres représentés dans notre étude sont responsables d'une ou plusieurs unités associées à la gestion de consultations multiples, de plateau technique,

¹⁵⁶ Coudray M.-A., *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, op-cit, p. 140.

d'équipe transverse incluant par ailleurs des missions transversales au sein de leur Etablissement.

Face à ce constat, pouvons-nous penser que ces différentes responsabilités peuvent créer un éloignement de la part des cadres auprès de leur équipe dans la vie de leur unité ?

L'ensemble de l'encadrement s'est positionné dans un processus décisionnel noté par une implication importante auprès des équipes. Mais de quelle implication parlons-nous ? Une des cadres explique que « *d'être présent au sein de son service, de bien connaître son équipe* » et de « *travailler avec elle me paraît important* » rajoutant « *voir ce qu'elles font, regarder comment elles travaillent, les aider aussi à progresser, les aider à réfléchir, les aider à faire qu'elles gardent une qualité de soin* » (CS R). Une autre confirme être aussi présente dans son unité en expliquant que « *le but du jeu, c'est que les patients puissent être bien pris en charge, que les soignants soient bien et que lorsqu'ils partent de leur service, ils soient assez bien pour pouvoir vivre leur vie privée tranquillement et pas toujours penser au boulot* » (CS M). Tous ces éléments s'accordent, nous semble-t-il, à rappeler une modalité d'animation d'équipe dite de proximité décrite par plusieurs auteurs dans notre cadre conceptuel, faisant appel à la notion de responsabilité¹⁵⁷, d'éthique de la responsabilité dévolue aux cadres de santé dans leur rôle d'amener la réflexion autour du sens du soin à l'équipe qu'ils accompagnent au quotidien. Cette forme de proximité ne traduirait-elle pas aussi le principe de sollicitude notamment exprimé par un cadre (CS M) en parlant de son équipe ?

Ce qui nous invite à penser aussi comme le souligne un cadre « *la proximité c'est important car c'est ce qui va pouvoir me permettre de déclencher au bon moment de façon adéquate une réunion, un moment de réflexion* » (CS P) que la finalité de l'accompagnement des équipes par la mise en place de la proximité semble représenter l'acte, le moyen qui permet de tendre vers des conséquences positives, notamment une aide à la décision pour une qualité de soin envers le patient, de permettre une réflexion d'équipe ainsi qu'un mieux-être dans leur qualité de vie au travail. Ne sommes-nous pas là dans la pensée aristotélicienne décrivant l'exercice de l'éthique du cadre qu'énonce Alice Casagrande¹⁵⁸, c'est à dire « *toute décision managériale juste engage et entraîne à la justice ultérieure* » dans le cas présent d'apporter une certaine pertinence à la réflexion, à la visée d'agir pour le patient tendant vers un meilleur soin ?

¹⁵⁷ Joublin H., « Pour une proximité bien pensée », art cit.

¹⁵⁸ Casagrande A., *Ethique et management du soin et de l'accompagnement.*, Dunod, 2016, p. 46.

Une seule cadre précise « *quand on est sur le terrain, on va voir ce qui se passe* » et qu'« *aujourd'hui l'idée, c'est de réduire les cadres de santé, en réduisant le nombre de cadres, on va automatiquement faire qu'on va réduire ce temps-là. Ça peut être considéré comme une perte de temps en fait. Moi, je ne considère pas cela comme ça. Donc oui, le matin je vais faire le tour du service, s'ils ont besoin de quelque chose et oui sur une entrée ça m'arrive d'aller voir un petit peu ce qui se passe, d'y participer ou pas, mais d'être présente en tout cas* ». Et rajoute, « *si on veut avoir une qualité de soin dans son service je ne vois pas comment on peut faire si on reste à son bureau* » (CS R). Cet extrait implique une posture du cadre dans son engagement de ses choix qui peut relever du défi pour elle, cela nous ne pouvons le dire mais évoquée ainsi, cela nous semble faire appel à « la sagesse pratique » ou « la petite éthique » de Paul Ricoeur¹⁵⁹ où nous essayons de trouver des issues face à certaines difficultés pour une visée du meilleur soin possible.

La notion du temps apparaît pour trois cadres (CS M, CS O CS P), comme étant un facteur à prendre en compte mais n'imputant pas leur choix d'exercer cette proximité dans leur exercice d'animation des équipes. En effet, « *j'essaie d'être présente même si c'est parfois compliqué parce que parfois, on manque de temps* » (CS O). Également « *je suis beaucoup présente dans le service pour le bien de mes patients et pour le bien de mes agents. Disons que je sais quand j'arrive mais je ne sais pas quand je repars !* » (CS M). La notion de « *managers de temps*¹⁶⁰ » nous semble appropriée dans ce contexte où face à leurs nombreuses missions, nous notons la conservation de leur autonomie dans la priorisation de leur travail, notamment être en proximité de leur équipe.

Une cadre précise : « *je suis près d'eux et en même temps, en distance quand il le faut.* » (CS P) que nous notons dans le discours d'une infirmière lorsqu'elle définit la place de l'encadrement dans son unité : « *elle nous laisse aussi notre intimité. Elle trouve le juste milieu et c'est vrai que c'est bien* » (IDE R). Cette juste distance faisant appel à Emmanuel Hirsch¹⁶¹ la décrivant comme un respect essentiel dans le rapport de la relation à l'autre. La proximité n'est pas la fusion et qu'il y a en elle un respect de la juste distance entre collègues et avec les patients ; une juste distance qui doit être appréciée dans un milieu professionnel donné. Il n'y a pas de proximité sans distance ; on s'approche, mais sans trop s'approcher dans l'acte de soin.

¹⁵⁹ Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

¹⁶⁰ Woinet D., « Cadre de santé, lutter avec et contre le temps », *op.cit.*, p. S14.

¹⁶¹ Joublin H., « Pour une proximité bien pensée », art cit.

A plusieurs égards établis auparavant, la proximité fait lien avec le concept du slow management¹⁶² décrit dans notre cadre conceptuel. Le verbatim suivant d'un des cadres met en lumière l'importance même des fondements de ce concept qui est de se montrer présent, visiblement présent pour les soignants : *« je tiens beaucoup à l'appellation cadre de proximité parce que là on le voit avec les événements sanitaires de la crise actuelle due au Coronavirus. J'ai ressenti le besoin et mon équipe a verbalisé le besoin qu'on soit en contact parce qu'un des médecins voulait que je sorte du service. Voilà, que je ne sois plus dans le service, en me disant « ça doit pouvoir se gérer à distance ». Je n'ai pas été d'accord car encore moins dans des situations de crise que dans le quotidien, il faut être avec eux et ils le voulaient. »* Et rajoutant, *« j'ai dit que mon équipe avait besoin que je reste près d'eux et ils ont dit la même chose donc je suis resté. Je pense que le médecin pensait bien faire [...] pour qu'il n'y est moins de personnes dans l'unité du fait des patients ayant le coronavirus donc moins de risque de contagion »* (CS P). Face à ces moments de vie d'équipe complexe, nous constatons que la présence du cadre au sein de l'unité, lieu du soin, prend tout son sens : être ensemble en vue d'agir ensemble. De plus, comment le cadre peut-il être rassurant dans un moment aussi difficile si ce n'est pas un temps de présence voulue, choisie, partagé avec l'équipe ? Sommes-nous pour autant dans un défi ou un impératif de la part de l'équipe et du cadre au regard de l'attente médicale ? Il semble que non car le médecin souhaitait limiter *« le risque de contagion »* (CS P). Une des questions qui se pose dans ce cas, c'est quelle vision les médecins ont-ils de la fonction de cadre de santé ? Cette question restera sans réponse n'ayant pas d'éléments pour répondre du fait de n'avoir pas interviewé les médecins.

La proximité évoquée par ce cadre (CS P) n'est-elle pas aussi une des portes pour proposer des espaces autour de la réflexion éthique qu'engendre ou va engendrer cette situation de crise sanitaire ?

4.2.3.3 Une force de propositions

Nous avons cherché à mesurer le rôle du cadre de santé dans la mise en œuvre de temps de réflexion éthique en équipe au sein des unités de soins.

Il est apparu que l'ensemble des cadres initient une réflexion lors de situations d'ordre éthique comme l'explique un des cadres : *« c'est notre rôle à nous, [...] au staff paramédical le matin, quand cela fait trois quatre jours qu'ils sont sur la même réflexion ou ils se posent pleins*

¹⁶² Steiler D., Sadowsky J. et Roche L., *Le slow management*, op. cit.

de questions mais en fait c'est la même mais reformulée autrement, et bien en fait, c'est notre rôle à nous de poser les choses, d'extraire des bouts de phrases des quatre jours et puis de formuler en disant « mais on va où avec ce patient en fait aujourd'hui ? Vous dites on en est là et là et qu'est-ce qu'on attend ? Est-ce que vous pensez que ? Et les aider à avancer » (CS R). Le cadre a su investir cet espace pour les aider à approfondir, à être dans cette pertinence à visée réflexive éthique. Comme le cite Marie Ange Coudray, « à faire des allers et retours entre la distance et la proximité, toutes deux nécessaires aux soins¹⁶³. » De même, face à « une problématique de soins complexes, [...] des questions éthiques qui se posent [...] je provoque de façon très informelle, très irrégulière, quand le besoin s'en fait sentir des mini-réflexions éthiques » (CS P), nous notons là l'engagement du cadre à susciter cette réflexion éthique autour du soin, de partager ces incertitudes.

Face à la situation actuelle de crise sanitaire, un des cadres précise qu'« une fois la crise sanitaire passée, il faudra débriefer, se poser ensemble car il y aura des questions, c'est sûr et certain surtout si nous avons eu beaucoup de décès jeunes ou pas. »(CS R) . Cette projection de l'anticipation souligne l'importance de l'accompagnement du travail du cadre de santé auprès des équipes afin de donner sens aux actions, d'ouvrir à discussions, d'interroger les choix.

Dans les échanges, une infirmière nous précise que « tout le monde peut le demander, peut demander ce temps, même l'aide-soignante si elle l'estime » (IDE R) confortant que la réflexion éthique n'est pas l'apanage de certaines personnes. Au contraire, toutes personnes quelles que soient leurs catégories professionnelles peuvent exprimer le besoin de sa mise en place¹⁶⁴.

Nous avons souhaité connaître la place due à la diffusion de la démarche éthique dans leur établissement notamment en termes de ressource pour eux. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002¹⁶⁵ les établissements de santé doivent mener une réflexion éthique sur la prise en charge des patients, renforcée par la Haute Autorité de Santé¹⁶⁶ rendant obligatoire cette démarche référencée sous le nom de Comité d'Ethique dans le projet d'établissement.

Deux cadres (CS R, CS P) ont connaissance de son existence et ont fait appel au Comité d'Ethique notamment pour un cadre, lors des « procédures Maastricht III (Prélèvement

¹⁶³ Coudray M.-A., *Le cadre soignant en éveil*, op. cit, p. 140.

¹⁶⁴ « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-social - Anesm », art cit.

¹⁶⁵ « LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », art cit.

¹⁶⁶ Haute Autorité de Santé, « Manuel de certification, Version 2010 », art cit.

d'organes sur des patients qui ont fait l'objet d'une limitation ou d'un arrêt de traitement. L'arrêt cardiaque du patient est provoqué par l'arrêt des traitements et permet le prélèvement) » précisant « ce sont des garde-fous sur les questions éthiques qui sont nécessaires pour un établissement » (CS R). Cette connotation de « garde-fou » montre l'importance de cette instance pour ne pas dépasser les limites dans les pratiques de chacun.

A l'inverse, les deux autres cadres (CS M, CS O) indiquent ne pas connaître l'existence d'un comité d'éthique dans leur établissement. Pouvons-nous établir un lien entre l'expérience et/ou l'ancienneté du diplôme de cadre ? Les deux cadres (CS R, CS P) connaissant l'existence et le rôle du comité d'éthique ont à eux deux une moyenne de 13 ans d'ancienneté tandis que les deux autres (CS O, CS M) de 5 ans. Le comité d'éthique fait-il parti de l'enseignement des écoles de cadre de santé au regard de l'évolution du métier ?

L'une d'entre elles (CS M) affirme : *« j'estime que c'est une instance à laquelle les médecins doivent faire appel et qu'un cadre n'a pas la place »*. Elle semble clairement ne pas connaître le rôle du comité d'éthique au sein de son établissement.

➤ **Synthèse**

Dans une société où tout s'accélère, où les progrès dans multiples domaines sont constants impactant le fonctionnement des Etablissements de Santé, le métier des cadres de santé a évolué tendant vers un profil plus administratif. Comme en témoigne Pierre Peyré¹⁶⁷ nous assistons à une évolution de la fonction du cadre créant un « bouleversement » notamment dans ses missions, parfois difficiles à combiner. C'est un exercice d'équilibriste permanent. Or, la proximité du cadre auprès des équipes, sans être dans l'omniprésence, lui permet de favoriser une réflexion éthique autour du soin. L'existence et le fonctionnement du comité d'éthique dans l'établissement ne semble pas être maîtrisé par la moitié de l'encadrement laissant supposer un besoin d'être éclairé sur le sujet.

¹⁶⁷ Peyré P., « La fonction "cadre de santé" : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui », art cit.

RETOUR

SUR 

LES HYPOTHÈSES

5 RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES

L'étude de nos entretiens finalisée, il nous appartient maintenant d'apporter des éléments de réponses à nos hypothèses émises auparavant.

Notre question de recherche : **Dans quelle mesure la mise en place de temps de réflexion éthique par le cadre de santé pour l'équipe soignante, dans un contexte hospitalier évolutif, participe-t-elle à la qualité du soin dispensé aux patients ?** nous a conduite à formuler deux hypothèses.

La première de ces hypothèses est la suivante :

« La qualité du soin aux patients nécessite pour les équipes soignantes des temps de réflexion éthique. Ces temps dédiés font appel à la participation et l'implication de l'ensemble des acteurs de soin. »

Un idéal de soin n'existe pas, par contre se mobiliser ensemble pour tendre vers une amélioration est un commencement du meilleur pour l'autre, cette personne malade, cette figure vulnérable. Donner du sens à sa pratique soignante, c'est prendre soin de la personne malade par une attitude éthique du soignant, créant ainsi une relation de réciprocité avec le patient ainsi que l'a révélée notre analyse.

Comme le confirment les entretiens, la qualité du soin relève d'une démarche en équipe, bienveillante et respectueuse de la personne malade dans la satisfaction de ses besoins. Chacun s'accorde à la définir comme « une personne ». C'est respecter le patient dans sa situation de vie actuelle, lui donner sa place, ne pas le voir qu'à travers sa maladie.

Malgré certains freins, la priorité d'apporter cette qualité du soin, de la conserver, de l'améliorer, de la discuter est apparue comme une valeur fondamentale pour tous.

L'accompagnement quotidien du patient implique de tenir compte de son autonomie, comme cité dans notre analyse, engageant parfois des questionnements individuels sur des prises de décisions, notamment en lien avec une autonomie restreinte pour sa sécurité.

Comme l'a montrée notre analyse, rien n'est fondé sur la non-réflexion dans le domaine du soin de la part des interviewés.

En effet, face à des questionnements d'ordre éthique, nous avons pu remarquer que la réflexion prenait différentes formes telles des staffs, des rencontres avec des équipes transverses, des temps de transmissions, des réunions informelles face à un questionnement dans le moment, ce présent ainsi que le futur.

La réflexion éthique peut-elle alors se soustraire, ne pas toujours se limiter à un cadre, être dans une dimension formelle ? Cela la rend-elle irréductible en termes d'objectifs ? Existe-t-il une « forme » idéale ?

L'éthique bouscule les certitudes professionnelles, se fonde sur le doute, le questionnement. Chaque rencontre est apparue organisée, construite, choisie, attendue pour chaque interviewé soulignant la nécessité de la mise en œuvre de cette pertinence du sens du soin. Ils ont pu confronter les situations éthiques vécues qui peuvent parfois être implicites dans les actes de soins, échanger sur leurs divergences, leurs questionnements afin de tendre ou tout au moins être dans le mieux pour la prise en charge du patient. Nous avons pu également noter que les discussions sont fondées sur la singularité de chaque situation et menées dans un souci de liberté de penser et de parole dans les propos de chaque interviewé.

La réflexion éthique et la qualité du soin font écho dans notre analyse nous permettant ainsi de confirmer notre première hypothèse.

De plus, pour conclure sur cette hypothèse, Hubert Doucet la complète en citant que « *l'éthique peut être interprétée de bien des façons, les écoles de pensée étant nombreuses et diverses (...) Je crois pour ma part, que les différents courants éthiques, qu'ils soient deux ou plus nombreux, expriment tous quelque chose d'important sur l'agir humain, et que les situations humaines sont trop complexes pour entrer totalement dans le cadre de l'une ou l'autre école. Plutôt que de proposer un système moral qui prétendrait résoudre les défis des soignants, je préfère mettre de l'avant un esprit qui donne sens au travail des soignants et les aide à guider leurs actions*¹⁶⁸. »

Abordons notre deuxième hypothèse :

« Face aux évolutions constantes de l'hôpital, le cadre de santé joue un rôle majeur dans cette mise en place auprès de l'équipe dont il a la responsabilité. »

En premier lieu, dans notre analyse, le soin apparaît comme indissociable de la fonction du cadre de santé. C'est une préoccupation qui est inscrite, un principe établi.

¹⁶⁸ Doucet H., *Soigner en centre d'hébergement : repères éthiques*, Les Editions Fides, 2008, p.14.

Alors, comment aider, soutenir les équipes face à des situations de soins de nature éthique ?

Dans notre analyse, les cadres de santé évoquent la notion de proximité, porte d'entrée qui établit la relation, qui accompagne les équipes, qui s'inscrit dans le souci de l'autre, dans cette sollicitude envers l'équipe. Une proximité qu'ils définissent comme étant proche de l'équipe sans l'être, c'est-à-dire assurer une juste distance. Une proximité aussi choisie, ajustée dans l'organisation de leurs activités très prégnantes afin de privilégier le lien avec l'équipe et permettre cette disponibilité attendue par les soignants.

La pertinence de réfléchir sur le sens du soin, de clarifier ensemble des questionnements, afin de ne pas prendre le risque de perdre le sens des actes, nécessite comme l'ont souligné les cadres de santé qu'ils soient présents dans leur unité de soins. Être là, réellement là, permet de construire cette relation de communication avec l'équipe, de développer un collectif, d'articuler une mise en commun des logiques de chacun. En effet, « *qui prétend manager doit être un "sage", un homme ou une femme qui fait le pari de l'autre pour qu'ensemble nous puissions approcher un peu plus le bien-fondé de ce qui doit ou peut être fait*¹⁶⁹. »

Veiller à s'interroger sur les pratiques de soin, ne pas rester dans des formes d'habitudes de soins acquises, figées, de se trouver seul face à l'incompréhension de certaines situations est une des responsabilités des cadres de santé mise en évidence dans l'analyse de notre étude.

Pour initier la réflexion éthique, plusieurs pistes sont proposées. Certains cadres utilisent les temps déjà établis tels que les staffs, le moment des transmissions. Tandis que d'autres déclenchent des réunions ou font appel à des équipes transverses pour avoir une expertise extérieure. Quels que soient la forme, le lieu d'aide à la décision, chaque situation s'inscrit dans une dimension éthique, pluriprofessionnelle, à la recherche du bien pour la personne malade.

Ce qui nous permet de confirmer notre hypothèse plaçant le cadre de santé comme un des acteurs dans la mise en place des temps de réflexion éthique permettant une qualité du soin pensée ensemble.

Par ailleurs, nous avons identifié dans l'analyse de notre travail, un manque de connaissance de certains cadres du comité d'éthique qui nous semble important à relever, amenant d'autres questionnements.

Présentons notre conclusion

¹⁶⁹ Grassin M., « Dialoguer pour s'ajuster », art cit, p. 52.



CONCLUSION

6 CONCLUSION

Les Etablissements de santé sont engagés dans une dynamique d'amélioration de la qualité du soin pour le patient. Dans ce contexte, la réflexion éthique est un facteur essentiel de cette démarche conduisant à des débats éthiques des prises en charge du soin auprès des équipes soignantes et heureusement. C'est être dans cette préoccupation de prendre soin qui participe bien au respect de la dignité du patient interrogeant le sens de la pratique du soin. Décider tous ensemble, face à un choix éthique à l'égard de la personne vulnérable, le patient, demande une discussion où la parole est libre et respectée par chacun. Également, la prise en compte de l'entourage familiale est un incontournable à préserver.

Cet engagement de l'équipe soignante est parfois inconfortable, pas toujours facile et se doit d'être soutenue par le cadre de santé.

Notamment, en amenant cette réflexion collective qui permet à chacun de ne pas se sentir isolé dans son action et de comprendre par lui-même le sens de ses actes. Proposer un cadre de parole est ce qui permet de lutter contre la parcellisation du travail conduisant parfois à l'oubli des questions éthiques.

D'autres mesures de soutien peuvent apparaître, ainsi que l'évoque l'analyse des entretiens. C'est le cas du comité d'éthique. Pourtant, sa connaissance et son rôle ne font pas l'unanimité chez les cadres de santé.

Ce qui nous interroge sur la place prise par le comité d'éthique au sein du projet d'établissement principalement en termes d'accompagnement au niveau managérial. Notamment, au regard du contexte d'incertitude de la crise sanitaire, il nous paraît indispensable de soutenir les équipes autour des situations de soins qui les questionnent et qui demandent à être mobilisées lors de réflexions éthiques.

Concernant le Comité d'Ethique, quelles sont ses possibilités auprès de l'encadrement dans cette aide à la réflexion sur le sens de la pratique du soin ? Notre travail de recherche pourrait se poursuivre en ce sens.



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOUX-NICOLAS C., *Donner un sens au travail : pratiques et outils pour l'entreprise*, Dunod, 2019.
- BARDIN L., *L'analyse de contenu*, Puf, 2018.
- BARTHOD-PROTHADE M., « Le bien être donne-t-il du sens au travail ? », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 2012, Vol. XVIII, 46, p. 123-157.
- BARUS-MICHEL J., « Le sens de l'équipe, de l'individuel au collectif », *Soins Cadres*, 2014, 23, 90, p. S10-S12.
- BEAUD S. et WEBER F., *Guide de l'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques*, La Découverte, (coll. « Grands Repères »), 2017.
- BERTRAND D., « Accréditation et qualité des soins hospitaliers », *adsp*, 2001, 35, p. 17-78.
- BLANCHET A. et GOTMAN A., *L'entretien*, A. Colin, 2017.
- BLANCHET A. et PAGES M., *L'Entretien dans les sciences sociales : l'écoute, la parole et le sens*, Dunod, 1995.
- BRUGERE F., *L'éthique du « care »*, 3ème Edition Que sais-je ?, 2017.
- CARICLET N., « Construire une relation de confiance durable avec les patients », *Soins Cadres*, 2008, 63, p. S17-S18.
- CASAGRANDE A., *Ethique et management du soin et de l'accompagnement*, Dunod, 2016.
- CHOLON F., *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Lamarre, 2019.
- CLEMENT-HRYNIEWICZ N., « Ethique de l'annonce en soins palliatifs : la « vérité » en question », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2014, Vol. 29, 4, p. 125-131.
- CONJARD P., *Le management du travail : une alternative pour améliorer bien-être et efficacité au travail*, ANACT, 2014.
- COUDRAY M.-A., *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, Seli Arslan, 2006.
- CRIGNON-DE OLIVEIRA C. et GAILLE M., *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ? réflexions critiques, analyses en contexte et perspectives historiques*, Seli Arslan, 2010.
- DECETY J., « Neurosciences : Les mécanismes de l'empathie », *Sciences Humaines N° 150*, 2004.
- DEKEUWER C., CHVETZOFF R., CLOUZEAU C. et KOPP N., « Réflexion éthique et institutionnalisation de l'éthique », *Éthique & Santé*, 2011, 8, 3, p. 125-131.
- DELASSUS E., « Le soin ou l'éthique en acte », conférence le 06 octobre 2017 au centre psychiatrique du Bois de Bondy.

DERNIAUX A., « Interdisciplinarité et travail d'équipe en soins palliatifs », Congrès Aix en Provence le 12 novembre 2007 "de la clinique, vers les concepts".

DE SOLEMNE M., *la sincérité du mensonge*, Editions DERVY, 1999

DIEDERICH N., *Stériliser le handicap mental ?* ERES, 1998.

DOS SANTOS C., MOUSLI M. et RANDRIAMIARANA J., « De la T2A à HPST : quelle contribution du contrôle de gestion au pilotage de la performance ? Étude de cas d'un CHU », *Journal de gestion et d'économies médicales*, 2014, Vol. 32, 4, p. 291-307.

DOUCET H., *Soigner en centre d'hébergement : repères éthiques*, Fides, 2008.

DUMAS M., DOUGUET F. et FAHMI Y., « Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme Entreprise*, 2016, n° 20, 1, p. 45-67.

DUPUIS M., GUEIBE R. et HESBEEN W., *Éthique du management et de l'organisation dans le système de soins: réflexions pour la pratique quotidienne*, Seli Arslan, 2015.

DUPUIS M., GUEIBE R., HESBEEN W., *Ethique de l'encadrement de proximité dans le secteur de la santé : outils et repères pour une organisation juste et des soins de qualité.*, Seli Arslan, 2019.

FIorentino A. et DELMAS P., « Impact de l'environnement de travail sur la qualité et la sécurité des patients », *Soins Cadres*, 2019, 28, 111, p. 52-55.

FORMARIER M., « La relation de soin, concepts et finalités », *Recherche en soins infirmiers*, 2007, N° 89, 2, p. 33-42.

FOURCADE C., *Les patients au cœur : la vie dans un service de soins palliatifs*, Broché, 2019.

FRESNEY DUBOYS C. et PERRIN G., « Préambule. Émergence de la profession infirmière », *Que sais-je ?* 2017, 7e éd., p. 7-64.

GENIVIEVE G., « L'information de la personne soignée, dilemmes, éthique et loi », *Soins Cadres*, 2016, 60, p. 38-40.

GESTIN A., « Manager des générations ou générer des managements ? », *Soins Cadres*, 2013, 22, 88, p. 28-30.

GIRARD B., *Aristote : leçons pour (re) donner du sens à l'entreprise et au travail*, Maxima Laurent Du Mesnil, 2010.

GRASSIN M., « Dialoguer pour s'ajuster », *Objectif soins & management*, 2017, 259, p. 50-52.

HAMDOU S., « « Être et avoir » dans le travail d'équipe », *VST - Vie sociale et traitements*, 2019, N° 144, 4, p. 24-31.

HESBEEN W., *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité*, Elsevier Masson, 2017.

HESBEEN W., *Cadre de santé de proximité : un métier au coeur du soin : penser une éthique du quotidien des soins*, Elsevier, 2011.

- HESBEEN W., *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, InterEditions : Masson, 2010.
- JOUBLIN H., « Pour une proximité bien pensée », *Poche - Espace éthique*, 2010, p. 181-221.
- KRIEF N. et ZARDET V., « Analyse de données qualitatives et recherche-intervention », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2013, N° 95, 2, p. 211-237.
- LAGADEC A.-M., « Plaidoyer pour la fonction de cadre de santé de proximité », *Soins Cadres*, 2014, 23, 90, p. 20-22.
- LE PEN C., « Patient » ou « personne malade » ? », *Revue économique*, 2009, Vol. 60, 2, p. 257-271.
- LORIOU M., « Sens et reconnaissance dans le travail », *HAL*, 2011.
- MARTIN L., « Numérique, évolutions législatives et transformation du système de santé », *Soins Cadres*, 2019, 28, 115, p. 14-19.
- MARTIN L., « De la nécessité d'évaluer l'efficacité des réformes hospitalières », *Soins Cadres*, 2018, 27, 105, p. 7.
- MARTIN L., « Slow management et réorganisation », *Soins Cadres*, 2018, 27, 105, p. S16-S18.
- MAXWELL J.-C., *Travail d'équipe 101 : ce que tout leader devrait savoir*, Brossard, Éditions Un Monde différent, 2012.
- MINTZBERG H., *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*, Eyrolles, 2016.
- MOUSSIER C., « Cadre de santé... une posture éthique », *Initiatives Santé*, 2018.
- MOUTEL G., « Fondements et construction de la démarche éthique dans les pratiques de soins », *Soins*, 2015, 60, 801, p. 28-32.
- OR Z. et COM-RUELLE L., « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », journal d'économie médicale, ESKA, 2008.
- PERRAUT SOLIVERES A., *Quand la violence du tout-économique empêche de soigner*, ERES, 2014.
- PEYRE P., « La fonction "cadre de santé" : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui », Journées AFSCET, 20 et 21 octobre 2006, Université de Pau, Faculté des Sciences.
- PROUTEAU F., « Éthique et management, de la conciliation à une possible réconciliation », *Soins Cadres*, 2019, 28, 109, p. 27-29.
- PROUTEAU F., « Le planning, révélateur du fonctionnement de l'équipe », *Soins Cadres*, 2012, 21, 82, p. 12-13.
- RAMEIX S., *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*, ellipses (coll. « Sciences humaines en Médecine »), 1996.
- REVILLOT J.-M., « La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail ? », *Soins Cadres*, 2013, 22, 86, p. S14-S17, P S15.
- RICŒUR P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil (coll. « L'Ordre philosophique »), 1990.

ROCHE L., « Le slow management, antidote au stress », *L'Expansion Management Review*, 2011, 141, 2, p. 42-49.

RONGICONI J.-P., « Le cadre de santé de proximité et la dimension clinique », *Soins Cadres*, 2009.

ROUSSELY B., « Analyse de pratiques et sens au travail », *Soins Cadres*, 2013, 22, 87, p. 36-39.

STEILER D., SADOWSKY J. et ROCHE L., *Le slow management : éloge du bien-être au travail*, Presses universitaires de Grenoble, 2010.

SVANDRA P., « La qualité, un souci éthique pour prendre soin », *Soins*, 2018, 63, 824, p. 41-43.

SVANDRA P., *Comment développer la démarche éthique en unité de soins ? pour une éthique de la responsabilité soignante*, Estem, 2005.

SVANDRA P., *Le soignant et la démarche éthique*, Estem, 2009.

THOLLON-BEHAR M.-P., *La qualité du travail en équipe*, ESF-Sciences Humaines, 2016.

TOUTUT J.-P., *Organisation, management et éthique*, L'Harmattan, 2010.

VILANOVA J., « Morale, éthique et droit : une nécessaire distinction - Ethique médicale », *SRH info*, 2013, 3, p. 16-17.

WOINET D., « Cadre de santé, lutter avec et contre le temps », *Soins Cadres*, 2012, 21, 83, p. 12-14.

WEBOGRAPHIE

Analyse_litterature_part1_ethique_anesm.pdf, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/analyse_litterature_part1_ethique_anesm.pdf, consulté le 14 avril 2020.

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, consulté le 13 janvier 2020.

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 Création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ERES), moniteur (monitrice) et infirmier(e) surveillant(e), 14 novembre 1958.

Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. | *Légifrance*.

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier, 9 octobre 1975.

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé | *Légifrance*, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>, consulté le 13 janvier 2020.

Définition : Ethique, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Ethique.htm>, consulté le 15 avril 2020.

Dossier_sns_2017_vdef.pdf, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf, consulté le 12 janvier 2020.

Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>, consulté le 12 mai 2020.

Evolution socio historique de la fonction cadre de santé - cadredesante.com,
<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Evolution-socio-historique-de-la>,
consulté le 12 janvier 2020.

Guide pour créer, structurer ou consolider un comité éthique pour la pratique du travail social,
<https://www.anas.fr/attachment/1069541/>, juillet 2018, consulté le 15 avril 2020.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Manuel de certification, Version 2010*, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf, janvier 2014,
consulté le 31 mars 2020.

HAS, mise au point sur la démarche palliative, 12/2016.

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/ifsiiinfirmier/finalite-soignante-et-moyens-professionnels,-par-walter-hesbeen>, dernier chapitre.

LAROUSSE Éditions, *Définitions : sens - Dictionnaire de français Larousse*,
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sens/72087>, consulté le 13 mars 2020.

LEBRET J.-M., *Réflexion philosophique sur la relation soignant/soigné - cadredesante.com*,
<https://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la>,
2007, consulté le 4 avril 2020.

Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-socials - Anesm,
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_ethique_anesm.pdf, juin
2010, consulté le 15 avril 2020.

Les droits des patients.pdf, <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/Les%20droits%20des%20patients.pdf>, consulté le 28 mars 2020.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ,
4 mars 2002, consulté le 28 mars 2020.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, , 26 janvier 2016,
consulté le 12 janvier 2020.

Metier.pdf, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>, consulté le 14 janvier 2020.

Missions et fonctions principales des surveillants - cadredesante.com,
<https://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Missions-et-fonctions-principales>,
consulté le 12 janvier 2020.

PACIFIC C., *L'éthique pour écrire le Soin en majuscule*, <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/ethique-et-soins/ethique-pour-quoi-faire-dans-nos-pratiques-soignantes.html>, consulté le
9 janvier 2020.

2013-prendre_soin_de_l_humain_une_ethique_du_quotidien-wh.pdf,
http://www.gefers.fr/uploads/orga/2013-prendre_soin_de_l_humain_une_ethique_du_quotidien-wh.pdf, consulté le 18 mai 2020.

Pour une approche du travail en équipe. - *cadredesante.com*,
<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Pour-une-approche-du-travail-en>,
consulté le 16 février 2020.

Qu'est-ce que le travail en équipe ? https://www.has-sante.fr/jcms/c_2966826/fr/qu-est-ce-que-le-travail-en-equipe, consulté le 21 mars 2020.

Rapport_chantal_de_singly.pdf, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf, consulté le 14 janvier 2020.

Strategie_e-sante_2020.pdf, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_e-sante_2020.pdf,
consulté le 12 janvier 2020.

Travail en équipe : Positionnement cadre envers « l'Un-dividu » (...) - *cadredesante.com*,
<https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Travail-en-equipe-Positionnement,155#nb11>, consulté le 16 février 2020.

ANNEXES

ANNEXES

Annexe n°1 : Autorisation du Groupe du Guichet d'Orientation

Bonjour,

Le Groupe d'Orientation a examiné votre projet de recherche (ID1272 : EMERGENCE DES TEMPS DE REFLEXION ETHIQUE EN UNITE DE SOINS : UN ATOUT DE QUALITÉ DU SOIN) vendredi 07/02/2020 et a estimé qu'aucune démarche n'étaient nécessaires à sa mise en œuvre.

Bien cordialement,

Le GO

François FOURNEL

Chef de Projets Recherche Clinique
Cellule Promotion Recherche Clinique
Niv 3 – Bureau 03-031



Tél : 02 31 06 54 88 / 06 80 92 52 38

Fax : 02 31 06 50 68

Courriel : fournel-f@chu-caen.fr

Annexe n°2 : Guide d'entretien semi-directif

Guide d'entretien semi-directif

Question d'ouverture :

Est-ce que vous pouvez me parler de votre unité, de votre travail ?

Objectifs opérationnels	Questions
1. Clarifier la qualité du soin	<ul style="list-style-type: none">- Qu'est-ce que pour vous le soin ?-Que représente pour vous un soin de qualité ? Pouvez-vous préciser ?-Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité ? Les freins ? Ainsi que vos attentes ?- Pouvez-vous me parler du patient ?- Quelle place a-t-il dans le soin ?
2. Identifier la réflexion éthique en unité de soin	<ul style="list-style-type: none">-Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charge de soins ?-Pouvez-vous donner des exemples ?-Comment faites-vous pour les traiter ? A quel moment ? Comment ? Avec qui ? sous quelles formes ? Qu'est-ce que vous aimeriez ?-Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions, de discussions, de prises de décisions ?-Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ? Précisez ?- Finalement, est ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ? Pouvez-vous préciser ?
3. Caractériser le travail d'équipe	<ul style="list-style-type: none">-Qu'est-ce que pour vous une équipe ? un travail en équipe ?-Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe ? Pouvez-vous préciser ?-Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ? Précisez ?

<p>4. Déterminer le rôle du cadre de santé pour la mise en place de la réflexion éthique</p>	<p><u>Pour le cadre de santé :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous notion de l'existence dans votre établissement d'une instance éthique ou un lieu où vous pouvez formaliser des questionnements de soins ? - Si oui, vous est-il possible de m'expliquer son rôle ? si vous l'avez déjà sollicité ? si oui, pouvez-vous m'en dire plus ? - Pensez-vous que ce soit nécessaire ? Pouvez-vous préciser ? - Au sein de votre unité, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la mise en place de temps pour réfléchir ensemble ? pourquoi ? Pouvez-vous me préciser ce que vous entendez par « rôle » ? Est-ce des attitudes, des compétences, des qualités, autres choses ? Pouvez-vous détailler ? - Pensez-vous que ces moments-là peuvent être une forme de réflexion éthique ? Pouvez-vous précisez ? - Comment faites-vous ou feriez-vous pour savoir quand il y a nécessité de les mettre en place ? - Existe-t-il des freins ou des leviers à leur mise en place ? Lesquels ? Qu'elles sont vos attentes dans ce domaine ? <p><u>Pour les infirmières et les aides-soignantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins ? - Qui pour vous est concerné par la mise en place de temps de réflexion éthique ? Pourquoi ? Voyez-vous d'autres personnes ?
--	---

Dernières questions :

-Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

-Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ? Merci

Annexe n°3 : Retranscriptions des entretiens

Entretien n°1

Date : Le 23/03/2020
Durée : 55 minutes
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui.

Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : Tout à fait.

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Je suis cadre de santé en pneumologie. C'est une unité divisée en deux secteurs. On a quinze lits de pneumologie traditionnelle hospitalisation complète avec de l'infectiologie, de la cancérologie et de l'insuffisance respiratoire chronique, et dix lits d'hôpital de semaine médicale polyvalente. Au niveau effectif, chaque jour nous avons deux infirmières le matin, deux l'après-midi et une de journée. Et au niveau aides-soignantes, deux le matin, deux l'après-midi. Une ASH (agent service hospitalier) ou deux et donc moi j'encadre ces équipes paramédicales sur cette unité un peu particulière puisque divisée en deux, mais l'équipe est commune. On n'est pas sectorisé, l'équipe va par exemple travailler une semaine en pneumo traditionnelle et l'autre sur l'hôpital de semaine. Donc c'est une seule et même équipe.

Je m'occupe aussi du plateau technique de pneumologie, donc une partie annexe mais une équipe à part qui travaille à la journée et qui est en support, c'est un service prestataire de la pneumologie. Voilà principalement, principalement mon activité.

Par contre, actuellement, la totalité du service est dédié aux patients étant atteints du coronavirus et pas forcément que de la pneumologie donc voilà.

CG : Oui, c'est ce que vous m'avez dit lors de notre prise de contact d'où notre rendez-vous par téléphone. En tout cas, merci pour votre temps.

Rep : C'est normal.

CG : Alors, qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : C'est faire quelque chose à une personne qui n'est pas en capacité de le faire soi-même. C'est à dire, prendre soin de lui. Nous professionnellement, on prend soin des personnes pour aller vers un mieux-être.

CG : Que représente pour vous un soin de qualité ? Vous est-il possible de préciser ?

Rep : Alors le soin de qualité, c'est d'abord un soin qui est efficace, c'est à dire qui atteint son objectif, c'est d'aller vers un mieux-être. Donc le soin de qualité ce qu'on va d'abord regarder c'est s'il atteint son but. Donc le soin de qualité comment on va l'évaluer ? Il répond aux critères de recommandations des sociétés savantes, c'est à dire pour nous, on va aller sur l'hygiène, la sécurité, que ce soit pour le patient ou pour le soignant, et puis ensuite on va aller sur des secteurs plus périphériques de sciences humaines, c'est à dire qualité de la relation, compréhension du sens du soin par le patient, par le soignant. Donc la qualité du soin pour moi, c'est ça, c'est que l'ensemble des critères que l'on a pu se donner, qui nous sont imposés ou qu'on a pu se donner, parce qu'effectivement il y a tous ceux qui sont imposés transversalement dans la France entière ou dans le monde entier, mais on peut aussi avoir des critères intra, et bien tous ces critères sont respectés lors du soin. Et donc je reviens un peu sur ma définition première qui est que finalement notre critère d'évaluation d'un soin de qualité ne va pas forcément être l'atteinte de son objectif. Enfin ! Il l'est mais pas exclusivement. C'est toute la différence entre finalement, comment dire ? La finalité et le chemin qu'on parcourt pour arriver ou pas à ça et donc moi la qualité elle est permanente et transversale. On ne l'évalue pas à la fin, on l'évalue tout le temps en permanence. C'est l'accompagnement. C'est une relation soignante. Un soin de qualité, ce n'est absolument pas donner un médicament ! mais ça va être : comment on le donne, pourquoi on le donne, comment on explique au patient. C'est donner du sens à ce qu'on fait, du sens au soin. C'est l'individualiser à chaque fois.

CG : Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité ?

Rep : Alors ! C'est déjà la compréhension claire par l'ensemble de l'équipe de la prise en charge. Voilà, globalement pour être adapté au patient, personnaliser et délivrer un soin de qualité, il faut vraiment savoir pourquoi on le fait, dans quelle visée. Oui c'est ça ! c'est la bonne connaissance de pourquoi ce soin, à qui ce soin et qu'est-ce qu'on a fait avant, qu'est-ce qu'on prévoit de faire après, voilà c'est cette espèce de connaissance soignant assez large qui fait que le soignant du service va forcément

faire un soin de meilleure qualité que l'intérimaire ou le remplaçant qui débarque. C'est aussi un vrai travail d'équipe, c'est à dire le titulaire, le permanent il va faire mieux que le remplaçant. C'est l'équipe qui communique, qui fonctionne bien ensemble va faire un meilleur travail qu'une équipe qui dysfonctionne.

CG : Et les freins, ainsi que vos attentes ?

