

La place de la réflexion dans les
soins

Mémoire professionnel





PRÉFET DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

CHARTE ANTI-PLAGIAT DE LA DRD JSCS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.

Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.

La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »¹.

La contrefaçon (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) est un **délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.

Article 1 :

Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :

Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation² et du Code de la propriété intellectuelle³, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :

Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e)

atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DRD JSCS Auvergne- Rhone-Alpes et de m'y être conformé(e)

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :

Fait àLe..... Signature



¹ Site Université de Nantes : <http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp>

² Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »

³ Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

Après trois ans de formation, de doutes mais aussi de certitudes, de pleurs et aussi d'éclats de rire, il me semble important de remercier toutes les personnes qui m'ont aidée, suivie et ont également contribué à l'écriture de ce travail de fin d'étude.

Merci à Madame Minjaud, pour son suivi, son aide et son soutien durant ce travail mais surtout durant ces trois années, sans qui, je ne serai probablement pas allée jusqu'au DE.

Merci également à Madame Vahramian, pour son écoute dans les moments difficiles de la formation.

Merci à ma famille, ma sœur et évidemment mon papa et ma maman pour la patience dont ils ont fait preuve à mon égard ; entre mes pleurs, les anecdotes hospitalières et la fatigue, merci infiniment.

Merci à Mélie A. de m'avoir relue, aidée, soutenue, pour les montages créés ; et surtout, de m'avoir corrigée mes nombreuses fautes d'orthographe et de français : toujours avoir une orthophoniste pas loin !

Merci à Erin P., binôme depuis la prépa' concours, on n'aura pas le D.E en même temps mais on aura fait un bon bout de chemin ensemble.

Merci à Benjamin B.B, mon "4", pour son soutien dans cette période assez intense mais aussi sa précieuse aide pour la retranscription des entretiens. A ton tour le mémoire maintenant !

Et enfin merci à ces personnes, qui m'ont permis d'avancer pendant trois ans, de ne rien lâcher en deuxième année, de me motiver et d'être à mon écoute dans les différents moments d'émotions que procure notre formation ; en particulier à Marie S., Héloïse R. et Inès R. (El contrat !) et à Clarisse K., Alexandre B., Damien B., Caroline L.

La routine et la prédictibilité entraînent non seulement l'acceptation, mais aussi l'oubli.

Seul le silence - R. J. Ellory

Une seule réflexion peut décider du sort d'un individu.

Le recueil d'apophtegmes et axiomes (1855) - Pierre Claude Victor Boiste

Table des matières

Liste des abréviations

INTRODUCTION GENERALE	1
I – INTRODUCTION DE LA RECHERCHE	2
I.1 - Situation de soin vécue	2
I.2 - Questionnements multiples et questionnaire initial	5
II - CADRE THEORIQUE	7
II.1 - La profession infirmière	7
II.1.1 - Historique de la profession	7
II.1.2 - Définition de la profession de nos jours	11
II.1.3 - Rôles et missions.....	12
II.2 - Le soin	15
II.2.1 - Généralités	15
II.2.2 Les différentes dimensions et composantes du soins	18
II.3 - La réflexion au quotidien	19
II.3.1 - La réflexion	19
II.3.2 - La routine.....	19
III - Méthodologie d'enquête.....	21
III.1 - Choix des professionnels	21
III.2 - Présentation du guide d'entretien	21
III.3 - Les modalités d'entretien	22
IV - Résultats de l'analyse	23
IV.1 - Présentation des IDE	23
IV.2 - Le soin	23
IV.2.1 - Le soin infirmier : qu'est-ce que c'est ?.....	24
IV.2.2 - Le soin technique	24
IV.3 - La réflexion	25
IV.3.1 - Quelle place pour la réflexion dans notre profession ?	25
IV.3.2 - Le questionnaire au quotidien.....	27

IV.4 - Les étudiants	28
IV.4.1 - L'encadrement des étudiants.....	29
IV.4.2 - Les limites de l'encadrement des étudiants	30
IV.5 - La routine.....	31
IV.6 - Conclusion d'analyse	32
CONCLUSION GENERALE.....	35
Liste des références	
Annexes.....	