Rep : Je précise que quand je dis l'équipe c'est au sens large, médical, paramédical etc. Et puis sinon ça va être des critères classiques de manque de temps, qu'on peut passer auprès de chaque patient.

CG : C'est-à-dire « passer auprès de chaque patient ? »

Rep : J'ai constaté que certains soignants réalisaient leurs soins en série, de façon routinière. Leur organisation n'est pas adaptée, elle est plaquée comme une routine. Ce que je veux dire par là c'est qu'on doit pouvoir adapter à chaque patient le soin. ! Oui il est sourd donc je ne peux pas lui faire ceci, ou il ne parle pas le français donc je ne peux pas faire cela. C'est à nous de nous donner les moyens de pouvoir le faire ! Pour moi, les freins sont plutôt du côté de l'équipe, enfin du temps dont ils disposent, donc on revient quand même à des choses d'effectifs quand même. Il y a quand même un effectif minimal à équipe constante hein ! À équipe constante qui fonctionne normalement, ça va quand même limiter les choses.

CG : Pouvez-vous me parler du patient ? et ça dans le soin ?

Rep : Nous, on a pas mal de patients chroniques. Je dis souvent à l'équipe que l'expert, c'est le patient, parce que lui, il vit la maladie de l'intérieur, il la vit en général depuis longtemps. Alors là, je parle de patient chronique. Et du coup, je bataille un peu pour qu'on les écoute d'avantage, on part de leurs connaissances antérieures plutôt que de leur balancer un discours stéréotypé. Donc moi le patient pour moi c'est le patient chronique c'est un expert de sa maladie qui attend de nous une prestation qu'il ne peut pas s'auto-administrer on va dire et il n'y a pas de mauvais patient ou de bon patient. Bah, c'est un homme ou une femme qui a tout son passé de vie. S'il est vieux il a été jeune, s'il est malade il a été en bonne santé et donc ce n'est vraiment pas réduit à quelqu'un d'allongé dans un lit en pyjama. On doit en tout cas le considérer comme une personne dans son intégrité. C'est une étape de sa vie, un passage de sa vie où il a besoin de nos services. Moi je m'efforce de considérer les patients comme ça. Donc voilà, ils ont un passage où ils ont besoin de nos services. On doit faire l'effort mental de ne pas se limiter à l'image qu'on a d'eux en rentrant dans la chambre mais bien de les considérer. Et très souvent finalement quand on tient compte de ça, la relation gagne en qualité parce qu'ils le sentent aussi qu'on ne les voit pas comme des objets de soin, et comme des sujets sociaux entiers. On doit aussi lui dire la vérité quand il est en capacité de l'entendre. En fait, c'est souvent nous que ça dérange que de dire. Mais, [silence] il faut le dire au moment opportun, prendre le temps. Aussi, qu'ils nous la demandent cette vérité. Voilà.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : Oui, oui.

CG : Pouvez-vous donner des exemples, m'en dire plus ?

Rep : La dernière en date est particulièrement complexe justement. C'est des situations qui posent des questions éthiques à l'équipe parce que c'est complexe, c'est que en général ça sort du droit, enfin du droit le mot est fort mais voilà c'est ça. On est dans une situation qui sort des critères habituels, y a une complexité qui fait qu'on n'a pas de réponse toute faite. C'est à dire qu'il ne suffit pas de regarder un protocole, le code pénal ou la santé publique pour dire voilà il faut faire comme ça. C'est le truc qui n'est pas dans les bouquins, qui n'est pas dans les textes, que parfois on n'a jamais rencontré ou qu'on a rencontré les uns les autres mais qui ont été traités de façon individuelle et donc voilà c'est un peu le truc inédit, on n'a pas le mode d'emploi. Donc forcément ça questionne l'ensemble de l'équipe, chacun a son point de vue et c'est dans ces moments-là, qu'il faut absolument qu'on discute la tête froide sur ce cas.

En effet, la dernière, c'est quand on a discuté autour des visites des familles pour les patients contaminés par le coronavirus. Là, ça questionne, c'est vraiment l'objet d'une réflexion ensemble, d'une réflexion éthique. C'était un patient en fin de vie avec le coronavirus et on a décidé en équipe malgré les recommandations de permettre à la famille de venir. Voilà !

CG : Comment faites-vous pour les traiter et à quel moment ?

Rep : Le plus souvent ça fait l'objet d'une micro-réunion improvisée en salle de pause ou en salle de soin avec à minima un médecin référent, une aide-soignante, le cadre et souvent deux infirmières qui connaissent bien le patient.

CG : Avec qui et de quelle manière ?

Rep : Très concrètement pour nous c'est ça : c'est un moment on se pose, c'est très informel, mais c'est toujours pluriprofessionnel et voilà on discute du problème, de la question et on essaie de prendre une décision collégiale.

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions sur le soin, ou autres ?

Rep : Oui c'est un moment où chacun commence par exposer son point de vue sur la situation en amenant souvent des éléments

qu'il a pu collecter de sa fenêtre à lui. Effectivement les gens ne disent pas la même chose au médecin que à l'ASH (agent service hospitalier). Donc chacun expose, je veux dire ses arguments, sa vision des choses ce qui permet aux autres de compléter leur point de vue sur la situation, parce que de sa fenêtre on ne voit pas la même chose que de la fenêtre du voisin. Et à l'issue de ça, il y a une décision qui est prise, bon quand même assez souvent par le médecin responsable qui a la responsabilité médico-légale du patient et donc je ne vais pas dire qu'a une voie prédominante mais bon, nous, on a la chance qui fasse un peu la synthèse des choses et le médecin prend rarement des décisions qui vont à l'encontre de la majorité de l'équipe présente. Voilà ça se fait comme ça.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui, oui, énorme, énorme. Alors ce que j'ai oublié de dire, c'est que là j'ai parlé de l'équipe, la petite équipe intra, mais on fait assez souvent appel pour certaines situations délicates à l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs qui nous aide pas mal, parce qu'il y a le regard de la fenêtre de l'équipe, mais y a aussi le regard extérieur, de personnes extérieures au service, et c'est précieux aussi parce que parfois on est dans notre cocotte-minute et on a une vision des choses un peu biaisée donc l'apport d'un regard extérieur nous aide aussi beaucoup. Donc, voilà que ce soit notre équipe ou bien avec un intervenant transversal, on repart toujours de cet échange assez apaisé, en disant bon voilà chacun a dit ce qu'il voulait dire, il y a une décision qui a été prise ensemble et si on n'est pas d'accord à cent pour cent avec cette décision en tout cas globalement pour chacun c'est au clair, chacun est au clair et après on repart avec une ligne de conduite qu'on applique tous.

CG : Finalement, c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : C'est certain, c'est certain que sur les situations un petit peu complexe c'est indispensable pour la qualité du soin.

CG : C'est toujours pour des situations complexes de soin que vous vous réunissez ?

Rep : On pourrait aussi le faire pour des situations moins complexes, discuter du soin et on devrait mais actuellement on ne le fait absolument pas. Donc, on pourrait élargir un peu ces temps forts d'équipe qu'on mobilise uniquement pour des situations problématiques finalement. On pourrait les élargir progressivement à des situations moins problématiques ou plus courantes parce que malgré tout, elles sont lourdes quand même. On a régulièrement des fins de vie, des fins de prise en charges curatives pour passer aux palliatives. On a coutume de dire que ça c'est notre boulot habituel et donc ce n'est pas un problème, mais malgré tout, c'est quand même des situations émotionnellement un peu intenses, et on aurait sûrement le bénéfice d'y référer mais aujourd'hui on ne le fait pas.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe, un travail en équipe ?

Rep : L'équipe, c'est un groupe de professionnels, enfin non c'est un groupe parce qu'on peut parler d'équipe de sport. C'est un groupe qui travaille ou qui joue dans un objectif commun. et donc une bonne équipe, c'est aussi une équipe qui, si on les prend individuellement, ils vont pouvoir nous citer ou nous formuler ou faire transparaître les objectifs qu'on retrouvera chez chacun.

CG : Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe et est-ce un bénéfice ?

Rep : Chacun doit connaître les objectifs du groupe et le groupe va dans le même sens, c'est un groupe de personnes qui rame dans le même sens et qui connaît bien le rôle de chacun et aussi le respect mutuel de la fonction de chacun. Ça c'est important aussi, très important dans une équipe, y compris sportive, il n'y a pas que celui qui va marquer le but qui est important, tout le monde est important et donc moi, j'ai tendance à dire, bon c'est des choses classiques comme tous les cadres, mais voilà l'ASH (agent service hospitalier) elle est hyper importante, elle n'a pas le même boulot que le médecin mais on a besoin de tout le monde, donc voilà c'est le respect aussi réciproque voilà en gros.

CG : Avez-vous notion de l'existence dans votre établissement d'une instance éthique ou un lieu où vous pouvez formaliser des questionnements de soins ?

Rep : Alors oui je sais, je connais l'existence d'un comité d'éthique. Malheureusement récemment, j'ai essayé d'en saisir un responsable et je n'ai pas eu de retour.

CG : Vous est-il possible de m'expliquer son rôle ?

Rep : C'est une assemblée de personnes, d'horizons un peu différents qui vont traiter de problèmes éthiques qui se posent à l'établissement.

CG : Pensez-vous que ce soit nécessaire ?

Rep : Oui la preuve, j'ai eu besoin de le solliciter. Parce on était vraiment sûr de l'éthique et on avait besoin de réfléchir à froid. Je pense que dans l'univers du soin, la place de l'éthique est insuffisante aujourd'hui dans notre établissement, en tout cas moi de ma fenêtre, parce que tout comme tout à l'heure je disais, c'est intéressant qu'on ait par exemple l'équipe mobile de soins palliatifs qui vienne éclairer une situation problématique. Et bien moi, j'apprécierais énormément qu'on puisse avoir aussi un éclairage éthique sur certaines questions.

CG : Au sein de votre unité, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la mise en place de temps pour réfléchir ensemble et pourquoi ?

Rep : Oui, c'est à dire que les cadres dont moi peuvent avoir le rôle, être à l'initiative de mise en place de réunions périodiques avec un certain nombre de personnes présentes. Jusqu'à présent je ne l'ai pas fait. Je pense que j'ai été un peu refroidi quand je suis arrivé dans ce service il y a trois ans, où je pensais utile la présence d'un psychologue. C'est à dire que je suis arrivé, j'ai vu que c'était un service pas facile, ou il y avait quand même pas mal de décès, de décès de patients que l'équipe connaissait bien puisque les patients chroniques ils accompagnent longtemps. J'ai tenté d'instaurer une réunion périodique avec un psychologue pour pouvoir débriefer, vider un peu son sac, avoir un temps d'écoute, un groupe de parole, un peu dans cet esprit-là. Et l'équipe m'a tout de suite dit « mais non mais non, on est une équipe et donc on arrive à métaboliser tout ça en équipe avec notre mode de fonctionnement ». Bon j'ai dit « on va voir », et effectivement ça fait trois ans que j'y suis et je ne peux pas dire qu'il est eu des manifestations de souffrances psychiques ou de choses comme ça à part une exception.

CG : Je ne parle pas forcément de groupe de paroles mais par rapport au rôle du cadre pour réfléchir ensemble autour de situations éthiques, ce que nous disions au début sur le sens du soin, est-ce que le cadre aurait un rôle à jouer par rapport à ça ?

Rep : Oui, tout à fait, tout à fait, parce que ça me semble utile, ça me semble aller dans le sens de la qualité du soin et on se dit « il faut que je le fasse ».

CG : Et pourquoi [interrompu dans la question]

Rep : Pourquoi est-ce que je ne le fais pas c'est une bonne question ! ! [rire] Pour l'instant j'ai une équipe qui fonctionne bien, j'ai l'impression que tout le monde met du sens à ce qu'il fait. Et donc voilà malheureusement on est un peu là-dedans, on ne fait pas de la prévention mais on met des choses en place quand il y a un problème. Ça c'est la première chose. La deuxième chose, je pense aussi que l'équipe médicale est jusqu'à présent pas trop là-dedans mais ça vient, ça vient parce qu'on a quand même les RMM (revue de mortalité et de morbidité), depuis un an à peu près, et je crois que ça initie bien à la culture de l'analyse en groupe et le bénéfice qu'on peut en tirer. Donc c'est peut-être aussi une chronologie, c'est à dire que les médecins sont un peu maintenant familiers au RMM (revue de mortalité et de morbidité), semblent apprécier ça et ça pourrait être un facteur aidant pour moi pour mettre en place un groupe de réflexion avec les soignants.

CG : Pouvez-vous me préciser ce que vous entendez par « rôle » tout au début ?

Rep : Les qualités nécessaires que j'identifie pour le cadre, c'est une qualité d'écoute importante, de non-jugement, le respect de la parole de l'autre, la confidentialité, tous ces éléments-là sont des prérequis. Il s'agit que vraiment chacun rentre en communication, c'est ce qu'on fait de ce qui est dit et comment on le traite ensemble. Donc voilà, je reviens sur les éléments donc écoute, absence de jugement, respect de la parole de l'autre, respect de la confidentialité dans le groupe.

CG : Vous m'avez dit avant que votre équipe ne semblait pas avoir de manifestations de souffrances à part une exception. Comment pouvez-vous identifier cela ?

Rep : [Rire] C'est une bonne question. Je formalise très peu de réunions mais ma porte est toujours ouverte et je pense que mon équipe sait que je suis à leur écoute, enfin je sais qu'ils savent que je suis à leur écoute et je suis sollicité par eux individuellement pour le coup dès qu'il y a un truc qui ne va pas. C'est à dire que quand je suis là, je suis là pour eux et la porte est ouverte et ils peuvent me déranger n'importe quand. Alors c'est peut-être un tort mais on ne peut pas à la fois, c'est à dire, soit on fait des réunions périodiques, organisées, ce qui n'est pas mon cas, et à ce moment-là chacun sait que la semaine d'après, dans deux jours, il a ce temps où il pourra s'exprimer. Comme moi je ne fais pas ça, et bien je leur permets de s'exprimer auprès de moi quand je suis présent n'importe quand.

CG : Tout à l'heure vous me disiez aussi que vous pouviez déclencher de façon informelle des petites réunions, donc qu'est-ce qui vous fait dire qu'il faut les déclencher puisqu'ils peuvent venir n'importe quand ? C'est-à-dire, comment faites-vous ou feriez-vous pour savoir quand il y a nécessité de les mettre en place ?

Rep : En fait, c'est des petites alertes que moi je perçois au travers de soignants sentinelles. C'est à dire que j'ai dans l'équipe deux ou trois personnes qui ont un seuil de détection des problèmes, parce que moi je ne suis pas dans les chambres, je ne suis pas dans le soin permanent loin de là, et donc j'ai des sentinelles dans l'équipe qui vont venir l'air de rien me parler de quelque chose, en me disant « oui pour tel patient etc » et donc, c'est là que je vais déclencher les choses, une réunion. C'est à dire que j'ai mes sentinelles qui m'alertent et à ce moment-là je vais aller dans la salle de soin questionner le médecin, le reste de l'équipe, et on fait une réunion si besoin. Pour cela, pour identifier les sentinelles, j'ai appris à connaître tous les membres de l'équipe. En fait, quand j'arrive dans un nouveau service, je prends un temps complètement indépendamment des évaluations annuelles, je demande à chacun un rendez-vous d'une heure dans les premières semaines. Donc c'est un premier élément de connaissance, je demande à chacun son histoire professionnelle, on fait connaissance humainement, donc je perçois aussi un peu les sensibilités, la conception du soin, voilà ça c'est une première phase mais ça ne suffit pas. Et donc, après c'est dans le quotidien, je me suis aperçu que certains avaient une sensibilité particulière pour certain la douleur, pour certain les problèmes familiaux,

chacun comment dire, a sa corde sensible.

CG : D'accord.

Rep : c'est la relation de confiance que j'ai réussi à instaurer avec l'équipe. Un des ingrédients je pense c'est de savoir garder un secret confié, enfin il n'y a rien de plus bavard qu'un hôpital ou qu'une équipe de soins. Et donc quand quelqu'un nous demande de le garder pour nous, il s'aperçoit vite si on le garde pour nous ou pas. Voilà, c'est la première chose la confidentialité. Je sais que moi j'ai plein de défauts mais je sais que l'équipe sait rapidement qu'elle peut me dire quelque chose sans que ce soit répété ou bien parfois ils me demandent de le transmettre mais sans qu'on puisse remonter à la source. Donc ça c'est un ingrédient important pour moi. Donc ça c'est un ingrédient de confiance. Après j'espère aussi que quand ils me confient quelque chose, un problème etc, je m'efforce de le régler. Donc, il y a aussi ce deuxième ingrédient qui est l'efficacité si on peut dire. Dit comme ça, dit comme ça, ça fait un peu idéal, mais j'y crois quand même. Et puis, aussi la disponibilité. Mais bon, moi je suis souvent à la bourre sur pas mal de trucs plus administratifs. **[Rire]** Et puis, je tiens beaucoup à l'appellation cadre de proximité parce que là on le voit avec les événements sanitaires de la crise actuelle du au Coronavirus. J'ai ressenti le besoin et mon équipe a verbalisé le besoin qu'on soit en contact parce qu'un des médecins voulait que je sorte du service. Voilà, que je ne sois plus dans le service, en me disant « ça doit pouvoir se gérer à distance ». Je n'ai pas été d'accord car encore moins dans des situations de crise que dans le quotidien il faut être avec eux et ils le voulaient.

CG : Pourquoi le médecin a dit cela ?

Rep : Pour qu'il n'y est moins de personne dans l'unité du fait des patients ayant le coronavirus donc moins de risque de contagion. J'ai dit que mon équipe avait besoin que je reste près d'eux et ils ont dit la même chose donc je suis resté. Je pense que le médecin pensait bien faire.

CG : C'est important cette proximité alors ?

Rep : Oui la proximité c'est important car c'est ce qui va pouvoir me permettre de déclencher au bon moment de façon adéquate une réunion, un moment de réflexion. Alors attention je ne suis absolument pas un « surveillant », je ne suis absolument pas de l'ancienne école. Je suis près d'eux et en même temps, en distance quand il le faut. Voilà.

CG : Si nous revenons sur les réunions, pensez-vous que ces moments-là peuvent être une réunion en termes de réflexion éthique ?

Rep : Oui, quand on parle de situations problématiques qu'on n'arrive pas à résoudre simplement c'est de l'éthique pour moi. C'est à dire que de toute façon les cadres c'est des régulateurs de problèmes, enfin une grande partie de notre boulot c'est qu'on nous amène des tas de problématiques, petites ou grosses, et on doit trouver le moyen de les gérer. Donc, effectivement pour le type de problématique de soins complexes, c'est une réunion, c'est une concertation de personnes, enfin oui c'est des questions éthiques qui se posent. Alors, je ne suis peut-être pas très à l'aise avec le terme éthique mais je provoque de façon très informelle, très irrégulière, quand le besoin s'en fait sentir des mini-réflexions éthiques. Je pense que je n'ai pas encore intégré dans mon langage familier le terme éthique et c'est un peu comme on fait de la prose sans savoir que ça en est, je ne maîtrise pas assez finalement ce terme pour affirmer que ce qu'on fait ça en est. En tout cas ça répond à des questions éthiques.

CG : Existe-t-il des freins ou des leviers à leur mise en place et lesquels ?

Rep : Le levier, c'est être en proximité avec l'équipe comme je l'ai dit auparavant. Ce n'est pas toujours moi qui le fais, des fois c'est le médecin. C'est à dire on se pose, on expose chacun et on décide ensemble, voilà. Et, je crois que le frein c'est moi ! je ne suis pas vraiment un vrai cadre en fait, je ne suis pas un fana des réunions.

CG : mais est-ce que vous pensez finalement que de déclencher une réflexion éthique c'est être « fana » de réunions ?

Rep : Non, la preuve c'est ce qu'on fait déjà. Parce que à chaque fois qu'on fait ça de façon informelle tout le monde est satisfait et je ne vais pas dire qu'on en redemande, mais on sort de ces temps avec une espèce d'impression d'avoir bien fait notre boulot, que là on a vraiment été des professionnels qui travaillaient ensemble, et du coup c'est très satisfaisant. Donc on peut imaginer que si on multiplie ça les gens vont plutôt être preneurs. Mais que ces réunions soient mises sans sens. J'aurais peur de ça, j'aurais peur de ça. C'est à dire bon il y a la réunion après-demain faut qu'on trouve un thème. Voilà, je suis plutôt dans la réponse à un besoin qui émane comme ça.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non pas particulièrement.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Oui bien sûr. Alors j'ai 14 ans de diplôme et en pneumologie depuis 3 ans 1/2. J'ai 49 ans.

CG : Bien , merci beaucoup pour votre temps.

Entretien n°2

Date : Le 26/03/2020

Durée : 58 minutes

CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun

Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : oui, oui

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Alors je suis infirmière, je travaille en pneumologie. C'est une unité divisée en 2 parties : hôpital de semaine et pneumologie. L'hôpital de semaine est accès sur la douleur, sur la rhumato et sur des prises en charge onco/pneumo. En fait on n'est pas sectorisé, l'équipe travaille sur les deux secteurs. On fait vraiment plus tout ce qui est onco/pneumo, donc on a vraiment un suivi global du patient, on l'a d'abord dans un premier temps en pneumologie où on fait l'annonce diagnostic du cancer, puis on le suit en hôpital de semaine pendant plusieurs mois et souvent il finisse en pneumo pour leur fin de prise en charge.

CG : c'est à dire fin de prise en charge de guérison ?

Rep : Fin de vie, Souvent. On a énormément de fin de vie dans notre service.

CG : Et au niveau de votre organisation vous êtes combien d'infirmières, vous travaillez comment ?

Rep : Alors on est cinq infirmières par jour, deux le matin, deux l'après-midi et une de journée. L'infirmière de journée a un rôle important parce qu'en pneumologie on a quinze patients pour une infirmière et en hôpital de semaine on en a environ douze patients, sachant que l'hôpital de semaine c'est assez fluctuant on peut avoir une journée avec six entrées et quatre poses de gripper, quatre débuts de chimiothérapie, donc ce n'est pas gérable pour une seule infirmière, donc on a celle-là qui est disponible pour les deux secteurs. Et le matin les filles prennent chacune les transmissions de leur secteur, après on a chacune nos patients mais on s'entraide énormément des deux côtés, vu qu'on est polyvalente sur les deux secteurs on s'entraide beaucoup.

CG : Et votre amplitude horaire ?

Rep : On fait sept heures trente mais là nous sommes passées en douze heures, tout le monde jour et nuit par rapport à l'épidémie du coronavirus. Notre service accueille les patients qui l'ont. Il est dédié à ça depuis environ une semaine.

CG : Si vous souhaitez aborder le sujet par rapport au coronavirus lors de certaines questions ou autres, il n'y a pas de soucis pour moi.

Rep: Pas de soucis pour moi également. Au contraire.

CG : Alors, je voudrais savoir ce que représente pour vous le soin ?

Rep : Pour moi le soin représente énormément de choses, c'est une prise en charge globale du patient, et pour moi le soin a énormément d'importance sur l'accompagnement. Dans les services dans lesquels on est, il y a le soin basique où l'on va faire nos prises de sang, nos pansements, mais là où j'accorde le plus d'importance c'est vraiment l'accompagnement du patient et adapter nos prises en charge selon leurs besoins, selon leur vécu, surtout que c'est des patients que finalement après on connaît sur le long terme, c'est des patients chroniques et on s'adapte à eux. C'est vraiment un soin adapté au patient.

CG : Et si on parlait du soin de qualité, qu'est-ce que ça serait pour vous **le soin de qualité** ? Est-ce que c'est différent de ce que vous venez de me dire ou c'est encore autre chose ?

Pouvez-vous préciser ?

Rep : Ah non, moi justement je pense que chacun à sa version du soin de qualité et c'est pour cela que justement, enfin moi personnellement j'essaie de m'adapter en fonction de chaque patient, comment lui il le perçoit le soin de qualité. Par exemple, tout bête, lors d'une pose d'un gripper sur chambre implantable avant la chimiothérapie d'un patient certains aiment bien que l'on rigole, d'autres aiment bien que l'on donne des informations sur leur pathologie, d'autres préfèrent que l'on ne dise rien. Et je pense que la personne qui n'a pas envie de parler si on commence à rigoler ça ne va pas lui plaire et ce ne sera pas un soin de qualité pour lui et inversement. C'est la perception du soin de qualité qui dépend vraiment du patient.

CG : Et par exemple quels seraient les facteurs qui freineraient le soin de qualité pour vous ?

Rep : Parfois le temps malheureusement, le temps ou même parfois on reste des humains, notre vie personnelle qui des fois nous empêche d'être complètement dans le soin avec le patient... Les nuits blanches qu'il y a dans l'hôpital, si un voisin est moins compliant car il regarde la télévision [silence] c'est vraiment l'à côté du patient plutôt que le patient lui-même. Les à-côtés oui : le coup de téléphone, les personnes qui viennent nous chercher, nous déranger lors d'un soin. C'est difficile d'être toujours disponible à 100 % pour un patient, il y a toujours des facteurs environnementaux qui nous dérangent.

CG : Par rapport à cela, quelles seraient vos attentes justement ?

Rep : L'idéal serait que l'on ne soit vraiment pas dérangé lorsqu'on est avec le patient. C'est à dire une fois que la porte est fermée qu'il n'y ait pas de dérangement.

CG : C'est à dire ? Ce que vous disiez tout à l'heure : ou le voisin ou des gens extérieurs qui viendraient vous voir, des choses comme ça ?

Rep : Oui, plutôt des gens extérieurs, parce que le voisin des fois peut être bénéfique pour celui à qui on fait un soin. Des fois, ils aiment bien participer à deux. Oui des personnes extérieures, lorsqu'on est dans la chambre cela serait bien que personne ne puisse rentrer dans cette chambre et venir interrompre le soin. Que ce soit un brancardier, de la famille, une collègue pour m'apporter le téléphone, peu importe la personne. Que l'on puisse vraiment avoir un moment avec le patient sans être dérangé.

CG : Et ce qui favorise un soin de qualité ?

Rep : Ne pas être dérangé lorsqu'on est avec le patient [rire].

CG : Justement, pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Le patient [temps d'hésitation], cela regroupe tellement de choses que c'est compliqué. Je n'arrive pas trop à l'exprimer [rire gêné].

CG : Prenez votre temps surtout. Peut-être pouvez-vous vous appuyer avec des exemples pour vous aider ?

Rep : On a plusieurs cas selon nos prises en charge. C'est à dire que des fois je vais voir, je ne vais pas dire un ami, parce qu'avec nos cures de chimio c'est des patients que l'on revoit tous les quinze jours. Par exemple, ces patients là quand on va les voir au bout du couloir on va connaître leur nom, ils vont connaître notre nom, moi ça va être bonjour Mr X et lui « bonjour « Me ... » (respect de l'anonymat) comment allez-vous ? » Donc c'est une personne que je connais si vous voulez. Après il y a également les patients qui arrivent des urgences, là on ne les connaît pas, le but pour moi va être d'instaurer un lien de confiance mais la relation pour l'instant ne va pas encore être instaurée donc ça va être vraiment un patient « lambda ». Après je veux dire qu'il y a des patients qu'on voit comme des pères de famille, cela va dépendre aussi un peu de leur histoire de vie aussi et de la relation qu'ils veulent bien avoir avec nous. Après ça va arriver aussi des fois d'avoir des patients qui sont agressifs avec nous et là ça va être le patient qu'on n'a pas envie de voir, ça arrive. Et, ça arrive tous les jours malheureusement.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : Et bien, c'est lui qui a quasiment toute la place, qui va décider de la façon dont il veut que ça se passe. C'est à dire que moi les patients quand ils nous remercient de la prise en charge je leur dis toujours que la prise en charge ce n'est pas moi qui l'ai faite c'est toujours tous les deux. Je ne peux pas être toujours gentille avec tout le monde, ça va dans les deux sens. C'est un peu le feedback. Ce qu'on donne on le renvoie et vice versa, je pense. [silence] Et puis, le soin ne peut pas toujours être le même. Ce n'est jamais fait de la même façon à mon avis. On ne travaille pas de la même façon, on n'a pas tous le même vécu. On n'a pas tous travaillé dans les mêmes services. On n'a pas tous les mêmes liens avec les patients.

CG : Pouvez-vous préciser ?

Rep : Je pense que la base du soin est pareil pour tout le monde. Mais moi le soin je ne le vois pas que sur la désinfection, la mise en place d'un bandage : chacun va le mettre de la même façon mais va créer un environnement différent avec le patient. C'est dans ce sens-là que je voulais le dire. C'est ainsi dans mon équipe. Je pense que dans d'autres services cela ne doit pas être le cas.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Quand j'étais élève infirmière, j'ai vu des prises en charge, c'est à dire une infirmière qui préfère sauter un pansement en se disant : non il est propre on verra plus tard, ce n'est peut-être même pas le cas ou des choses comme ça, mais on arrive dans plutôt quelque chose de négatif.

CG : Et pas dans votre service ?

Rep : [Heuu] non.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : On a souvent des situations où on se pose des questions sur les soins. Sur des soins douloureux, sur des soins sur des patients qui sont plutôt en fin de vie, donc dans ces moments-là on discute en équipe avec le médecin, les internes, les aides-soignantes, tout le monde, et on se met d'accord sur une prise en charge.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Ha oui, je pense qu'en plus ce serait une seule personne qui prendrait la décision il y aurait beaucoup de désaccord et celle qui prendrait la décision ne serait peut-être pas sûre de ce qu'elle fait non plus. C'est rassurant de savoir qu'on est d'accord et que ça a été vu en équipe.

CG : Pouvez-vous me donner des exemples ?

Rep : Nous le souci qui se pose actuellement, c'est sur la prise en charge des patients atteints de coronavirus. C'est vraiment la prise en charge des familles. Parce que là, on a eu le cas d'un patient en fin de vie liée à cette pathologie, qui a une soixantaine d'années, et sa famille ne peut pas être présente autour de lui. Elle est demandeuse mais le protocole dit qu'on ne peut pas les faire entrer à cause du risque de contamination.

CG : et la personne est en fin de vie, c'est à dire que cette personne est susceptible de décéder rapidement ?

Rep : Oui. Après on n'a pas encore toutes les connaissances par rapport à ce virus et on ne sait pas la vitesse à laquelle ça va non plus. Donc en fait, on a été très embêté avec ce patient et au final, on a discuté en équipe et on a décidé quand même de laisser rentrer une personne de la famille en la protégeant, en l'habillant, parce que nous c'était inhumain de ne pas laisser un proche voire son père qui allait sûrement partir d'un moment à l'autre. Donc on a vu ça avec le médecin, avec le cadre, les aides-soignantes, enfin tout le monde a fait partie de cette prise en charge, et la famille a pu venir.

CG : Pensez-vous que c'est une façon d'être dans une réflexion éthique à votre avis ?

Rep : Je pense, j'espère. C'est un questionnement qui s'est créé au niveau de l'équipe et au niveau de l'humanité. Ce n'était pas possible de laisser un patient ne plus jamais revoir sa famille, et la famille ne pas pouvoir dire au revoir à leur père. Voilà pour nous ça été un questionnement mais la réponse a été trouvée.

CG : Et vous avez eu besoin de vous réunir ?

Rep : Oui étant donné que normalement, on n'a pas forcément le droit de le faire à cause du risque de contamination. On nous a demandé de respecter à ne pas être plus d'un certain nombre ensemble mais on a eu besoin de se dire entre nous pour faire ça.

CG : Pensez-vous ne pas avoir suivi les règles liées au risque de contamination ?

Rep : Oui, tout à fait mais je pense que c'était pour la bonne cause. De toute façon, le patient était déjà infecté depuis un bout de temps et il voyait sa famille alors qu'il était déjà infecté. Et là, du jour au lendemain on leur dit ne plus venir ! C'est compliqué.

CG : Finalement, est ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin, le fait de vous réunir ?

Rep : Oui, c'était important pour la qualité des soins et aussi pour nous tous aussi du fait qu'on se soutienne et que l'on soit tous d'accord sur ça. Les personnes qui n'étaient pas forcément d'accord on a pu au moins discuter avec elles et essayer d'expliquer ce que l'on pensait.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : une équipe pour moi, c'est plusieurs agents différents qui ont chacun leur point vu, chacun leur façon de travailler, chacun leurs connaissances et qui peuvent partager leurs connaissances entre eux.

CG : Et un travail en équipe ?

Rep : Le travail en équipe me permet d'avoir une prise en charge totale du patient. Parce que toute seule, on ne peut pas tout faire, on est dépendant les uns des autres. Et le patient pour avoir une prise en charge de qualité a besoin de tout ça autour de lui pour, je veux dire un travail en équipe.

CG : Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe et son bénéfice ?

Rep : Plusieurs réflexions en fait, mon équipe on est ensemble du début à la fin, on s'interpelle les uns les autres parce qu'on n'a pas toujours l'œil sur tout, donc moi je vais dire à mon collègue : « fais attention à ça, et vice versa, je n'ai pas le temps de faire ça tu fais ça », on s'entraide, on s'aide autour du patient, on se complète. Après parfois, c'est aussi négatif parce qu'on

reste humain et il y a des tensions qui se créent, il y a tout cela aussi et aussi chacun avec sa vie perso en plus de son côté donc il y a toujours des tensions.

CG : A votre avis au quotidien et même dans la situation actuelle, quel rôle et quelles démarches le cadre de santé a-t-il pour instaurer cette réflexion du soin ?

Rep : Je pense que le cadre est là pour justement un peu cadrer les choses. Parce qu'on a tous un point de vue différent entre aides-soignants, ASH (agent service hospitalier), infirmières, médecins. Déjà les ASH (agent service hospitalier) et les aides-soignants se sentent toujours moins écoutés donc je pense que le cadre les aide à ce niveau-là et le cadre permet aussi parfois de trancher. C'est lui qui va avoir le dernier mot, bon souvent avec le médecin quand même, si le médecin n'est pas concerné c'est le cadre qui va prendre la décision. Je pense qu'il a besoin de cadrer les choses, parce que nous parfois ça peut vite partir dans les tours et le cadre permet de mettre l'eau au lac et dire : bon on fait comme ça et point !

CG : Par contre par rapport à des situations d'ordre éthique, pensez-vous que le cadre a le rôle de pouvoir vous amener à vous questionner ?

Rep : De toute façon, nous, on se dirige directement vers lui pour lui demander. Il est le chef pour nous dans le service. D'ailleurs pour le coronavirus, le chef de service ne voulait pas que le cadre soit avec nous dans le service, elle préférait qu'il y ait un minimum de personnes dans le service. C'était pour le protéger. Quand la direction est passée dans le service, nous on a demandé qu'il reste avec nous.

CG : et le cadre, qu'en a-t-il dit ?

Rep : il a dit : « moi j'aimerais bien rester, j'ai commencé la prise en charge du service avec les patients ayant cette pathologie », et nous avec mes collègues infirmières, on a dit « non mais nous on a besoin de notre cadre, c'est important, c'est un pilier pour nous, il a aussi un regard extérieur par rapport aux prises en charge et il peut nous guider ». « Parce que nous, on a la tête dans le guidon et on voit pas forcément des fois les choses qui vont pas ! Donc il peut nous rassurer sur certaines choses et à l'inverse dire justement est-ce qu'on pourrait faire comme ça ? » Et il est resté. C'est rassurant pour une équipe que le cadre soit là.

CG : Voulez-vous m'en dire plus ?

Rep : On aurait été un peu perdu je pense, même si on est assez autonome et qu'on sait se gérer, mais pour toutes les questions à côté du soin en fait, on se tourne vers lui. Là, on est tellement la tête dans le guidon qu'on ne peut pas gérer tout ce qui est à côté. Donc, on lui donne beaucoup de choses à faire. Il est un soutien de l'équipe. C'est tout bête, on a plus de compresses, on a plus de surblouses, il nous manque du personnel pour ça, comment ça se passe là j'ai deux patients qui arrivent je ne peux pas gérer les deux en même temps, « est-ce que vous pouvez décaler les ambulances », enfin des choses comme ça.

CG : Pensez-vous que c'est sa place pour impulser des temps pour réfléchir ensemble sur des questions de soins éthiques ?

Rep : Oui oui, mais ça nous, on le fait déjà de façon autonome. Dans le service, on communique beaucoup. On reste même souvent après les quarts autour d'un café, on discute de ce qui s'est passé sur des situations difficiles, on a déjà beaucoup de discussions entre nous. Après c'est plus des fois sur des questionnements personnels et pas professionnels où on va se diriger vers lui.

CG : Par exemple tout à l'heure vous me disiez pour la personne qui a eu besoin, pour sa fin de vie, d'être entourée, est-ce à l'initiative du cadre cette réflexion ?

Rep : Non, c'était auprès de l'équipe, parce que le cadre lui n'était même pas forcément au courant que le patient était en fin de vie. Donc, nous, on en a discuté et après on est allé voir le cadre en disant : « écoutez, nous, on a réfléchi, on ne pense pas ça. Qu'est-ce que vous en pensez ? Il a dit « oui vous avez raison allez-y. » En fait, comme on discute entre nous, on n'a pas besoin qu'il nous dise « on fait une réunion patati patata », on fait déjà les choses automatiquement.

CG : Quand vous avez des questions de fin de vie ou autres, ou de prise en charge de soins vous le faites qu'entre infirmières et aides-soignantes ?

Rep : Et aussi avec le médecin.

CG : Et le cadre ?

Rep : Non, parce que l'on ne créait pas des réunions à proprement dit, ça se fait naturellement dans des discussions en fait. Il n'y a rien d'acté en disant « on fait une réunion pluridisciplinaire », ça se fait naturellement. Mise à part pour l'avenir d'un patient, on interpelle le cadre. En fait, nous on discute directement avec le médecin et puis on va demander l'accord au cadre. Parce que moi, c'est lui qui me gère, qui me fait respecter les règles, donc je trouvais normal de lui demander.

CG : Pourquoi ne le faites-vous pas ensemble, l'équipe, le médecin et le cadre au lieu de voir le cadre après ?

Rep : Parce que ce n'est pas prévu qu'on voit le médecin, c'est parce que l'on va être en train de faire la visite ou regarder une

radio. Et au moment de la radio on va dire : « on n'appellerait pas la famille quand même ? » En fait, on saisit l'occasion. Et puis, au niveau de la gestion du temps, on ne peut pas faire réunion sur réunion. Il n'y aura jamais personne qui sera disponible tous en même temps pour discuter.

CG : Existe-t-il des moments où vous êtes tous ensemble ?

Rep : Non, même aux transmissions par exemple, le médecin n'est pas présent et le cadre pas souvent, il ne fait pas partie des transmissions. En fait, on voit le médecin car il est avec nous. C'est à ces moments-là. Le cadre, c'est très rare qu'il ne soit pas occupé déjà, qu'il ne soit pas en réunion, qu'il ne soit pas au téléphone, enfin...

CG : Serait-il bénéfique que vous puissiez vous réunir afin de réfléchir ensemble ?

Rep : Ça serait plus pratique surtout. Parce qu'au final, on récupère une information là, une information là et puis on essaie de tout réunir. Mais bon, pour nous pas spécialement parce qu'on a l'habitude de fonctionner ainsi.

CG : Est si le cadre vous proposait des temps pour réfléchir ensemble autour du soin, qu'en pensez-vous ?

Rep : Oui moi je suis toujours ouverte à ça de toute façon. Mais on n'est jamais en équipe, tous ensemble, on ne fait jamais de réunion en fait.

CG : Et vous m'avez dit tout au début que vous aviez des personnes en fin de vie. Dans ces moments-là comment faites-vous si vous avez des questions ?

Rep : On n'a jamais eu de souci à vrai dire. On va peut-être discuter avec plusieurs médecins à vrai dire. J'ai un exemple tout simple. Avant, on faisait des staffs avec tous les médecins du service, les infirmières, l'infirmière administrative, l'assistante sociale et le cadre. On présentait les patients et on voyait les problèmes on peut dire [silence] éthiques. Enfin, on se posait des questions. Et ça a été arrêté.

CG : Pourquoi ça a été arrêté à votre avis ?

Rep : Parce que finalement on fonctionne bien même sans ! Il n'y a pas trop de soucis dans le service, c'est assez fluide et puis ça fonctionne bien. Par contre en temps qu'étudiante, je suis allée en stage en oncologie, et on avait une patiente en fin de vie imminente, elle avait un cancer avec une carcinose péritonéale et elle a fait une perforation de l'intestin, du coup elle était en choc septique etc., et un soignant a réclamé l'euthanasie, ce qui n'est pas faisable dans notre métier, sauf qu'au vue de ce qui lui arrivait, les médecins avait bien staffé en disant que dans maximum 72 heures elle ne serait plus avec nous, sachant qu'elle était refusée d'un point de vue chirurgical. Donc c'est vrai que la question se pose. Le but est de soulager la patiente, on sait que la fin est imminente, donc c'est bien d'adapter sauf que c'est une situation qui est quand même très difficile. Et donc là, à ce moment-là, on a appelé l'équipe des soins palliatifs, la cadre, toute l'équipe, là on a fait une vraie réunion pluridisciplinaire. Là, c'était nécessaire parce que vraiment au bout de nos mains on avait quelqu'un qui s'endormait. Et je pense que chaque acteur avait besoin que tout le monde soit d'accord, qu'il y ait vraiment un consensus pour ne pas se sentir mal et être d'accord que c'était pour le bien-être de la patiente. Il y a eu donc une grosse discussion avant, on était très soutenu pendant et après.

CG : Ce cas-là était en oncologie, et dans votre service face aux patients en fin de vie, vous n'avez pas connu ce genre de situation et alors réfléchir ensemble ?

Rep : Non on n'a pas besoin de réfléchir ensemble pour les patients en fin de vie, parce que comme je vous expliquais au début c'est des patients à qui on a annoncé le diagnostic de cancer, qu'on a suivi pendant des mois et des mois voire des années pour leur traitement de chimio tous les 15 jours donc on les connaît très très bien, les médecins les connaissent également, ce n'est pas des patients qui arrivent et qui décèdent au bout de 15 jours. Ça c'est vraiment extrêmement rare, et donc ça a été de réfléchir au fur et à mesure de comment la prise en charge va être faite, le patient on sait ce qu'il veut, on sait tout ça.