Liste des abréviations

CAFAS	<i>Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignant</i>
CHU	<i>Centre hospitalier Universitaire</i>
CSP	<i>Code de la Santé Publique</i>
ECTS	<i>European Credits Transfer System</i>
ESI	<i>Etudiant en soins infirmiers</i>
FNESI	<i>Fédération Nationale des Étudiant.e.s en Soins Infirmiers</i>
IADE	<i>Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat</i>
IDE	<i>Infirmier Diplômé d'Etat</i>
IFSI	<i>Institut de Formation en Soins Infirmiers</i>
IS	<i>Innovation Sociale</i>
LMD	<i>Licence, Master, Doctorat</i>
MSP	<i>Mise en Situation Pratique</i>
PCS	<i>Prévention Citoyenneté et Solidarité</i>
SIFEM	<i>Société International Francophone d'Éducation Médicale</i>
SSPI	<i>Salle de Soins Post Intervention</i>
TFE	<i>Travail de Fin d'Etudes</i>
TP	<i>Travaux Pratiques</i>
TOF	<i>Train of four</i>
UE	<i>Unité d'Enseignement</i>

INTRODUCTION GENERALE

Dans un premier temps, il me semble important de noter que tout sera masculinisé afin de faciliter la lecture.

Lors de la formation en soins infirmiers qui se déroule en trois ans, nous recevons le diplôme d'Etat. En revanche, pour en arriver à ce moment tant attendu, nous réalisons beaucoup de stages et passons beaucoup d'examens. A la fin de nos trois années, nous devons présenter un TFE, ou travail de fin d'étude. Celui-ci se déroule sur une période de six mois. Six mois intenses, mais riche en apprentissages théoriques et scientifiques.

Pour composer ce travail, nous avons dû analyser une situation donnée de notre pratique professionnelle, issue du stage 5B, deuxième stage de troisième année.

Mon stage qui m'a permis de réaliser cet écrit s'est effectué en salle de réveil (SSPI). Durant toute mes études j'ai dit, et insisté sur le fait, que je ne souhaitais pas aller au bloc opératoire, mais n'avais jamais mis de côté la salle de réveil. Je ne connaissais pas du tout les soins réalisés dans ce service, d'autant plus que, par choix, je n'avais pas été en stage depuis cinq mois.

Je suis partie, avec l'idée en tête d'axer mon sujet sur la douleur. Lors de mon stage, j'attendais LE moment où une situation donnée m'interpellerait pour commencer à travailler mon sujet initial, mais la gestion de la douleur était très importante dans ce service. Cependant, une autre situation m'a interpellée ; situation nouvelle pour ma part, et qui j'espère ne m'arrivera plus durant ma carrière d'infirmière, ni à l'un de mes étudiants lorsque j'encadrerai. Néanmoins cette situation m'a fait réfléchir sur mes soins dès la suite du stage, et dans les stages suivants.

Mon travail sera composé en plusieurs parties : tout d'abord, nous lirons la situation de stage qui découlent sur des questionnements, et après plusieurs réflexions, nous avons obtenu une question finale qui est le fil conducteur de ce travail. Ensuite, nous confronterons des concepts et mots clés grâce à des ouvrages, ou des cours. Puis, un guide d'entretien a été élaborée afin de m'entretenir avec des professionnels de terrain, il sera expliqué, ainsi que ses modalités de réalisation. Enfin une nouvelle analyse avec des données recueillies sur le terrain sera détaillée puis confrontée aux données scientifiques et à ma posture professionnelle.

I – INTRODUCTION DE LA RECHERCHE

I.1 - Situation de soin vécue

Mon stage 5B, en tant qu'étudiante en soins infirmiers de troisième année, se déroulant du 12 novembre 2018 au 14 décembre 2018, s'est effectué en SSPI (salle de surveillance de post interventionnelle).