CG : Et comment « ça été réfléchi au fur et à mesure » ?

Rep : D'abord, par rapport au lien qu'on a avec le patient. Ils expriment beaucoup de choses, puis les choses sont claires.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Il sait qu'il est en fin de vie. Le médecin lui a dit ou c'est lui qui nous le dit.

CG : Il y a des moments où cela vous questionne le fait « d'être au clair » ?

Rep : Non, parce qu'on s'y prépare au fur et à mesure, c'est pas brutal. J'ai plusieurs exemples, autant j'ai des patients je sais qu'ils ont besoin que ça aille vite et directement ils vont en parler en disant : « bon il me reste six mois je vais y passer », d'autres n'en parlent pas du tout mais on les connaît depuis plusieurs mois, et j'ai une dame en tête, cela faisait deux ans qu'on la connaissait et qu'on la suivait, elle n'en parlait jamais et sur la fin de sa vie, elle s'ouvrait doucement à nous en disant : « écoute Me ... (respect de l'anonymat) je voudrais ça, je voudrais ça ». Et donc, on en parle au fur et à mesure entre nous et on le dit aux médecins.

CG : *Entre nous, c'est-à-dire ?*

Rep : : On en parle aux transmissions ou au moment du café après un quart avec le médecin, on parle de ça. Le médecin est toujours au café avec nous, dans le service. Il est beaucoup à notre écoute aussi. Comme il sait qu'on connaît beaucoup les patients, qu'on a passé beaucoup de temps avec eux, ils nous font entièrement confiance. Bon, on n'est pas forcément assis 1/2 heure autour d'une table. Ça peut être très bien pendant la visite, devant une autre chambre on se dit : « ha tiens faudrait qu'on parle de ça », ça prend 5 minutes entre deux portes discrètement bien évidemment

CG : *Et pour le patient ayant le coronavirus, vous vous êtes réunis il me semble ?*

Rep : Oui parce que c'est nouveau et c'est des patients que l'on ne connaît pas beaucoup. Autrement, comme je vous disais, c'est aux transmissions ou après nos transmissions entre nous au café qu'on discute de tout.

CG : *et le cadre quand il est là aux transmissions ou au café, voyez-vous une différence par rapport à vos échanges, vos questions ?*

Rep : bah , ce n'est pas le cas donc je ne peux pas savoir. Après je pense qu'en effet si un jour on a une situation très difficile où on est pris au dépourvu et qu'on a un manque de soutien des médecins, je pense que là on aura beaucoup besoin de notre cadre. Si vraiment un jour l'équipe médicale et paramédicale ne sont pas d'accord, là on aura besoin de quelqu'un de neutre.

CG : *C'est le rôle du cadre ?*

Rep : Oui et aussi dans la gestion d'équipe et puis les à-côtés, dans des situations bien particulières comme celle actuellement. En fait, nous le cadre, on le voit surtout comme un confident, on lui parle des situations qui nous mettent en difficulté mais de façon personnelle comme je vous ai dit tout à l'heure. On va le voir : « ce n'est pas facile aujourd'hui avec la dame de la chambre cinq, elle n'est pas très bien, ça devient dur pour nous ». C'est des petites choses par-ci par-là. Chacun va exprimer ses difficultés auprès de lui.

CG : *Et pouvez-vous réfléchir alors ensemble de cette difficulté en équipe par exemple, de réfléchir ensemble ?*

Rep : Je ne pense pas que ça serait bénéfique parce que les aides-soignantes par exemple ne parleraient pas, parce qu'elles disent qu'elles ne sont pas écoutées. Quand on discute entre nous ça se passe très bien, avec les médecins ça se passe très bien, mais si par exemple il y a la présence du cadre, je pense que ça serait différent, elles parleraient moins, elles se sentent moins écoutées. Quand on parle de façon, normale autour d'un café voilà, personne n'a un rôle, personne n'est infirmière, personne n'est docteur, aide-soignante. Là on a fini notre quart, on est tous humains, là il y a une vraie discussion qui se fait. Que quand on est en blouse autour du bureau, là cette différence se voit. En fait, ce n'est pas la question que le cadre soit là ou pas, c'est que c'est trop protocolisé, ce n'est pas naturel. Et puis, on a tous nos caractères et même moi par exemple personnellement je pense que lors d'une réunion avec un cadre, des médecins, je ne vais pas forcément parler. Il y a toujours des leaders qui vont avoir, excusez-moi du terme, avoir une grande gueule et qui vont imposer leur avis. Mais entre nous, par contre ce point de vue-là n'existe pas quand on est en discussion vraiment entre nous, il y a quelque chose de non professionnel si je puis dire. A ce moment-là, il n'y a pas forcément de rôle ! Un exemple tout bête qu'on a eu là, c'est pour les explications avec l'infectiologue sur le coronavirus, on était une vingtaine dans la pièce et il y a eu que trois infirmières qui ont parlé ! voilà ! sur l'équipe alors qu'on était une vingtaine. Par contre, ça fonctionne vraiment très très bien quand c'est entre nous. Mais je pense que c'est aussi un problème de reconnaissance

CG : *C'est-à-dire ?*

Rep : Surtout au point de vue aide-soignante/infirmière, c'est vrai que quand on parle aux médecins, des fois le médecin va plus nous écouter nous que l'aide-soignante, c'est dans ces moments-là qu'elles vont dire que « cela sert à quoi que je parle ». Vous voyez, par exemple, vous vous avez demandé à parler à une infirmière et à une aide-soignante, et bien dans la plupart des démarches comme celle-là en général, il n'y a que l'infirmière qui est questionnée. Donc en même temps, je peux comprendre aussi qu'elles ne se sentent pas toujours forcément entendues.

CG : *Et avec le cadre ?*

Rep : Non, je ne pense pas.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : [hésitation]Oui pour le soin, en fait nos patients ont des pathologies chroniques donc on les connaît beaucoup alors on est dans de l'automatisme. On ne se pose plus vraiment de questions mais...[silence] il faudrait quand même se poser des questions, prendre le temps d'en discuter et ; ce serait le rôle du cadre de le faire là, je pense. Voilà. Oui, je pense que ce serait ça.

CG : D'accord.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Alors 5 ans de diplôme et là ça va faire 1 an $\frac{1}{2}$ que je suis là. Voilà. Ah oui, j'ai 28 ans.

CG : Merci à vous.

Entretien n°3

Date : Le 30/03/2020
Durée : 55 minutes
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : oui, oui.

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Alors moi, cela va faire quatre ans à peu près que je suis en pneumologie. En tant qu'aide-soignante, on s'occupe des températures, des constantes, on aide les gens aussi au moment des toilettes, comment dire...excusez-moi.

CG : Prenez du temps.

Rep : C'est la première fois que je fais ça alors [rire]. Donc voilà, on aide les gens à faire leur toilette, on les aide à se changer, enfin on est là vraiment pour les gestes de la vie quotidienne en fin de compte, pour eux. Donc là, notre service est passé, accueille les patients avec le coronavirus, c'est encore un peu différent parce que moi je suis passée de nuit pour aider mes collègues. Alors, je me rends compte que c'est une autre organisation, un autre travail, on a pas du tout le même rapprochement avec les gens. Enfin même sans le coronavirus, je pense que de nuit, les gens se rendent compte de la différence, enfin moi en tant qu'aide-soignante je me rends compte de la différence.

CG : A quel niveau ?

Rep : Au niveau du relationnel avec les gens. Parce que, en fait la journée ce qui se passe c'est que, enfin après c'est mon point de vue, la journée vu qu'on a quand même pas mal de travail c'est vrai, on va dire qu'on enchaîne assez facilement, enfin voilà on va pas se mentir, on rentre dans une chambre on discute un petit peu, on fait la toilette et on ressort et on enchaîne, voilà on va dire : « au suivant ». La nuit même s'il y a du travail, il n'y a pas de toilettes, on a quand même beaucoup plus le temps, enfin moi je trouve, j'ai plus le temps de pouvoir discuter avec les gens, de voir ce qui ne va pas, enfin il y a quand même une autre prise en charge. Une très grosse prise en charge mais différente. Et, je me trouve plus douce, même dans ma façon de parler puisque du coup, en même temps vu que c'est aussi la nuit, enfin parce que je sens bien que les patients sont angoissés peut-être par rapport à la nuit et je vois bien que moi même sans le vouloir mon comportement à moi change. Il change, voilà, je dis je reste cinq minutes de plus avec ce patient même derrière si je sais que j'ai encore du travail, enfin c'est pas du tout le même travail, donc je peux me permettre de perdre cinq minutes ici et voilà il n'y a pas de problème, enfin moi c'est mon ressenti et c'est ça qui me plaît beaucoup dans la nuit déjà en plus.

CG : C'est la première fois que vous faites des nuits ?

Rep : J'ai fait quelques nuits en heures supplémentaires quand on m'a demandée et c'est vrai que cela m'avait bien plu. Et là, le fait d'y être à fond dans le coronavirus, du coup ils sont très stressés parce qu'il ne faut pas se mentir, les gens sont complètement stressés parce qu'ils se demandent ce qui va leur arriver. Nous aussi, on est stressé car on ne sait pas non plus ce qui peut leur arriver, c'est inconnu pour tout le monde et du coup, nous, il faut que nous on leur montre qu'on n'est pas stressé parce que si on leur montre notre stress, déjà quand on arrive on est complètement habillé avec des masques Il y en a certains qui ne nous reconnaissent même pas parce qu'on est tellement masqué qu'on ne peut pas leur dire « regardez c'est moi », enfin, donc il faut qu'ils soient en confiance et que même si nous, on est stressé parce qu'on ne sait pas non plus, il ne faut pas leur montrer. Et c'est vrai que je trouve que la nuit c'est quand même, enfin moi je me rends compte que je suis là pour eux et que ma façon de parler les apaise.

En fait, la première personne qui a été positive dans mon service au coronavirus, je l'ai vu de jour et après je suis passée de nuit. De jour, je trouve en fait c'est triste à dire, mais il faut qu'on se dépêche parce qu'on a trop de boulot et malheureusement on enchaîne.

CONVERSATION INTERROMPUE (micro coupure téléphonique)

CG : Donc vous disiez ?

Rep : Alors pas tous les jours évidemment mais on a quand même un planning dans notre travail on va dire à tenir et il faut avancer surtout quand il y a beaucoup de soins de nursing.

CG : Vous êtes combien d'aides-soignantes le jour ?

Rep : On est deux aides-soignantes le matin, deux aides-soignantes l'après-midi, très rarement on a une journée. Et, on a quinze lits de pneumologie et on a dix lits de semaine si je ne dis pas de bêtises. Après l'avantage, c'est quand même que les patients sont un peu plus autonomes au niveau nursing, enfin c'est plus sur la pneumologie de semaine et généralement, celle qui est côté semaine en tant qu'aide-soignante s'occupe des entrées, et aussitôt elle vient aider la collègue côté pneumologie traditionnelle. En fait, on reste toujours ensemble, il y a que pour les transmissions et le lundi matin pour toutes les entrées de semaine qu'on sectorise sinon on travaille toujours ensemble les deux aides-soignantes.

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : Alors le soin ? Pour moi c'est tout, tout peu importe qu'on soit aide-soignante, infirmière, ASH (agent service hospitalier), tout est un soin parce que nous aussi on s'occupe de la toilette qui est un soin, et en même temps le ménage dans une chambre c'est le soin aussi parce que si la chambre n'est pas propre, on ne peut pas avoir d'autres prises en charge correctes.

CG : Que représente pour vous un soin de qualité ? Pouvez-vous précisez ?

Rep : Le soin de qualité ! Je pense qu'on essaie tous déjà de faire des soins de qualité en étant toutes professionnelles, toutes assidues dans ce que l'on fait ou si on est fatigué ou si on a des problèmes à la maison, peu importe, à partir du moment où on est là avec le sourire et aussi que les patients nous le rendent aussi, ça prouve que c'est un soin de qualité peu importe ce qu'on fait.

CG : Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité et les freins ?

Rep : Et bien déjà les problèmes de matériel, beaucoup les problèmes de matériel. La communication aussi entre collègues, si la communication ne se fait pas forcément bien ça peut bloquer quand même au niveau du soin. Mais souvent c'est le matériel, si on manque de matériel on ne peut pas bien faire les choses. Après, on a tous une façon de faire le soin je pense, voilà quand on est chacun de notre côté, on ne voit pas forcément l'autre faire son soin, mais on a tous notre façon de faire mais ça reste toujours plus ou moins dans le même ordre et après aussi on fait beaucoup en fonction du patient. Si le patient il est douloureux on ne va pas faire la même toilette à ce patient là qu'au patient qui est à côté, enfin on va dire c'est vraiment au cas par cas.

CG : Le fait d'aller vite comme vous me disiez au début, pouvez-vous m'en dire plus pour la prise en charge du soin ?

Rep : C'est plutôt de ne pas pouvoir prendre de temps. On est obligé d'enchaîner mais j'essaie pour ma part je reste quand même professionnel même s'il y a du travail qu'il faut prendre son temps, tant pis, on prend son temps. C'est déjà arrivé qu'on reste alors qu'on avait beaucoup de travail, trois quarts d'heure dans une chambre. Ce n'est pas grave on a une équipe, l'équipe voit bien qu'on est coincée dans une chambre par rapport à ces soucis là et bien derrière il y en a d'autres qui viennent nous aider, enfin qui vont faire autre chose pour pas que nous derrière on soit trop en retard. Parce qu'on ne travaille pas avec des objets, on travaille avec des êtres humains ! Des fois, il y a des après-midi ou quand on a beaucoup de sorties, beaucoup de transferts, c'est l'autre collègue ou les infirmières qui vont donner nos thermomètres ou les ramasser parce que nous, on va être dans les sorties, et en fin de compte, arrivé une certaine heure, quand on arrive à se poser enfin, on se regarde et on se dit « on n'a même pas vu les patients » c'est dur parce qu'on se dit « on est là quand même sept heures trente et on n'a même pas vu les patients », ou alors oui juste au moment du repas et encore c'est déjà arrivé que je ne puisse même pas rentrer dans une chambre et c'est là qu'on se dit « ça ne va pas, ce n'est pas normal ». Donc les patients ont été vu par d'autres personnes mais pour moi ça ne me satisfait pas.

CG : Alors vos attentes ?

Rep : Avoir plus de temps, le matériel aussi.

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Pour moi un patient, c'est les personnes qui sont hospitalisées dans mon service, c'est mes petits patients qui sont hospitalisés dans mon service et qui ont besoin de moi.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : C'est lui qui est là quand même en première position. C'est à lui qu'on prodigue les soins qu'on a à faire ! Donc du coup, c'est lui quand même le premier, c'est lui en 1ère ligne en fin de compte, si nous on est fatigué, c'est lui qui va se rendre compte de tout ça. Par exemple, si je rentre dans une chambre, je ne vais pas regarder autour, c'est lui que je regarde en premier, parce que c'est de lui que je vais m'occuper donc c'est lui que je vais voir, c'est lui à qui je vais demander s'il veut bien que je m'occupe de lui, s'il veut bien que je l'aide pour telle ou telle chose, lui expliquer. Il faut aussi lui dire les choses.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Le problème, c'est que je trouve qu'on ne dit pas toujours tout aux gens, surtout admettons sur des diagnostics, quand on découvre certaines pathologies à des gens mais je sais que j'ai déjà vu, comment dire..., enfin voilà, on diagnostique un cancer

à un patient et on ne lui dit pas, et il va sortir, on lui dira qu'à la consultation. Non ! Je ne suis pas d'accord. Pour moi, il faut leur dire c'est important que les gens sachent. Après, il y a des gens qui ne veulent pas savoir, donc ça, c'est encore différent mais pour moi, pour que les gens guérissent mieux ou qu'ils arrivent à mieux vivre la chose, il ne faut pas mentir, enfin mentir, enfin mentir façon de parler, il faut tout dire.

CG : Le fait que certains patients ne veulent pas savoir, est-ce que ça vous questionne ?

Rep : Après si c'est leur choix, non. Il y a des gens qui préfèrent vivre sans savoir les choses, parce que peut-être justement le fait de savoir, fait qu'ils ont peur que ça leur mette un coup et que ça ne les aide pas à avancer. Il y a des gens qui sont comme ça, qui ont besoin de ne pas savoir pour dire « voilà on vit ce qui reste à vivre et puis on verra ». Et il y a d'autres gens qui ont besoin de savoir ce qu'ils ont pour pouvoir se battre. Et puis certains veulent qu'on ne fasse rien aussi.

CG : C'est-à-dire qu'ils refusent des soins ?

Rep : Oui, on a des gens qui ne veulent pas, on a déjà eu le cas. Des fois, on se pose la question « pourquoi il ne veut pas » mais après c'est pareil, c'est ce qu'on se dit, on n'est pas non plus dans leur vie, on ne sait pas ce qu'ils ont vécu toute leur vie. Si c'est leur choix même si c'est triste, on n'est pas dans leur vie, on ne sait pas, on ne peut pas juger. On ne peut pas juger leur refus de soins.

**CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?
Pouvez-vous donner des exemples ?**

Rep : Oui, quand on a des patients qui sont assez agressifs envers nous. Comme là, il y a peu de temps, notre première patiente atteinte du coronavirus, quand on rentre dans sa chambre elle nous dit à peine un bonjour. A un moment donné, je lui demande de mettre son masque parce que je lui dis : « moi vous savez j'ai des enfants à la maison », et elle continue à tousser, elle n'écoute même pas ce que je lui dis. Je lui dis « Madame s'il vous plaît », et elle continue, elle continue et je lui ai dit : « écoutez Madame si vous ne m'écoutez pas, je sors de la chambre, je veux me protéger aussi comprenez-moi ». La famille a appelé après parce que la patiente en fin de compte dit que la prise en charge ne va pas, que ça ne lui convient pas, qu'on n'est pas gentils avec elle, qu'on lui parle mal. Et elle, quand elle nous parle c'est agressif, donc on s'est tous posé la question en se disant « voilà ça vient de nous, ça vient d'elle aussi ? » Et donc on a tous discuté ensemble pour comprendre.

CG : Et comment et quand vous en avez parlé ? sous quelles formes ?

Rep : C'était au moment des transmissions que l'équipe de jour en ont discuté parce que le médecin était là, et pas moi personnellement. Mais l'équipe est allée voir la dame en lui disant, « nous on se remet en question par rapport à tout ça mais vous aussi remettez-vous en question. Par ce que nous aussi on voit bien que la prise en charge n'est pas forcément bonne, pour nous ça ne nous aide pas et vous non plus, mais on voudrait savoir ce qui se passe pour pouvoir améliorer les choses », et l'équipe a pu discuter avec le médecin et la patiente et puis, je suis revenue sur une nuit et c'était quand même un peu mieux.

CG : Le fait de discuter tous ensemble, pensez-vous que la prise en charge du soin était de meilleure qualité ?

Rep : je pense que oui. On a essayé aussi de bâtir un pas avant vers cette dame-là ! Donc je pense que oui. On va dire que quand tout va bien, on ne se pose pas de question. Il y a que quand vraiment ça ne va pas qu'on se pose des questions mais j'ai envie de dire, enfin moi pour ma part, je trouve que c'est rare qu'on ait besoin de se poser la question si la prise en charge est bonne ou pas parce qu'on n'a pas ce genre de problèmes.

CG : Pouvez-vous me reparler un peu des transmissions, vos échanges ?

Rep : Je trouve que c'est assez compliqué, dans les transmissions en tant qu'aides-soignantes, de donner notre point de vue sur plein de choses.

CG : Vous pouvez m'en dire plus ?

Rep : je ne sais pas, peut-être parce qu'on est juste aide-soignante, qu'on n'est pas des infirmières. Moi je sais que quand on dit des choses on nous écoute mais il ne faut pas que ça dure trop longtemps parce qu'après il faut continuer les transmissions, mais quand même, ça c'est très important ce que je dis. Mais voilà heureusement ce n'est pas tout le temps non plus. Ce n'est pas forcément qu'aux transmissions qu'on peut dire nos questions. Par exemple, quand on a des patients en fin de vie, on voit que la prise en charge va être difficile par rapport à la douleur par exemple, ce sera plus dans le couloir qu'on va aller voir l'infirmière et lui dire : « écoute le patient, il est douloureux au moment de la toilette » ou alors on va sonner et elle va venir dans la chambre et elle va pouvoir le constater ».

CG : Est-ce que ce serait utile de pouvoir se réunir tous ensemble pour discuter du soin ?

Rep : Je pense que cela peut être pas mal de pouvoir en discuter, mais après je pense qu'il faut que tout le monde soit assez ouvert sur ça. Parce que dans l'équipe on s'entend tous très bien il n'y a pas de souci mais à des moments, on se rend bien

compte quand même que voilà je suis aide-soignante, pourtant c'est quand même moi qui suis souvent le plus longtemps dans une chambre donc on devrait nous écouter des fois un peu plus.

CG : Pensez-vous finalement que ces moments de transmissions sont un temps de questionnements, de réflexions ?

Rep : Oui parce que du coup, ça permet de pouvoir tous discuter.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : Pour moi une équipe, c'est des personnes qui s'entendent bien déjà, c'est quand même assez important, je pense que c'est la base, l'entraide qui est très importante et puis l'esprit d'équipe. Ce n'est pas parce que moi, j'ai fini, je vais m'asseoir voilà ! Non, pour moi une équipe, c'est tout le monde, on est main dans la main.

CG : Et un travail en équipe ?

Rep : Un travail d'équipe, c'est permettre une bonne qualité de soin et c'est déjà pas mal. C'est le principal je crois.

CG : Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe ? Pouvez-vous précisez ?

Rep : C'est de se souder, de souder l'équipe, d'être tous cohérents au niveau des patients.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui, parce que au moins si on est toutes d'accord, c'est quand même plus facile derrière pour pouvoir s'occuper des gens. On est toute une équipe donc c'est important que tout le monde soit là.

CG : Au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins ?

Rep : Je pense que le cadre a déjà pas mal de travail donc nous on essaie de gérer toutes les choses par nous-même et quand vraiment on ne peut pas, on fait appel à lui. Mais je pense qu'il a assez de travail pour devoir en plus gérer encore d'autres choses comme ça.

CG : Je me permets de revenir un peu plus sur ma question. Pensez-vous que le rôle du cadre peut être de vous amener à réfléchir sur des situations éthiques de soins qui peuvent vous questionner ?

Rep : Oui, ça peut être son rôle aussi.

CG : A-t-il déjà fait ce genre de réunion ?

Rep : Oui il nous a déjà demandé si on voulait, alors après je me rappelle plus exactement si on avait dit oui ou non, mais oui il nous a déjà demandé, il nous a déjà dit : « si jamais vous voulez, on peut peut-être se mettre un temps pour parler ensemble, pour réfléchir sur des questions de soins qui vous préoccupent ». Nous pour ça, on a un chef qui est bien à l'écoute et il apporte des solutions quand il y a besoin.

CG : N'avez-vous pas eu à un moment ces temps de réflexion éthique sur le soin proposés par votre cadre ?

Rep : Ce n'est pas quelque chose d'habituel, en tout cas de formalisé. Par contre, comme je vois quand j'étais venue dans le service de médecine palliative pour un remplacement, aux transmissions le matin à neuf heures, l'équipe m'avait dit : « à telle heure, on va tous aller se mettre dans le bureau pour les transmissions avec le médecin. » « Ah bon ! » Alors moi, sur le coup, j'ai cru que c'était les transmissions écrites, donc j'ai tout écrit sur l'ordinateur en me disant : « chouette c'est bon j'ai fini » et au moment où je ressorts de la salle de soins, tout le monde arrive dans la pièce et me dit : « il faut que tu restes là car c'est les transmissions » je me suis rendue compte qu'en fait, il y avait les transmissions du matin normales avec l'équipe de nuit et l'équipe du matin, et après, il y avait une autre forme de transmissions avec médecins, aides-soignantes, infirmières, ASH (agent service hospitalier) et le cadre. On était toutes là et j'ai trouvé ça vraiment bien parce que même les ASH, elles débarrassent les petits déjeuners ok, elles font peut-être que le ménage ok, mais en attendant, elles discutent aussi avec les gens donc elles aussi elles ont des choses à dire. Et ça, j'ai trouvé vraiment bien parce que du coup, tout le monde a pu discuter, et les médecins des soins palliatifs je les trouve superbes parce qu'ils écoutent tout le monde. Là on a eu un des médecins des soins palliatifs qui est venu pour aider nos médecins pour les patients avec le coronavirus, on a bien discuté avec elle et c'est vrai que c'est quand même bien agréable de discuter avec des médecins qui nous écoutent comme ça, on se sent vraiment quelqu'un et ça permet déjà de se sentir bien à l'aise et puis de pouvoir discuter de tout avec les médecins sans se dire c'est un médecin et je ne suis qu'une aide-soignante.

CG : Et c'est important d'avoir ces temps là pour pouvoir réfléchir ensemble ?

Rep : C'est vrai que dans ce service palliatif, je trouve ça vraiment bien, après je ne sais pas si nous on arriverait à faire quelque chose comme ça, mais en tout cas c'est vrai que cela a été pas mal puisque tout le monde écoutait.

CG : Et pour la qualité du soin, c'est important ?

Rep : Ça peut-être un plus oui !

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : non je pense que c'est bien, non ? J'espère que ça a été. **[petit rire]**

CG : Oui, oui.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Alors je crois, oui, depuis 11 ans, dans l'unité depuis 4 ans et j'ai 29 ans.

CG : je vous remercie beaucoup.

Entretien n°4

Date : Le 26/03/2020
Durée : 1 heure 15 mm
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui.

Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : oui.

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Donc je suis cadre de santé en réanimation depuis cinq ans, j'ai en charge une unité de réanimation de douze lits de réanimation et six lits de soins continus, ou de surveillance continue selon les diverses appellations. J'ai en charge à peu près soixante-dix personnes : infirmières, aides-soignantes, ASH (agent service hospitalier) en sachant que ces soixante-dix personnes sont réparties aussi avec ma collègue puisque je travaille en binôme avec une collègue depuis trois ans. Ma collègue fait fonction de cadre de santé et doit partir à l'école des cadres en septembre deux mille vingt. Cette unité a été, depuis quasiment le début, gérée par deux cadres de santé, puisqu'au départ c'est une unité de dix-huit lits mais qui avait potentiellement neuf lits en attente pour une unité de vingt-sept lits, il y avait deux cadres de santé. Cependant je ne sais pas du tout l'avenir au départ de ma collègue, il est très probable que je reste toute seule sur l'unité, sur les deux unités, s'il y a uniquement deux unités puisqu'aujourd'hui la troisième unité est ouverte en lien avec la crise sanitaire. Donc c'est plein d'interrogations en tout cas pour l'avenir sur le nombre de lits qu'il y aura dans le service. Au sein de l'unité il y a beaucoup de personnes transversales puisqu'il y a certes des infirmières, des aides-soignantes, des ASH (agent service hospitalier) mais aussi passage des kinésithérapeutes, passage des psychologues depuis peu de temps, d'un ergothérapeute aussi, d'une socio-esthéticienne aussi, d'une diététicienne et d'une assistante sociale. Et cette unité est aussi gérée par cinq médecins réanimateurs plus des internes.

CG : Au niveau de votre organisation ?

Rep : Alors au niveau du travail des cadres, on est deux donc malgré tout on a décidé de travailler ensemble, en général on a des plages horaires de huit heures-dix-huit heures, ensuite nous sommes soumis à l'institution donc nous faisons des nocturnes qui se terminent à vingt heures et des astreintes et des gardes sur les week-ends et jours fériés, de deux à trois par an selon les aléas des personnes qui partent à l'école des cadres et de ceux qui sont malades.

CG : Avez-vous des missions transversales ?

Rep : On a essayé de se répartir un peu ces missions transversales là, ma collègue par exemple est sur l'hémovigilance et le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales), moi je suis plutôt sur..., alors avec les infirmières parce que je ne suis pas dedans, mais je chapeaute un petit peu les infirmières qui sont au niveau du CLUD (comité de lutte contre la douleur) et je suis sur l'identivigilance, plus tout ce qui va être pharmacie et toxiques. Après nous sommes appelées régulièrement à participer aux CREX (comité de retour d'expérience) si on est dans une boucle des divers CREX institutionnels, mais nous n'y sommes pas en tant que membre. Nous participons aux RMM qui sont des revues de mortalités et de morbidités au sein de la réanimation qui est donc l'équivalent des CREX en fait mais qui est au sein de la réanimation.

CG : Est-ce que cela vous prend beaucoup de temps sur votre temps de travail ?

Rep : Non, les RMM c'est une fois tous les deux mois, et tout ce qui est institutionnel cela ne nous prend pas un temps supérieur, non.

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin, le soin de qualité ?

Rep : [Sourire dans la voix] C'est une question très difficile, parce qu'en fait c'est quelque chose de... alors c'est un petit peu quelque chose qu'on nous demande ... Je ne sais pas si je vais réussir à exprimer vraiment ce que je ressens, mais en tout cas je vais essayer. C'est un petit peu quelque chose qu'on nous demande d'oublier. En tout cas moi j'ai cette impression-là. C'est-à-dire qu'en fait, on est infirmière, en tout cas moi je suis infirmière « dites de base », je n'ai pas de formation supplémentaire d'infirmière anesthésiste, etc, donc moi, je suis une infirmière classique. Le soin, quand j'étais infirmière, c'était quelque chose qui était extrêmement important. C'est pour cela que j'ai voulu faire ce métier-là, être auprès des patients et prendre soin des patients, ça avait un sens pour moi. Lorsque je suis partie à l'école des cadres, alors entre deux j'étais partie enseigner à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers donc déjà je me suis un petit peu éloigné du soin. Mais je portais en tout cas la bonne parole du soin et de ce que c'était le soin, de ce qu'il fallait apporter aux personnes lorsqu'on faisait un soin, quand j'étais dans cette école. Et quand je suis partie à l'école des cadres pendant un an, on m'a bien expliqué que je n'allais plus faire de soins et que ce n'était plus mon rôle d'être dans les soins, que je n'avais plus à « toucher » un patient et à m'occuper des personnes et à prodiguer des soins. Et cela a été très compliqué pour moi, parce que même si on est cadre de santé le soin reste quelque chose de primordial. Alors certes, on est sûrement moins auprès des patients pour leur prodiguer des soins, mais c'est pour moi le

cœur de notre métier, et c'est toujours le cœur de notre métier de cadre. Après on a sûrement un rôle différent parce qu'on va tout faire pour que les soignants puissent prodiguer des soins de qualité. Cela veut qu'en effet il faut qu'on soit clair sur le matériel que l'on peut leur apporter, l'organisation que l'on peut trouver, pour que les soins se passent le mieux possible. Cependant, en tout cas pour moi, c'est quelque chose qui reste très important, et certes je sais très bien qu'en effet ce n'est pas très bien accepté ou reconnu que les cadres fassent des soins auprès des patients, mais cela n'empêche que quand il y a un gros souci je me refuse à dire « je suis cadre de santé je ne fais pas avec vous ». Mais c'est quelque chose que j'ai subi à l'école des cadres.

CG : Pouvez-vous m'en dire plus ?

Rep : Oui. C'est à dire que j'ai eu le sentiment que pendant un an on m'a dit : « il va falloir faire le deuil du soin, que vous n'êtes plus infirmière et que vous devez faire le deuil du soin. » Ça a été rabâché pendant un an et ça m'a posé question en tout cas de me dire je ne ferai plus de soins. Alors certes, je savais aussi que cette fonction allait dans ce sens-là aussi, on est bien d'accord, je ne suis plus infirmière, j'ai passé un autre cap. Mais malgré tout, être auprès des équipes et voir ce qu'elles font, regarder comment elles travaillent, les aider aussi à progresser, les aider à réfléchir, les aider à faire qu'elles gardent une qualité de soin, ne peut pas se faire dans un bureau.

CG : Être dans le bureau comme vous dites peut-être un frein pour la qualité du soin faite par les soignants ?

Rep : Oui car être auprès de l'équipe et travailler avec elles me paraît important. Alors même si, on est d'accord, aujourd'hui le matériel fait qu'aujourd'hui que j'aurais du mal à poser une perfusion, mais je me sens encore capable s'il y a besoin de faire une prise de sang et de faire des soins de nursing, de faire un change... Ce n'est pas pour ça que je ferais mal mon métier de cadre de santé. En tout cas je ne vois pas comment on peut être cadre de santé dans un bureau sans être auprès des personnes et en plus on a à avoir une fonction d'évaluateur donc évaluer les personnes de son bureau je ne vois pas ça bien. Ça fait partie des choses qui sont extrêmement importantes pour moi. J'ai beaucoup de mal en effet à être enfermée dans mon bureau. Il est évident que la fonction fait qu'un moment donné, on est enfermé dans un bureau, mais on est au bureau et sur un ordinateur parce qu'il faut qu'autour l'environnement pour les soignants soit optimal. Donc c'est ce que je disais tout à l'heure, il faut qu'il y ait du matériel, il faut que l'organisation se fasse, faut qu'il y ait des gens avec qui travailler...ça ce n'est pas un souci mais ça n'empêche que si on veut avoir une qualité de soin dans son service je ne vois pas comment on peut faire si on reste à son bureau. Donc oui, le matin je vais faire le tour du service, qui est là, comment les gens travaillent, s'ils ont besoin de quelque chose et oui sur une entrée ça m'arrive d'aller voir un petit peu ce qui se passe, d'y participer ou pas, mais d'être présente en tout cas.

CG : Voyez-vous d'autres freins ?

Rep : Je pense que les directions de soins ne sont pas en accord avec ça. Ça leur pose souci d'être ...enfin ça leur pose souci, en tout cas ils ne voient pas la fonction de cadre comme ça. Je pense qu'aujourd'hui que les nouveaux cadres qui arrivent c'est peut-être que c'est encore pire. Je n'en sais rien mais en tout cas, on leur répète bien qu'ils n'ont pas à être dans cette manière de faire. On leur parle aujourd'hui de cadres de santé en tant que managers et non pas de cadre de santé, ce sont des managers, ce ne sont plus des cadres de santé. Cadre de santé pour moi, il y a le terme de cadre qui veut dire « encadrant, encadrer » mais aussi dans cette fonction-là, il y a une partie, enfin j'ai ce sentiment-là, on est auprès et avec des personnes, des patients. Quand on manage, on est un petit peu à l'extérieur de tout ça et on s'occupe principalement d'organisation. On ne voit pas, enfin en tout cas, on a une vision extérieure et il faut que ça marche. Pour moi, quand on est cadre de santé, il faut que ça marche il n'y a pas de soucis, faut encadrer il n'y a pas de souci, mais en même temps il faut cadrer, pas de problème, mais il faut être avec les gens et non à l'extérieur ! Et pour moi, le terme de cadre de santé c'était ça, et aujourd'hui on parle de manager en santé, de tout ce qu'on veut bien ! Et cela me pose soucis pour les jeunes cadres qui vont arriver. Alors après, je suis par contre bien consciente que l'on est le cadre qu'on veut être aussi hein ! Et on fait avec ce qu'on est. Il y a une partie aussi de la personnalité des gens qui fait qu'on voit les choses d'un côté ou d'un autre. On peut avoir envie en effet d'être que manager. On peut garder le terme de cadre de santé tel que moi je viens de vous le décrire. Je ne dis pas que tous ceux qui vont partir à l'école de cadre vont se transformer ce n'est pas ça l'idée, mais j'espère que certain n'y perdront pas leur âme en tout cas ! **[soupir]**

CG : et vos attentes alors ?

Rep : Bien, parce que les choses ne vont pas dans ce sens-là, je ne pense pas que ce soit possible. Les évolutions du métier vont dans le sens d'extraire dans la fonction de cadre de santé toute cette partie d'être près des personnes. Aujourd'hui l'idée, c'est de réduire les cadres de santé, il ne faut peut-être quand même pas nous prendre pour « des lapins de trois semaines ! » On va réduire les cadres de santé, donc automatiquement, il est évident que quand on est sur le terrain, on va voir ce qui se passe, quand on discute avec les gens, et « ça peut être considéré comme une perte de temps en fait » Moi, je ne considère pas cela comme ça. Mais, je pense que certains le considère comme ça. Donc en réduisant le nombre de cadres, on va automatiquement faire qu'on va réduire ce temps-là. Ce temps-là c'est sûr que je ne peux pas le prendre si j'ai des congés à placer sur le logiciel informatisé mais pour moi, si ça ne peut pas peut-être fait aujourd'hui de placer les congés ça sera fait demain. Ce n'est pas grave parce que ce temps-là, je considère que c'est important de l'avoir pris pour être auprès des personnes plutôt que de rentrer les données informatiques de planning. Maintenant non, en fait ce qui est préconisé, c'est que le plus important c'est de mettre les congés sur le logiciel ! En effet en réduisant le nombre de cadre, il n'y a pas de soucis, on ne pourra pas aller discuter de tout ça. On aura l'obligation de mettre les congés, il n'y a pas de soucis, mais faudra qu'on le fasse dans un temps encore plus réduit puisqu'on sera encore moins. Donc, en effet, on réduit ça et je trouve ça extrêmement délétère pour tout le monde, enfin en tant que cadre, parce que je pense vraiment qu'il y a une partie de notre fonction qui est importante et qui est celle d'être

auprès des équipes et de parler du soin. On en parle sans cesse en plus. Ce qu'on met en avant, c'est la qualité du soin, la prise en charge du patient, l'excellence de la prise en charge du patient. Mais oui, mais on peut le faire qu'en discutant avec les équipes, en voyant ce qui se passe, on ne peut pas le faire autrement ! C'est ça qu'on nous ressasse toute la journée, c'est la vigilance et c'est ceci et c'est cela, il faut mettre des procédures et des trucs... ah oui, on peut mettre des procédures mais si on n'est pas dedans comment on peut penser et faire appliquer aux soignants alors qu'en fait on ne sait même pas de quoi on parle. Je trouve ça quand même très dommage ! Et en fait aujourd'hui on est là-dedans, il y aura des managers parce qu'il n'y aura pas la possibilité de faire autrement. Parce que de toute façon, il faudra que ça tourne, il faudra une organisation maximale, il faudra que tout le monde ait le matériel. Oui un cadre aura du boulot d'organisation, après sur ce qui se passe dans son service... on passera, on regardera et on dira : « oui comme ça c'est pas bien ce que vous faites parce que c'est écrit dans la procédure » Et puis, c'est important en terme de crédibilité aussi, enfin je veux dire on est des anciens soignants, on a encore un peu je pense de réflexion, un peu de... voilà on sait ce que c'est le soin, un soin de qualité, on a été dedans, parce qu'aujourd'hui aussi les cadres de santé qui arrivent sur le terrain ils ont quoi ! Deux, trois ans d'expérience. Comment on peut dire à ses soignants que ce que l'on fait et ce qu'ils pratiquent c'est bien ou ce n'est pas bien, enfin c'est correct ou ce n'est pas correct, c'est adapté ou ce n'est pas adapté, quand on a que trois ans de pratique soignante !? Ça n'a pas de sens ! J'ai beaucoup de mal à comprendre ! Alors cela me choque encore plus quand c'est au niveau des formateurs cadres, parce que là je me dis... Alors ok la formation infirmière c'est du concept, on est d'accord, tout est conceptualisé donc peut-être qu'avec trois ans d'expérience cela suffit. En effet, on a eu le temps de conceptualiser les choses. Et cela me choque beaucoup, mais cela me choque aussi sur les soignants faisant fonction cadre qui arrivent en tant qu'encadrant sur le terrain. Pour moi avec trois ans d'expérience on peut encadrer une équipe ? Enfin ! J'ai beaucoup de mal à comprendre. Cela me heurte beaucoup. En plus trois ans parfois que dans le même service. Non, comment on peut... comment on peut... on peut comprendre ce que c'est vraiment le soin ? Non moi je ne vois pas.

CG : Et comment est fait le soin dans votre service ?

Rep : Il y a la théorie et il y a la pratique. Après dans la pratique, il y a aussi la façon dont on souhaite l'appliquer. Le soin le plus, enfin qui représente le plus cela c'est la toilette. Entre ce que l'on apprend à l'école d'infirmière, ce que j'ai appris moi et ce qu'ils apprennent aujourd'hui, il y a des choses qui sont relativement communes je pense, mais cela n'empêche qu'on a toujours ce bras avec la serviette en-dessous, etc..., ok, alors ça c'est la théorie sur un mannequin qui après ça, on doit l'appliquer sur le terrain. Au fur et à mesure, on peut être compétent et faire une toilette et avoir acquis les soins auprès d'une personne âgée pour une toilette, et pas du tout l'avoir acquis pour un bébé. D'accord c'est pourtant le même soin mais évidemment se sont des personnes différentes. Pas de problème, ça c'est intéressant dans leur formation infirmière. Mais quand nous on arrive sur le terrain, en fait tout ce que l'on nous a appris est bousculé, parce qu'en fait le soignant, il apprend une théorie, qu'il applique ou pas, qu'il arrive ou pas à l'appliquer parce qu'en effet le patient est différent de celui sur lequel il a appris, pas de soucis, mais en fait, on fait aussi avec ce qu'on est ! Que X ait commencé par le bras droit lundi et que Y commence par le bras gauche mardi on s'en fou en fait ! Ce n'est pas le souci tant qu'à la fin le patient a eu sa toilette complète. Ou que pour une raison X ou Y lundi X l'a fait en entier et mardi Y ne l'a pas fait en entier, parce que le patient était peut-être moins bien ou parce qu'il l'a évalué lui un peu différemment, moi cela ne me pose pas de soucis en fait !

CG : La prise en charge des soins est-elle prise ensemble, en équipe ?

Rep : Ça après, c'est différent. Si à un moment donné, il y a autour de ce patient une décision collégiale qui a été prise, alors comme en soins palliatifs, puisque vous êtes cadre en soins palliatifs, sur les limitations de soins, il a été décidé que c'était comme-ci comme-ça. Si le soignant X ne fait pas pareil que le soignant Y, il va falloir essayer de comprendre pourquoi. Cela peut-être un désaccord de la décision et pour le coup, il ne l'applique pas parce qu'il n'était pas d'accord. Alors là, c'est important d'aller le voir et dire : « écoutez il y a quelque chose qui avait été mis en place pour ce patient, pourquoi est-ce que vous vous ne l'avez pas fait ? » Ou alors c'est parce qu'en effet il a décidé qu'il ne le ferait pas parce que voilà ça l'ennuyait, ça c'est encore autre chose, et là c'est au cadre d'aller dire « hey ! il y a des choses à faire donc c'est à vous de le faire correctement. » Voilà, je pense qu'il y a une partie ou tu fais avec ce que tu es de toute façon. Maintenant sur une non application de choses qui ont été décidées ça c'est autre chose, et ça c'est au cadre de faire appliquer les choses, cela ne me pose pas de soucis non plus. Cela peut questionner. Après, ça peut questionner mais je pense que c'est important de savoir pourquoi ils n'appliquent pas les choses. Après, cela peut être aussi un problème de compréhension ! Ils ne comprennent pas pourquoi on le fait, alors ils ne le comprennent pas en termes de procédure pourquoi c'est fait comme ça, ou ils ne comprennent pas parce qu'ils avaient déjà ce patient il y a trois jours, ils n'ont pas été là et que la décision a changé. Donc ça c'est important de savoir, on ne peut pas laisser ça comme ça, enfin moi je considère qu'on ne peut pas laisser ça comme ça.

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Eh bien, il est aux premières loges en fait. Il est le centre de notre travail. Aujourd'hui, je ne sais pas très bien comment il est considéré. Alors il est considéré au niveau administratif/direction comme prioritaire, or je n'ai pas toujours ce sentiment-là. Parce qu'en fait, autour de ce patient, il faut des moyens pour pouvoir s'en occuper correctement. Et partout, dans tous les logigrammes que l'on trouve de droite à gauche, c'est la prise en charge du patient que l'on trouve au centre de notre priorité. Oui, alors on s'entend dire ça nous aussi cadre de santé, et on entend aussi dire par les soignants « ce que vous dites est une aberration parce qu'il manque ceci, il manque cela, nous n'avons pas ci, nous n'avons pas ça. » Le gros souci aujourd'hui, je trouve en tout cas que pour la prise en charge de patient, il manque quelque chose, manque, il y a un manque. Et cela me pose beaucoup de questions. J'ai l'impression qu'il y a un énorme décalage entre ce que l'on voudrait faire et ce que l'on fait auprès de ce patient qui aujourd'hui commence à changer d'intitulé, en tout cas dans le mode hospitalier public, qui devient un client. Là non plus on n'est pas faux. A la limite ça pourrait ne pas me déranger, bon ok, si autour, il n'y avait pas des services qui nous

font vraiment penser qu'il devient vraiment un client. « X » (prestataire extérieur de l'hôpital) par exemple, ou des façons de prendre les choses au niveau prise en charge sociale, financière. En fait cela fait partie des premières choses que l'on remplit aujourd'hui et non pas peut-être la case de diagnostic. Il y a des choses comme ça qui m'interrogent.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : Et bien, on essaie de le mettre au centre. Après notre travail, en tant que cadre c'est de continuer à ce qu'il soit pris comme un patient par les équipes. Ça c'est le principal, et bien comme un individu, une personne. Après que nous, on soit en désaccord avec la direction pour dire que ce n'est pas un client c'est notre problème à nous. Nous, il faut qu'on puisse délivrer le message qu'en effet c'est bien un patient que l'on doit prendre en charge quel que soit sa nationalité, sa situation financière, etc... Il faut qu'il soit pris en charge et que c'est bien un individu à part entière et appliquer ce que nous, on a appris quand on était infirmière, cette fameuse prise en charge globale et ne pas s'occuper du reste. Ça, c'est notre travail de cadre, en tout cas de le dire aux équipes. Après nous de régler nos comptes avec notre institution, c'est un autre problème, et après en tant que cadre on le fait ou on ne le fait pas d'ailleurs ! On peut très bien ne pas le faire et appliquer les choses sans avoir d'état d'âme. Il y a des gens qui le font sans état d'âme. Après, tout dépend de ce qu'on a envie de mettre en avant.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : Oui on en a.

CG : Pouvez-vous donner des exemples aussi comment faites-vous pour les traiter ?

Rep : On a différents... on peut trouver différents temps. Alors en tout cas moi j'ai une équipe qui est extrêmement impliquée dans le CLIN, dans le CLUD, dans des commissions comme ça ou en effet on parle du patient, pour le coup, on met au centre le patient, et on parle de la qualité des soins autour du patient. L'équipe est extrêmement impliquée donc en fait il y a toujours des retours des agents qui sont allés dans ses commissions, elles nous font toujours un retour au niveau de l'encadrement en tout cas de ce qui a été dit et on échange sur les questions de pouvoir appliquer certaines choses. Certaines choses en réanimation, c'est compliqué, mais il y a d'autres choses qu'on peut très bien appliquer assez rapidement. Donc elles nous font des debriefs assez complets de ce qu'elles ont pu entendre et des souhaits qu'elles pourraient avoir. On a aussi des staffs paramédicaux le matin avec l'équipe paramédicale, l'encadrement et puis l'équipe médicale, sur les prises en charge des patients. Donc en effet, s'il y a des questions autour du soin du style « qu'est-ce qu'on remet ou pas une sonde nasogastrique à un patient qui se l'ai déjà arraché quatre voire cinq fois, » on en discute là. C'est aussi tout ce qui va être ensuite les limitations de soins bien évidemment, tout ça on en parle à ce moment-là et c'est à bâtons rompus, c'est à dire que parfois ça peut être chaud parce qu'en fait, elles ne sont pas d'accord et qu'elles le disent, et là pour le coup le cadre est là pour modérer un petit peu ça. Et être modérateur parce que là aussi il faut faire très attention à note position, on peut avoir un avis, notre avis faut l'exprimer il n'y a pas de souci, mais il faut un peu moduler, modérer les ardeurs de certains ou certaines mais en tout cas toutes ces questions-là elles se font à ce moment-là et puis après elles se font aussi dans un couloir de façon totalement informelle en disant « et bien voilà on est questionnant sur tel ou tel type de soin auprès du patient, » et voilà la discussion se fait dans le couloir avec deux ou trois personnes et puis deux ou trois autres viennent. On a des temps un peu formels et des temps informels.

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait des réflexions, des prises de décisions en fait des temps de réflexions éthiques ?

Rep : Oui, alors on s'est beaucoup beaucoup posé la question de savoir, parce que dans plusieurs services de réanimation il existe des staffs éthiques, des purs staffs éthiques c'est à dire tel jour à telle heure, on discute de situations de patients et on évoque avec la psychologue etc. On s'est posé la question de ce temps-là et puis en fait, on a décidé de ne pas le formaliser vraiment. On a ce genre de réflexions éthiques, de toute façon on a des fiches de limitation de soins et ces fiches sont remplies par le médecin en charge du patient et les soignants en charge du patient. Donc cela se fait dans un premier temps au niveau du staff paramédical avec tout le monde, et ensuite avec le médecin et l'infirmière qui sont en charge du patient où là on a des questions très précises auxquelles ils répondent ensemble. On ne l'identifie pas comme ça mais on le vit, oui on le vit malgré tout comme ça. C'est une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient oui !

CG : Et actuellement avec la crise sanitaire, comment ça se passe ?

Rep : Pour l'instant c'est trop tôt donc nous n'avons pas mis des temps de parole mais cela va être nécessaire de se poser à un moment donné pour en discuter. Nous parlons de situations de soin pendant le staff paramédical mais pas plus qu'avant. Les prises en charges sont expliquées par les médecins en termes de pourquoi telle ou telle ventilation mais pas pour des décisions finales. C'est encore trop tôt. Les choses vont évoluer avec le temps, je pense. Nous avons quand même parlé de certaines décisions qu'il faudra prendre à certains moments, ce que les soignants comprennent. Les décisions de ces temps-là sont très médicales car c'est eux qui font le premier tri. Nous avons quand même discuté des visites non autorisées et les soignants ont bien compris et cette décision ne les a pas choquées. Les patients communiquent par téléphone. Une fois la crise sanitaire passée, il faudra débriefer, se poser ensemble car il y aura des questions, c'est sûr et certains, surtout si nous avons eu beaucoup de décès jeunes ou pas.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble pour la qualité du soin ?

Rep : C'est obligatoire ! Il faut qu'on parle d'éthique dans des situations compliquées, il faut que l'on discute, il faut communiquer. Il est hors de question, et ça c'est un principe au niveau médical, au niveau de la réanimation, que les choses se fassent sans que les soignants soient au courant, sans que les soignants aient pu en discuter avec les médecins et sans qu'il y ait eu aussi une démarche auprès de la famille de cette réflexion. Alors que la famille, on n'a pas à lui dire de réfléchir autour de ça et de prendre une décision, bien évidemment, ça ce n'est pas le problème. C'est bien la décision qui est médicale et elle reste médicale et c'est le travail des médecins, on est clair aussi avec ça. Mais pour que les soins puissent être prodigués auprès du patient le mieux possible et avec la meilleure qualité possible, il faut que les soignants soient au clair avec les décisions qui sont prises autour du patient. Je ne vois pas comment des soignants peuvent prendre en charge un patient en n'étant pas d'accord avec une décision. Même si c'est compliqué, même si c'est difficile, et bien cette décision de mise en limitation ne peut pas être mise le lundi parce qu'en effet au niveau de l'équipe soignante ça n'est pas compris ou si c'est vraiment difficile parce que la personne a vingt ans, ou la personne elle a quatre-vingt ans car tout le monde s'est identifié à cette personne comme la grand-mère des soignants, c'est pour cela que l'âge n'est pas toujours un critère. En fait il faut que les équipes soient au clair avec ça, enfin moi je m'y accroche à ça, même si ce n'est pas le lundi et bien on recommence le mardi, on recommence le mercredi, et les médecins pensent la même chose. Enfin je ne vois pas comment on peut travailler en réanimation sans qu'il y ait une cohésion autour de ça, autour de l'équipe.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : C'est tout le monde, en fait les médecins, les paramédicaux, les cadres...

CG : Et un travail en équipe et ses objectifs ?

Rep : C'est qu'on aille tous dans le même sens avec un but commun. C'est-à-dire travailler les uns avec les autres. Il faut échanger, réfléchir ensemble, s'écouter, confronter les différentes approches de chacun. On ne peut pas travailler sans avoir échangé nos connaissances sur le patient afin qu'il y ait un accord sur les prises en charge des patients ou sur les décisions, je ne vois pas autrement. Je pense que c'est pour ça aussi que la collaboration médicale et paramédicale fait partie, enfin pour moi des priorités. Ensuite, au sein de l'équipe paramédicale, mettre de la cohésion au sein de l'équipe paramédicale ça je pense, que c'est vraiment notre boulot à nous. Voilà qu'elles aillent dans le même sens. C'est pour ça que tu es cadre. L'équité me paraît être aussi un élément indispensable et indissociable de ta façon de faire, parce que c'est important. Après le but commun, c'est le patient, c'est ce que je disais tout à l'heure, il faut qu'on ait bien toute la même définition du patient et qu'on ait la même définition au niveau de l'encadrement et des paramédicaux, et que en fait, la décision de ce qu'est le patient pour l'administration, ça c'est un autre souci et ça ils n'ont pas à participer à cette discussion-là. Il y a des choses qu'on n'a pas à leur dire non plus. Voilà parce que ça ne les regarde pas et, qu'en fait ils n'ont pas à être pollué par tout ça pour faire leurs soins. Nous les cadres, il faut qu'on arrive à lisser les choses. Alors une fois que les choses sont nettes, claires et précises et qu'on n'a pas le choix et qu'on a une information descendante et qu'on doit leur donner l'information, qu'on soit d'accord ou pas il est évident qu'il faut leur transmettre l'information. Maintenant au bout d'un moment, si l'encadrement n'est plus en accord avec les décisions et les informations descendantes que donne de l'institution il faut partir, je ne pense pas qu'on puisse travailler non plus dans ces conditions-là.

CG : Avez-vous notion de l'existence dans votre établissement d'une instance éthique ou un lieu où vous pouvez formaliser des questionnements de soins ?

Rep : Oui, on a un comité d'éthique qui existe au sein de l'établissement.

CG : Vous est-il possible de m'expliquer son rôle et si vous l'avez déjà sollicité ?

Rep : On a eu affaire à eux il n'y a pas très longtemps parce qu'avec les procédures Maastricht III (Prélèvement d'organes sur des patients qui ont fait l'objet d'une limitation ou d'un arrêt de traitement. L'arrêt cardiaque du patient est provoqué par l'arrêt des traitements et permet le prélèvement) avec l'équipe de coordination de prélèvements d'organes c'était une obligation que ce comité éthique soit informé puisqu'il est dans l'établissement et pour savoir s'il était en accord avec ça bien évidemment.

CG : Si oui, vous est-il possible de m'expliquer son rôle ?

Rep : Pour moi, le comité d'éthique doit être informé de ce qui se passe dans l'établissement autour de procédures en lien avec une réflexion éthique importante. Après je pense que sur des projets particuliers qu'ils doivent être informés. Ça me paraît important

CG : Pensez-vous que ce soit nécessaire ?

Rep : Ça me paraît évident oui, oui, et puis c'est toujours pareil, quand on est dedans au bout d'un moment on peut manquer de discernement aussi donc c'est important que des gens extérieurs puissent poser aussi les questions qui nous, nous paraissent tellement évidentes et pour lesquelles cela ne nous pose aucun problème. Il faut des gens extérieurs pour aussi faire parfois des électrochocs et dire « ce que vous faites-vous n'avez pas à faire ça. ». » Ce sont des garde-fous sur les questions éthiques qui sont nécessaires pour un établissement.

CG : Au sein de votre unité, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la mise en place de temps pour réfléchir ensemble et pouvez-vous me préciser ce que vous entendez par « rôle » ?

Rep : Oui, c'est notre rôle à nous, parce que c'est un petit peu ce que je disais là, il faut avoir un petit peu des gens extérieurs qui puissent poser la question que personne s'était posée. Alors, je ne dis pas que le cadre a toujours ce rôle-là mais à partir du moment où on connaît l'organisation du service, où on sait ce qui s'y passe, on a donc un rôle un petit peu extérieur et quand les soignants sont dedans, quand les médecins sont dedans, ils n'ont plus parfois de recul.

CG : Pouvez-vous me dire ce qu'implique ce rôle ?

Rep : **[Petits rires]** ... d'être présent au sein de son service, et de bien connaître son équipe aussi, d'avoir les oreilles un peu affûtées, de laisser traîner ses oreilles mais de ne pas intervenir bien sûr, mais de pouvoir rebondir sur certaines choses, à certains mots, on réagit : « inconfortable, c'est n'importe quoi, je fais n'importe quoi aujourd'hui, » voilà de pouvoir rebondir à tout cela et de soit le prendre de front, ça peut arriver, soit de faire autrement, d'entrée en communication d'une autre manière. Mais ça après... quand je dis prendre de front ce n'est pas être frontale mais de rebondir sur le mot qui a été utilisé et d'en faire quelque chose. De toute façon réagir de façon frontale avec une équipe, je ne pense pas que ce soit un management qui soit possible dans un service de soins.

CG : Comment faites-vous ou feriez-vous pour savoir quand il y a nécessité de mettre en place cette réflexion éthique?

Rep : Par exemple au staff paramédical le matin, quand cela fait trois quatre jours qu'ils sont sur la même réflexion ou ils se posent pleins de questions mais en fait c'est la même mais reformulée autrement, et bien en fait, c'est notre rôle à nous de poser les choses, d'extraire des bouts de phrases des quatre jours et puis de formuler en disant « mais on va où avec ce patient en fait aujourd'hui ? Vous dites on en est là et là et qu'est-ce qu'on attend ? Est-ce que vous pensez que ? » Et les aider à avancer. Cela me paraît être notre rôle parce qu'on a cette partie un petit peu de recul et à la fois d'être dedans aussi, mais de ne pas être dans la chambre tous les jours et de ne pas avoir ce sentiment lourd qui est : on change les seringues, on change les vitesses, et en fait ce patient il est toujours inconfortable et on n'arrive pas... et ils n'avancent pas, on n'y arrive pas. Et bien, c'est à nous de dire « stop, ok, vous n'y arrivez plus là, en tout cas dans ce que j'entends aujourd'hui, vous n'y arrivez plus. Est-ce que si on reprend les choses peut-être un petit peu différemment on peut avancer ? » Et cela ça se fait au staff, mais ça peut se faire dans un couloir en trouvant l'infirmière qui a la tête baissée qui sort de la chambre et qui n'a pas l'air contente en tout cas du soin qu'elle a fait, en fait à voir comme cela, et c'est totalement subjectif, c'est pour cela que c'est important de connaître son équipe et se dire : toi tu sors de la chambre tu n'es pas comme tu étais ce matin, ou il y a quelque chose qui va pas, et de discuter. Alors ça peut partir de n'importe quoi, un truc totalement anodin, et en fait dans la réponse que l'on a « ouais ok ok », donc il y a bien quelque chose qui ne va pas. Alors, on peut aussi aller voir le médecin et lui dire « écoute là pour ce patient là il va peut-être falloir qu'on voit pour telle ou telle raison. ». Alors je pense oui, qu'on a un rôle par rapport à ça. Parce que c'est aussi c'est très dépendant des soignants, il y a des soignants qui vont assez vite le dire « de toute façon ce que j'ai dit ce matin au staff on m'écoute pas, ils comprennent rien » voilà, et puis il y a ceux qui n'en parlent pas, qui n'ont pas réussi à s'exprimer au staff par exemple mais qui dans le couloir te disent : « tiens mon petit a été malade toute la nuit, je n'ai pas bien dormi, c'est chaud aujourd'hui dans le service, c'est un peu difficile quand même ». « Mais c'est un peu difficile parce que vous n'avez pas dormi ou c'est par rapport à la prise en charge de votre patient qui est un peu lourde ? » « C'est vrai que..... » Toi, tu t'adaptes en fonction des réactions de chaque soignant.

CG : Existe-t-il des freins qui pourraient vous empêcher de pouvoir les amener à se questionner ?

Rep : **[petit rire]** A ce qu'on m'oblige à faire, à tout ce qui est administratif, etc..., qui prennent le dessus sur ce souhait-là. C'est ce que je disais tout à l'heure, il est évident que si deux cadres par unité on passe à un cadre pour deux unités ou pour trois unités, il est évident que tout cela fait partie des choses que l'on ne pourra plus faire. En fait, on ne pourra plus faire, ce n'est pas que l'on ne pourra plus ! Parce que c'est évident ça fait partie de notre boulot, il faudra s'occuper des plannings, il faudra faire les commandes, il faudra qu'en effet qu'ils aient bien de l'eau, de l'électricité, enfin je dis n'importe mais que le fonctionnement du service marche, que l'environnement marche ! Et non pas les gens qui sont dedans. Et c'est bien ça en fait, quand tu es cadre de santé, tu t'occupes de gens et tu t'occupes de tes soignants et tu t'occupes des patients dont s'occupent tes soignants C'est la seule chose qui pourrait je pense à un moment donné nous empêcher de faire ça. Après il y a des gens aujourd'hui qui ne s'intéressent pas à tout ça, mais c'est parce qu'ils sont comme ça. Mais en tout cas pour ceux qui voudraient continuer à le faire ils ne le pourront pas à cause de ça.

CG : Et les leviers pour leur mise en place ?

Rep : Surtout, une discussion basée aussi sur la confiance entre l'encadrement et l'équipe médicale pour pouvoir le faire. Cela me paraît important en tout cas.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non, je ne sais pas si j'ai répondu à vos questions ?

CG : Oui, oui c'était très intéressant.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Cela fait 12 ans que je suis diplômée dont 5 ans dans cette unité et j'ai 54 ans.

CG : En tout cas, merci beaucoup d'avoir pris ce temps.

Rep : C'est normal. **[Rire]**

Entretien n°5

Date : Le 19/03/2020
Durée : 1 heure 10
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : oui

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Moi, je suis infirmière en réanimation médico-chirurgicale adulte. On a deux unités de neuf lits, on a donc dix-huit lits en tout. On gère des patients de réanimation et des patients en soins continus. Des patients intubés et non intubés maintenant avec les soins continus.

CG : et vous avez quelque chose à dire de particulier sur votre travail ?

Rep : Non, après on est, on travaille en binôme avec les aides-soignantes, donc je ne sais pas si ça a une importance. Voilà.

CG : par rapport au quart par exemple....

Rep : On est en douze heures. On fait des jours et des nuits. On a un nombre de nuits à faire dans l'année. Parce qu'ils sont moins nombreux de nuit que de jour. Donc voilà.

CG : Et est-ce que, au niveau de l'organisation, vous avez des choses à dire ?

Rep : Le matin du coup on fait les transmissions avec l'équipe de nuit, après on fait les toilettes des patients. Il y a le staff médical à huit heures trente auquel nous on ne participe pas, et nous on a un staff avec les médecins et les cadres à neuf heures trente où on parle des patients, des projets de soins pour les patients au cours de la journée, si jamais il y a des sorties, des examens prévus, voilà. Le matin, on discute aussi des limitations de soins, si on décide des limitations de soins, eux, ils les valident d'abord en staff médical et après ils nous disent et après on a le droit de donner notre avis si on est d'accord ou pas d'accord, et après on en rediscute, [silence] si jamais on a des collègues qui ne sont pas d'accord on a une discussion ouverte avec les médecins .

CG : Les staffs sont séparés, c'est d'abord les médecins et les cadres ?

Rep : Oui, c'est d'abord eux et après s'ils prennent des décisions et que nous on n'est pas en accord avec, et comme on est plus près des patients, ils en tiennent compte.

CG : Vous savez pourquoi les staffs sont séparés ?

Rep : En fait, c'est la relève entre la garde des médecins et le suivi. Le médecin, il a eu pleins d'entrées la nuit et des patients qu'il n'a pas forcément pris donc ils discutent de tout ça. Nous, on a forcément le temps le matin, on fait les toilettes, donc ce n'est pas forcément évident d'y aller au moment où ils parlent de nos patients, c'est un peu compliqué.

CG : C'est au 2ème staff, qu'ils vous disent les décisions qui sont prises ?

Rep : Oui, si on estime que notre patient, on doit l'extuber et qu'il n'est pas extubable, on a le droit de dire notre avis, s'ils décident une limitation de soins pour un patient et que nous on n'est pas d'accord, ils en tiennent compte aussi.

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : Le soin, c'est s'occuper du patient, le soin c'est la toilette aux patients. On commence par les toilettes, ça nous permet aussi de connaître notre patient, de voir s'il est confortable, de discuter avec lui si c'est possible. C'est le moment où on a le plus de temps de discuter avec le patient. Parce qu'après quand on fait les soins, les pansements, on n'a pas forcément le temps de parler au patient. La toilette c'est un moment privilégié. Le soin c'est, j'allais dire donner du plaisir, ce n'est pas vraiment du plaisir, c'est permettre au patient d'être bien, d'apporter du confort. Pour moi le soin c'est ça, c'est vraiment qu'il soit bien, que l'on s'occupe de lui, de s'occuper de ses besoins à lui.

CG : Et si je vous demande, que représente pour vous un soin de qualité ?

Rep : Eh bien, c'est justement prendre le temps d'écouter, prendre soin de lui, ce n'est pas toujours évident, parce que des fois il suffit que l'on soit interrompu par une urgence **[silence]**. C'est vraiment prendre du temps pour le patient et l'écouter et de s'assurer qu'il soit bien installé, confortable et qu'il n'a besoin de rien quand on sort de la chambre.

CG : Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité ?

Rep : Le temps, le personnel pour travailler et du matériel aussi. Et bien disons que chacun à son niveau fasse ce qu'il a à faire.

CG : C'est à dire ?

Rep : Logiquement, tout est prêt dans la chambre, et chacun a un travail à faire. L'équipe de nuit doit mettre des choses dans la chambre, dans les commodes pour que nous le matin on ait tout, et c'est vrai que quand ce n'est pas fait du coup on est obligé de sortir de la chambre trois fois, quatre fois, cinq fois, pour le patient ce n'est pas confortable, il se retrouve tout nu dans la chambre, ce n'est pas forcément évident. Donc c'est vrai qu'un soin de qualité, si tout le monde fait son travail du coup on le temps pour le patient et c'est plus confortable pour lui aussi. Mais ce n'est pas toujours le cas.

CG : Les freins, c'est un problème d'organisation, de temps alors ?

Rep : Au niveau de la réanimation non. C'est vrai que nous en réanimation on a la chance d'être suffisamment nombreux pour prendre correctement en charge les patients. Malheureusement c'est aussi les urgences à côté quand on est toujours dérangé, si jamais il y a un souci chez un autre patient, des fois on vient nous déranger pour rien ça c'est aussi un frein.

CG : Qu'elles sont alors vos attentes ?

Rep : Et bien déjà que mes collègues fassent correctement leur travail ! **[Rire forcé]** c'est notre problématique principale. Disons que les équipes de nuit disent que pour ne pas réveiller les patients ils ne remplissent pas les commodes, les aides-soignants notamment. Avant ils remettaient les filtres, les raccords, tout ce qu'il y avait besoin dans la chambre, mais cela n'est plus fait par certain donc du coup cela nous oblige à sortir continuellement pour aller chercher le matériel, alors que cela leur prend deux minutes, ils prennent comme excuse que les patients dorment la nuit, mais s'ils le font à vingt heures cela ne fait pas de bruit, mais bon c'est notre problématique entre le jour et la nuit. Après les équipes de nuit ont des choses à reprocher aussi soi-disant. Donc c'est compliqué. **[Silence]** Pourtant, on en discute régulièrement mais le problème c'est qu'à l'heure actuelle nos équipes de nuit sont en conflit entre-elles également, c'est très compliqué. Ils ont des conflits car un tel ne veut pas travailler avec un tel, donc ce n'est pas évident.

CG : Vous m'aviez dit au début que vous faisiez aussi des nuits ?

Rep : Oui, un temps plein de jour doit faire douze nuits, un quatre-vingts pourcents c'est neuf, et les mi-temps en font six. On doit remplacer les nuits quand ils sont en vacances ou qu'il y a des arrêts au pied levé.

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Et bien le patient c'est, comment dire, c'est la personne la plus importante dans le soin, parce que c'est quand même lui dont l'on s'occupe. Nous, c'est vrai que nos patients peuvent être endormis, sédatisés, curarisés, et c'est vrai que quoi qu'on leur fasse on leur parle, on leur dit en fait tout ce que l'on fait. Même si on ne sait pas s'ils entendent. On leur explique tout ce qu'on fait, on leur apporte une importance, voilà. C'est d'être sûr qu'il soit bien installé, bien confortable. C'est la personne la plus importante du soin.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : Ils subissent plus ou moins je pense, malheureusement ils n'osent pas trop dire les choses. Je pense qu'ils subissent **[silence]** d'où l'intérêt de s'intéresser à eux et de leur poser des questions et de leur montrer qu'ils sont importants. Parce qu'il y a des fils partout, ils sont scopés. Donc je pense qu'ils n'osent pas poser de questions.

Il y a aussi les visites tous les jours. C'est limité à deux personnes à la fois. Après les familles on essaie au possible de les investir dans les soins, notamment quand il faut leur donner à manger ou autre chose. Mais c'est vrai que ce n'est pas forcément évident parce qu'ils ont peur aussi de tout ce qu'il y a autour. Ils n'osent pas toucher leur proches, toucher les patients. Ils sont aussi très angoissés, il y a aussi cette angoisse à gérer. **[Silence]**

Aussi, pour les patients, cela dépend s'ils sont conscients ou non, de participer s'ils en sont capables. Notamment, on les aide à la toilette donc des fois on leur propose de commencer leur toilette, de faire ce qu'ils peuvent même si c'est juste de faire juste le visage ou les rééduquer aussi un petit peu.

Et puis, on travaille ensemble.

CG : *C'est-à-dire, avec le patient ?*

Rep : Non en équipe. On se connaît bien, on a tellement l'habitude de travailler ensemble que de tout façon on sait très bien comment les gens travaillent, on se connaît très bien. Et c'est important.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : Oui.

CG : Pouvez-vous donner des exemples ?

Rep : Nous on passe énormément de temps auprès des patients et des fois les médecins nous disent on va faire ou il faut faire ça, ça et ça. En fait ils rentrent dans la chambre, ils regardent le patient deux minutes, ils auscultent, des fois ils ne parlent même pas au patient !

De toute manière, avant d'aller faire quelque chose on va en discuter avec les médecins si on n'est pas d'accord avec ce qu'ils demandent.

Les questions, c'est surtout sur la limitation et l'arrêt des traitements actifs. Ça peut être une limitation juste où on ne met pas plus de traitement. Il s'améliore on l'accompagne, il se dégrade du coup on passera après en sédation profonde.

CG : Comment faites-vous pour les traiter, à quel moment ?

Rep : En général c'est ça, au moment des staffs. Mais, nous avons les soins en général, notamment on va parler des patients qui sont sous VNI (ventilation non invasive) donc ils ont le masque pour essayer de respirer mieux, et des fois pour ne pas les intuber on nous demande de leur mettre la ventilation non invasive, sauf que pour des patients c'est très impressionnant puisque ça envoie une pression très positive au niveau du visage et il y a des patients qui n'aiment pas. Et donc les médecins disent qu'il faut l'attacher. Oui mais bon il y a un moment où le patient ne veut pas. Peut-être aussi faut-il écouter le patient et Voilà ! Nous on a du mal par rapport à ça parce que c'est un peu un soin de force. Mais après c'est vrai que certains, pendant une heure ou deux ça peut leur faire du bien et ça peut éviter qu'on les intube. Mais après il faudrait un peu tenir compte un peu plus de l'avis du patient. Des fois on n'en tient pas forcément compte.

CG : *Vous traitez cette situation en staff ?*

Rep : Non, on en parle avec les médecins, on leur dit qu'on n'est pas d'accord de les attacher pour qu'ils ventilent. Car les médecins sont toujours là, donc on peut aller les voir quand on veut. Et aussi pour l'équipe de nuit il y a une contre visite, ce qu'ils appellent une contre-visite, le soir avec le médecin aussi pour parler de chaque patient.

CG : Pensez-vous finalement que les staffs c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions, de discussions, de prises de décisions ?

Rep : Oui, mais sachant que nous, on peut l'avoir aussi à n'importe quel moment dans la journée. Par exemple il y a une entrée qui arrive, si on a quelque chose qui nous dérange on va aller voir le médecin de garde et ça peut arriver que l'on en discute tous ensemble aussi après avec les autres médecins.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui parce que cela nous permet des fois d'échanger et de comprendre aussi, c'est important pour le patient, parce que des fois les ventilations ça nous arrive d'attacher les patients mais c'est aussi pour leur permettre de passer le cap et d'éviter l'intubation. Et donc souvent les médecins, ils essaient de négocier avec nous en nous disant essayer une heure ou deux, si vraiment ça ne va pas du tout et bien on envisagera autre chose. Mais ils nous expliquent aussi l'intérêt des choses ! Quand des fois on ne comprend pas un soin ou son utilité ils nous l'expliquent, donc c'est vrai que c'est important de réfléchir ensemble.

Parce que je ne vais pas faire quelque chose si je ne suis pas en accord, ou si je ne comprends pas. Moi j'aime bien faire les choses, les comprendre, pourquoi je fais les choses en fait ! C'est vrai que si je ne sais pas pourquoi je le fais ou qu'on m'oblige à la faire sans comprendre non je ne suis pas d'accord. Et c'est vrai que là-dessus nos médecins en tiennent compte.

C'est tenir compte quelque part du patient quand même ! Parce que c'est vrai que c'est nous.

CG : *qui nous ?*

Rep : les aides-soignantes, les infirmières, mêmes les ASH (les agents du service hospitalier) quand elles font le ménage, elles font les sols le patient leur demande quelque chose elles ont aussi le droit de dire si quelque chose les interpelle, elles sont écoutées aussi, donc c'est vrai que c'est important je pense dans une prise en charge d'un patient, parce que malgré tout, elles font les sols elles parlent au patient aussi quand ils sont réveillés.

CG : Finalement, est-ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : Et bien c'est comprendre pourquoi on fait les choses en fait ! Dans quel but et dans quel intérêt on fait les choses. Oui,

c'est vraiment utile pour la qualité du soin. Parce que quelque part, ça veut dire qu'on a aussi un projet à proposer au patient, ce n'est pas non plus juste il faut faire ça parce qu'il vient pour ça. On s'est intéressé aussi aux antécédents du patient, pourquoi il est là. Être ensemble, c'est donc important pour le patient, c'est une prise en charge globale d'un patient, c'est tout le monde quel que soit le grade. [Silence]

On a des situations difficiles, pour ne pas ramener chez nous, on en discute beaucoup entre nous aussi.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Je pense que ça nous fait aussi du bien pour pouvoir après repartir, parce qu'on n'a pas toujours des situations faciles, et je pense que pour pouvoir évacuer c'est bien de pouvoir en parler entre nous je pense, bah nous c'est comme ça qu'on voit les choses. On en discute énormément entre nous, même avec les cadres quand elles voient qu'il y a des difficultés, elles sont à l'écoute. Là en plus depuis un mois et demi deux mois on a une psychologue à mi-temps, elle est là deux demi-journées par semaine donc pour nous aider dans la prise en charge des familles ça nous aide.

CG : Si je peux me permettre, pouvons-nous revenir sur les temps où vous réfléchissez ensemble et m'en dire un peu plus peut être ?

Rep : C'est donner du sens je pense de réfléchir ensemble et [silence] mais c'est aussi de donner une importance au patient, à ce qu'on lui fait, oui on peut dire que c'est bien pour le soin.

On avait eu une situation il y a quelques années de ça, une dame, une jeune dame qui n'était pas très âgée, où il avait été décidé en staff par les médecins qu'on la mettait en limitation de soins. Le jour même, on devait la sédaté elle devait mourir et l'infirmière qui l'avait en charge ce jour-là elle a dit non, « moi je ne suis pas d'accord je suis persuadée qu'elle peut s'en sortir » [avale sa salive, gorge serrée] Les médecins ont dit ok une personne qui est contre on continue les soins. Et la dame est revenue nous voir après sur ses deux jambes ! Cette fois-ci cette dame-là elle s'en était sortie. Elle était revenue quelque mois après et elle allait très bien.

La décision d'arrêter les soins chez un patient, parce que ça veut dire qu'il va mourir. Et c'est vrai que ce n'est pas évident.

CG : Le fait d'en avoir discuté ensemble était important dans ce staff ?

Rep : Oui, oui. Après c'est vrai que de pouvoir en discuter tous ensemble, c'est vrai que c'est bien aussi de pouvoir reparler de comment ça s'est passé, est ce qu'on a bien fait les choses et pour évacuer aussi parce que ce n'est pas évident après de rentrer chez soi ! Quand des fois on fait plusieurs décès dans la journée, le plus que ça nous est arrivé on a dû en faire cinq ou six dans la journée, c'est vrai qu'il doit y en avoir aussi pas mal en Soins Palliatifs, mais c'est vrai que c'est ... disons que vous avez plus le cheminement, l'accompagnement. [Silence]

Mais oui, c'est important, je pense que oui c'est bien que tout le monde puisse dire et qu'on écoute tout le monde aussi, ça a une importance pour que le soin soit de meilleure qualité.

CG : Justement, qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : Une équipe c'est, je pense que c'est plusieurs personnes avec plusieurs grades, je veux dire une équipe ça comprend toutes les personnes qui travaillent dans le service pour moi. C'est autant l'ASH (l'agent du service hospitalier), l'aide-soignante, nous on a des kinésithérapeutes aussi qui assistent au staff le matin, les cadres aussi assistent au staff. C'est vrai qu'on est énormément quand on fait notre staff c'est vrai qu'on est une quinzaine. Donc c'est vrai que c'est impressionnant. Mais voilà une équipe, je pense que c'est toutes les personnes qui prennent en charge le patient, qui s'approchent du patient.

CG : Et un travail en équipe ?

Rep : C'est que chacun travaille tous ensemble mais qu'on fasse chacun notre travail, notre métier en fait. Que toute personne qui s'occupe du patient ait une importance, c'est à dire que si quelqu'un, par exemple l'ASH (l'agent du service hospitalier) est en train de faire le sol, c'est aussi la respecter, que d'attendre que le sol soit sec pour venir faire la visite pour les médecins, c'est ça aussi un travail d'équipe, chacun de donner de la place à chacun en fait je pense dans la prise en charge du patient.

CG : Et, quel est pour vous l'objectif du travail en équipe ?

Rep : C'est la prise en charge du patient, le bien être du patient en laissant à chacun le temps de faire ce qu'il a à faire avec le patient justement et de pas précipiter, de prendre le temps.

CG : Souhaitez-vous m'en dire plus ?

Rep : Oui, c'est d'avoir toujours du soutien, pouvoir partager.. euh, discuter justement quand on a des difficultés et en parler lors des staffs. C'est aussi de prendre des décisions à plusieurs, c'est vraiment de pouvoir partager après et de parler aussi de son expérience et de son vécu à soi. Je pense que c'est ça aussi, c'est de partager aussi après comment nous on vit les choses et je pense que c'est ça aussi une équipe. C'est ... qu'on s'écoute plus je pense. Autrement, si on ne s'écoute plus ! Chacun travaillera de son côté sans tenir compte des autres.

CG : Pouvez-vous développer un peu plus au niveau du bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Je pense que si on n'avait plus tous ces temps d'échange, quelque part c'est qu'on s'intéresse plus au patient, mais indirectement, c'est qu'on a plus d'intérêt à notre travail dans le service ou de plus avoir, de plus avoir envie de s'investir pour le patient aussi.

CG : Ces temps d'échanges à réfléchir ensemble, pouvez-vous m'en dire plus ou me donner des exemples pour m'expliquer le bénéfice ?

Rep : Par exemple, l'arrêt des soins. Ce n'est pas facile. On se pose pleins de question. C'est vrai que ce n'est pas facile de se dire pourquoi on a l'arrêt des soins. Pourquoi arrêter, est-ce que par exemple si on continuait vingt-quatre heures ou quarante-huit heures de plus est-ce qu'on n'aurait pas un bénéfice pour le patient ? Mais bon, quand ça fait quinze jours trois semaines, voilà, que le patient il est sous des médicaments, qu'il n'y a aucune amélioration, c'est vrai que ce n'est pas évident de prendre la décision de dire on arrête tout, voilà ! C'est vrai que nous en plus à notre niveau en tant qu'infirmière ça peut nous arriver de ventiler les patients, c'est nous qui mettons en place les sédations profondes, donc c'est vrai que ce n'est pas toujours facile. Et d'avoir une écoute et de pouvoir en discuter tous ensemble, d'avoir l'impression qu'on est écouté, qu'on tient compte de ce qu'on dit. Je pense que ça a une importance dans l'équipe.

CG : Est-ce que à ces moments-là nous pouvons parler d'une réflexion éthique dans ces temps d'échanges ?

Rep : Oui quand même ! On discute ensemble. On fait maintenant aussi ce qu'on appelle les Maastricht trois, c'est le don d'organes en fait sur personne vivante mais qui va mourir, mais qui n'est pas en mort encéphalique. Par exemple quelqu'un qui a fait un arrêt cardiaque où on sait que son cerveau il est détruit, donc il n'a aucune chance de survie, mais il n'est pas en mort encéphalique, donc on peut leur prendre reins et foie seulement. Ça nous pose aussi plein de questions d'éthique par exemple sur la limite d'âge [silence ému].

CG : Au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins ?

Rep : Nous écouter quand on a des situations difficiles qu'ils soient à l'écoute de savoir si nous on a besoin aussi d'un suivi ou de pouvoir en rediscuter avec quelqu'un. Je pense que ça a une importance. Après des fois on a des fois des médecins mais il y a aussi l'humeur du médecin du jour qui peut jouer ou les médecins ne sont pas forcément à notre écoute et c'est vrai que des fois quand c'est le cadre qui va les voir

C'est aussi de se tenir informé de tout ce qui se passe dans le service, je pense que ça a une importance, d'être au courant des situations de chaque patient pour le cadre.

CG : et comment peut-il faire ça ?

Rep : Elles assistent au staff tous les matins, elles assistent au staff à huit heure trente, elles assistent après au staff avec nous, donc elles sont toujours là en fait avec nous.

CG : Elles ?

Rep : Oui elles sont deux cadres .

CG : D'accord. Vous trouvez important que les cadres soient toujours là ?

Rep : Oui. En plus leur bureau est central au milieu donc de chaque côté on a accès à leur bureau. C'est vrai que leur porte reste ouverte donc elles entendent aussi ce qui peut se passer, des fois elles font aussi le tampon avec les familles. Quand il y a des entrées qui arrivent, les familles attendant deux heures, trois heures, quatre heures en salle d'attente, donc des fois on se fait agresser par les familles parce qu'ils comprennent pas qu'ils puissent pas aller voir leur proche, mais on leur explique que c'est d'abord le soin et c'est vrai que des fois quand c'est vraiment conflictuel avec les familles, elles prennent en charge, elles leur expliquent, elles prennent le relais pour que nous on ait plus de temps pour se dégager auprès du patient. Elles n'hésitent pas à prendre le relais. Elles sont à notre écoute, elles sont présentes et elles sont au courant de chaque situation des patients. Je pense qu'elles peuvent aussi intervenir pour désamorcer des fois des situations difficiles car on sait que quand on a un souci on sait qu'on peut aller les voir et qu'elles seront là aussi pour nous aider. Elles font partie de l'équipe, tous les matins elles passent dans toutes les chambres pour voir aussi les patients, elles savent exactement pour quel patient, pourquoi ils sont là. Donc je pense que oui. Après c'est vrai que les jours où elles ne sont pas là parce que bon...., comme elles ont changé d'organisation y a des jours où on n'a pas de cadre.