Le service n'accepte qu'un seul étudiant en soins infirmiers par période de stage pour faciliter l'apprentissage et ne pas handicaper ni l'équipe, ni l'étudiant. Un étudiant en soins infirmiers (ESI) est encadré par deux tuteurs qui se relayent un jour sur deux.

La situation se déroule le mercredi 5 décembre 2018, lors de la quatrième semaine de stage. J'étais du soir toute la semaine (je faisais 13h00-20h00 avec une pause pour manger à 13h30).

La SSPI est constituée d'une grande salle de 26 places, d'une petite salle de 8 places et d'une SSPI pour l'endoscopie de 8 places.

Généralement, mes journées se déroulaient dans la grande salle, où il y a deux espaces de chacun 13 postes. Les postes sont très rapprochés pour faciliter l'extubation rapide quand cela est nécessaire. En effet, cela nous permet d'être réactifs, malgré parfois un positionnement se voulant éloigner du patient en demande de soin. Un IDE (infirmier diplômé d'état) s'occupe de trois à cinq patients avec maximum deux intubations en même temps. A partir de la moitié de mon stage, sur un secteur de cinq patients, j'avais deux patients à charge.

On peut également noter qu'il y a de nombreux mouvements dans la grande salle. En effet, il y a entre 3 et 6 infirmiers, ainsi que les allées et venues des brancardiers qui amènent les patients et qui sont accompagnés généralement soit d'un médecin anesthésiste, d'un infirmier anesthésiste ou encore d'un infirmier du bloc.

Ce mercredi 5 décembre 2018, mes horaires étaient 13h-20h, et j'accueillais, aux alentours de 15h30, Monsieur R. Il est âgé de 65 ans et a eu une opération de la coiffe d'épaule à droite, sous anesthésie générale et bloc locorégional. Il arrive en salle de réveil, accompagné par son médecin anesthésiste et par un brancardier : il est intubé et n'a pas eu d'antalgique durant son intervention. Il a une attelle et un pansement propre sur l'épaule droite. Une voie veineuse périphérique est en place sur son bras droit, une hydratation de 100 ml de NaCl lui est administrée.

Lors de l'extubation, je parle à mon patient pour lui demander de ne pas bouger et de ne pas paniquer. Je le rassure en l'informant que je vais lui retirer ce qui le gêne.

Une fois la sonde retirée, le patient reprend petit à petit ses esprits. Quelques minutes après (environ cinq), le patient se plaint de douleurs intenses, son faciès est très expressif, il verbalise sa douleur, et se tient également l'épaule.

Je vais donc voir mes prescriptions de suite de bloc pour voir quels antalgiques peuvent être administrés. Mon patient est encore en état de demi-conscience, on note la conscience à 1 sur 2 sur le moment. (Cotation de 0 à 2 dans le service. 0 étant le niveau de non-conscience, 1 étant un niveau de semi-conscience avec une réponse partielle peu compréhensible ; et 2 étant un niveau de conscience totale).

A la lecture de mes prescriptions, je fais le choix de lui faire dans un premier temps une perfusion de Paracétamol ® couplé à du Profenid ® ; et une perfusion d'Acupan ®.

Je décide de faire passer ma poche d'Acupan ® à la place de l'hydratation et donc avec la même tubulure ; et de mettre en dérivation sur le robinet, le flacon de Paracétamol ® avec le Profenid ® ; il me faut par conséquent une tubulure en plus.

Je prépare mon matériel sur la paillasse, et je purge la tubulure pour le flacon en verre de Perfalgan ® une première fois. J'observe qu'il n'y a plus de goutte qui s'écoule dans la chambre du compte-goutte.

Dans d'autres services, j'utilise des perfusions en plastique et non en verre, j'ai l'habitude de faire ce geste (de purger une tubulure). En revanche, c'est la première fois avec un flacon en verre ; de plus, dans ce service, il est rare d'utiliser de nouvelle tubulure, celles en place sur le patient sont utilisées et non remplacées.