CG : Et ?

Rep : On leur met des petits mots [rire joyeux].

CG : à l'inverse cette proximité des cadres que vous me dites, ne serait pas trop contraignante à des moments ?

Rep : On a notre salle de pause où en fait on peut manger et on a notre pause. Généralement quand on est tous là, elles nous laissent aussi notre intimité. Après voilà des fois ça leurs arrivent de passer, on les interpelle parce qu'on a quelque chose à leur dire mais sinon elles ne viennent pas forcément pendant nos moments d'échanges. Elles trouvent le juste milieu et c'est vrai que c'est bien...

CG : Qui pour vous est concerné par la mise en place de temps de réflexion éthique ?

Rep : Tout le monde ! Pour moi tout le monde. Parce que tout le monde peut le demander, peut demander ce temps, même l'aide-soignante si elle l'estime.

CG : En dehors des staffs ou durant un staff ?

Rep : Souvent lors des staffs. Par exemple, lors d'une décision d'arrêt thérapeutique, parce que tant que tout le monde n'est pas d'accord, la décision n'est pas prise. C'est une décision unanime par toute l'équipe. Il faut que tout le monde soit d'accord. C'est important de se poser des questions tout le temps parce que si on fait notre travail sans se poser de question, je pense qu'il y a un moment où il faut changer de métier.

CG : Et en dehors des staffs ?

Rep : Pas forcément car, au staff on est tous là avec le cadre pour discuter des situations. Nous après quand on a eu des situations difficiles, de pouvoir en rediscuter entre nous je pense que c'est important aussi. Ça nous permet aussi d'évacuer et c'est là qu'on accepte ou pas et ça permet aussi de voir si on a des collègues qui sont en difficultés après. Y a un an un an et demi on a été confronté à une situation, un monsieur qui a fait une chute de sept mètres, qui était arrivé chez nous, et du coup arrivé à quinze heures décédées à dix-neuf heures, et entre temps il a fallu gérer les quatre enfants, l'épouse. Donc les enfants trois ans, sept ans, onze ans et quatorze ans. Donc c'est vrai que ce n'est pas évident de leur annoncer que leur papa est parti au travail le matin, quarante ans, et qu'il ne rentrera pas le soir. Et du coup on a rediscuté le jour d'après, et on a une collègue quand on en parlait elle sortait de la pièce, elle fuyait en fait la discussion. Et on s'est rendu compte qu'en fait elle n'avait pas accepté. Mais elle n'en avait pas reparlé. Donc du coup on en a parlé nous aux cadres, et ça a permis qu'elle puisse être vue par la psychologue du personnel après pour pouvoir en discuter parce que du coup je pense qu'elle ne l'avait pas accepté ! Mais ce n'est pas évident non plus d'être confronté à cela. Et du coup, elle est allée voir la psychologue. Mais c'est vrai qu'on n'aurait pas eu de cadre, je ne sais pas à qui on aurait été en parler, peut-être à notre médecin mais est-ce qu'il se serait intéressé, sachant que c'était une aide-soignante remplaçante, ce n'était pas forcément quelqu'un de l'équipe non plus.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non ça va [petit rire]. Votre sujet a l'air est très intéressant.

CG : [sourire bruyant].

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Attendez il faut que je me rappelle, oui...alors 21 ans et en réanimation depuis 13.... et j'ai 44 ans. Oui, c'est ça !

CG : Eh bien en tout cas, merci pour le temps que vous m'avez accordée.

Entretien n°6

Date : Le 20/03/2020
Durée : 59 minutes
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : D'accord.

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Je suis aide-soignante et je travaille en réanimation de jour. Donc, les soins d'hygiène sont notre lot évidemment en coopération avec l'infirmière, nous sommes aussi chargés du matériel, ce tout ce qui entoure le patient lors des soins, ça peut aller des respirateurs portables par exemple à la calibration, les sondes à nettoyer. Enfin voilà c'est assez vaste. Puis tout ce qui est réapprovisionnement des unités.

CG : Vous m'avez parlé de coopération avec les infirmières, c'est à dire ?

Rep : C'est toujours un binôme mais pas avec une infirmière dédiée en fait. Puisque l'effectif est de trois infirmières par secteur pour une unité de neuf patients et il y a deux aides-soignantes pour une unité de neuf patients. Donc en fait là où l'infirmière à besoin de nous, on va là où il y a besoin.

CG : D'accord ! Donc vous m'avez dit que vous travaillez de jour ?

Rep : Oui en douze heures maximum trois jours, en sachant qu'on a un planning sur huit semaines, donc avec ce roulement qui s'effectue très bien, enfin voilà ça nous pose pas du tout de soucis, on a des repos suffisants. Le minimum de repos c'est deux jours consécutifs.

CG : Est-ce qu'il vous arrive de travailler de nuit ?

Rep : Il a été question pendant un temps de passer de nuit mais c'était vraiment pour dépanner parce qu'il nous manquait des effectifs. À l'heure d'aujourd'hui, pour le moment on n'a plus besoin de le faire, après à voir, mais en tout cas ça n'est pas inclus dans notre trame de planning.

Après au vouloir de chacun évidemment c'est possible, mais pour l'heure non.

CG : Je vais vous demander qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : Alors le soin pour moi, c'est déjà les soins d'hygiène, de confort et puis soins relationnels même si nos patients peuvent être parfois sédatisés, intubés. Voilà, on a quand même un relationnel avec eux. On a des patients qui sont parfois immobiles, qui n'ont pas la possibilité de bouger même en étant réveillés parce que l'intubation fait qu'on est tenu de les attacher pour éviter tout risque d'extubation ou d'arrachement de cathéter. Donc le positionnement est important, le confort est important. Voilà tous ces soins d'hygiène, que ce soit un soin d'yeux, un soin de bouche, des massages, ça fait partie de notre rôle propre de veiller à ce que nos patients soient le mieux possible dans le lit, dans cette chambre malheureusement qui n'est peut-être pas confortable pour eux.

CG : Et que représente pour vous un soin de qualité ?

Rep : Un soin de qualité en fait c'est assez vaste parce que je dirai que c'est propre à chacun, en sachant que pour moi c'est ce que j'ai envie de donner au patient c'est justement ce confort, et d'essayer de ne pas faire mal au patient déjà, qu'il y ait un bien être. C'est vrai que lorsqu'on doit frictionner un patient, ce n'est pas juste de la friction, c'est aussi un petit massage, un moment où on se pose si on peut évidemment, ce qui n'est pas toujours évident, enfin voilà j'aimerais dire que ça c'est un soin de qualité. Maintenant c'est vraiment propre à chacun je dirais. C'est parfois difficile, en tout cas en réanimation, de trouver le temps et puis dans l'urgence malheureusement ce n'est pas toujours évident.

CG : Et quels sont selon vous les freins d'un soin de qualité ?

Rep : C'est l'urgence, oui parce qu'on peut être vite sollicité pour aller voir un patient qui ne va pas bien, ou le patient lui-même si on doit le mobiliser et qu'il désature. Évidemment le soin de massage ou de nursing n'est pas fait du tout de la même manière ! On va être un peu plus rapide.

[Plus de son, petite coupure de téléphone]

Donc pour le coup on va aller vraiment à la rapidité du soin pour que le patient puisse lui se sentir mieux. Voilà, on est dans cette limite là en fait. Le confort des paramètres vitaux aussi doit importer sur la qualité du soin de confort à proprement dit. C'est une prérogative.

CG : Il y a-t-il autres choses ?

Rep : Alors oui, on peut se permettre de prendre un petit peu plus de temps, de faire un shampoing par exemple, ça détend des patients, un massage au niveau des pieds un peu plus poussé, voilà, ça ne va pas durer 1 heure. Après il y a des soins qui sont moins appréciés, on peut être honnête mais qui sont nécessaires. Par exemple les soins de bouche que nous pratiquons avec une brosse à dents aspirative. Il est évident qu'un patient qui a déjà un tube dans la bouche, à qui on doit aspirer des mucosités, voilà, frotter les dents, il faut que ce soit fait avec délicatesse, on ne va pas y aller en frottant les dents assez rapidement. Donc tous ces gestes-là qui peuvent être des gestes du quotidien peuvent être très invasifs au final. Donc c'est à nous d'adapter selon le patient, selon son état physique, neurologique, voilà c'est une évaluation faite au cas par cas et au jour le jour. On essaye au mieux de prendre soin de la personne.

CG : Justement, pouvez-vous approfondir sur le prendre soin ?

Rep : Le soin en lui-même c'est un ... , nous c'est obligatoire, on est obligé de faire nos soins de bouche évidemment parce que l'intubation c'est invasif, ça peut créer des escarres, on a une surveillance à avoir, donc évidemment pour nous c'est un soin. Mais ça fait partie aussi d'une qualité de soin, d'un moment de bien-être je pense quand le patient sent au niveau de la bouche c'est pâteux, ce n'est pas agréable, avoir des mucosités qui restent en bouche ou se baver parfois dessus, voilà, c'est aussi la dignité que l'on amène là-dedans quand on fait le soin pour le patient.

CG : Et les facteurs favorisant un soin de qualité ?

Rep : Pour être honnête je dirai qu'on ne prend peut-être pas assez de temps, même si parfois on peut l'avoir, honnêtement comme on a d'autres tâches à côté de ma tâche aide-soignante pour le coup, c'est vrai que peut-être rester un peu plus de temps dans les chambres auprès du patient, voilà, peut-être que ça pourrait être quelque chose à travailler, je pense.

CG : Ce sont vos attentes ?

Rep : Je pense que ça serait, ce serait beaucoup plus simple en équipe qu'il y ait une meilleure cohésion. Mais [silence] ce n'est pas forcément d'une évidence réelle.

CG : Vous est-il possible de me parler du patient ?

Rep : Un patient, ça serait quelqu'un qui temporairement, n'est pas en état de s'occuper de lui seul, pour moi c'est quelqu'un de dépendant temporairement. Bah, dans mon service ça serait quelqu'un de démuni, qui est atteint de pathologies assez sévères majoritairement, donc pour le coup avec de grosses détresses, qu'on est obligé d'être auprès de lui afin de le secourir, de le maintenir en tout cas en vie. C'est une personne, enfin pour moi ça serait une personne, après j'entends le mot client, personnellement ça ne me convient pas, voilà. Moi pour moi ça serait une personne si je devais le définir autrement.

CG : C'est-à-dire une personne ?

Rep : Un individu doté de pensées ! de raisonnements, un être humain en fait ! Tout simplement.

CG : Alors, quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : J'essaie de lui donner la majorité de place même si ce n'est pas évident en fait. Sachant que parfois ils ne sont pas dans un état neurologique où l'on peut communiquer, même si on communique ! On essaie de les apaiser, on essaie toujours d'avoir une relation en fait avec la personne qui est en face de nous, qui est dans un lit, pour qui s'est parfois avilissant cette position, dans un lit ce n'est pas quelque chose de normal ou de naturel pour la majorité d'entre nous, donc pouvoir le rassurer, lui dire que peut-être ce sera temporaire, voilà ! Mettre des mots sur ce que l'on fait. Alors lorsqu'ils sont conscients, on va dire ça va dépendre de leur état réel, évidemment un patient conscient mais qui désature fortement on va devoir l'amener à avoir une aide respiratoire, qu'elle soit invasive ou non invasive. Donc là on va passer par une certaine communication, une explication que le patient est capable d'entendre ou pas évidemment, c'est là où la nuance elle est très compliquée parce qu'il faut amener le patient à accepter le soin, et ça c'est parfois très difficile.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : On est dans une négociation. Il y a des patients qui comprennent très bien d'emblée qu'ils sont en souffrance et que ça ne va pas se passer bien mais ils acceptent le soin. Et donc la discussion va être assez simple. En revanche, il y a des patients qui se montrent beaucoup plus véhéments, voilà on va être probablement un peu plus radical aussi parce qu'on est dans la survie du patient. Donc c'est assez difficile de se situer dans un bien-être à ce niveau-là.

CG : Justement, Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : Oui, oui.

CG : Pouvez-vous donner des exemples ?

Rep : Je dirais quand on doit attacher un patient par exemple, rien que ça. On fait partie des rares services à attacher nos patients en systématique parce ce que dès lors qu'ils sont intubés afin d'éviter justement ce mouvement réflexe d'extubation, donc c'est une sécurité que nous prenons. Mais lorsqu'un patient se montre plus agressif verbalement ou physiquement, évidemment on va être amené là, je dirais, c'est moche à dire, mais peut-être à le soumettre à accepter le soin sans passer tout de suite par la médication en fait. On va, voilà, mais après ça va vraiment dépendre du type de patient, enfin bon ce n'est pas fait de manière systématique, mais c'est quelque chose qui peut questionner évidemment.

CG : Justement quand vous êtes confrontés à des questions qui vous interpellent, comment vous faites pour les traiter ? Et ce qu'il y a des endroits, des moments ensemble, sous quelle forme ?

Rep : Alors, il y a des staffs médicaux et paramédicaux qui sont faits tous les jours. On discute de tous les patients, donc là chacun peut émettre ses opinions sur les décisions qui peuvent être prises, notamment les décisions de fin de vie, savoir est-ce qu'on les met en sédation ou pas, pourquoi ou pas ? Enfin voilà, il y a tout ce questionnement-là qui peut être à mener avec le médecin. Après sur une question d'attacher des patients il est évident que le patient qui est calmé, même avec son tube, on peut se dire non on ne va pas l'attacher. Un patient qui n'a plus de réflexes moteurs, parce que des pathologies de réanimation auquel ça fait suite, évidemment on va se dire que on ne va pas l'attacher. Donc voilà on va parler selon l'individu, selon le patient, selon comment il réagit. On peut discuter quand même, émettre ses opinions auprès du médecin, auprès des infirmières, savoir si ce que l'on fait est ce que c'est juste ou pas, ou même directement auprès des cadres tout bonnement pour amener la discussion, tout du moins nous aiguiller, parce que parfois émotionnellement on peut avoir une idée, se tromper et puis en rediscutant après coup, se dire que peut-être que ce n'était pas raisonné. Mais voilà, c'est en discutant en groupe qu'on peut faire avancer les choses.

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions, de discussions, de prises de décisions lors des staffs ?

Rep : En partie puisqu'il y a un staff médical à proprement dit, donc les médecins eux discutent déjà et il y a déjà des décisions de prises, le staff paramédicaux avec les médecins nous permet de nous annoncer ce qui a été dit et puis d'en rediscuter si nécessaire. Maintenant voilà, c'est un échange mais on parle beaucoup de l'évolution du patient, maintenant je n'ai pas l'impression qu'on révolutionne tout lors de ce staff.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : On a toujours la possibilité avec nos collègues paramédicaux mais aussi avec les médecins puisqu'ils sont H vingt-quatre dans les services pour échanger. Ils sont très accessibles, donc si on a un questionnement sur un patient, on peut aller les voir et leur demander justement ce qu'ils en pensent. Je pense aussi qu'il y a certaines personnes qui ont des ressentis, des émotions je dirais qui sont totalement personnelles peut-être et qui n'ont peut-être par besoin, ou qui n'ont pas envie d'être exposé face à tout le monde, voilà. Après c'est assez variable. Majoritairement on peut discuter plus facilement au niveau du staff et ça amène la discussion je dirais.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble lors des staffs ?

Rep : Enfin à titre personnel oui ! Moi ça m'intéresse de pouvoir les avoir en tout cas.

CG : Et pour la qualité du soin finalement, est-ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : En partie par ce que [hésitation] est-ce qu'on est toujours entendu en tant que soignants auprès des médecins je ne sais pas, le point d'interrogation est toujours un peu posé.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : Alors une équipe, ça demande une certaine cohésion ! C'est un travail, un travail d'union qui n'est pas forcément facile à obtenir en réanimation car il y a une très grosse équipe, on travaille avec beaucoup de monde et cette cohésion n'est pas toujours simple à avoir de par les personnalités ! Je pense qu'il faudrait trouver une union, je ne sais pas comment le dire, peut-être un petit quelque chose qui nous pousse pour aller tous dans le même sens, et ça c'est très délicat, très délicat à avoir, à mettre en place, c'est très difficile je trouve.

CG : Vous me parlez « aller dans le même sens », pouvez-vous préciser ?

Rep : En fait, la prise en charge d'un patient afin que ce soit cohérent, qu'on aille tous dans un même sens dans une même dynamique en fait, je pense qu'il est nécessaire que nous ayons les mêmes envies. Après peut-être que je me trompe totalement,

il est évident qu'il faut que chacun amène parfois une petite idée pour innover, mais dans un soin il est nécessaire de pouvoir avoir une ligne de conduite, que chacun puisse identifier les choses de la même manière, parfois j'ai l'impression que ce n'est pas toujours fait.

CG : et si c'est le cas est-ce que ça peut nuire à la qualité du soin à votre avis ?

Rep : Du soin non, parce que je pense qu'individuellement chaque soignant fait son travail en fait, je prends l'exemple de mes collègues infirmiers qui parfois voilà les seringues auto-pousseuses qui ne sont pas préparées, elles vont quand même faire leur job, donc le travail sera toujours fait. Il n'est peut-être pas fait de manière linéaire, je dirai, donc il y a une perte de temps parfois, un laps de temps qui fait que voilà y a le petit grain de sable. **[silence]** Je pense qu'au niveau de la qualité du soin que tous les soignants n'ont pas envie de rester dans une chambre !

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Je pense que tous les soignants n'ont peut-être pas envie de prendre le même soin auprès du patient, de faire le même soin. Donc ça c'est une question de personnalité. On n'a pas tous les mêmes envies. Il y a les techniciens, il y a des gens qui aiment plus être auprès des gens, voilà on a tous des personnalités différentes mais il est vrai que parfois il est toujours intéressant de ne pas être pressé pour être justement auprès du patient et pouvoir l'entendre aussi, pouvoir savoir ce qui va ou ce qui ne va pas auprès d'un patient c'est important mais ... ça n'est pas toujours fait

CG : Et vous pouvez me parler ce qu'est un travail en équipe ?

Rep : C'est être dans cette cohésion justement, cette envie d'être là pour le patient et l'équipe pourrait jouer différemment. Prendre son temps auprès d'un patient ce n'est pas une perte de temps c'est vraiment quelque chose d'important justement parce que le patient lui-même a parfois des choses à nous dire. Alors parfois c'est inaudible, c'est parfois difficile de communiquer mais savoir lire sur des lèvres, savoir regarder une expression, des gestes de mains, enfin tout ça se sont des détails, ça peut paraître des détails pour certains mais pour le patient lui-même c'est essentiel. C'est son seul moyen parfois de communiquer. Voilà, si toute une équipe s'amenait à aller dans ce sens, voilà cette qualité de soin !

CG : Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe ?

Rep : C'est communiquer ensemble, oui parce que moi je n'ai pas envie d'être toute seule dans mon coin en fait, j'ai aussi choisi de travailler dans une équipe, maintenant je sais que c'est très compliqué d'apporter une idée parce qu'il faut se faire entendre, il faut batailler et que voilà il faut que ce soit porté, amené, voilà, c'est un gros travail, c'est un très gros travail et une seule personne ne peut pas le faire.

CG : Quel est le bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Pouvoir les amener à faire créer quelque chose, à faire avancer. Justement se questionner peut permettre de faire avancer des projets, ce qui est toujours intéressant. Mais il faut que ces mêmes projets puissent être entendus par chacun et que la pertinence du projet puisse parler à tout le monde.

CG : Et est-ce que c'est au moment du staff que vous réfléchissez ensemble ?

Rep : Majoritairement. Alors évidemment, c'est toujours propre aux patients.

CG : C'est-à-dire propre aux patients ?

Rep : Hum, **[temps de réflexion]** je pense qu'on essaie, après je pense que c'est aussi parfois difficile parce que les médecins n'ont pas les mêmes envies, les mêmes attentes que nous, ils ne sont pas dans le même job du tout, donc la évidemment nos attentes de soignants ne seront probablement pas les mêmes que les médecins parfois.

CG : Vous pourriez me donner un exemple ?

Rep : Parfois ne pas être entendu sur un soin par exemple. Oui j'ai un cas, un petit bouton qui était mal placé qui a été signalé à plusieurs reprises lors des staffs mais qui n'a pas été pris en compte. Ça s'est terminé d'une mauvaise manière puisqu'une gangrène de Fournier s'en est suivie. Donc voilà c'est un détail mais parfois ce que nous disons peut paraître anodin aux yeux des médecins. C'est pour ça que c'est très difficile. On a beau signaler des choses parfois ce n'est pas entendu parce qu'ils ne voient pas la même chose que nous. On a deux façons de voir les soins. Mais c'est aussi important d'avoir ses moments d'échange. Ce n'est pas à chaque fois évidemment. Heureusement. Mais ce temps d'échange est important parce que ça nous permet de connaître aussi nos patients, savoir quelles sont leur évolution, jusqu'où on va aller. Est-ce qu'on n'est pas parfois dans un acharnement, la question elle se pose. Donc voilà ces questions-là elles se posent à ce moment Là aussi. Donc les médecins nous répondent de ce qu'eux peuvent aussi voir de leur côté de médecin. Ils nous demandent surtout si oui ou non on est d'accord pour par exemple poser une LATA (une limitation et arrêt des thérapeutiques actives).

CG : Comment ça se passe ?

Rep : Il y a justement une discussion du pourquoi est-ce qu'on n'est pas d'accord nous ou d'accord et puis les médecins eux à contrario expliquent le pourquoi de leur choix aussi. Après en vient une discussion, est-ce que ça aboutit à quelque chose de positif ou négatif moi à mon échelle je ne saurais pas vous le dire. En général, les médecins jugent assez bien les fins de vie. On pose en tout cas la question si ça nous pose problème.

CG : Si j'ai bien compris il y a les staffs et au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins ?

Rep : C'est d'être là dans le relationnel au final, dans le questionnement, dans la réponse du questionnement. J'avoue qu'on a la chance d'avoir des cadres très accessibles donc voilà la discussion est toujours ouverte, on a cette possibilité. Maintenant est-ce que ça répond à toutes les questions ? Je ne saurais dire. Voilà, je pense que c'est toujours aussi important d'avoir une cadre près de nous.

CG : Et dans le staff ?

Rep : Elles sont là justement pour écouter justement ce qui se passe, elles sont au staff médical aussi juste avant donc elles savent déjà ce qui s'est dit sur les patients et puis elles gèrent toute la gestion des sorties administratives, les prises de contact avec les assistantes sociales si nécessaire donc voilà tous les à-côtés que nous en tant que soignants nous ne gérons pas.

CG : Qui pour vous est concerné par la mise en place de temps de réflexion éthique sur le soin ? Et voyez-vous d'autres personnes ?

Rep : Oui, je pense que les cadres sont en première ligne quand même pour nous amener à nous questionner sur le soin.

CG : Pensez-vous que ce soit utile que les cadres mettent en place des temps de réflexion éthique autour du patient hors staff par exemple ?

Rep : Peut-être, peut-être qu'on a une autre vision quand les médecins ne sont pas là aussi, une autre manière de parler. Peut-être qu'elles pourraient aussi avoir cet œil extérieur quand nous on est dans les chambres c'est vrai qu'on se rend parfois plus compte ! Au bout des décennies qu'on y est, on fait des choses parfois peut-être machinalement. Et avoir justement cet œil extérieur et de nous remettre un petit peu, je ne vais pas dire sur les rails, mais voilà nous reguider un petit peu, peut-être que ça pourrait aussi booster l'équipe.

[Long silence] Ça peut avoir un impact positif. Ça pourrait être bénéfique si tout le monde y adhère, s'il y a justement cette réflexion de groupe. Parce que c'est ce que l'on disait ce n'est pas une seule personne qui va changer les choses.

CG : Et aussi en collaboration avec les médecins ?

Rep : Là j'avoue que je ne sais pas. Parce que comme je vous disais on n'a pas, je pense qu'on n'a pas les mêmes visions, donc ... même s'ils restent très proches de nous. C'est parfois délicat de les amener sur un sujet qui les touche de loin. C'est parce que ça ne leur parle pas en fait. Tout bonnement, eux ils voient le côté médical, donc pour eux ça pourrait peut-être, je ne vais pas dire débarrasser, mais leur éviter certains sujets peut-être. Par exemple, sur des soins de nursing. Ça ne veut pas dire que ça ne les intéresse pas, mais..., sauf si le patient est excessivement abîmé, a des escarres ce qui arrive assez rarement chez nous mais pour le coup voilà ça va les interroger. Donc évidemment on suivra autre chose puisque l'alimentation etc c'est leur domaine, ils vont mettre en place certaines choses mais au-delà de ça un soin de confort basique ça ne les interroge que très peu.

Après comme je vous disais on est assez libre, donc c'est vrai qu'on prend en charge nous-mêmes nos soins et que quand un patient est mal installé on y va, on va le remettre convenablement, on fait nos préventions d'escarre, on... on est à l'affût. Donc on essaie de faire au mieux lorsqu'on nous annonce une entrée et que c'est un accident de la voie publique ou quelqu'un d'obèse on va changer nos matelas par exemple. Donc voilà ! On adapte perpétuellement notre manière de faire ou notre matériel pour notre patient pour justement qu'il n'aille pas s'abîmer, etc. Donc ça c'est vraiment notre domaine, c'est vraiment propre à nous et je pense que nos cadres nous font confiance aussi.

CG : Souhaitez-vous approfondir ?

Rep : Par contre, si on commet des erreurs ça amène à un questionnement évidemment puisque on doit corriger nos erreurs ! Donc c'est une réflexion qui est importante. Mais je pense que de manière instinctive on le fait dès lors qu'on se rend compte que ... si un matelas n'avait pas été changé on se dit « ha mince il faut le faire ». Le patient est sur le lit, parfois ce n'est pas simple évidemment ça nous demande une manipulation mais c'est possible. Donc voilà ça amène à une réflexion quand même. Mais ça pourrait être fait en amont. Peut-être. Donc évidemment ce questionnement il est important ! On est toutes des anciennes donc évidemment on a tous appris à travailler ensemble et on a tous un mécanisme de travail après évidemment je pense qu'on travaille tous avec un binôme, un groupe, donc ce mécanisme-là fait que ces groupes-là tournent bien ensemble mine de rien. Donc évidemment dès lors qu'il y a une problématique dans un groupe... voilà le problème doit être questionné, le problème doit être résolu, ne pas laisser des choses s'envenimer. Mais les cadres elles sont tellement là, même si elles ne font pas de réunion, on peut quand même avec un échange et une résolution de problématique si nécessaire.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non, écoutez j'ai essayé d'être au plus clair.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Oui, alors je suis diplômée depuis 16 ans , je suis dans l'unité depuis 12 ans et j'ai 43 ans [petit rire]

CG : Je vous remercie pour le temps que vous m'avez consacré.

Entretien n°7

Date : Le 27/03/2020
Durée : 55 minutes
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : oui.

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Alors, je gère le service de M2I (médecine interne et maladies infectieuses) et le service de chirurgie d'ORL(otorhinolaryngologie), pour lesquels l'organisation est particulière du fait que j'ai à la fois de la chirurgie et à la fois de la médecine. Donc, ce n'est pas la même organisation, ce n'est pas la même gestion du travail, ce n'est pas la même gestion du personnel parce que ce n'est pas la même façon de faire et la même façon de voir la vie du patient.

CG : *C'est à dire ?*

Rep : Ça veut dire que les patients de chirurgie viennent pour une intervention donc ils savent à quelle date ils sont censés ressortir sauf complication, que les services de médecine interne et maladies infectieuses, ils savent quand ils rentrent mais le diagnostic n'étant pas élaboré ils ne savent jamais quand ils vont repartir. Ils peuvent très bien être là que pour trois heures qu'être là pour six mois.

CG : *Et ces deux services sont dans le même endroit ?*

Rep : Oui géographiquement, ils sont dans le même service avec une séparation virtuelle du fait des portes coupe-feu, sur lequel on a un secteur qui est plus dédié sur la médecine interne et dans le secteur de service ORL/chirurgie(otorhinolaryngologie), il y a des lits inclus de médecine interne et maladies infectieuses, puisqu'au total on a huit lits d'ORL plus quatre lits de médecine interne sur un secteur de douze lits, et de l'autre côté on a dix lits de M2I(médecine interne et maladies infectieuses).

CG : *Et l'équipe soignante est-elle des deux côtés ?*

Rep : Non ! Pour l'équipe ORL (otorhinolaryngologie), l'infirmière est dédiée au secteur ORL (otorhinolaryngologie) avec les huit lits d'ORL(otorhinolaryngologie) plus les quatre lits de M2I (médecine interne et maladies infectieuses) à prendre en charge obligatoirement, et pareil du côté de M2I (médecine interne et maladies infectieuses) ils ont les dix lits à gérer sauf que l'équipe aide-soignante, elle est mutualisée, il n'y a pas de sectorisation sauf pour les transmissions. L'équipe ASH (agent service hospitalier) aussi est mutualisée et l'équipe de nuit.

On a cinq infirmiers du côté M2I (médecine interne et maladies infectieuses), quatre du côté ORL (otorhinolaryngologie) avec une 5^{ème} de consultation. Au niveau aides-soignantes j'en ai quatre d'un côté et cinq de l'autre côté M2I (médecine interne et maladies infectieuses). C'est la M2I (médecine interne et maladies infectieuses) qui en a le plus dans le sens que c'est la M2I (médecine interne et maladies infectieuses) qui a le plus de lits. Obligatoirement, il y a une infirmière du matin d'ORL(otorhinolaryngologie) et une infirmière du matin de M2I (médecine interne et maladies infectieuses), et une infirmière de journée qui est majoritairement une de M2I (médecine interne et maladies infectieuses), une infirmière du soir sur l'ORL (otorhinolaryngologie) plus une infirmière du soir sur la M2I (médecine interne et maladies infectieuses) et pareil pour les aides-soignantes. Et il y a une infirmière sur chaque secteur la nuit sans aide-soignante. J'ai aussi trois ASH (agent service hospitalier) avec obligatoirement un quart du matin minimum, et de temps en temps dans la semaine on a un quart de journée parce qu'actuellement j'ai un mi-temps thérapeutique non remplacé. J'ai aussi, les consultations d'ORL pédiatrique avec infirmière de pédiatrie audiométriste, j'ai la consultation ORL (otorhinolaryngologie) adulte avec l'audiométrie, l'orthophoniste à gérer, et l'infirmière de consultation avec deux aides-soignantes de consultation, la consultation de stomatologie avec deux assistantes dentaires et trois médecins à gérer, la consultation d'onco-hématologie avec quatre médecins plus une secrétaire et la consultation de M2I(médecine interne et maladies infectieuses) qui est avec deux secrétaires et cinq médecins. Je suis en binôme avec ma collègue du plateau de rééducation fonctionnelle, et quand elle n'est pas là je me retrouve à gérer le plateau de rééducation fonctionnelle plus le CeGID (Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic notamment pour le virus de l'immunodéficience humaine, les douleurs, les maladies infectieuses) qui est sur un autre bâtiment éloigné de l'établissement.

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : C'est la prise en charge holistique d'un patient du début jusqu'à la fin lui permettant de retrouver son état de santé. C'est la prise en charge globale, autant psychologique que physique avec tous les soins que l'on peut lui apporter en fait.

CG : Que représente pour vous un soin de qualité ? Pouvez-vous précisez ?

Rep : Un soin qui correspond aux règles d'hygiène et aux règles de base d'un patient, de façon à ce qu'il puisse être à la fois bien psychologiquement, physiquement et que l'on puisse aller dans une amélioration. Il faut savoir quand même que sur le secteur d'ORL (otorhinolaryngologie) on a l'atteinte de l'image corporelle de soi, puisqu'on a des patients qui sont trachéotomisés, et pour lesquels ils sont avec des pathologies qui sont invalidantes, à la fois ils perdent la voix et à la fois ils perdent la morphologie du visage et du cou. Alors que la pathologie de la médecine infectieuse, ce sont des gens chez qui on découvre soit un cancer, soit une maladie auto-immune qui peuvent avoir des conséquences et donc des modifications de démarche de l'image corporelle.

CG : Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité ?

Rep : Je dirais avoir des soignants qui sont abordables auprès des patients de manière à ce que le patient puisse se trouver en confiance, et c'est pour cela que trois quarts des patients connaissent les prénoms de mes agents de manière à pouvoir les mettre en confiance, et du coup être plus ouverts et savoir quels sont les problèmes qui ne seraient pas décelés par l'équipe médicale.

CG : Ça ne gêne ni les patients ni les soignants ?

Rep : Non, le fait que avant c'était de la cancérologie avant la médecine infectieuse donc c'est déjà l'approche que l'on avait, de manière à ce que quand le patient arrive, ou que l'agent découvre le patient, l'agent va se présenter en tant que « Y » (prénom) l'infirmière d'après-midi ou « X » (prénom) l'aide-soignant du quart du matin. C'est une décision d'équipe sur les deux spécialités.

CG : Et les freins ?

Rep : De montrer un manque d'empathie envers le patient de la part des soignants.

CG : Pouvez-vous me parler comment est aborder le soin dans votre unité de médecine ?

Rep : Par exemple, le pansement est toujours fait avec les mêmes règles de base d'hygiène pour autant l'approche du patient est différente selon son expérience professionnelle. Puisque j'ai des agents qui viennent de réanimation, d'autre qui étaient des infirmières polyvalentes ou aides-soignantes polyvalentes, donc ils n'ont pas la même manière de faire, pour autant le résultat du soin est efficace puisqu'on arrive à la guérison du patient ou au moins à un état stable.

CG : Pouvez-vous m'en dire plus sur l'organisation du soin, comment ils travaillent ?

Rep : Ils se concertent sur « comment est-ce que le patient ressent le soin et comment il le gère mieux ». Et donc, c'est plus de ce côté-là que les agents se concertent entre eux, notamment on en parle au staff du jeudi matin pour la médecine infectieuse. Et ils ont toujours la traçabilité des feuilles pansements sur le logiciel sillage du dossier patient qui sont faites permettant de pouvoir guider la collègue qui ne connaît ni le patient ni le pansement et de pouvoir le faire de la meilleure façon. Il n'y a jamais la question non plus de gain de temps, c'est-à-dire qu'ils pourraient être amenés à travailler différemment en fonction de la charge en soins et notamment comment se déroule le quart. S'ils font déjà 2 réanimations ou 2 décès dans la matinée ils ont une façon différente de prendre en charge la suite des patients. Après, certains ne se posent pas de question au niveau du soin mais c'est très rare !

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Un malade qui requiert des soins, qui requiert de l'attention. S'il vient à l'hôpital c'est qu'il y a un problème quelque part et on ne sait pas toujours où il se trouve. Un patient qui arrive dans mon service, par exemple en médecine infectieuse, c'est parce qu'il a une infection. Pour autant il y a des moments on sait qu'il a une infection parce qu'il a une hyperthermie mais on ne sait pas l'origine. [silence] Mais le patient, c'est un être humain ! Un monsieur ou une dame qui requiert une attention particulière et pour lequel il faut qu'on arrive à comprendre qu'est ce qui ne va pas autant psychologiquement, que pathologique ou physiquement.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : Une place essentielle puisqu'on est là pour lui.

CG : Pouvez-vous préciser notamment sur son choix de décision ?

Rep : Cela dépend du cas de figure, cela dépend s'il est conscient ou pas conscient, s'il est mentalement avec toutes ses facultés, et cela dépend aussi du contexte général. On a des gens qui ont des situations tellement compliquées, qu'on ne sait pas ce qui est vrai de ce qui est faux dans les dires du patient.

CG : C'est-à-dire dans les « dires » du patient, vous parler de vérité de sa part et de la part du soignant ?

Rep : Je ne pense pas qu'il faille tout dire en première intention, et notamment sur la médecine infectieuse, parce qu'il y a des moments ils arrivent avec quatre diagnostics différentiels potentiels et finalement c'est le cinquième qui est le vrai et ce n'est pas celui qu'on avait évoqué au départ. Donc, on aurait tout dit au patient peut-être qu'il aurait été plus paniqué et du coup il aurait été moins acteur de sa prise en charge et il aurait peut-être été plus fragilisé psychologiquement. Il y a peut-être beaucoup plus à nuancer, dire qu'effectivement il y a un problème sans justement identifier le ou les problèmes potentiels.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : Oui, plus du côté de la maladie infectieuse que l'ORL (otorhinolaryngologie). Dans le sens où on a des patients qui arrivent, qui ont des hyperthermies, qui sont douloureux, pour lesquels l'hyperthermie est prise en charge mais la douleur n'est pas prise à sa juste mesure. Donc le fait d'avoir le staff du jeudi et que les soignants viennent et moi, du coup on montre notre opposition à effectuer les soins tant que le patient n'est pas calmé.

CG : Si je comprends bien c'est au staff que vous échangez ?

Rep : Oui et ça tous les jeudis.

CG : Et Qui est au staff ?

Rep : Il y a à la fois obligatoirement un médecin, un médecin infectiologue, les internes puisque c'est eux qui présentent les dossiers, la diététicienne, l'assistante sociale, infirmière, aide-soignante et moi-même, et du coup chacun émet son opinion, et chacun émet ses inquiétudes. On échange tous ensemble.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui parce qu'il y a des moments où les patients ne sont pas pris en charge de façon globale mais juste au point de vue médical, cela fait que le médecin est content parce qu'il a mis un diagnostic ou il a mis une supposition de diagnostic et il met un traitement en place sauf qu'il oublie que le patient c'est un être humain et que le ressenti et la verbalisation du patient ne sont pas toujours acquis selon le degré de connaissance du patient, ou selon le niveau social.

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de discussions d'ordre éthique, de réflexion éthique ?

Rep : Oui de réflexion éthique, pour la simple et bonne raison c'est qu'il y a des moments on est obligé de remettre les médecins devant la réalité et de leur dire que ce n'est pas une jambe que l'on soigne c'est un être humain. Si vous n'expliquez pas au patient, il ne va pas comprendre, il ne va pas adhérer et qu'obligatoirement on va avoir moins de collaboration avec lui et qu'obligatoirement on va ralentir le processus, on va risquer d'avoir plus de complications que de bénéfices. Il faut se questionner tous ensemble.

CG : En dehors du staff, avez-vous d'autres temps pour vous questionner sur le soin ?

Rep : Oui parce qu'il y a des moments où les soignants refusent d'effectuer les soins parce qu'ils n'ont pas compris pourquoi on faisait ça, puisqu'il y a des pathologies qui sont assez complexes avec des soins qui ne sont pas toujours en adéquation, ou du moins on n'a pas compris à l'origine pourquoi on faisait ça comme soin plutôt qu'un autre et du coup les soignants, avant de les exécuter « bêtement » comme on pourrait le faire, demandent « pourquoi on fait ça, quel est l'intérêt et qu'est-ce que l'on recherche ». Du coup, ça les implique un peu plus dans la prise en charge du patient et cela augmente leur niveau de vigilance.

CG : Finalement, est ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : En tout cas cela, permet une meilleure acceptation du soin par le patient et une meilleure gestion du devenir du patient pour les soignants. Ils arrivent mieux à comprendre où est-ce qu'est leur place et d'avoir vraiment le sentiment d'avoir fait le maximum pour leur patient et de ne pas avoir exécuté bêtement un acte qui leur a été demandé. Et cela évite que les agents aient l'impression d'être frustrés et d'avoir fait des soins en série sans avoir aucune individualité.

CG : Donc là éventuellement, vous pouvez avoir cette notion de soins en séries mais pouvez-vous préciser soin en « série » ?

Rep : Par exemple il y a des moments où les patients sont tous sous morphiniques, donc on arrive à une difficulté notamment de constipation et donc on se retrouve à donner des traitements ou des lavements à faire, et il y en a un pour lequel là, on nous dit « il faut faire un lavement et celui-ci il a un cocktail particulier à mettre ». Et pourquoi celui-ci a un cocktail particulier et que les autres non ? La dernière fois qu'on a eu un lavement à faire, le malade était constipé c'est vrai, en plus il avait une hyperkaliémie donc on lui a mis un traitement dans le lavement, cela évitait au patient de l'ingérer parce que c'est pas évident mais en plus on lui a fait diminuer son taux de potassium rapidement, et les agents n'avaient pas compris pourquoi cette fois-ci le traitement, on le mettait dans le lavement alors qu'ils savent que habituellement on le donne plus à boire. Le fait que ce soit quelque chose qui sorte de l'ordinaire les oblige à se poser la question « quel est l'intérêt de faire différemment que d'habitude. » Et moi, ayant une connaissance infirmière, il y a des moments je les aiguille et ça leur permet de ne pas rentrer dans les murs en affrontant directement les médecins, parce que les médecins n'ont pas toujours toute la subtilité et qu'ils ont quand même une charge assez élevée de travail, donc il y a des moments où les médecins ne sont pas toujours diplomates pour donner les

réponses. Mais, les soignants n'y sont pas toujours ça dépend.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : Un travail de collaboration sans tenir compte du grade de chacun.

CG : Et un travail en équipe ?

Rep : Pour aller sur une ... enfin pour retrouver une santé optimale pour le patient. C'est le bien être du patient qui est le résultat final à obtenir. Que chacun puisse exprimer son ressenti, sa difficulté à pouvoir exécuter un soin ou au contraire sa facilité à pouvoir le faire. Pouvoir s'écouter et pouvoir échanger sans pour autant se heurter.

CG : Se heurter, c'est-à-dire ?

Rep : Cela dépend du caractère des agents. Du caractère des agents et du résultat, ou du moins de l'objectif à poser.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Parce que si l'objectif ne convient pas, cela peut poser problème dans l'équipe. Donc l'agent ne va pas suivre ou en tout cas ne va pas se donner les moyens de pouvoir faire dans le délai qui est imparti l'objectif vu en équipe.

CG : et ?

Rep : Quand je suis présente, je recadre quitte à faire intervenir les médecins ou de prendre le soignant et puis de s'arranger durant les transmissions ou durant la contre visite du soir de pouvoir demander des explications aux médecins. En fait, là c'était parce que l'opinion n'était pas partagée entre les médecins et les soignants. Parce que les dires des patients ne sont pas les mêmes face au corps médical et face au corps paramédical.

CG : Cet objectif, c'était ?

Rep : Une décision médicale, mais les soignants n'ont pas voulu suivre, parce que ce n'était pas le souhait que le patient avait formulé au départ. En fait, le dire du patient il avait été formulé auprès des aides-soignants.

CG : Comment avez-vous fait ?

Rep : Simplement j'ai repris avec le médecin en disant que je ne voyais pas quel était l'intérêt et quel était l'objectif qui avait été posé

CG : Le jour de la décision médicale qui avait été prise, étiez-vous présente ?

Rep : Non parce que cela s'est fait sur un samedi matin en réunion d'équipe et comme c'était un effectif réduit et que l'objectif du médecin était que le patient soit apaisé, même si pour ça c'était plus répondre aux soins de confort comme on pouvait le penser. Parce qu'on avait un patient qui était considéré comme étant comateux et pour lequel c'était des soins de confort qui étaient appliqués, et étant avec un parcours de cancérologie, les soins de confort que nous on avait en tête n'étaient pas les mêmes puisque le corps médical était différent. Un corps médical de cancérologue, ce n'est pas la même chose que celui d'un médecin interniste.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Ça veut dire que là le patient on était censé lui faire des soins de confort, donc on ne met pas un ballon à dix litres d'oxygène pour faire une hypercapnie au patient alors que c'est vrai qu'il ne présentait pas de signes de douleur hein ! Sauf que le malade ne présentait pas non plus de signes d'inconfort quand on est descendu à un litre d'oxygène. Sauf que cela a permis d'apaiser le patient et le laisser partir confortablement et que les soignants n'aient pas l'impression d'avoir de l'acharnement thérapeutique.

CG : Avez-vous pu reprendre ensemble pour y réfléchir après ?

Rep : Avec le paramédical oui avec le médical non, parce que pour les médicaux c'est : on est là pour sauver les gens, alors que quand on sait que de toute manière c'est impossible de sauver les gens, il faut faire admettre aux soignants qu'effectivement ils ont raison, et ce n'est pas quelque chose que le corps médical est prêt à faire. Et puis, quand on en a discuté superficiellement le jeudi en disant qu'on donnait 24 heures supplémentaire et du coup cela a été revu le vendredi soir et après c'est tombé sur le week-end. C'est parce que moi je suis venue travailler le week-end étant de garde, que j'ai dit « là non-stop on arrête de faire de l'acharnement ». Même si les aides-soignants l'ont évoqué le jeudi au staff le corps médical n'était pas prêt à l'entendre. Parce que pour eux ils ne voient qu'un patient à un instant T, juste pour une visite, alors que les soignants il ont exécuté des soins qui demandaient une présence de 3/4 d'heure, donc ce qui favorisait l'échange du soignant avec le patient. Je pense aussi que cela ne fait pas partie des études de médecin de pouvoir être plus présent auprès des patients, et d'entendre, et pas de prendre que la pathologie mais prendre le bien être du patient.

CG : *Et donc dans votre service à part le staff, faites-vous des temps de réflexion éthique ?*

Rep : Oui, je prends le temps. Je prends le temps de façon à ce que je sente que mes soignants sont bien et que ça ne les pèse pas.

CG : Avez-vous notion de l'existence dans votre établissement d'une instance éthique ou un lieu où vous pouvez formaliser des questionnements de soins ?

Rep : Quand on a trop des problèmes sur l'éthique, on fait plus appel du point de vue douleur aux médecins des soins palliatifs, du coup elle recadre un peu les choses avec nos médecins.

CG : *Et pour le comité d'éthique, existe-il dans votre établissement ?*

Rep : Je ne sais pas si ça existe

CG : Vous est-il possible de m'expliquer son rôle ?

Rep : J'estime que c'est une instance à laquelle les médecins doivent faire appel et qu'un cadre n'a pas sa place dedans.

CG : *Et si par exemple vous aviez la possibilité d'appeler le comité d'éthique, est-ce que vous le feriez pour des questions justement éthiques ?*

Rep : Je pense que cela dépendrait du médecin responsable du patient à ce moment-là.

CG : Au sein de votre unité, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la mise en place de temps pour réfléchir sur l'éthique du soin avec l'équipe ?

Rep : Oui, ça permet en tout cas aux soignants, quand cela devient trop lourd pour eux à supporter, de venir vider leur sac de manière à pouvoir mieux gérer la situation et pouvoir l'appréhender différemment, ou revoir leur jugement.

CG : *Est-ce que vous avez des temps de réflexion éthique pour réfléchir sur le soin en dehors du staff par exemple ?*

Rep : Pas avec cette double spécialité là. C'est quelque chose que l'on pourra envisager lorsque la restructuration aura lieu et que la médecine infectieuse sera toute seule. C'est parce que le fait que les aides-soignants soient mutualisés et que les infirmières sont sectorisées fait qu'il y a un clivage entre la population infirmière et la population aide-soignante. En fait, les infirmières sont le porte-parole des médecins donc elles donnent des ordres aux aides-soignants sans pour autant leur donner l'objectif final à atteindre.

CG : *Et le travail d'équipe ?*

Rep : il existe pour autant il n'est pas appliqué de la même manière selon le binôme infirmière-aide-soignant en poste. Je fais des réunions à deux ou à trois ou avec la population infirmière et la population aide-soignante, mais le fait de mélanger tout le monde non ! parce que chacun y voit que son grade à lui et ne tient pas compte d'une globalité. C'est très compliqué.

CG : Si nous revenons au rôle, pouvez-vous me préciser ce que vous entendez par « rôle » ?

Rep : Savoir écouter, savoir observer et savoir détecter ou est-ce qu'est le problème et entre quel agent et quel agent. Avoir une bonne observation et avoir une bonne écoute et pouvoir voir où est-ce qu'est le malaise. [silence] Je suis obligée de passer dans le service de façon à prendre la température du service et voir s'il y a un problème ou pas parce que je connais bien mes agents. Alors, le matin, quand j'arrive je fais obligatoirement le tour du service pour dire bonjour à mes soignants, donc je vois bien si effectivement, il y a déjà un problème ou pas de problème et comme nos chambres sont quasiment toutes ouvertes même pour les trachéotomies du coup je vois si le patient est bien ou pas. Même si je n'effectue pas de soins je vois... mon expérience de soignante de base fait que je sais si mon patient est confortable pas confortable, s'il y a un souci ou pas. Après, cela me permet de pouvoir revenir dans un deuxième temps soit de revenir voir le patient, soit de prendre l'agent et de discuter avec lui pour savoir où est le problème.

CG : *Etes-vous présente dans le service ?*

Rep : Oui, je suis beaucoup présente dans le service pour le bien de mes patients et pour le bien de mes agents. Pour cela, je suis obligée de sélectionner qu'est-ce que je dois faire en premier qu'est-ce que je peux faire plus tard, en fonction de comment est le ressenti de mes patients, comment ... enfin je perçois mes soignants, je sais si c'est plus le service qu'il faut que je commence à huit heures du matin ou si c'est plus la consultation ou si c'est autre chose parce que cela devient de plus en plus complexe et du coup pour pouvoir toujours réussir à mener à bien mes missions je suis obligée d'augmenter l'amplitude de travail.

CG : *C'est-à-dire ?*

Rep : Parce que je trouve qu'un agent qui n'est pas bien au travail obligatoirement le patient va le ressentir et du coup on ne va pas aller sur une guérison du patient. Et puis on a des arrêts à répétition donc ce n'est pas le but du jeu. Le but du jeu, c'est que les patients puissent être bien pris en charge, que les soignants soient bien et que lorsqu'ils partent de leur service ils soient

assez bien pour pouvoir vivre leur vie privée tranquillement et pas toujours penser au boulot. Disons que je sais quand j'arrive mais je ne sais pas quand je repars !

CG : Malgré ces complexités d'agents, de médecins, pensez-vous que ce serait votre rôle d'instaurer des temps de réflexion éthique pour réfléchir sur le soin auprès des équipes ?

Rep : Oui je pense que c'est ce que l'on va pouvoir faire lorsque la médecine infectieuse va être toute seule. On était censé déménager fin juin mais avec la crise sanitaire actuelle, c'est reporté donc maintenant savoir quand est-ce que la crise sanitaire va s'arrêter pour que l'on puisse avoir les déménagements, les travaux ...

CG : Est-ce que c'est important pour vous de pouvoir réaliser ces temps de questionnement ?

Rep : Ça permet d'évoluer, ça permet de se remettre en question et de ne pas rester sur ses acquis

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non, je ne crois pas.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Pas de soucis, alors diplômée depuis 7 ans et même chiffre pour l'unité. Pour mon âge, j'ai 51 ans.

CG : Eh bien, merci beaucoup pour cet échange.

Entretien n°8

Date : Le 30/03/2020
Durée : 1heure 01
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui.

Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : Pas de soucis.

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Je suis infirmière en médecine interne maladies infectieuses. Donc, nous on est cinq infirmières, il y a pas mal d'aides-soignantes plus que d'infirmières je pense. On travaille en collaboration avec le service d'ORL (otorhinolaryngologie). Beaucoup d'entrées directes, d'entrées post consultation, quelques entrées par les urgences. [Petit rire], on fait des soins de surveillance, on fait pas mal de soins techniques parce que l'on fait des transfusions, on peut avoir des « Pic Line », on a des cathéters parce qu'on a des gens qui reviennent de réa aussi pas mal, tous les patients qui sont atteints de bactériémie. Donc, notre premier tour de soin, on fait les constantes des patients, les médicaments, les injections, pour être prêts à peu près pour neuf heures quand les médecins arrivent pour pouvoir faire la visite avec eux, on reste dans le bureau et on discute de tous les patients. Donc ça c'est vrai qu'on est qu'avec les infirmières, les aides-soignantes n'y participent pas, bien que ce serait une bonne chose je pense. Ils participent seulement le jeudi quand il y a le staff. Parce qu'il y a un staff le jeudi avec toutes les équipes pluridisciplinaires, avec la diététicienne, avec l'assistante sociale, la surveillance et les aides-soignantes qui maintenant viennent. Parce que c'est vrai, qu'ils connaissent beaucoup de choses sur les patients au niveau alimentation, toilettes, et tout ça, autonomie. Ils ont quand même une connaissance des patients plus abondante que la nôtre. On ne travaille pas en binôme avec les aides-soignantes. Ils travaillent ensemble, nous on travaille toute seule en fait. On travaille en quart, matin, après midi et journée et on est une infirmière du matin, une de journée, une du soir pour dix lits. En fait il y a quatorze lits en médecine infectieuse mais on s'occupe d'un côté que de dix patients et de l'autre côté il y a huit ORL et quatre lits maladies infectieuses. Ce sont les infirmières d'ORL qui gèrent les quatre lits des maladies infectieuses. En fait, on a vingt-deux patients pour deux infirmières du matin et une de journée. Et celle de journée va des deux côtés. Évidemment si on a du temps on file un coup de main aux collègues. Par contre, c'est sectorisé donc on ne fait pas de quart côté ORL.

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : le soin..., qu'est-ce que c'est que pour moi le soin, le soin c'est apporter du réconfort au patient, lui administrer ses traitements en lui expliquant, enfin en le rendant actif de sa maladie qu'il sache ce qu'on lui fait, pourquoi on lui fait les choses patient. Intégrer sa famille aussi, connaître son environnement, pour évaluer la possibilité de la sortie. Et puis après le soin c'est tout ce qui est autour aussi, ça fait partie de toute l'organisation du service, enfin ça ce n'est pas des soins mais cela fait partie de notre travail par contre.

CG : Que représente pour vous un soin de qualité ?

Rep : En fait, le soin devrait toujours être de qualité [rire] ! il ne devrait pas y avoir de différence.

CG : Quels sont selon vous les freins ?

Rep : La surcharge de travail, le manque de temps et les interruptions de tâches. Par exemple, si on trouve un pansement un peu souillé ou qu'il commence à se décoller un petit peu, il faut qu'on le refasse, alors moi j'estime qu'il faut le refaire, donc normalement il faut le refaire aux quatre temps de bétadine selon l'hygiène. Ces des choses qu'on a à refaire régulièrement et moi j'ai tendance à faire à la bétadine alcoolique comme je faisais avant et j'ai du mal à me mettre à le faire aux quatre temps préconisés parce que je trouve que cela prend beaucoup de temps et bon et en plus je n'ai pas l'impression d'être invasive à ce moment-là, et je pense le faire proprement. Si on respecte les règles de l'hygiène, moi je parle surtout par rapport à l'équipe d'hygiène, ce sont des choses qui prennent énormément comme temps. Donc, il y a des choses auxquelles je ne déroge pas parce que je pense que c'est très important : les quatre temps pour les poses de perfusion, les gants stériles, tout ça, mais si j'ai une urgence c'est différent. Mais voilà, c'est des choses qui prennent du temps. Je pense aussi qu'avec la surcharge de travail qu'on prend moins de temps à discuter avec le patient. On va passer plus rapidement, on va faire des choses de façon plus systématique. Enfin on va regarder les comprimés, on va les donner de façon plus systématique et donc on va avoir moins le temps de réfléchir à s'il y a une erreur de prescription par exemple. Je regarde toujours ce qui est écrit mais si des fois il y a du sérum physiologique de prescrit et du lasilix avec , bah s'il y a beaucoup de boulot je vais peut-être pas « tilter » dessus, parce que je vais faire vite et je vais faire les prescriptions comme c'est bien prescrit, mais bon des fois cela peut arriver qu'il y ait des choses qui ne soient pas adaptées ! Ce n'est pas logique de donner du lasilix et une perfusion de sérum physiologique, normalement il ne faut pas, mais là, c'est des erreurs de prescription, enfin ces prescriptions médicales qui ne sont pas adaptées,

c'est à nous d'aller voir les médecins pour gérer le problème ! ... On va être dans la rapidité et pas dans la réflexion. C'est un problème de réflexion que l'on ne va pas avoir le temps de faire. Les interruptions de tâche quand il y a une surcharge de travail c'est horrible !

C'est aussi que les gens font un peu comme ils ont toujours fait quoi ! Que chacun fait sa vie dans le service quoi ! Que les choses sont difficiles à faire bouger. Pas au niveau infirmier.

CG : Alors vos attentes ?

Rep : Autonomiser un peu plus les soignants. Il y a des soignants qui ne savent toujours pas des choses alors que cela fait longtemps qu'ils sont dans les services et du coup, ils vont toujours interrompre la personne qui est au courant, donc on va nous interrompre, ou alors un coup de téléphone. Des fois les médecins pourraient prendre la commission ou répondre parce que c'est un truc qui ne nous concerne pas et ça va revenir tout le temps à nous, qu'il y ait des choses qui soient moins... enfin que des fois les gens essaient de réfléchir [rire]. Pour moi la surcharge de travail, ça va être les ordinateurs qui fonctionnent pas et pendant une semaine personne ne s'en occupe, et on revient au bout d'une semaine de vacances et l'ordinateur ne marche toujours pas et personne ne s'en est occupé. Donc c'est des petits trucs comme ça qui vont se rajouter. Que moi par exemple je vais avoir le temps de gérer parce que je ne trouve pas normal que ce ne soit pas fait. En plus tous les à-côtés en fait : remplir les chariots, les poubelles il y a plus de sac blanc personne va aller chercher un sac, c'est cette charge de travail là en plus que je trouve très envahissante.

CG : Et qu'est ce qu'il favorise le soin de qualité ?

Rep : C'est l'adapter par rapport aux besoins du patient et avoir le temps aussi.

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : C'est une personne à part entière avec son histoire, son vécu personnel, son activité professionnelle, s'il est marié, son histoire de maladie, la personne en entier quoi, en globalité quoi.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : Je pense qu'il faut que les patients soient acteurs de leur maladie, acteur de leur séjour, je trouve normal qu'ils sachent pourquoi on leur fait telle ou telle chose, moi je donne beaucoup d'explications sur leur soin, quand je leur donne leurs médicaments. Cela peut être le genre de choses où c'est vrai que si j'ai moins le temps je vais peut-être moins le faire mais leur dire : « ça c'est pour ci, ça c'est pour ça ». Surtout ceux qui sont actifs. Les personnes qui comprennent moins les traitements ce n'est pas toujours utile parce que des fois ils ne vont pas comprendre mais j'essaie de leur expliquer. Oui, je les mets acteurs et pour nous aider parce que s'il y a des reflux dans les perfusions, moi je leur dis qu'il faut qu'ils appellent, il ne faut pas que ça reste comme ça, je leur explique que ça bouche la perfusion. Après, il faut faire attention parce qu'il ne faut pas les angoisser non plus. Mais voilà je suis partante pour que le patient soit acteur de son hospitalisation.

CG : A ce que j'entends, faut-il toujours « qu'il sache » ?

Rep : Alors ça c'est le médecin qui décide. Moi je ne vais jamais donner une vérité que le médecin n'a pas dite. Après non je pense qu'il faut dire la vérité, enfin expliquer quand même pourquoi on fait les choses. Après, si le patient ne cherche pas en savoir plus [silence] mais il faut oui, si on est sûr que le patient a un cancer, je pense que sauf s'il est vraiment incapable de l'entendre, mais même s'il n'est pas capable de l'entendre et qu'on lui dit ce sera comme s'il ne l'a pas entendu je pense. Oui, pour moi il faut dire quand même la vérité, après il faut savoir le dire. Il faut laisser le temps au patient d'accepter, parce qu'il y a plusieurs phases donc après on peut redire les choses doucement jour après jour mais sans brusquer. Après si la famille ne veut pas qu'on leur dise, il faut faire un cheminement avec la famille pour qu'on arrive à dire la vérité, après c'est un travail à faire avec la famille et on ne peut pas aller contre la famille si elle estime que le patient n'est pas capable de l'entendre, par exemple pour des gens Alzheimer ou pour de gens qui n'ont pas toute leur tête. Ils peuvent aussi ne pas vouloir qu'on fasse un soin aussi.

CG : C'est à dire ?

Rep : Par exemple, des gens qui ont des prises de sang tout le temps, qui ont dix-neuf ans et qui disent j'en ai assez, après on revoit avec les médecins pour dire « bah non là est-ce qu'on ne peut pas faire autrement ? Est-ce qu'il y a vraiment besoin ? » Voilà, je pense qu'il faut comprendre le patient et soit lui donner les explications de pourquoi on fait les choses. Mais si le patient refuse au début, en discutant, en lui expliquant le bénéfice pour lui il va dire oui, sinon s'il dit « non » c'est parce qu'on arrive au bout de quelque chose c'est compréhensible, et faut essayer de comprendre. Il faut déjà essayer de comprendre pourquoi il refuse. Mais je pense qu'il faut leur expliquer.

CG : Dans ce cas là où le patient ne veut pas un soin, est ce que vous vous réunissez des fois en équipe pour en discuter ou si ça vous questionne ?

Rep : On peut en discuter avec les médecins mais il n'y a pas de réunion particulière avec toute l'équipe, mais on peut en discuter au moment où on voit les médecins le matin, on a quand même le temps avec les médecins le matin. Des fois, on refait une petite contre visite à la fin de la visite médicale, et si on est d'après-midi vers cinq-six heures on refait un point. Donc nous,

quand il y a des choses qui nous questionnent, on peut tout à fait en parler avec les médecins ou également des fois on propose des soins palliatifs, on leur dit : « on pourrait peut-être penser aux soins palliatifs », je veux dire c'est très ouvert et on peut discuter facilement, ou leur demander pourquoi ils veulent à tout prix ça et on aura des réponses auprès de l'équipe médicale, et on peut donner notre avis, on est écouté même si après cela ne change pas spécialement leur décision, et des fois ils sont d'accord avec nous, voilà moi je pense que l'on peut discuter facilement, parce qu'on a des médecins jeunes et qui sont bien. Enfin moi, je trouve que dans le service c'est très bien. On peut aussi en discuter au staff du jeudi.

CG : Pouvez-vous préciser ?

Rep : Oui, on peut en discuter au staff. Notre cadre peut des fois dire « pourquoi on ne le met pas en soins palliatifs », ça peut être elle qui le suggère aussi au moment du staff du jeudi, les aides-soignantes aussi, oui tout le monde peut poser des questions. Après les aides-soignantes vont avoir tendance à nous le demander à nous et pas directement aux médecins et c'est nous qui allons faire le relais. Bon, c'est vrai des fois je trouve que justement elles pourraient poser directement les questions, parce qu'il n'y a pas de raison.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : Et bien, je pense qu'elles osent moins poser les questions aux médecins. Alors ça dépend des personnalités, il y en a qui vont oser aussi, mais d'autres qui vont moins oser, alors qu'ils sont très abordables.

CG : Qui est au staff ?

Rep : Il y a une infirmière, une aide-soignante, le cadre, la diététicienne, l'assistante sociale, les kinés (kinésithérapeutes) sont là et les médecins. C'est pluridisciplinaire en fait. Les internes c'est eux qui présentent les patients. Nous, on dit les problèmes du jour, les questions qui nous interrogent et donc après les gens prennent la parole, on échange, voilà chacun donne son avis. Les gens interviennent s'il y a besoin.

CG : Pensez-vous finalement que ces *staffs*, seraient des temps de questionnements, de réflexions, en fait des temps de réflexion éthique ?

Rep : Oui, je pense que oui puisque les médecins peuvent discuter de « qu'est-ce qu'on peut faire, qu'est-ce qu'on envisage pour le patient » mais alors par contre les décisions ne vont pas être prises à ce moment-là ! Chacun va exposer les problèmes et après les médecins vont en rediscuter au moment de la visite quand ils sont entre eux ils écoutent les choses qui sont dites et après ils vont soit appeler un autre confrère, ils vont relayer les choses, parce que ce sont les médecins quand même qui décident.

CG : Alors ,existe-t-il d'autres temps de réunions hors staff pour échanger sur des problématiques éthiques de soin, les prises en charges avec le cadre ?

Rep : Des réunions comme ça non ça arrive rarement. Au niveau cadre non on n'a pas beaucoup de réunions. En fait, au niveau d'une réunion sur la réflexion éthique, je n'en ressens pas le besoin. Pour moi c'est plus par rapport à l'organisation du service mais et c'est pas du tout par rapport à l'éthique. Moi je suis assez en phase avec ce qui se fait. Bon, par contre c'est vrai qu'il y a des collègues des fois qui ne sont pas d'accord mais elles en parlent directement avec les médecins. C'est fait au moment où il y a le problème en fait.

CG : Et trouvez-vous que ce serait plus intéressant de se questionner ensemble ?

Rep : On en parle comme ça mais on ne fait pas de réunion particulière. Et, ça prend du temps quoi ! Et on ne peut jamais être toute l'équipe. En fait, comme je trouve que l'on en discute déjà entre nous, puisqu'on en discute avec les médecins, on en discute entre les infirmières, après peut-être qu'il faudrait plutôt intégrer des équipes aides-soignantes et ASH (agent service hospitalier), parce que souvent on en discute entre médecins et infirmières et c'est peut-être que pour les aides-soignantes, enfin les autres personnels, oui cela pourrait être intéressant d'entendre ce que nous on dit en fait ,ce qui se dit dans la salle de soins avec les médecins.

Parce que les aides-soignants sont là que le jeudi au staff et sinon ils ne sont pas là au moment où on parle des patients, où on donne les transmissions sur les patients à neuf heures, il n'y a que les infirmières.

CG : Pourquoi ?

Rep : Ils sont partis déjeuner. Donc, ils ne sont là que le jeudi au staff parce que c'est imposé. En semaine, quand on fait le tour de tous les patients avec les médecins ils ne sont pas présents. Ils sont en pause.

CG : Les temps de pause ne sont-ils pas en même temps pour les soignants ?

Rep : Non, je pose après parce que si on commence à neuf heures quinze avec les médecins et que l'on finit à neuf heures quarante-cinq, les aides-soignants ont déjà fini leur pause. Moi, je pense qu'il faudrait que l'équipe d'aides-soignants se sente plus responsable ! Parce que je pense, qu'ils ont une grosse responsabilité par rapport aux soins des patients et qu'ils ne loupent pas d'informations, qu'ils aient toutes les informations. Le problème, c'est ça aussi, nous, on est un gros relayeur d'informations et que s'ils étaient là en même temps que nous, cela serait plus facile. Moi, je pense vraiment que les gens soient plus investis.

Nous infirmières, on est entre les médecins et les aides-soignants et cela nous demande énormément de temps. Le fait de passer de l'aide-soignante au médecin, je trouve que c'est fatiguant aussi. Et il y en a qui se sont rendu compte que venir au staff le jeudi c'était bien, c'était très intéressant. Moi c'est ce que je leur dis : « mais venez, écoutez quand on parle », parce que des fois ils ne comprennent pas pourquoi il y a tel isolement, tel truc, mais je leur dis « mais venez quand on parle des patients avec les médecins, vous allez voir vous allez apprendre plein de choses, ça c'est très enrichissant » et on comprend pourquoi on fait les choses, on ne fait plus les choses bêtement.

CG : Le temps de pause du matin peut-il être décaler pour les aides-soignantes ?

Rep : Ça leur ferait tard et côté ORL ce n'est pas pareil. En fait, au niveau aides-soignants ils ne sont pas du tout sectorisés comme nous donc l'aide-soignante qui a pris les transmissions du côté ORL ne connaît pas nos patients donc c'est compliqué !

CG : Finalement, est ce que c'est vraiment utile ce temps de staff pour une qualité du soin ?

Rep : Oui le staff, c'est important pour la qualité du soin car au staff tout le monde est là. On parle en fait de tout ce qui concerne le patient.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ? un travail en équipe ?

Rep : C'est des collègues qui travaillent tous ensemble avec comme seul but le patient. C'est des soins à effectuer au patient, des soins corrects et bien faits.

CG : Et son objectif ?

Rep : Que l'on travaille pour que le patient soit bien soigné tout simplement.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui oui c'est important oui. Je pense que s'il y a une bonne organisation, une bonne communication surtout, parce qu'il faut communiquer, c'est important que l'on se relaye des informations.

CG : Au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins ?

Rep : Le cadre, quelle démarche il peut faire pour aider [silence]. C'est quand même, je pense que cela fait partie de son travail de gérer l'équipe et les soins... enfin les relations entre aides-soignantes et infirmières, oui je pense qu'il a ce rôle-là et ça peut être une demande de notre part si on estime en avoir besoin ! Je pense que s'il se rend compte qu'il y a un souci dans l'équipe par rapport à quelque chose qui nous questionne je pense que c'est son rôle au moins de nous proposer d'y réfléchir.

CG : Est-ce déjà arrivé ?

Rep : Oui, même par rapport à l'avenir, le patient, son devenir après au niveau de tout ce qui est des structures de soin, le cadre connaît bien mieux les structures pour l'avenir que nous. Oui, je pense que le cadre a un rôle important. Il y a plein de choses que le cadre fait que nous on ne fait pas.

CG : Et le cadre, peut-il vous amener à avoir une certaine réflexion éthique autour du soin ?

Rep : Oui, je pense. Avec son expérience, oui je pense que oui, avec l'expérience qu'ils ont, le cadre peut nous aider sur cette réflexion éthique et c'est elle qui connaît peut-être mieux l'éthique que nous. Et puis, l'éthique, c'est basé aussi sur les lois donc je pense qu'elle connaît mieux que nous tous les droits des patients et les droits des soignants !

CG : Quelle démarche doit-il avoir ?

Rep : Moi je pense qu'il soit régulièrement dans le service sinon si on a des questions on ne va pas tout le temps prendre le téléphone pour lui dire hein ! Ça va passer à l'as ! Pour moi la communication verbale c'est mieux que l'écrit.

CG : Qui pour vous est concerné par la mise en place de temps de réflexion éthique ?

Rep : Je pense que les collègues seraient d'accord que l'on fasse des réunions, mais quand il y a des réunions, il a peu de gens qui viennent. Ce n'est pas spécialement des réunions sur l'éthique mais bon après c'est difficile.

CG : Pour finir, le fait de réfléchir ensemble, pensez-vous que ça apporterait de la qualité aux soins ?

Rep : Je pense que ça apporterait de la qualité aux soins, les gens seraient plus investis je pense. Ce qui serait bien c'est qu'il y ait tout le monde pour que tout le monde comprenne et que tout le monde donne son avis. Mais en fait, on a tellement de bonnes relations et d'explications par les médecins qu'on comprend les choses pourquoi elles sont faites en fait.

CG : On ?

Rep : Là, c'est juste l'infirmière et le médecin.

CG : Et, d'être tous ensemble ?

Rep : Ah oui toujours ça par contre oui. Ça permettrait que tout le monde comprenne et que tout le monde se pose les questions ensemble. C'est sûr que pour les autres soignants oui je pense que ce serait intéressant pour eux. Après, si le questionnement se pose à un moment donné, il sera évoqué quoi. Des fois, on demande des réunions mais il n'y a pas beaucoup de réunions de mises en place. Mais après ce n'est pas par rapport à l'éthique, moi je parle par rapport à l'organisation du service si on demande des réunions, parce que cela fait partie de l'organisation aussi que les aides-soignantes soient là au moment des transmissions le matin par exemple. Quand on a des questionnements par rapport à la douleur tout ça on va chercher l'équipe aide-soignante et on leur demande en même temps. Parce qu'au moment des toilettes c'est eux qui vont se rendre compte de la douleur du patient. On va chercher l'aide-soignante pour qu'elle nous en parle sinon on en a besoin. Oui, on va chercher les informations aussi. Cela fait partie d'une organisation tout cela pour moi. Mais bon c'est vrai que nous on espérait le changement de service pour reprendre une nouvelle organisation en fait. Oui, on doit restructurer le service ailleurs sans l'ORL mais avec la situation actuelle, c'est retardé....

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Alors bien, depuis 29 ans que j'exerce mon métier et là depuis 5 ans il me semble et j'ai 50 ans.

CG : Et bien merci beaucoup pour votre temps.

Entretien n°9

Date : Le 01/04/2020
Durée : 50 minutes
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui.

Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : Oui d'accord ok

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Donc, je suis aide-soignant dans le service médecine interne et infectieuse et l'ORL (otorhinolaryngologie). Donc, j'ai commencé dans le service à partir de deux mille treize après avoir fusionné avec l'ORL parce qu'avant je travaillais en oncologie et pneumologie. Dans notre service, on s'occupe de tout ce qui est maladies infectieuses et les pathologies relatives à l'ORL. On travaille des deux côtés. En ce qui concerne, l'organisation de travail, on travaille soit matin, journée ou soir. Et au niveau organisation cela dépend s'il y a des patients qui ont une pathologie lourde, donc on est obligé de travailler en binôme, si la personne nécessite des soins juste pour la stimuler ou pour avoir un petit peu d'autonomie donc on fait alors seul.

CG : En binôme, ça veut dire avec l'infirmière et vous ou deux aides-soignants ?

Rep : Non les deux aides-soignants. Par exemple, si le soin qui est en cours nécessite l'intervention d'une infirmière, on s'organise d'abord. Avant d'entamer le soin, moi j'aime bien l'organisation, donc on s'organise afin que l'infirmière soit en concordance avec nous. Par exemple, s'il y a une réfection de pansement on lui dit, s'il y a un bolus à faire idem et dès que l'on finit notre soin, elle nous rejoint pour faire le reste. Ce qui fait qu'on ne fait le patient qu'une seule fois, on ne va pas le brusquer quand même !

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : Le soin, ça commence par un soin en général, c'est un soin de nursing, soin au niveau de la communication, soin au niveau du langage et plus le traitement. Donc un soin, ça relève de la globalité de la prise en charge.

CG : Que représente pour vous un soin de qualité ? Pouvez-vous précisez ?

Rep : Selon les moyens qu'on a dans le service, on essaie de donner notre meilleur pour que le patient soit satisfait dans son soin dans la globalité. Et donc la qualité du soin, ça relève d'une bonne communication, d'une bonne coordination entre l'équipe, le médecin et la cadre. Une qualité de soin, ça relève aussi beaucoup de la gestion du matériel. Donc on fait attention à tout ce qui entoure les patients, l'environnement, la chambre, la réfection d'un lit, tout ce qui suit et le repas aussi.

CG : Quels sont selon vous les facteurs pouvant freiner un soin de qualité ?

Rep : Freiner la qualité du soin des fois, c'est le manque de compétences de certains. Par exemple, quand il y a des infirmières qui sont des nouvelles infirmières donc elles ne connaissent pas beaucoup le protocole du service. Étant donné qu'on est dans la médecine et l'ORL, ce sont deux services qui sont un petit peu différent, ce n'est pas le même thème parce qu'il y a la chirurgie et de la médecine interne et l'infectieuse. Ce sont des services un petit peu contradictoires si l'on peut dire. Donc il y a beaucoup de protocoles au niveau de l'ORL et beaucoup d'infirmières qui n'aiment pas faire les deux services, elles ne peuvent pas. Donc ce qui fait qu'on est un petit peu sectorisé, à part quelques infirmières qui savent bien faire leur protocole, mais après ça vient avec l'expérience une fois qu'elles sont bien formées. Mais quand même, il y a certaines infirmières qui n'aiment pas faire les deux services. Et cela relève on peut dire de la compétence parce qu'elles n'ont jamais fait d'ORL. Par exemple, on ne sait pas faire un changement de canule, nous on le sent parce qu'on regarde, on est sur le terrain donc on observe. Oui donc le manque de compétences. Il y a aussi les personnes qui hésitent à poser des questions donc ça relève aussi du frein. Surtout quand on regarde nous, même en tant qu'aides-soignants, moi je m'occupe toujours de l'encadrement des élèves, des fois ils hésitent à poser des questions, moi aussi quand j'ai des questions sur les soins, je me réfère à ma cadre qui est toujours là qui nous épaulé. Après aussi, certains font vite les soins, c'est-à-dire le soin de base. Ils ne font pas par exemple des petits massages, ne prennent pas le temps dans le soin. C'est comme les infirmières, ça dépend de l'individu. Après certains ne s'occupent pas de derrière avec tout ce qu'il y a, la gestion de matériel, le matériel en panne, la traçabilité du matériel, les bons de commande, les bons pour le linge, il y a beaucoup de trucs.

CG : Et les facteurs favorisant le soin de qualité ?

Rep : La qualité du soin, c'est le travail en équipe, la qualité d'équipe et aussi le savoir-faire. Parce que quand on fait un soin de nursing, il faut qu'on respecte les consignes telles que l'hygiène, la pudeur, la sécurité et le confort de la personne. Nous, on

a de la chance parce qu'on a deux services, donc il y a beaucoup de soins. A part les soins de nursing qui sont toujours habituels, il y a l'intervention des médecins qui nous font à travers les réunions des exposés pour améliorer nos connaissances. Il y a aussi l'équipe d'hygiène qui vient pour nous faire les cours sur les isolements. Et puis, un soin de nursing ça diffère en fonction de la pathologie de la personne et en fonction de son état physique. Par exemple, une personne qui est en altération de l'état général ce n'est pas comme une personne semi-autonome ou alitée. Il faut s'adapter à la personne, prendre soin d'elle, prendre le temps de faire, c'est important tout ça !

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Un patient, c'est une personne comme nous, mais il faut la prendre dans la globalité. Un patient c'est la famille. Un patient c'est une culture. Donc il faut toujours respecter tout ce qui entoure le patient, donc il y a la culture, il ne faut pas faire des jugements, il faut prendre soin des patients.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : C'est la place primordiale, on est là pour lui. Mais en tant qu'aide-soignant je ne peux pas sortir de mon cadre propre de l'aide-soignant.

CG : C'est-à-dire ?

Rep : [**Silence d'hésitation**] Il faut que je respecte le secret professionnel. S'il me pose des questions, si la question n'est pas de notre ressort, je lui dis que je vais appeler le médecin ou l'infirmière. Je ne suis pas là pour répondre à des informations sur sa pathologie.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : Oui toujours, il y a des questions. Des fois, j'ai fait un petit peu d'oncologie donc, les personnes nous posent des questions au lieu de les poser au médecin ou à l'infirmière, et comme nous, on a une relation étroite avec les patients ce qui fait qu'ils nous posent des questions et nous on essaie toujours d'être à l'écoute. A un moment donné, c'est comme la famille, on essaie d'avoir une relation étroite avec eux pour les connaître bien et mieux pour le déroulement des soins. Ils nous prennent comme un petit peu : cette personne si elle sait quelque chose elle va me le dire, donc des fois ils essaient de détourner pour poser des questions. « Est-ce que j'ai » par exemple « j'ai le cancer et qu'est-ce qu'il a dit le médecin ? » Moi je dis « non cela relève de la compétence des médecins vous allez voir avec eux. » Je laisse toujours la balle pour le médecin en respectant le secret professionnel.

CG : Comment faites-vous pour les traiter ?

Rep : On en parle toujours entre nous au moment de la pause ou au staff du jeudi : « qu'est-ce qu'il a dit, qu'est-ce qu'il voulait savoir et tout ça » Notre priorité c'est le patient. Aussi lors des transmissions c'est tous les jours, plus au moment de la pause on parle toujours et tous les jeudis comme je le disais au staff.

CG : Comment est composé le staff ?

Rep : Il y a les médecins, internes, infirmières, nous, le cadre aussi la diététicienne....

CG : Pouvez-vous me parler plus du déroulement du staff ?

Rep : Par exemple des fois on parle du devenir de la personne, des fois on a des patients qui restent deux à trois mois, et nous on essaie d'intervenir sur quel est son devenir et surtout les patients qui n'ont pas de famille. Par exemple pour la prise en charge de l'aspiration et le changement de canule, les infirmières essaient d'éduquer pour apprendre les aspirations tout seul. Tout le monde s'engage pour que les choses se passent très bien.

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions ?

Rep : Je pense que oui, il y a beaucoup d'avis, beaucoup de discussion et donc à la fin de la réunion, les médecins prennent une décision à la suite des observations pour améliorer les soins dispensés au patient.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : C'est bénéfique parce que le staff c'est une équipe pluridisciplinaire.

CG : Finalement, est-ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : Oui quand on fait la réunion, il y a la communication qui est très importante au niveau de l'équipe interdisciplinaire, on communique beaucoup au niveau des staffs. Par exemple si la personne rentre dans la case des soins palliatifs. Nous, on dit « pourquoi on ne fait rien à la personne, pourquoi on ne parle pas avec la famille, avec l'entourage des soins palliatifs ? » Parce

que nous, quand on évoque les soins palliatifs, des fois pour les patients, c'est un peu lourd à accepter et puis c'est au médecin de leur dire. Après, quand on ne fait rien pour la personne qui est en soins palliatifs, donc on dit « si la personne va aux soins palliatifs elle sera bien prise en charge. » C'est à dire qu'il n'y a pas de soins curatifs. Nous on donne notre avis, parce que nous on fait partie de l'équipe, sinon on ne serait pas dans l'équipe. On a notre place dans l'équipe quand même ! Donc on donne notre avis selon nos constatations et après c'est les médecins qui décident. Par contre, on y va qu'un aide-soignant car il ne faut pas laisser le service sans personne. On discute toujours et les médecins prennent en compte nos remarques aussi.

CG : Vous pouvez me parler des transmissions ?

Rep : Le matin c'est à six heures trente, l'après-midi c'est à treize heures trente et à vingt heures quarante-cinq le soir avec l'équipe de nuit

CG : Est-ce qu'il y a des transmissions avec les médecins ?

Rep : Au niveau des transmissions non, parce que le médecin, il intervient soit dans le quart du matin, soit le quart du soir pour faire les transmissions avec les infirmières. Nous, si on a une constatation on peut lui dire.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : Une équipe, c'est une complémentarité entre des personnes qui sont pluridisciplinaires, chacun à sa spécialité et donc l'objectif de cette équipe c'est qu'à la suite des observations de l'équipe, le médecin prend une décision et le but c'est toujours améliorer les soins dispensés au patient.

CG : Et un travail en équipe ?

Rep : Déjà ça améliore la qualité du soin donné au patient en respectant la culture, la croyance et une prise en charge globale.

CG : Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe ?

Rep : Le travail d'équipe ... chacun complète l'autre, chacun dispose de compétences dans le but de donner les meilleurs soins au patient.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : ah oui ça oui. D'un côté ça permet de gagner du temps et soulager aussi le patient en général.

CG : Au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins ?

Rep : Le cadre est toujours là pour nous épauler. Des fois, on a des lacunes au niveau du soin, elle intervient. Notre cadre, elle a un bon parcours, avec aussi ses expériences quand on a besoin elle met son tablier et elle fait les soins avec nous. Nous on réfléchit avec elle, on prend les décisions qui sont collégiales entre nous. Elle est là pour nous et pour tout le monde. Elle n'a pas de notion du temps, elle reste longtemps avec nous s'il le faut.

CG : Est-ce que le cadre fait des réunions pour réfléchir autour du soin ?

Rep : Pas forcément, c'est juste des fois le devenir d'une personne donc elle peut intervenir des fois quand nous, on n'arrive pas à trouver la solution toujours on a recours alors au cadre. Et quand la personne, on la trouve douloureuse, on fait intervenir avec le cadre l'Equipe mobile des Soins Palliatifs.

CG : Et c'est décidé à quel moment ?

Rep : Aux transmissions journalières avec l'équipe et notre cadre. Elle est toujours présente !

CG : Qui pour vous est concerné par la mise en place de temps de réflexion éthique ?

Rep : Tout le monde mais ça dépend. C'est la personne de journée qui est là qui va assister aux transmissions, des fois si on n'a pas de journée donc des fois on n'intervient pas du fait qu'on a beaucoup de personnes dans le service, des fois les médecins nous disent ce n'est pas grave ou sinon au moins on donne des remarques, donc on transmet à l'infirmière et l'infirmière transmet au cours du staff.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non, ça va.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Oui, j'ai mon diplôme depuis 13 ans, dans l'unité depuis 7 ans et j'ai 52 ans.