Une fois les deux préparations prêtes, je me dirige vers mon patient pour poser l'Acupan ® sur la tubulure initiale, ainsi que le Perfalgan ® en dérivation. A cet instant, l'infirmière qui me suit ce jour-là et un infirmier anesthésiste qui passait dans la salle de réveil s'approchent du lit du patient et m'observent poser mes médicaments.

Je trouve qu'il y a beaucoup de monde qui m'observe pour la pose de deux perfusions. Je branche en premier lieu le Perfalgan ® en dérivation sur le robinet et l'infirmière me demande si j'ai bien purgé la tubulure avant de la brancher. Je lui réponds que oui, mais qu'elle me donne le doute. J'ouvre la molette de réglage du débit et l'infirmière la referme immédiatement. Elle me demande d'enlever la connexion de la tubulure du robinet et de vérifier que je l'ai bien purgé.

Je me rends compte immédiatement que je n'ai pas vérifié qu'il y ait bien une goutte du produit qui s'écoule lorsque j'étais sur ma paillasse, et que ma tubulure n'est donc pas purgée. L'infirmier anesthésiste m'explique que, sur les flacons en verre, il faut ouvrir la prise d'air et donner un choc sur le flacon en verre en purgeant. Il fait en sorte que la tubulure soit purgée, et l'installe sur le patient. Pendant ce temps, je ne me sens pas bien et me rends compte de mon erreur d'inattention ; je me concentre pour finir mon soin et faire les transmissions écrites afin d'aller me poser cinq minutes après avoir fini mon tour.

L'infirmière me dit qu'il faut bien que je vérifie qu'il y a une goutte qui s'écoule avant de brancher une tubulure sur un patient et l'infirmier anesthésiste s'exclame qu'il a un œil de lynx, et que sans lui le patient serait décédé de 20 ml d'air dans le corps. Il me fait cette remarque au chevet du patient éveillé.

J'acquiesce leurs dires, mais je n'apprécie pas la remarque faite devant le patient. Je finis mon soin et n'ose pas demander une pause. J'enchaîne donc avec mon second patient, avec les larmes aux yeux car je me suis bien rendu compte de la gravité de mon erreur et de mon manque d'inattention. L'infirmier anesthésiste est reparti au bloc opératoire, et l'infirmière qui me suit ce jour-là souhaite qu'on aille discuter de ce qu'il vient de se passer.

Je m'excuse dans un premier temps ; je lui dis que je me rends compte des conséquences qu'aurait pu avoir cette erreur, et que je m'en veux car c'est un geste récurrent depuis notre première année de formation. Elle m'explique que si l'infirmier anesthésiste n'était pas passé à ce moment-là dans la salle de réveil et n'avait pas effectué une pause près de la paillasse pour se laver les mains, il est probable que personne ne se serait rendu compte de cet oubli. J'exprime également à l'infirmière le fait que la réflexion de l'infirmier anesthésiste devant le patient m'a énormément déstabilisée.

I.2 - Questionnements multiples et questionnement initial

Au regard de la situation exposée en amont, on peut aussi s'interroger sur l'autonomie que les stagiaires de troisième année ont en fonction des actes préparés. Quels sont les critères de confiance d'un infirmier envers un étudiant, quel est l'encadrement idéal. Faut-il avoir un tuteur, deux ou plusieurs, afin de ne pas avoir de perte d'informations ? D'autres interrogations en découlent alors, est-ce que chaque lieu de stage accueille ses étudiants de la même façon, avec un livret d'accueil ? Quels sont les critères d'accueil pour un lieu de stage, par exemple combien d'étudiants souhaite accueillir le lieu de stage et de niveau différent ou identique (en fonction des semestres et non plus en fonction des années).

Je peux également me pencher sur la question de l'attitude de l'infirmier anesthésiste, de sa réaction et de ses dires au chevet du patient conscient. Quel est l'impact pour les professionnels, mais aussi pour les patients, d'expliquer ou de faire des remarques en présentiel ? Est-ce que les soignants ont souvent ce type de réflexions devant d'autres soignants en présence des patients ? Comment réagir spontanément face à une telle situation ?