CG : Merci à vous.

Entretien n°10

Date : Le 27/03/2020
Durée : 1 heure
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : oui.

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Donc, je suis cadre d'une unité de chirurgie orthopédique d'hospitalisation avec de l'ambulatoire, qui dispose d'un personnel qui est mutualisé sur les deux unités de chirurgie orthopédique, et à côté de cela j'encadre aussi un autre personnel qui est affecté au plateau technique de rééducation mais pour lesquels je reste en fait leur référent cadre. Comme le personnel est mutualisé, moi j'encadre les infirmières et les ASH (agent service hospitalier) et l'autre cadre, les aides-soignantes, infirmières de nuit et étudiants. Et j'ai aussi les secrétaires, à chaque fois je les oublie les pauvres. J'ai douze infirmières de jour et quatre ASH mutualisés sur les deux unités. J'ai aussi des missions transversales. J'ai aussi des missions transversales notamment le groupe de travail sur le parcours patient. A côté de cela, j'encadre aussi les diététiciens qui sont affectés au plateau technique de rééducation mais pour lesquels je reste en fait leur référent cadre, et eux interviennent dans tous les services de l'hôpital, ils vont me solliciter de façon très sporadique durant la semaine mais l'un dans l'autre cela s'équilibre. Je faisais partie aussi du travail sur la mise en place du baromètre sur la qualité de vie au travail. Le baromètre, c'est par rapport au nouveau projet d'établissement et au volet social de ce projet là il y avait en fait des actions qui allaient être mises en place pour améliorer la qualité de vie des agents au travail, et donc l'idée de la direction c'était de mettre en place un baromètre, un outil, qui permettrait de mesurer à l'instant T le ressenti des agents par rapport à leur qualité de vie au travail et de pouvoir le refaire régulièrement, par exemple tous les 2 ans, pour voir si en fonction des activités mises en place, des actions mises en place, il y avait une évolution positive ou pas. Cela été censé être mis en place début 2019 sauf que cela n'est toujours pas, donc je ne sais pas trop où cela en est pour l'instant. Il n'y a plus de réunions organisées.

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : J'ai une définition peut-être un petit peu élargie du fait de mon métier de diététicienne au départ. Alors le soin, le soin pour moi ce n'est pas juste l'acte technique c'est vraiment tout l'accompagnement du patient, que ce soit l'écoute, que ce soit répondre à quelqu'un qui va nous appeler en nous voyant passer par la porte, enfin c'est prendre soin, c'est vraiment la bienveillance, c'est une prise en charge globale, multidisciplinaire, que ce soit pour s'assurer de son bien-être, que ce soit physique, mental, enfin dans la définition de la santé je dirais ça en général. C'est aussi faire le lien avec son entourage, cela peut être par exemple appeler une famille quand on a une difficulté avec un patient, mais pas seulement une difficulté, aussi quand il y a des choses qui se passent bien ou pour anticiper la sortie. C'est vraiment être dans le relationnel en fait.

CG : Que représente pour vous un soin de qualité ? Pouvez-vous préciser ?

Rep : Il y a plein d'indicateurs, il y a tout le travail mené avec la qualité sur la prise en charge, le médicament, l'identitovigilance, il y a toute cette partie qui est mesurable, mais il y a aussi la partie qui n'est pas mesurable, de la satisfaction du patient, de l'interaction que l'on peut avoir avec lui et puis ses proches aussi. Donc on a quand même des petits retours sur les questionnaires de satisfaction, donc on a un indicateur « qualitatif ». Ce n'est pas forcément facile à évaluer du coup puisqu'il y a tout ce côté relationnel qui peut être assez subjectif. On a parfois des patients pour qui cela se passe très bien dans le service, je pense à il y a quelques années un patient qui était arrivé au moment des fêtes de fin d'année, sa femme nous avait apporté la galette des rois, enfin on avait vraiment l'impression que cela se passait très bien, et ce monsieur six mois plus tard a écrit une lettre de plainte. Il mettait en cause plusieurs services de l'hôpital. C'était un monsieur qui avait été accueilli après une soirée de réveillon, je ne sais plus si c'était Noël ou le Jour de l'An, mais qui en fait s'était fracturé la cheville je crois après l'apéritif, et effectivement il avait consommé un peu d'alcool sauf qu'il ne l'admettait pas et avait le sentiment qu'on le traitait, enfin au sens large que ce soit les urgences, les pompiers, l'orthopédie, qu'on le traitait d'alcoolique alors que voilà !! [Petit rire] Donc pourtant les relations se passaient très bien et au bout du compte on se rend compte que l'on n'a pas forcément la même perception des deux côtés.

CG : Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité ?

Rep : Bien je pense que c'est l'échange, la communication, la bienveillance, dire les choses. Parce que ce soit pour venir faire un entretien pour son avenir, ou que ce soit pour poser une perfusion, quelque chose qui va être un peu plus invasif de toute façon, il faut expliquer au patient le motif de notre venue, lui expliquer comment cela va se dérouler pour déjà le rassurer et être dans une relation qui ne vas pas être anxiogène, qui ne va pas être stressante, lui faire comprendre que l'on peut tout à fait

comprendre que cela soit difficile pour lui mais que l'on est là, qu'on l'écoute, surtout qu'on l'entend.

CG : Pouvez-vous préciser sur « dire les choses » ?

Rep : Je pense aussi qu'en général, que ce soit avec les patients ou avec les agents, mentir ce n'est pas la solution, parce que quand la personne se rend compte du mensonge c'est encore pire et on perd la confiance. La relation de confiance pour moi elle est indispensable. Après il y a des choses que l'on peut se permettre de dire et il y a des choses que l'on ne peut pas dire. Que ce soit pareil dans les deux versants avec les patients ou avec les agents. Donc après il faut réussir à trouver sa limite, il faut aussi être en phase avec les propos que l'on va tenir même si des fois on a des injections que l'on doit mettre en place qui ne viennent pas de nous, il faut être en phase aussi avec nos valeurs et ce qu'on va être obligé de mettre en place ! Mais en tout cas à mon sens il faut que cette relation de confiance elle soit là. S'il n'y a pas de relation de confiance on ne peut pas avancer sereinement, ni dans le soin, ni dans l'encadrement. Parfois aussi, le patient a peut-être juste besoin d'être écouté sans attendre forcément de réponse derrière, le fait d'avoir une présence, quelqu'un qui va l'écouter cela va lui faire du bien, le rassurer tout simplement, sans forcément avoir de réponse. Lui montrer que l'on est là. De toute façon, il y a des informations qui ne peuvent être données que par l'équipe médicale, par le corps médical, donc ... il y a de toute façon un peu de réserves par rapport à qui donne quelle information. Donc, après il ne faut pas avoir peur de le dire et je pense qu'au contraire c'est plus simple de dire au patient : « écoutez ce n'est pas mon rôle de vous donner des informations, c'est le médecin qui viendra vous expliquer » plutôt que de ne rien dire et de lui laisser supposer qu'il a peut-être quelque chose de grave mais qu'on ne veut pas lui dire. **[silence]** En fait, il faut s'adapter au patient, cela est indispensable, parce qu'effectivement il y a des patients qui vont mieux comprendre que d'autres, qui vont être plus anxieux que d'autres, qui vont se poser plus de questions que d'autres, et puis après la retenue de tout façon oui je dirais qu'au quotidien dans notre posture professionnelle il faut avoir une certaine retenue, on a un positionnement à avoir.

CG : Le fait que les patients connaissent beaucoup de choses sur leur maladie, pensez-vous que ça peut être un frein à leur prise en charge ?

Rep : Hum ... parfois ils savent même mieux que nous, certains avaient déjà épluché internet en long, en large et en travers, ils connaissaient déjà beaucoup de choses, voilà ! Et ce n'est pas forcément les situations les plus faciles, parce qu'ils arrivent en pensant savoir, et en fait ils ne savent pas forcément, ou en tout cas ils ont lu des choses qui n'étaient pas forcément adaptées pour eux. Donc c'est vraiment Oui, il faut vraiment s'adapter au cas par cas et faire comprendre aux gens qu'il n'y a pas de recette miracle, qu'effectivement l'information qu'ils ont eue, elle est peut-être vraie, mais vraie pour d'autres patients et pas forcément pour eux. Donc il faut aussi qu'eux prennent conscience que l'on ne fait pas des copier-coller des prises en charge, c'est vraiment adapté au cas par cas.

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Et bien on est tous susceptible d'être patient. C'est monsieur – madame tout le monde. Il y a des patients qui sont malades mais qui pour autant ne se sentent pas malades. Je pense qu'après en fonction des histoires de vie de chacun cela fait écho à des situations même des fois personnelles. Moi ma grand-mère, avec qui j'étais très très proche, a eu la maladie d'Alzheimer, donc c'est vrai que quand je vois une petite mamie dans le service qui va être toute mignonne et qui va un peu avoir des troubles cognitifs forcément cela me fait penser à elle. Donc après je ne dis pas qu'il va y avoir une attention plus particulière pour elle mais ça fait écho forcément à des personnes de notre entourage aussi.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : Alors là c'est pareil, je pense qu'il faut vraiment s'adapter en fonction de la capacité et des souhaits de la personne. Tout le monde n'est pas en mesure d'être acteur de son parcours de santé, même si c'est ce vers quoi il faut tendre. Il y a des gens qui ont vraiment besoin d'être accompagné, pour qui s'est compliqué de comprendre les rouages de l'hôpital, qui fait quoi entre infirmière et aide-soignante, c'est flou pour les gens. Nous, on est dedans, on s'en rend compte au quotidien. Mais pour les gens entre le médecin l'infirmière la cadre, pour tout le monde c'est l'infirmière ou pour tout le monde c'est le médecin. Donc, c'est quand même un territoire parfois pas très bien maîtrisé par la population, donc il faut être rassurant, il faut peut-être leur expliquer mais en tout cas en fonction de ce qu'ils ont envie de savoir et de ce qu'ils sont en mesure de comprendre heu... Après, dans mon parcours personnel j'ai été formée à l'éducation thérapeutique, je trouvais cela super, cela a vraiment changé ma manière d'intervenir en tant que professionnelle, le fait de vraiment partir de ce que le patient sait, de ce qu'il connaît, de ce qui va être utile pour lui, qui va vraiment le motiver pour sa prise en charge. Et l'équipe, ils sont attachés au retour de l'autonomie des patients. Par exemple, une aide-soignante qui venait de gériatrie et qui m'a dit qu'elle était très contente de travailler en chirurgie parce qu'elle se rendait compte à quel point c'était important pour les patients de stimuler leur autonomie... de voir qu'en chirurgie on favorisait vraiment l'autonomisation des patients, et elle se disait qu'avec le recul qu'en gériatrie ils étaient parfois peut-être un peu trop.. pas chouchoutés, mais qu'on faisait tout trop à leur place.

CG : Pouvez-vous me parler du soin dans votre unité ?

Rep : Je pense qu'ils pratiquent tous de manière différente les soins puisqu'ils sont différents. Donc, même s'il y a une culture commune du soin, même s'il y a des pratiques partagées, des formations parfois identiques, il y a une appropriation des choses qui fait que ... Pas plus tard qu'hier au transmissions, l'infirmière qui était là hier matin disait effectivement des pansements qui avaient été faits la veille et que c'était pas du tout comme cela qu'elle avait refait, parce qu'elle a un diplôme universitaire en plaie et cicatrisation et que du coup, elle avait une vision différente par rapport à sa collègue. Moi c'est aussi pour cela que

j'aime bien aller aux transmissions, parce que c'est un temps où vraiment il va y avoir de l'échange sur les pratiques. Sur tel chirurgien prescrit comme ça mais l'autre chirurgien fait plutôt comme ça, les pratiques sont un peu différentes mais c'est justement ça qui est intéressant en fait, c'est de pouvoir partager.

CG : Auriez-vous un exemple ?

Rep : oui sur une toilette, parce qu'on a beaucoup débattu là-dessus justement. Avec la fermeture des lits, oui on a eu une réduction du capacitaire du nombre de lits et le fait qu'on ait plus de personnel de journée en systématique, c'est vraiment des points qui ont été abordés parce qu'il y avait des pratiques qui différaient entre l'ambulatoire et le traditionnel, les gens qui rentraient le matin en ambulatoire, ils ont déjà pris leur douche pré-opératoire chez eux, alors qu'en traditionnel ce n'était pas le cas ! Donc voilà on a beaucoup échangé là-dessus, on a fait évoluer les pratiques pour que les gens puissent prendre leur douche chez eux avant d'arriver dans le service, il y a forcément une vérification qui est faite, mais après, il y a eu beaucoup d'interrogations sur les patients de traumatologie en attente du bloc ! Qu'est-ce qu'on fait ? Est-ce qu'on le mobilise alors qu'il est hyper douloureux pour lui faire sa toilette pré-op ou est-ce que l'on fait le strict nécessaire pour éviter de trop le solliciter et qu'il ait trop mal ? Donc il y a eu beaucoup d'échanges en équipe en fait là-dessus. On a eu des réunions sur l'organisation du travail, sur ce qui posait problème que ce soit avec les aides-soignantes ou les infirmiers. On en a rediscuté avec le chirurgien chef de service. En plus, tous les agents du service pratiquement sont référents de quelque chose. Donc il y a vraiment un côté un peu collégial malgré tout. Et comme moi je ne suis pas infirmière de profession, en fait tous les agents du service pratiquement sont référent de quelque chose. Donc, il y a parfois plusieurs référents pour une même thématique, mais du coup quand on a une question sur une thématique en particulier cela permet de faire appel au référent et puis de refaire un petit point avec toute l'équipe pour que vraiment tout le monde essaie d'avoir une trame de base commune, même si après en fonction des compétences, de l'expérience des uns et des autres, il se peut qu'il y ait des petites différences. Ils sont aussi quand même très autonomes en général puisqu'il n'y a pas de médecins tout le temps en permanence et s'il y en a un qui est vraiment en galère il y a quelqu'un d'autre qui va venir l'aider.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins et pouvez-vous donner des exemples ?

Rep : **[petit silence]** Oui. Par exemple, quand les experts visiteurs lors de la certification pour l'établissement sont venus voir un dossier qui a été étudié chez une patiente qui a d'abord été hébergée en chirurgie viscérale avant de venir en orthopédie, et cette patiente n'avait pas son traitement habituel pour le cœur qui avait été prescrit. Donc cela veut dire que pendant toute son hospitalisation, la dame a cru qu'elle avait eu son médicament pour le cœur et elle ne l'avait pas ! Donc ça effectivement cela pose question. Après, il y a aussi parfois des patients qui arrivent des urgences qui n'ont pas vraiment d'antalgique, d'autres qui reviennent du bloc qui n'ont pas de prescriptions, effectivement ce sont des choses qui m'interrogent parce que du coup la prise en charge n'est clairement pas optimale. Après la prise en charge médicale est souvent compliquée en chirurgie, et plus particulièrement en orthopédie, c'est qu'on n'a pas de visite de chirurgiens fixes. Les chirurgiens passent quand ils peuvent, soit on les consulte avant le bloc, soit entre deux, soit le soir, mais du coup, ils passent tous à des moments différents donc il faut essayer de les attraper un peu au vol quand ils sont là, et quand ils sont là ça va vite. Ils vont demander aux infirmières s'il y a des soucis particuliers, sinon ils repartent. C'est pour cela qu'il y a beaucoup d'autonomie des professionnels parce que c'est elles qui doivent identifier les problèmes.

CG : Et les professionnels ont-ils des questions autour de la prise en charge du soin qu'ils souhaitent partager en équipe, qui les questionnent entre eux ?

Rep : On a déjà fait des réunions infirmières, aides-soignantes et chirurgiens. Ça nous arrive régulièrement quand il y a des problématiques qui reviennent souvent en fait.

CG : C'est-à-dire et comment faites-vous pour les traiter ?

Rep : C'est souvent les interactions de prescriptions entre le chirurgien et l'anesthésiste. Qui doit prescrire quoi par exemple pour un patient qui n'est pas opéré.

CG : et sur d'autres soins ?

Rep : C'est plutôt au moment des transmissions en fait, où la collègue du matin va expliquer à la collègue d'après-midi : « Voilà j'ai remarqué ça, j'ai fait comme-ci comme-ça, ou l'anesthésiste m'a dit comme-ci comme ça mais quand même fait attention parce que ... » Voilà ça soulève des questions ou des choses qui ne sont pas forcément connues et il y a des petites « alertes » qui sont laissées. Ou parfois des échanges sur : « moi j'ai fait ça mais toi qu'est-ce que tu aurais fait ? »

CG : Tout à l'heure vous me parliez de la douleur par rapport à comment prendre en charge le patient pour le bouger, c'est aussi aux transmissions ?

Rep : C'était vraiment une réunion dédiée en fait. Quand on a réorganisé les effectifs et qu'on a retiré la journée, on a eu des réunions d'abord distinctes entre les aides-soignantes et les infirmières pour réorganiser qui faisait quoi pendant les quarts. La grosse question c'était : « est-ce que les infirmières continuaient à aider les aides-soignantes pour les toilettes » par exemple, puisqu'il n'y avait plus de journée, ou « est-ce qu'ils se recentraient vraiment sur le soin, les pansements, tout ce qui était technique. » Et puis de là est arrivé la question de la toilette, les patients en traumatologie, la douleur est très présente, alors

« comment on fait pour gérer ? » Suite à ces réunions distinctes, on a fait une réunion avec tout le monde, et suite à cette réunion, il y a effectivement des problèmes de type récurrents qui sont remontés et on a fait une réunion avec les chirurgiens.

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions, de discussions, de prises de décisions ?

Rep : Je pense que oui effectivement, on part d'une interrogation sur les pratiques mais au bout du bout les pratiques, elles ont un impact sur l'humain, sur l'éthique, sur ce qu'il va ressentir, sur le cursus de « où est-ce que je peux aller ? »

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Pour moi c'est important qu'on essaie de mettre en place des choses un peu homogènes, un peu uniformes, que tout le monde pratique de la même manière. Les chirurgiens ont déjà des manières de travailler différentes ! Mais au moins pour ces prises en charge de la douleur, les soignants savent que c'est pareil pour tous les patients. Parce que, s'il faut se dire c'est le patient d'un tel je fais comme-ci, c'est le patient d'un tel je fais comme-ça, déjà que les équipes elles tournent tous les jours, on ne va pas s'en sortir. En fait, on prend la spécificité du patient parce que s'il est « polytraumato » qu'il est douloureux on va éviter de le mobiliser et tout le monde prend en compte ces éléments-là de la même manière. Donc du coup il y a vraiment de l'éthique dans nos décisions.

CG : Avez-vous des temps de réflexion éthique ?

Rep : Oui, quand il y a des interrogations qui nous reviennent ou que j'entends des choses un peu récurrentes, on prend le temps de se dire « voilà tel jour à telle heure on va se faire une réunion sur tel sujet. »

CG : Finalement, est-ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : Oui, je pense [silence] j'en suis sûre.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : Pour moi l'équipe, c'est une équipe pluridisciplinaire. Et puis ce n'est pas tout le temps les mêmes personnes non plus. Les équipes, elles évoluent. Il y en a qui partent, il y en a qui arrivent, il y a les stagiaires, il y a une certaine mouvance. On n'a pas tous les jours la même charge de travail, donc en fonction des personnes présentes, ça ne va pas être absorbé de la même manière non plus. Il y a une contingence qui fait que tout est fluctuant. Donc l'équipe, ce n'est pas quelque chose de figé, il y a une dynamique, il y a un mouvement, il y a des fois où il faut réajuster un peu. Le cadre est là pour aider à la cohésion d'équipe. C'est son rôle. Quand j'entends toujours des gens râler toujours au sujet de la même personne, ou du même truc, c'est le rôle du cadre aussi d'essayer d'intervenir, d'essayer de moduler tout ça pour la cohésion d'équipe elle reste là quand même.

CG : Et un travail en équipe ?

Rep : C'est des professionnels qui vont avoir des compétences et des expériences différentes, qui vont pouvoir se compléter, s'enrichir, il y a une dynamique vraiment d'équipe, des réflexions communes : parfois on ne va pas penser au petit détail et l'autre personne à côté pour qui parfois ce n'est même pas le domaine va dire : « hey, ça serait bien ... » Donc il y a vraiment une richesse, la confiance entre les uns et les autres. Et puis le respect, c'est à dire pouvoir être écouté, être entendu, même si on est « que ASH » (agent service hospitalier) je pense que c'est très important, parce que tout le monde est susceptible d'avoir des bonnes idées, ce n'est pas une question de diplôme et c'est une question de reconnaissance aussi, vraiment à mon sens.

C'est aussi une richesse, une complémentarité des compétences, des expériences, des points de vue différents. Et n'étant pas infirmière j'ai voulu les suivre sur le terrain pour voir qu'elles étaient leurs activités, les pansements, etc, des choses que je n'avais jamais faites moi-même. Ça a été très bien perçu, cela n'a pas été pris comme du flicage, elles l'ont pris comme voilà une découverte de leur métier. Et au contraire, elles disaient que cela permettait d'avoir un autre regard, une autre expertise. En fait je pense qu'à la fois elles ne se sont pas senties jugées dans leurs pratiques, comme on échange en groupe, on fait quand même avancer les pratiques les uns des autres, et en même temps ça a apporté un plus niveau complémentarité et moi je pense que moi ça m'a aidée en terme de positionnement de ne pas être infirmière parce que du coup de fait je ne pouvais pas faire à leur place s'il y avait un manque de personne, donc je me suis vraiment mise dans le rôle du cadre, du manager, qui va trouver des solutions pour les aider à faire au mieux mais qui va pas faire à leur place, donc ça respecte les terrains de compétences des uns et des autres.

CG : Et le rôle du cadre dans l'équipe ?

Rep : Le rôle du cadre, du manager, c'est celui qui va trouver des solutions pour les aider à faire au mieux mais qui ne va pas faire à leur place, donc ça respecte les terrains de compétences des uns et des autres.

CG : Pouvez-vous préciser ?

Rep : C'est-à-dire que quand moi, ils sont surchargés de travail, quand le téléphone n'arrête pas de sonner, etc, je vais prendre le téléphone, je vais répondre à leur place pour les soulager, ou s'il y a besoin d'aller chercher un truc à la pharmacie je vais leur dire « ne bougez pas j'y vais. » Je me rends utile mais je ne rentre pas dans leur mission pure de soin en fait. C'est vraiment ce qui leur tient à cœur et ce à quoi ils s'accrochent le plus.

CG : Et les objectifs du travail en équipe et ses bénéfices ?

Rep : Pour moi, c'est être complémentaire pour avoir une bonne prise en charge du patient pour permettre une qualité du soin. Après le fait d'avoir une prise en charge globale du patient ça donne du sens, ça donne du sens à la prise en charge. Que, quand on a que des petits bouts de prise en charge par-ci par-là, on a parfois du mal à raccrocher les wagons et à faire le lien. Donc, il y a cette notion de sens qui est là. Du coup, s'il y a du sens, c'est une prise en charge globale, il y a comme je le disais tout à l'heure le côté éthique puisqu'on prend la personne, l'être en entier !

CG : Avez-vous notion de l'existence dans votre établissement d'une instance éthique ou un lieu où vous pouvez formaliser des questionnements de soins ?

Rep : Non franchement je ne sais pas

CG : Pensez-vous que ce soit nécessaire ?

Rep : Ça permettrait d'avoir peut-être simplement avoir accès aux comptes-rendus, voir les thématiques qui ont été abordées. C'est un petit peu le même principe que les informations que l'on a sur le CREX (comité de retour d'expériences), quand on a des retours du CREX on peut solliciter les gens et leur dire: « vous voyez il y a telle problématique qui revient souvent, il y a eu une analyse, ça a abouti à ça. » Le comité éthique c'est pareil, s'il y a des questions récurrentes ça peut servir aussi dans tous les secteurs. C'est aussi un partage !

CG : Et vous pensez que si besoin vous pourriez faire appel à eux ?

Rep : S'il existe, oui je serais ravie de faire appel à eux !

CG : Pour quoi par exemple ?

Rep : Par rapport à certaines prises en charge que l'on a eu, par exemple, on a eu une petite mamie qui a été opérée d'une fracture du col du fémur et pendant son hospitalisation, elle a fait un AVC (accident vasculaire cérébral), un AVC massif et du coup du point de vue éthique, c'était compliqué parce que la dame, elle avait des gros troubles de la déglutition, elle ne pouvait plus s'alimenter, elle ne pouvait plus boire, et l'équipe se sentait démunie et se disait, « on ne va quand même pas la laisser mourir de faim et de soif enfin ! » Je pense que ça aurait été bien pour qu'ils nous aident là.

CG : Alors comment avez-vous fait ?

Rep : Et bien le neurologue était très présent et c'est lui qui a pensé à l'équipe mobile de soins palliatifs, je les ai contactés pour qu'elle passe. On s'est réuni avec eux pour en parler. Du coup, il y avait moi, l'infirmière qui était présente à ce quart-là, il y avait la patiente, il y avait ses deux filles qui étaient présentes, je crois que c'est tout. Non, il y a eu l'orthophoniste aussi de neurologie qui s'est rendue disponible. Donc, il y avait vraiment une équipe pluridisciplinaire mobilisée et puis le fait d'avoir l'expertise d'équipe mobile de soins palliatifs, c'était vraiment un poids en moins pour les infirmières, parce que comme je vous disais, elles gèrent beaucoup de choses, elles sont très autonomes, mais à un moment donné, elles ont leurs limites aussi ! Donc « jusqu'où on va pour la patiente ? » « Qui prend la décision ? » Donc dans cette situation, cela permet d'avoir un cadre, de pouvoir se poser et d'avoir une réflexion collective et là encore une prise en charge homogène quel que soit les soignants.

CG : Au sein de votre unité, pensez-vous avoir un rôle à jouer dans la mise en place de temps pour réfléchir ensemble, pour instaurer une réflexion éthique ?

Rep : C'est sûr et certain.

CG : Pourquoi ? Pouvez-vous me préciser ce que vous entendez par « rôle » ?

Rep : Avoir ce temps d'échange pluridisciplinaire, c'est avoir une forme de reconnaissance des différentes corporations de métier, c'est quelque chose qui ressort énormément dans la littérature et dans les attentes des agents. Moi, je suis pleinement convaincue qu'avoir un management participatif et être à l'écoute des équipes qui sont plus proches du terrain c'est indispensable dans notre management moderne. Le management hospitalier est quand même assez en silos, on a structure hiérarchique qui est très présente, qui est parfois très lourde. C'est compliqué de faire circuler les informations et d'entendre le terrain quand on est tout en haut. Donc on a des injections descendantes de gens qui sont parfois pleins de bonne volonté ou qui ont une idée de ce qui se passe sur le terrain qui malheureusement est parfois très en décalage. Après, c'est ma vision du management, vraiment s'appuyer sur les équipes pour mettre en place les choses, parce que je pense qu'à plusieurs notre cerveau est plus fort que tout seul. Parce que tout seul, on rate forcément des trucs alors que les gens qui font au quotidien vont y penser spontanément. C'est

aussi tenir compte, comme je disais tout à l'heure, des compétences, des appétences de chacun pour tel et tel domaine. Il y a des gens qui vont être à l'aise dans la réalisation de certains soins et d'autres pas. Donc, c'est ça toute la ressource, la valeur humaine qu'il y a dans le management des équipes. Il faut vraiment qu'il y ait une vraie volonté de la direction, il faut accompagner les équipes, parce que tous les soignants ne sont pas prêts non plus à se positionner différemment et avoir plus d'autonomie, à essayer d'être plus créatif et à être acteur de l'institution. Mais pour moi, c'est indispensable, moi, il y a vraiment deux choses que je pense que je vais mettre en place dans le service. C'est la boîte à idées mais une boîte à idées qui ne soit pas plan-plan, une boîte à idées qui soit vraiment dynamique. Il y a des choses qui sont mises en place dans différentes sociétés où les meilleures idées sont récompensées, où il y a la meilleure idée du mois, de l'année, où il y a des remises de prix, des choses un peu ludiques qui font que cela suscite aussi les idées. Il y en a parfois beaucoup, mais finalement peu qui sortent du lot, mais ce peu là, ça peut quand même être top après pour le service, pour les agents pour les patients. Souvent, c'est des idées qui sont en lien avec tout ce qui est prévention des maladies professionnelles, donc ce n'est quand même pas rien dans nos secteurs où il y a beaucoup d'absentéisme, beaucoup d'accidents de travail. Mais effectivement, il faut s'approprier cet outil là et faire en sorte qu'il soit dynamique, parce que sinon il va tomber à l'eau au bout de deux mois c'est clair. Et puis les rencontres pluridisciplinaires à mon sens c'est vraiment quelque chose de super important.

CG : Pensez-vous que ces rencontres pluridisciplinaires peuvent être une forme de réunion en termes de réflexion éthique ?

Rep : Tout à fait. Comme je l'ai évoqué tout à l'heure avec l'équipe mobile de soins palliatifs pour la dame, on avait besoin de cette rencontre car on se trouvait en difficulté pour sa prise en charge. Après, il faut vraiment trouver le bon moment.

CG : Je me permets de revenir sur votre rôle pour la mise en place de réflexion ensemble ?

Rep : Il faut que ce soit quelque chose de convivial, où on a à la fois les infirmières, les aides-soignantes, les ASH (agent service hospitalier), les kinésithérapeutes, l'ergothérapeute, la diététicienne, les chirurgiens, les secrétaires, qu'on ait vraiment un représentant ou deux de chaque corporation. Notre secteur hospitalier est en évolution permanente et pour moi, la seule façon de pouvoir répondre à cette évolution permanente, c'est de rendre les agents acteurs. On voit bien qu'ils subissent certaines décisions. C'est parfois très difficile pour eux et si on veut vraiment avoir un hôpital qui s'adapte au mieux et au plus vite aux besoins des patients, il faut miser sur les ressources humaines, c'est la ressource la plus importante de l'hôpital en général. Je pense aussi que le contact avec les équipes est important. Avoir cette proximité avec les agents, je pense. Moi j'aime beaucoup le contact avec les équipes. Moi, quand j'arrive le matin et que je croise les agents que j'encadre, je veux pouvoir les appeler par leur prénom, m'en souvenir et avoir, pas des connaissances de leur vie privée ce n'est pas ça du tout, mais savoir que telle personne en ce moment son mari il est en arrêt de travail parce qu'il a un souci de santé, ou qu'elle est en galère parce que sa fille ... C'est des choses qui sont à prendre en considération aussi dans le travail puisque cela va avoir une incidence sur la façon d'être de l'agent, sur la façon dont peut-être il va prendre en charge les patients, sur la façon dont il va interagir avec ses collègues. Donc sans être trop dans la vie personnelle des agents, il y a quand même une certaine proximité qu'il faut avoir, à mon sens en tant que cadre, pour manager au mieux les équipes.

CG : Et comment faites-vous pour mettre en place cette proximité ?

Rep : J'essaie d'être présente même si c'est parfois compliqué parce que parfois, on manque de temps. Mais même s'il n'y a pas de moment dédié formel, un petit passage, un petit coucou, un petit sourire, comment ça va, une certaine proximité humaine tout simplement, quelque chose d'informel.

CG : Comment faites-vous pour savoir quand il y a nécessité de la mettre en place cette réflexion autour du soin ?

Rep : Justement le fait d'être là, de faire avec eux aussi, d'entendre leurs questions.

CG : Existe-t-il des freins ou des leviers à leur mise en place ?

Rep : je pense qu'il faut avoir une bonne communication, il faut avoir suffisamment de courage managérial pour se dire qu'on ne détient pas la vérité absolue, qu'on peut se tromper, qu'il faut aussi laisser la place aux équipes qui elles aussi peuvent se tromper, que ce n'est pas pour autant qu'on va faire avec elles que l'on va perdre notre légitimité bien au contraire, je pense que l'on est reconnu par les équipes parce qu'on fait avec elles, on réfléchit ensemble et qu'on fait du coup d'une manière qui leur convient aussi, qui est confortable pour eux. Par exemple, je les ai appelés plein de fois cette semaine par rapport au coronavirus pour leur dire : « ne vous inquiétez pas, c'est resté pareil » parce que par exemple pour une de mes aides-soignantes qui était en repos et quand je l'ai appelée, elle s'est dit « mince le cadre me rappelle c'est qu'on va avoir besoin de moi », et non je lui ai juste dit : « aujourd'hui je vous mets en congé exceptionnel. » Elle a dit : « Ah d'accord, ok, s'il y a besoin de moi je serai disponible ». Donc dédramatiser un peu les choses et aller vers les agents pour dire ce qu'il en est, ce qu'on fait, ce qu'on sait, ce qu'on ne sait pas aussi parce qu'ils peuvent entendre que l'on ne sait pas. Ça bouge tout le temps, ils le disent eux-mêmes. Donc, on peut leur dire « voilà cette solution-là a été évoquée mais ce n'est pas encore mis en place, est-ce qu'on ira vraiment vers là on ne se sait pas » mais c'est mieux que de rien dire et laisser les gens s'imaginer plein de choses quoi !

CG : Et alors dans cette situation que vous évoquez, avez-vous mis en place une réunion pour réfléchir ensemble, les questions que ça soulevait ?

Rep : On a eu un temps d'échange avec l'équipe d'hygiène parce qu'en fait au départ, on devait être identifié pour accueillir les patients atteints du coronavirus sur une des deux unités d'orthopédie, et du coup j'ai recensé les professionnels qui étaient volontaires pour y travailler et avec les professionnels volontaires, ce qui ressortait c'était beaucoup d'interrogations sur les pratiques de soins. On avait quand même pas mal de protocoles en lien avec leur prise en charge qui changeaient régulièrement et donc on a fait un point un jour après les transmissions avec les personnes qui étaient là et il y avait pratiquement tout le monde. C'était vraiment un temps d'échange avec l'équipe d'hygiène sur ce qu'on doit faire, ce qu'on ne doit pas faire, pourquoi, et où on devait être particulièrement vigilant, etc. Et c'était très intéressant. Vraiment, ça les a vraiment aidés. En plus en orthopédie, il y a quand même une culture et une histoire septique qui est très présente, ce qui fait que les soignants n'étaient pas forcément inquiets pour eux, mais plutôt inquiets de se dire il ne faut pas qu'ils fassent de bêtises dans la prise en charge pour ne pas contaminer les autres patients. Mais comme il y a une pratique qui est déjà là, cet échange de questions, de répondre à leurs questions, ça les a rassurés dans leur façon de faire et voilà, ça a été un moment d'échange intéressant et rassurant de pouvoir réfléchir ensemble.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : je pense que je vous ai dit pas mal de choses.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Non pas du tout. Je suis diplômée depuis 3 ans. Je travaille ici depuis 3 ans et j'ai 40 ans. [Petit rire]

CG : Bien alors merci beaucoup pour votre temps.

Entretien n°11

Date : Le 25/03/2020
Durée : 1heure 09
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : D'accord

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Donc je suis infirmière. Je travaille en chirurgie ortho-traumatologie. Ma mission est de dispenser des soins en préopératoire et post-opératoire des patients ayant subi une chirurgie sur le squelette en général, sur les os. Il y a la partie traumatologie donc qui passe par les urgences, ça peut être n'importe quel type de fracture que ça aille d'un poignet, d'un humérus, d'un col du fémur ou d'un tibia, etc. Et une autre partie qui concerne de l'orthopédie, donc des patients qui suivent un cursus avec une consultation auprès d'un médecin pour une douleur particulière, avec une consultation d'anesthésie, une date opératoire qui est bloquée. Ces gens rentrent avec une préparation et subissent une intervention programmée dans le service. Donc deux types d'interventions. Et après ça se divise en deux cas aussi pour nous, c'est tout ce qui est chirurgie propre et on a également quelques lits pour de la chirurgie septique. Je crois avoir cerné l'ensemble de mes patients, peut-être pas ma mission en particulier.

CG : *Je vous écoute.*

Rep : Oui, j'ai dit que j'intervenais avant, donc la préparation des patients pour pouvoir descendre au bloc opératoire avec la préparation tant du patient que du dossier médical pour qu'il puisse descendre dans les bonnes conditions, et le suivi du patient en post-opératoire pour suivre toutes les surveillances et permettre aussi d'aller jusqu'à la rééducation du patient.

CG : *D'accord et par contre au niveau des équipes vous travaillez comment ?*

Rep : On travaille en quart, enfin il y a trois équipes en fait, une du matin qui commence à six heures trente du matin et qui termine ses transmissions à quatorze heures normalement ! La deuxième équipe arrive elle à treize heures trente donc une demi-heure de transmissions communes et qui finit à vingt et une heures, et l'équipe de nuit elle arrive à neuf heures moins le quart, là il y a moins de temps transmissions prévu et fini le lendemain matin à sept heures à peu près à la fin des transmissions.

CG : *Et vous êtes combien le matin et l'après-midi ?*

Rep : Alors dans le service d'unité vingt-cinq qui est censé ne prendre que de la programmation il y a douze lits, donc pour douze patients, et là il y a une équipe c'est à dire une aide-soignante, une infirmière le matin, la même chose sur l'après midi et la même chose pour la nuit. Donc juste un duo avec une ASH (agent service hospitalier) en plus. Et sur l'équipe de l'unité vingt-deux qui comporte vingt-sept lits maintenant, il y a eu une baisse un petit peu du nombre de lits, 27 attendez, qu'est-ce que je dis non justement la baisse a conduit à ce qu'il n'y ait plus que vingt-quatre lits pardon. **[Rire gêné]** Et donc il y a deux infirmières du matin avec deux aides-soignantes, pareil l'après-midi et la nuit par contre ils sont uniquement deux infirmiers. Il n'y a pas d'aide-soignante sur la nuit. Et sur l'unité vingt-cinq, c'est une infirmière et une aide-soignante.

CG : *D'accord.*

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : Le soin, c'est avant tout aider les patients qui sont dans nos lits à avoir un maximum de confort, de base déjà. Le soin ça va être tout ce qui va être beaucoup de nursing. Donc là, on est avec nos équipes aides-soignantes pour ça, donc les besoins vitaux, ça va être l'hygiène, le confort, l'alimentation, l'élimination, le bien être pour que nos patients passent au mieux leur temps avec nous. Et puis va se rajouter à ça au niveau des soins donc infirmiers qui accompagnent la chirurgie orthopédique avec les pansements, la dispensation de traitement contre la douleur essentiellement pour nous, la prévention de complications post-opératoires. Donc tout ce qui va être en lien avec notre activité infirmière. Et puis l'accompagnement jusqu'à nos kinés (kinésithérapeute), jusqu'à la remobilisation et retour à l'autonomie le plus possible pour nos patients.

CG : Et, Que représente pour vous un soin de qualité ?

Rep : Un soin de qualité, je pense que c'est un soin où on pourrait apporter tout ce dont a besoin le patient. Pour assurer sa sécurité, pour assurer son bien-être et pour assurer un avenir, une récupération optimale. Un soin de qualité, c'est un soin qui ne se passerait pas dans la douleur, qui ne se passerait pas dans la peur et ... oui c'est surtout ça je pense, il y a beaucoup chez

nous de douleurs quand même et un soin de qualité ça va être un soin avec une bonne communication entre le patient et le soignant, et aussi en rassurant nos patients, en les encourageant et en leur évitant toute douleur. Oui, c'est important en chirurgie d'éviter la douleur.

CG : Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité ?

Rep : Alors, il va y avoir une bonne communication entre le patient, le temps d'évaluer où en est le patient, qu'est-ce qu'il attend de nous, parce que lui aussi il attend des choses de nous, donc à nous de les entendre. A nous d'essayer de répondre à son questionnement. Donc déjà un patient qui a des réponses à ses questions. Et pour avoir réponse à ses questions il faut instaurer un climat de confiance entre le patient et le soignant, avoir le temps de l'écouter et avoir le temps de répondre à ses questions. Ça c'est déjà essentiel pour pouvoir s'occuper du patient..., pour pouvoir bien prendre en charge le patient. Oui le rassurer, l'écouter et donner des réponses à ses questions. Donc ça demande de la communication, de l'écoute, voilà.

CG : Et les freins ?

Rep : Le frein majeur ça va être le temps. Ça va être le temps que l'on a pour réaliser nos soins, le temps que l'on a pour rester auprès du patient. Alors il y a des soins qui doivent être réalisés très rapidement et après on a certains soins où on sait qu'on aura plus le temps de s'attarder auprès des patients, comme par exemple les pansements. On a nous un type de soins qui est le pansement qui nous demande quand même de rester un certain temps auprès du patient, et c'est l'occasion de pouvoir échanger à ce moment-là. Par exemple pour les aides-soignants ça va être la toilette effectivement où le temps est quand même important aussi auprès du patient, surtout quand il est dépendant, quand il a beaucoup besoin de nous. Mais aussi, certaines aides-soignantes font une toilette entière au lieu de laisser faire le patient pour avoir plus de temps, je veux dire qu'elles perdent moins de temps. C'est plus facile. Et nous, ça va être beaucoup en tant qu'infirmier effectivement, c'est peut-être le pansement qui nous permet peut-être de passer le plus de temps tranquille avec le patient.

CG : Pouvez-vous m'en dire plus sur cette notion du manque de temps ?

Rep : : Oui, il va y avoir des quarts où on aura peut-être un peu moins de patients, où on va voir plus de temps disponible. On va avoir des quarts où nos patients sont là depuis quelques jours donc une meilleure récupération et ont plus d'autonomie. Donc là ça va aller plus vite aussi dans les soins répétitifs et nécessaires. Après ce qui prend beaucoup de temps aussi, c'est quand on va avoir des personnes extrêmement dépendantes, où la communication aussi est difficile, où on a de l'agitation par exemple, des patients qui demandent beaucoup de notre attention et qui du coup, nous enlèvent du temps pour passer avec d'autres. Ça peut être des freins ça aussi. Et bien, tout ce qui va interférer... si on pouvait ne s'occuper que des patients et ne faire que ça on pourrait avoir le temps de s'occuper, de donner du temps à chacun. Mais à côté de ça il y a beaucoup de choses parasites autour, il va y avoir ...les visites des kinés (kinésithérapeute), il va y avoir les visites des anesthésistes, il va y avoir les visites des médecins, donc les interruptions de tâche qui font que quand il faut se retourner après vers le patient il faut se reconcentrer, on a perdu du temps à chaque fois. Il y a aussi l'outil informatique qui nous fait aussi des fois languir de fonctionner comme il faut, il va y avoir aussi des fois notre manque d'organisation où on perd du temps à trouver certains traitements où on perd du temps à trouver des informations... Il y a plein d'éléments parasites qui viennent, qui viennent interrompre sans cesse nos actes, nos soins et notre communication avec nos patients et qui perturbent les soins.

CG : Et qu'elle serait vos attentes ?

Rep : On peut prendre des petits exemples comme le téléphone [silence] il est sûr que si on n'avait pas de téléphone dans notre poche à devoir s'occuper sans arrêt, parce que des fois c'est insupportable, on ne peut pas faire nos soins. Des fois on s'oblige à ne pas emporter le téléphone pendant un pansement pour être sûr de ne pas avoir à répondre au téléphone pendant ce temps-là. Donc le téléphone par exemple, rien que lui il est chronophage et il nous distrait parce qu'on passe d'un sujet à un autre en permanence, il faut sans arrêt revenir à où en étais-je, qu'étais-je en train de faire ? Où j'en étais dans ma conversation avec mon patient ? Qu'est-ce qu'il m'a dit ? Le fait de se reconcentrer c'est compliqué à chaque fois, ça interrompt énormément. Les kinés (kinésithérapeute), on est bien obligé de faire le point avec eux sur l'avancée des patients, sur ce qu'on peut attendre d'eux, sur comment ils sont ce matin, est-ce que on peut ou non s'occuper d'eux et puis... on ne sait pas trop à quelle heure ils arrivent et à quelle heure ils repartent donc on doit se mettre à leur disposition. Donc, on est à la disposition pour le téléphone, on est à la disposition pour le kiné (kinésithérapeute), les chirurgiens aussi quand ils arrivent voilà, il faut se mettre à leur disposition pour parler des patients. Donc s'arrêter dans notre avancée, donc là c'est chirurgien numéro un on lui parle de ses patients à lui, et puis arrive chirurgien numéro deux on lui parle de ses patients à lui, on se remet à son travail et puis là un quart d'heure après arrive le chirurgien numéro trois, donc voilà à chaque fois ce sont des interruptions sans cesse. Qu'est-ce qu'on pourrait faire pour améliorer par rapport à nos chirurgiens [silence long] il faut bien que le chirurgien fasse le tour de ses patients et on a besoin de lui pour répondre au questionnement que l'on a ! Parce que c'est nous qui faisons quand même l'intermédiaire entre le patient et lui pour parler des problèmes. On a quand même dans notre service d'orthopédie, depuis dix ans que j'y suis, sans cesse le même problème des prescriptions médicales ! Il y a une information qui nous manque, un traitement qui n'est pas prescrit, une ordonnance de traitement personnel qui n'a pas été reprise, un médicament qui du jour au lendemain disparaît de la prescription médicale... et puis nous quand on a besoin d'une prescription exceptionnelle, genre un patient qui a très mal dormi de voir avec un médecin. Nous on a encore l'interlocuteur en plus de l'anesthésiste. On a encore un interlocuteur supplémentaire en plus du chirurgien. Le chirurgien va éventuellement nous apporter un complément sur son protocole post-opératoire, mais tout ce qui va être prescription médicale ça va être à nous de la vérifier et ce n'est pas avec le chirurgien qu'on va le voir, ça va être avec l'anesthésiste qui lui aussi va arriver quand bon lui semble ! Pour l'anesthésiste, on a repéré comme créneau qu'il arrivait en général vers quatorze heures quatorze heures trente à la fin des transmissions du midi. Mais en fait à

un moment ils arrivent : « est-ce que vous avez un problème ? » Donc là on interrompt encore tout notre travail. « Là oui je vous ai appelé effectivement », parce que là quand on a un souci on appelle, « j'ai un patient qui a une hémoglobine basse, j'ai un patient qui a un problème de sodium, j'ai un patient qui devrait aller au bloc opératoire mais qui a des problèmes... ». Après, on gère beaucoup de choses par nous-même. Donc ils peuvent débarquer à n'importe quel moment. Voilà, ils arrivent, j'avais une anémie hop une prescription de culots hop il faut faire, voilà, il faut suivre la prescription, organiser tout pour que la transfusion sanguine puisse se faire. Et tout ça ce sont des interruptions de tâche sans cesse, sans cesse, sans cesse !!

CG : Avez-vous autres choses à dire ?

Rep : Oui, sachant qu'après il faut tout renseigner dans l'ordinateur, il faut tout marquer, tout ce qu'on a fait, tout ce qu'on a dit, tout ce qui a été décidé. Voilà, puis évidemment après trouver le temps pour aller voir nos patients, leur montrer qu'on est là aussi pour les écouter, pas juste rentrer faire une piqûre dans une cuisse et ressortir ! C'est pas ça un soin, un soin c'est pas juste faire un acte infirmier, un acte technique ! parce que ça enchaîner quinze lovenox (médicament anticoagulant), on peut tous le faire ! Rentrer, sortir, piquer, sortir... Mais on a un métier de contact. Justement on en parlait de la douleur c'est quand même central chez nous. Et évaluer la douleur ça nécessite un minimum de communication, un minimum, voilà.

CG : Justement, pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : C'est un être humain avant tout. C'est une personne complexe avec son corps, son esprit, sa vie, tout un contexte de vie et quand on passe d'un patient à un autre on change de monde complètement. Chaque être humain est tellement complexe et différent. Après viennent se greffer toutes les facettes des personnalités et toutes les facettes des problèmes qui les ont conduits jusqu'à chez nous. Après, on est obligé aussi de quand même, voir les patients à travers la pathologie qui les a amenés chez nous. Quand on présente nos patients on dit « on a un patient c'est un homme de tel âge qui est arrivé chez nous avec ça pour se faire opérer de ça qui a eu » voilà ! Après, on parle des antécédents médicaux mais on parle aussi de leur mode de vie, de comment on va pouvoir s'occuper le plus globalement possible de ce patient là avec des problèmes psychologiques, des problèmes de famille, des problèmes médicaux et ... c'est un ensemble et à chaque fois qu'on rentre dans une chambre ou à chaque fois qu'on s'adresse à un patient on re-rentre dans un monde complètement différent.

CG : Et quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : C'est lui qui va conditionner notre soin en fait. C'est lui qui va orienter notre soin. Je ne vais jamais faire une prise de sang ou faire un pansement ou m'occuper des deux patients exactement de la même façon. Ils vont avoir des appréhensions différentes, des douleurs différentes. Ils vont aussi nous juger de façon différente. Des gens vont me trouver peut-être très directive, pas très accueillante, et puis d'autres vont être rassurés dans le sens où je suis peut-être directive. Je parle d'un tempérament, mais ça peut être un autre. Il va y avoir l'infirmière très douce qui va être appréciée ou celle qui va se faire marcher sur les pieds parce que quelqu'un va vouloir profiter de sa gentillesse pour demander plein de choses, pour passer peut-être son énervement ou ses douleurs sur elle. On doit nous adapter en fonction du patient devant nous et nos soins vont s'adapter en fonction de ça.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ? Pouvez-vous donner des exemples ?

Rep : Oui on a des prises en charge de soins qui sont compliqués ! Je prendrai la maladie d'Alzheimer par exemple. Des gens qui sont déments, et elle prend différentes formes cette maladie, c'est pareil là encore chaque cas est très différent, on ne peut pas dire les patients atteints de maladie d'Alzheimer on va s'en occuper de telle ou telle façon ! Chaque personne a sa facette comme je le disais... par exemple une personne Alzheimer qui va être dans l'agressivité systématique, où vous allez essayer peut-être dans un premier temps de parler doucement, vous allez essayer le contact, voir si lui tenir une main peu apaiser, voir avec certains ... peut-être une fois hausser un petit peu le ton, « on arrête, on ne griffe pas ». On va essayer différentes facettes avec différents patients. La maladie d'Alzheimer, oui la démence, sénile, toutes les choses comme ça sont compliquées. Parce qu'on peut avoir aussi des patients très changeants, donc il peut un matin être dans l'agressivité et l'après-midi vous appeler « ma petite chérie ». Ce sont des personnalités qui peuvent changer très rapidement.

CG : Alors, comment faites-vous pour les traiter ?

Rep : Alors le temps des transmissions est très important pour ces gens-là parce que c'est pour cela qu'on fait des transmissions qui parfois sont un peu longues. Alors on parle beaucoup de l'aspect psychologique, l'état psychologique du patient. Si on a des petites ficelles, si on a des petites astuces, c'est des choses qu'on se transmet beaucoup au moment des transmissions. Après si on a des patients, par exemple un patient Alzheimer qui est dans l'opposition où même des fois on en arrive à avoir des contentions pour de la violence, des choses comme ça, on sait qu'on n'ira pas faire un soin seul dans la chambre. Nous, on a la chance d'être un service où on travaille beaucoup en binôme avec notre aide-soignante, et que ce soit un pansement, que ce soit une prise de sang ou même la toilette s'ils ont besoin dans l'autre sens, ça a toujours marché comme ça. Et on essaie de se transmettre ce qui marche le mieux pour ne pas réitérer les mêmes tentatives parfois infructueuses.

CG : Est-ce que ça vous arrive d'avoir besoin de vous réunir hors temps de transmission pour justement vous posez ces questions ?

Rep : C'est beaucoup au moment des transmissions quand même comme les aides-soignantes sont présentes, on est présent, il y a l'ancienne équipe, la nouvelle équipe. Et des fois c'est en discutant qu'on trouve aussi des solutions, en échangeant. Autrement, quand on se questionne sur quelque chose qui n'est pas parfois tolérable ou des choses qu'on a du mal à décider seul, il arrive qu'on se concerte avec nos homologues infirmiers ou que l'on en discute avec les aides-soignantes au milieu des quarts. Par contre un anesthésiste qui passerait, on va lui demander son avis, de revérifier des prescriptions, voir s'il n'y a pas quelque chose qui pourrait ne pas convenir au patient, pas rajouter des choses, qu'est ce qui peut mettre le patient dans cet état-là.

Il faut se remettre en question en permanence, savoir si ce qu'on a fait c'est bien ou pas, est-ce qu'on peut trouver une meilleure alternative.

C'est pour ça que nous, on a des transmissions qui des fois sont assez longues. Et en fait, on s'aperçoit qu'en échangeant au moment de nos transmissions, et le fait que nos aides-soignantes soient présentes aussi, parce que je sais que ce n'est pas toujours le cas dans tous les services. Des fois les aides-soignantes ne sont pas toujours présentes dans les échanges infirmiers, mais nous, c'est vraiment le moment où on se dit et si on faisait ça, on ne pourrait pas essayer, et si sur ton quart tu essayais de faire ça peut-être et chacun peut apporter sa petite pierre à l'édifice pour essayer d'améliorer et de trouver des solutions alternatives pour améliorer le confort du soin. Et c'est pour ça que parfois nos transmissions sont parfois un peu longues.

CG : Est-ce qu'il y a d'autres personnes aux transmissions ?

Rep : Oui, on a notre cadre qui écoute également. Et le fait que des fois les kinés (kinésithérapeute) soient aussi dans les parages, ils peuvent aussi venir aux transmissions. C'est déjà pas mal, parce qu'il y a beaucoup de services où les transmissions sont d'infirmier à infirmier et c'est très technique et médical. Peut-être qu'effectivement, ils ont plus l'occasion au cours de leur quart d'échanger, de chercher des solutions. Mais je pense que nous, notre organisation elle fait souvent appel à ce temps de transmissions pour trouver des solutions aussi.

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions, de discussions, de prises de décisions ?

Rep : Pour moi oui, il n'y a que la communication entre nous, réfléchir ensemble... et les échanges qui vont faire qu'on va trouver des solutions pour améliorer les soins au patient.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : C'est essentiel. La concertation entre les équipes, les différents corps de métier, parce qu'on ne passe pas les mêmes temps au même moment ou on n'a pas le même rapprochement au corps à tous les moments Les aides-soignantes c'est énorme ce qu'elles peuvent nous rapporter parce qu'elles voient majoritairement le corps dans son intégralité du patient.

CG : Finalement, est ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : Tout à fait. C'est important pour trouver le soin qui va au patient.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : C'est une complémentarité. Avec l'ASH (agent service hospitalier) également parce qu'il ne faut pas l'oublier qu'elle entend beaucoup de choses, elle voit beaucoup de choses, elle vient nous rapporter des choses.

CG : Et le travail en équipe ?

Rep : Le travail en équipe Ce n'est pas quelque chose de facile. On a tous des personnalités différentes, des gens avec qui on s'entend, des gens avec qui on ne s'entend pas du tout, mais il y a la partie travail et il y a la partie amicale. Même s'il y a des affinités qui ne se font pas avec des personnes. Vous pouvez avoir une personne qui n'est pas forcément votre copine ! Mais qui vient vous demander conseil sur un médicament, sur un pansement, sur une prise en charge, sur un questionnaire n'importe lequel. Il faut savoir faire la part des choses, on est quand même des gens, des gens intelligents je pense, j'espère.

CG : Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe ?

Rep : On est toutes là pour la même mission, la qualité dans nos prises en charges en soins pour le patient. C'est pour le patient. Le mieux c'est que le patient puisse faire un maximum de choses par lui-même sachant que pour nous ça prend beaucoup plus de temps, oui ça reste prioritaire de rendre les gens plus autonomes. Nous on a beaucoup des gens qui vont rentrer chez eux, il faut qu'ils arrivent à se prouver à eux-mêmes qu'ils sont en capacité de faire des choses. Ou qu'ils arrivent à réaliser par eux-mêmes qu'ils ne sont pas en capacité de faire les choses. C'est pour faire prendre conscience aussi aux gens de ce qu'ils sont capables ou non de faire. Il faut qu'on mette les gens face aussi à des réalités.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui et je ne sais pas si justement c'est ces temps d'échanges que l'on a quand même beaucoup ensemble, mais on est une équipe qui communique énormément, qui est solidaire et ça aide pour s'occuper du patient.

CG : Au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins ?

Rep : Justement en entretenant cet esprit de cohésion, en entretenant la communication entre nous, par exemple. En faisant des petites réunions, c'est elle-même qui va créer des moments d'échanges, nous réunir et nous dire « voilà moi aussi j'ai besoin de votre avis ». C'est important pour que l'harmonie au niveau du travail se fasse, pour qu'il y ait une cohésion dans le travail, pour qu'il y ait une entre-aide entre tous. De toute façon, j'ai toujours pensé qu'un chef c'était quelqu'un qui devait montrer l'exemple ! Donc un chef qui veut entretenir le dialogue dans ses équipes doit lui-même instaurer des moments de dialogue et de communication. Je pense !

C'est d'avoir une bonne communication avec ses équipes déjà en individuel et de créer des moments aussi de réunion où elle va tisser ce lien entre tous.

Notre cadre a des temps de communication individuels entre chacun d'entre nous, c'est quelqu'un qui est très ouverte, qui a toujours sa porte ouverte, qui est toujours à l'écoute. Alors quand elle a des moments effectivement où elle est surchargée, elle demande de différer. Mais elle est toujours à un moment ou à un autre à l'écoute et c'est elle qui nous crée régulièrement des temps de réunion, avec des flashes d'informations où elle nous transmet les informations à toutes, où à ces moments-là elle nous demande notre retour sur les informations. Elle ne fait pas que de nous dispenser de l'information. Elle est aussi là pour recevoir nos informations à nous, donc elle crée à ce moment-là des échanges, ça c'est certain. Elle met des outils de communication pour ceux qui éventuellement n'ont pas pu être là et qu'ils puissent aussi profiter de tout ce qui a pu être dit. Donc, on a des classeurs avec des synthèses de petites réunions, avec des choses claires, précises, qui permettent à tout le monde d'être au courant d'un maximum de choses. Donc ces petites réunions flashes c'est très bien ce qu'elle fait, parce que toutes celles qui sont présentes viennent, c'est de courte durée, c'est de façon régulière. Elle nous donne de l'information, donc on se sent informé, on se sent valorisé et elle attend des feedback pour savoir aussi ce qu'on en pense !

CG : Est-ce que c'est durant ces petites réunions, elle amène la discussion sur des questions du soin, parler de questions éthiques dans les prises en charge ou qu'au moment des transmissions ?

Rep : C'est surtout au moment des transmissions. Comme nous on se sépare pour les transmissions, un jour elle va aller dans une salle, le lendemain elle sera dans l'autre. Elle essaie d'être au courant de ce qui se passe dans le service et elle n'a jamais la porte de son bureau fermée. En fait elle a son bureau à côté et on sait très bien qu'elle entend tout ce qui se passe, et on sait très bien que si on a besoin de lui parler on se met sur le pas de la porte, on lève le doigt « est ce que je peux vous interrompre ? » Et oui ou non mais si c'est non tout à l'heure oui. Y a besoin de ça, besoin de ça dans une équipe. Et puis, comme nous on se sépare pour les transmissions, un jour elle va aller dans une salle, le lendemain elle sera dans l'autre. Par exemple aux transmissions tout à l'heure, elle était là avec nous aux transmissions. Elle se met dans la salle et puis elle écoute nos transmissions, et il lui arrive d'intervenir aussi effectivement, de dire « tiens au fait au sujet de ci, au sujet de ça j'ai eu un tel au téléphone ». Donc elle vient compléter et elle participe tout à fait. Et des fois quand on a un souci, elle nous demande chacun d'y réfléchir et de faire des propositions qui pourraient faire avancer les situations. Elle nous implique dans la réflexion. Aussi par exemple, quand on sent qu'on arrive à utiliser des moyens justement qui peuvent être apparentés à de la maltraitance, que ce soit dans la façon de parler, que ce soit dans le manque de temps que l'on pourrait passer avec des patients, que ce soit dans les contentions qu'on pourrait utiliser pour éviter qu'un patient se mette en danger, on en parle tous ensemble aux transmissions. Il faut remettre les choses à plat à ce moment-là. Je crois qu'on ne peut pas faire autrement que de parler d'éthique c'est-à-dire peser le pour et le contre toujours du bien et du mal, aussi de respect car on a tous peur de tomber dans la maltraitance. C'est quelque chose qui fait peur quand même aux soignants j'espère ! **[silence]** Il faut sans cesse se remettre en cause, voir le côté positif !

CG : et pensez-vous que le fait que le cadre soit présent est très important sur le terrain ou pas forcément ?

Rep : C'est essentiel ! on attend que nos cadres sachent ce qu'on fait et quelles sont nos missions, et quelles peuvent être nos difficultés, et ça ce n'est pas en étant dans un bureau à quatre couloirs de là que ça peut se faire ce n'est pas possible. On sait qu'elle a énormément de tâches dont on ne mesure même pas l'ampleur ! Vous avez en tant que cadre, toutes, des missions pour le fonctionnement qui ne sont plus de l'ordre du pansement et de la vérification du rangement des placards ! Je suis tout à fait consciente que le rôle des cadres de service, des cadres, a énormément évolué, mais c'est quand même très important pour des soignants de savoir que la cadre qui les représente sache ce qui se passe dans le service. Les cadres ne peuvent pas gérer des équipes sans savoir ce qu'elles font, sans savoir quelles sont leurs difficultés, sans savoir ce dont elles ont besoin, et toujours être à leur écoute. Le cadre doit être sur le terrain. Oui moi je ne le vois pas autrement. Après la personnalité des cadres ça va être comme la personnalité de chaque infirmier ! Des cadres vont être plus ou moins ouverts, mais un cadre qui serait complètement fermé, qui n'a aucune communication avec ses équipes, s'il ne donne pas l'impression de s'intéresser à son équipe ou de s'investir dans la vie du service, je ne pense pas que ça puisse donner du tout la même chose.

CG : A part la personnalité du cadre, pourquoi ne pourrait-il s'investir à votre avis ?

Rep : Certainement les missions qu'on vous donne à côté ! Qui font que vous avez plus ou moins le temps d'être proche des équipes. C'est à dire que si tous les jours aux heures des transmissions, elle avait elle-même une réunion en systématique qui l'empêche de venir nous écouter et de savoir ce qui se passe dans le service effectivement ! Par rapport à avant quand j'ai

commencé, le temps que notre cadre avait avec nous dans le service et le temps que nos cadres ont maintenant n'est plus du tout le même. Ils ont moins de temps. De la même façon, elle n'a plus les mêmes missions, vous avez certainement des décisions, des responsabilités, les choses évoluent tellement dans votre métier de cadre, mais je pense qu'il est important que la cadre reste dans le service. Comme nous, on est le pivot entre le patient et le chirurgien, la cadre reste le pivot je pense entre notre direction supérieure et le fonctionnement de notre service. Qui peut nous représenter s'ils ne savent pas ce qui se passe chez nous ?

CG : Qui pour vous est concerné par la mise en place de temps de réflexion éthique ?

Rep : Pour moi, tout le monde je pense.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : j'espère que je vous ai donnée des éléments qui vous intéressent parce que j'ai l'impression que je me suis éparpillée [rire] .

CG : Au contraire, c'était très intéressant

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Pas de problème donc j'ai 9 ans de diplôme et ça fait exactement 9 ans que je suis en orthopédie. Autrement j'ai 50 ans, voilà.

CG : Je vous remercie beaucoup d'avoir pris ce temps avec moi.

Entretien n°12

Date : Le 24/03/2020
Durée : 1 heure 04
CG : Christine Gojon

Lieu : Domicile de chacun
Moyen : Par téléphone

Rep : Répondeur

CG : Bonjour, je m'appelle Christine Gojon. Je suis cadre de santé en Médecine Palliative dans un Etablissement de Santé Public et je fais un Master 2 Ethique en Santé à l'Université de Caen. Dans ce cadre, je réalise un mémoire de recherche. Il traite du soin et du travail d'équipe en unité de soins à l'hôpital. C'est pour cette raison que je vous appelle aujourd'hui. Etes-vous d'accord pour que je puisse enregistrer notre échange sachant qu'il sera anonymisé et prendre aussi des notes ?

Rep : oui

CG : Merci. L'entretien devrait durer environ 1 h. Voilà ma première question.

CG : Est-ce que vous pouvez parler de votre unité et de votre travail ?

Rep : Donc, je suis aide-soignante en service d'orthopédie, je m'occupe des patients, du nursing, des toilettes, de l'accompagnement au repas, de l'accompagnement au déplacement des patients, dans leur déplacement dans leur chambre. On essaie de travailler en binôme, on est sectorisé. Il y a le secteur dit « propre » c'est des gens de traumatologie et le secteur dit « septique » c'est des gens infectés où ils sont en chambre seule. Mais sinon c'est des lits vraiment septiques. Donc on est une infirmière, une aide-soignante par secteur. On essaie de travailler en binôme quand on peut aide-soignante et infirmière. Sinon on s'entraide pour les toilettes lourdes où les patients sont fracturés, on est obligé de les manipuler. On se rejoint pour les toilettes les plus lourdes mais on essaie de les faire avec les infirmières. On aime beaucoup cette collaboration qui est d'autant plus rare parce qu'ils nous ont enlevé des lits, donc des filles de journée, on a plus de filles de journée. C'est vrai que les infirmières ont du mal à nous aider, alors qu'avant on était vraiment un binôme infirmier/aide-soignant par secteur. Nous étions à vingt-huit lits, et là on est à vingt-quatre lits. Du même coup, ils nous ont enlevés une aide-soignante de journée, une infirmière de journée. On a essayé une nouvelle organisation c'est-à-dire de commencer les toilettes que les aides-soignants ensemble, de commencer les priorités de bloc opératoire, les transferts, les pansements. En fait, on a vraiment du mal à mettre en place quelque chose car le fait que les aides-soignantes ensemble d'un côté, l'infirmière ou l'infirmier de l'autre côté se retrouve tout seul, et les patients qui sonnent pour les plats bassins.... Vous voyez, on n'est que d'un côté ou de l'autre, donc ce n'est pas super confortable. On essaie de travailler encore en binôme avec l'infirmière, parce que ça nous plaît vraiment, mais effectivement l'infirmière ne peut pas tout le temps se détacher parce qu'elle a du coup tout ce qui est transfert, elles ont les papiers à faire.... On a une infirmière administrative mais qui n'est pas là le mercredi donc c'est un peu compliqué pour les transferts, la paperasse, les médicaments. Il y a l'heure où les chirurgiens passent aussi. Donc du côté sale il y a une infirmière une aide-soignante et du côté propre aussi. Mais quand on avait des journées, ça nous aidait au moment des petits déjeuners et ensuite l'aide-soignante faisait des toilettes pendant que nous on arrêtait ... elle aidait les urgences, enfin les urgences je parle d'urgence dans le sens des transferts vous voyez qui doivent partir à dix heures, ce qu'elle pouvait faire toute seule, ce qui restait et ensuite quand nous on se rejoignait comme ça on était à deux d'un côté ou de l'autre ... Mais même avant la restructuration, on avait du mal à avoir des journées malheureusement. On est séparé aussi au niveau des transmissions. En fait là on est à vingt-quatre patients donc douze de chaque côté. On s'entraide mutuellement ça en orthopédie c'est vraiment un travail d'équipe. Après on a vraiment en charge les douze de nos patients de notre côté mais s'il y a une sonnette on va répondre même si ce n'est pas notre côté vous voyez.

CG : Qu'est-ce que pour vous le soin ?

Rep : Pour moi, le soin c'est très important, c'est vraiment la relation avec le patient. Je voulais absolument faire ce métier là et depuis que je le fais je m'éclate vraiment dans ce que je fais ; Le soin, c'est d'être auprès des patients c'est les reconforter, c'est les aider mais pas en faisant à leur place. Je suis très à cheval là-dessus. Je préfère être à côté de quelqu'un, lui mettre son savon sur son gant, lui donner le gant, l'aider, que de le faire à sa place. C'est très très important pour moi le relationnel, parler avec les patients, les aider tout en essayant, de ne pas faire à leur place. Et même en leur disant « je ne fais pas à votre place parce que vous pouvez le faire, vous avez un col fémur mais vous avez vos bras qui fonctionnent, donc je vous aide mais je ne fais pas à votre place ». Ou inversement « vous avez un bras et vous n'avez pas l'autre je vais vous aider mais vous allez garder votre autonomie ». Par contre a contrario, quand ils veulent faire tout seul alors qu'ils ne peuvent pas, je leur dis « je suis là pour ça, je suis là pour vous »

CG : Que représente pour vous un soin de qualité ?

Rep : Alors un soin de qualité c'est justement d'aider la personne tout en lui gardant son autonomie, avoir réussi à avoir établi un contact de confiance pendant mon soin. Et être rentrée dans une chambre où le patient n'est pas bien, il est mal installé, et ressortir de la chambre et la chambre est bien rangée, c'est clair, le patient est bien et propre et me dit merci, pour moi c'est ça ! C'est vraiment dans la globalité, voilà d'arriver dans une chambre ce n'est pas super top pour le patient et en ressortir en ayant fait vraiment tout ce que je pouvais à mon niveau à moi. La douleur, je ne peux pas donner d'antalgique mais je peux donner de la glace. J'ai fait une formation en hypnose que j'ai vraiment beaucoup aimé. Et je la mets en place assez régulièrement. On a des soins assez invasifs, des gens ou même des gens qui ont mal, j'essaie alors de faire de l'hypnose. Je leur parle. Moi, je suis vraiment dans le relationnel, dans le contact.

CG : Quels sont selon vous les facteurs favorisant un soin de qualité ?

Rep : : Déjà d'avoir le temps. D'avoir le temps même quand on n'a pas le temps je pense que dans les gestes, dans les paroles, même si on fait les gestes rapidement mais qu'on explique et même si on n'a pas le temps, pour moi on peut faire un travail de qualité. Pas au point de dire, je vais pouvoir avoir le temps de faire un shampoing tous les deux trois jours, je ne vais pas avoir le temps ! mais le soin de base, la toilette par elle-même pour moi, je prends le temps, moi je prends le temps ! Moi je dis toujours même à mes collègues quand elles me disent « on est en retard », je dis « voilà, même si on n'a pas fini à midi et demi mais qu'on finit à une heure moins vingt, ce n'est pas grave ». Tant qu'on a satisfait les patients c'est le plus important.

CG : Et les freins ?

Rep : Le temps, il faut prendre le temps.

CG : Avez-vous des attentes ?

Rep : Pas vraiment ! Effectivement on discute ensemble, en plus chacun a sa façon de voir le soin par rapport à son ressenti à lui. Moi je sais que j'y apporte beaucoup d'intérêt. Et puis, on se concerte pour certains soins.

CG : Pouvez-vous me parler du patient ?

Rep : Pour moi, le patient ça peut être ma mère, ma grand-mère, ça peut être mon mari, ça peut être moi, donc je me mets toujours ça en tête. C'est un être humain déjà ! C'est un être humain à part entière avec ses ressentis, lui comme moi, qui peut évoluer d'un jour à l'autre, lui comme moi, que j'arrive à mettre en place le bien être du patient, donc je me mets toujours à la place du patient. Comme je dis toujours aux élèves, parce que je suis référente des élèves parce que j'aime ça. Tu te dis que ça peut être ton père n'importe qui, tu mets le plat bassin tu te dis est-ce que j'aimerais bien qu'on me mette le plat bassin si y a la voisine d'à côté et qu'il n'y a pas le paravent de mis ? est-ce que le patient il est confortable ? Voilà, je leur dis toujours de penser ainsi. Le patient à part entière, vraiment c'est ma priorité de toute façon. Alors je ne vais pas vous dire ça parce que je sais qu'il ne faut pas, qu'on ne doit pas être trop attaché aux patients donc j'ai trop envie de vous dire que oui pour moi ce n'est pas qu'un patient, non. Ce n'est pas un membre de ma famille non plus, je sais qu'il faut garder une distance entre les patients et nous, je ne vais pas lui dire « venez chez moi la semaine prochaine quand vous irez mieux ! » Mais je veux dire que j'essaie d'entretenir une bonne relation et être proche de mon patient tout en restant professionnelle. Même si de mon caractère, de ma façon de voir je suis très proche de mon patient, par contre ça je ne lâche pas dessus, qu'il faut qu'il garde leur autonomie.

CG : Quelle place a-t-il dans le soin ?

Rep : Il est acteur de son soin aussi. Qu'il doit garder son autonomie un maximum, sa dignité dans le sens qu'ils sont déjà diminués pour x raisons, je parle en orthopédie physiquement. Mais s'ils y ont une baisse de moral ou physiquement, je vais les aider. Quand ils me disent « non je ne peux pas aller à la salle de bain vous vous rendez pas compte. Je dis « attendez, on essaie et si j'ai tort on verra, on va évaluer ». Et effectivement quand on y va doucement, et après quand ils y arrivent et quand ils me disent « oui vous aviez raison j'ai réussi », et qu'on voit sur le visage qu'ils sont contents, c'est [silence] vraiment bien.

CG : Etes-vous confronté à des situations questionnantes de prises en charges de soins ?

Rep : Oui, c'est comme par exemple les gens ils souffrent et qu'à mon niveau à moi j'ai essayé de faire ce que je pouvais, c'est à dire les installer, de la glace, enfin voilà. Que par exemple j'ai transmis à l'infirmière et pour x raison ils ont eu ce qu'il fallait et qu'ils souffrent encore et que en fait quand je n'arrive pas à les soulager moralement, mentalement, là j'arrive au bout de mon soin, que je ne peux pas donner plus et que je me dis à ce un moment-là, c'est difficile. Aussi, les situations de décès face à la famille. A ce moment-là on se questionne, quoi faire de plus pour eux, vous voyez c'est des situations comme ça.

CG : Comment faites-vous pour les traiter et à quel moment ?

Rep : Je fais par étape ce que je peux à mon niveau, après je vais voir l'infirmière ce qu'elle peut à son niveau et quand on ne peut pas, je veux dire par rapport à la douleur, je vais vraiment redoubler d'attention, mais essayer d'être présente encore plus, pas encore plus mais par la parole, par les attentions, d'expliquer que j'ai fait tout ce que je pouvais en mon pouvoir à moi, de discuter, de trouver le temps, de rester dans la chambre de discuter un peu tout en faisant mes autres soins. Et on en parle beaucoup entre nous ou de dire ce matin j'ai rencontré cette difficulté-là, effectivement d'en parler avec plusieurs, chacun a son ressenti, chacun a des idées des fois et effectivement dire ça c'est une bonne idée pourquoi pas mettre en place telle action. Toute l'équipe qui gravite autour du patient est là même des fois assistantes sociales, kiné (kinésithérapeute).

CG : Avec qui et sous quelles formes ?

Rep : Quand il y a un problème, on échange entre nous aux transmissions et on essaie aussi de trouver le corps de métier qui peut solutionner, le cadre du service. Pareil s'il y a un questionnement de prise en charge, c'est plus vers elle ou un avenir pour le retour à la maison et que l'on trouve que c'est prématuré justement, on échange entre nous et aussi avec elle.

CG : Qu'est-ce que vous aimeriez ?

Rep : [Pas de réponse.]

CG : Pensez-vous finalement que c'est ou ce serait un temps de questionnements, de réflexions durant ces transmissions ?

Rep : Oui effectivement c'est ça. On échange ensemble.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui je pense oui. Chacun amène sa pierre à l'édifice, donc pour moi oui. De toute façon pour moi une équipe c'est très important. Chacun a les bonnes idées ou a ses idées à soi. Et je pense que c'est bénéfique à tout le monde.

CG : Finalement, est ce que c'est vraiment utile ce temps pour une qualité du soin ?

Rep : Oui, a plusieurs on a plus d'idées, on a un panel d'idées. Parce que nous on se contente de son idée à soi, de ses convictions à soi ou de ses idées. D'échanger ensemble, je pense que c'est toujours bon, toujours bon pour les soins de toute façon. Ils vont nous amener une façon dans un soin ou quelqu'un pour x raisons un patient que je n'arriverais pas à faire la toilette parce qu'il est fermé et pourquoi pour x raisons, elle va me dire moi j'ai fait ça, je sais qu'il était habitué à mettre un fond sonore pour faire la toilette, je vais dire une bêtise complètement, effectivement si on apporte d'autre idées. Comme il y a tellement de gens qui gravitent autour des patients, et du même coup ça porte réflexion et oui moi je suis convaincue que oui.

CG : Qu'est-ce que pour vous une équipe ?

Rep : A mes yeux à moi, ça serait, on travaille tous avec nos façons mais dans le même sens, parce qu'on n'a pas toute la même façon de penser, de voir, comme je vous disais tout à l'heure mais on va quand même tous dans le même sens pour le patient, donc pour moi c'est très important.

CG : Et un travail en équipe ?

Rep : Pour moi un travail d'équipe, c'est quand il y a un qui va pas bien dans une situation ou qui a besoin d'aide dans le « sens descendant » c'est à dire l'infirmière effectivement elle peut nous aider pour une toilette, alors qu'une aide-soignante ne peut pas aider l'infirmière si elle a une perfusion à mettre, mais mes collègues infirmiers, ASH (agent service hospitalier) s'ils ont besoin de moi pour une tension, je ne sais pas, pour x raisons, je suis là. Mais une équipe c'est voilà, si ma collègue infirmière est dans ses soins mais qu'elle a besoin de prendre une tension je suis là, voilà je peux l'aider. En fait c'est l'entraide entre nous.

CG : Quel est pour vous l'objectif du travail en équipe ?

Rep : Qu'on marche tous dans le même sens pour le patient, parce qu'on est là pour lui.

CG : Avez-vous un bénéfice à réfléchir ensemble ?

Rep : Oui, oui. C'est le travail collectif, c'est collégial. On ne peut pas faire un travail à l'hôpital tout seul.

CG : Au quotidien, quel rôle, quelle démarche le cadre de santé doit-il avoir pour instaurer cette réflexion de discuter autour des prises en charges questionnantes de soins autour de l'éthique ?

Rep : D'être proche de son équipe, d'être à l'écoute de son équipe. Et justement qu'on lui expose des faits. Elle fait partie de l'équipe en fait ! Nous, on a on fait des flashes d'informations, les transmissions donc voilà et ça peut être à ce moment-là pour nous amener à réfléchir sur l'éthique, c'est pour prendre des décisions, c'est son rôle. Aussi, sa porte est ouverte, dans les couloirs, dans la salle de soin, j'échange très facilement et je pense que quand on n'a pas de cadre dans le service c'est bien embêtant. Nous, elle arrive en tout cas à être présente malgré ses réunions.

CG : Pour quelles raisons ?

Rep : Il faut répondre à des questions. Il faut toujours quelqu'un au-dessus de nous, pour moi il faut toujours quand même quelqu'un au-dessus de nous qui valide en fait nos questionnements en nous disant « oui effectivement c'est bien de faire comme ça ou non ça ne rentre pas justement dans cette valeur éthique », et dire « non là vous n'y êtes pas du tout ». Donc c'est un peu elle qui nous cadre. La finalité, il faut qu'il y ait le cadre qui soit dans la réflexion avec nous pour nous aider.

CG : A votre avis, comment le cadre peut faire pour mettre en place cette réflexion, discuter ensemble ?

Rep : Dans les réunions flashes qu'elle fait tous les mois, elle nous amène des informations et c'est un temps d'échange. Le jeudi, une fois par mois elle nous apporte des informations et ensuite c'est un temps d'échange, donc elle essaie de faire au mieux

avec le temps qui lui est imparti et le nôtre en même temps. Ensuite, se réunir pour se réunir non mais pour se poser des questions oui. Et quand il y a élément à se questionner ou une situation, pour moi c'est important de réfléchir ensemble.

CG : Qui pour vous est concerné par la mise en place de temps de réflexion éthique ? Voyez-vous d'autres personnes ?

Rep : L'éthique c'est ... l'image de la profession un peu. L'éthique pour moi ça fait un peu « ce qui est bon, ce qui est vrai » par rapport à notre profession. On peut se questionner oui, pour moi on peut se questionner sur le bien mais après chacun à ses idées donc ... le bon, le bien, ce qu'il faudrait faire pour être « un bon soignant, un bon professionnel. » Et tout le monde est concerné. Tant qu'on gravite autour du patient on est concerné. Que ce soit l'ASH (agent service hospitalier) comme l'aide-soignant, comme la cadre. Pour moi tout le monde est concerné même les chirurgiens.

CG : Avez-vous d'autres éléments à ajouter ?

Rep : Non, ça va.

CG : Vous est-il possible de me préciser depuis combien d'année exercez-vous dans votre métier, votre ancienneté dans l'unité et votre âge si ce n'est pas indiscret ?

Rep : Oui, je travaille depuis 9 ans, dans l'unité oui, depuis 9 ans et j'ai 43 ans.

CG : Merci beaucoup.

Annexe n°4 : Grille d'analyse

Grille d'analyse

Thèmes	Sous thèmes
5. La qualité du soin, un regard sur le soin	<ul style="list-style-type: none">✓ Le soin, une rencontre à l'autre✓ Concevoir l'ensemble✓ Le patient, des attentions partagées
6. La réflexion éthique, un cheminement quotidien	<ul style="list-style-type: none">✓ Ensemble vers un questionnement✓ Du sens à l'agir✓ La place de chacun
7. Place et rôle du cadre de santé dans la réflexion éthique en unité de soins	<ul style="list-style-type: none">✓ L'impact du soin dans la fonction✓ Le sens du lien✓ Une force de propositions

Réalisation d'une synthèse à la fin de chaque thème.

Christine Gojon

**Diplôme : Master 2 Mention « Santé Publique » Parcours Éthique en Santé
Université Caen Normandie
EREN (Espace de Réflexion Éthique de Normandie)**

Titre : « *La Réflexion éthique portée par le cadre de santé : un atout pour la qualité du soin ?* »

Résumé

Réfléchir sur la qualité du soin basée sur la singularité du patient, cette personne, dans une unité de soin en Etablissement Hospitalier requiert une réflexion éthique en équipe. Or, le cadre de santé, de par sa posture de proximité, est à même de les accompagner dans cette réflexion éthique afin de tendre vers une décision la plus juste ou la moins mauvaise possible pour le patient.

D'où notre question de recherche : dans quelle mesure la mise en place de temps de réflexion éthique par le cadre de santé pour l'équipe soignante, dans un contexte hospitalier évolutif, participe-t-elle à la qualité du soin dispensé aux patients ?

Nous avons donc réalisé douze entretiens auprès de différentes catégories professionnelles, cadres de santé, infirmières et aides-soignants afin d'apporter des éléments de réponse.

Ces derniers montrent plusieurs orientations, notamment un différentiel des possibles de faire vivre la réflexion éthique et l'implication dans cette démarche du cadre de santé.

Mots clés : Qualité du soin – Réflexion éthique – Le patient/ une personne – Equipe – Cadre de santé

Title: “*Ethical reflection carried by the health executive: an asset for the quality of care?*”

Summary

Reflecting on the quality of care based on the singularity of the patient, this person, in a care unit in a Hospital Establishment requires ethical reflection as a team. However, the health executive, because of its position of proximity, is in situation to accompany them in this ethical reflection in order to tend towards a decision that is as fair or as less bad as possible for the patient.

Hence our research question: to what extent does the introduction of time for ethical reflection by the health executive for the health care team, in a changing hospital context, contribute to the quality of care provided to patients?

We therefore conducted twelve interviews with different professional categories, health executive, nurses and care assistants in order to provide elements of response.

The latter show several orientations, notably a differential in the possibilities of implementing ethical reflection and the involvement of the health executive in this process.

Keywords: Quality of care - Ethical reflection - The patient/ a person - Team - Healthcare executive