Un autre questionnement m'a beaucoup intriguée, en effet à 3 semaines de stage avec des révisions en parallèle, on peut se demander si le facteur de la fatigue ou de l'épuisement n'a pas un impact sur les aptitudes de l'étudiant stagiaire. D'autres interrogations naissent alors, comme l'intérêt de la collaboration pluridisciplinaire (car ici un IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'Etat) est intervenu) ou en équipe afin de palier des erreurs ou des anomalies dans les soins. La question de l'épuisement du travail qui peut mener à un burn out peut également se poser.

Enfin, si l'erreur est commise malgré l'aptitude optimale à la réalisation d'un soin de base d'un ESI ou IDE, je pense qu'il est important de se questionner sur le fait que cette erreur pourrait être davantage due à un nouveau matériel. Comment appréhender des erreurs face à des actes récurrents et primaires, ou appris dès le début de la formation ?

Comment faire ses soins d'une façon optimale sans mettre des mécanismes de routine ou d'habitude en marche ? Comment appréhender un soin que l'on a l'habitude d'effectuer malgré un matériel différent ?

Le questionnement peut démarrer comme suit. En quoi l'infirmier met en place une réflexion dans la routine des soins ? En effet, comme on a pu le noter précédemment, un manque de réflexion a probablement eu lieu lors de cette préparation de perfusion car c'est un geste que l'on a l'habitude de répéter depuis la première année. Les mécanismes acquis emmènent-ils à une réflexion correcte pour chaque soin, quelles compétences et activités acquises durant la formation permettent une réflexion des soins optimale, y compris quand il s'agit des soins "de routine".

On appellera soin de routine les soins que l'on a l'habitude d'effectuer, comme par exemple les perfusions, les prélèvements sanguins ; en aucun cas nous parlerons de routine avec le patient car chaque soin doit être personnalisé pour un patient à un temps précis.

Question finale :

En quoi l'infirmier met en place une réflexion dans la routine des soins ?

II - CADRE THEORIQUE

Nous détaillerons dans cette partie deux différents concepts à partir de ressources bibliographiques et cinématographiques, ainsi qu'à partir de nos cours. Dans ce but, nous étudierons pour commencer la profession infirmière dans son ensemble, puis le soin en général.

II.1 - La profession infirmière

II.1.1 - Historique de la profession

Vous trouverez en annexe, différentes frises chronologiques illustrant les propos suivants.

a. Historique de la profession

Nous allons observer l'évolution de notre profession : pour cela nous pouvons découper l'historique du métier en trois périodes, tout en se référant à l'article extrait du Sérum n°49 de la FNEI (*Fédération Nationale des étudiant.e.s en soins infirmiers*), ainsi qu'au cours sur l'historique de la profession (UE 3.01 S1) animé par Madame Wulschleger.

Tout d'abord, nous avons la première période qui s'étend du christianisme à la fin du XIX^e siècle : c'est à cette première période que la notion de soin infirmier apparaît mais on note qu'un métier voit le jour. Il s'agit des Enfermiers qui ont pour rôle de laver, réconforter, nourrir et réaliser les soins courants sur des malades enfermés. Les personnes soignées étaient riches et se faisaient soigner à domicile, tandis que les personnes plus pauvres se faisaient soigner dans les hospices alors financés par de riches donateurs. Les soignants n'avaient pas de compétences particulières, mais un grand dévouement. Ces soignants étaient des religieuses et les médecins étaient des intellectuels. En ce qui concerne les différents types de soin, il s'agit d'une tâche spirituelle des religieuses : à l'arrivée des personnes soignées, une confession et une communion étaient obligatoires. Le soin est une forme d'aide, de soulagement et de réconfort ; l'hygiène est alors accessoire et les traitements curatifs sont peu développés.

Ensuite, nous pouvons nous porter sur la période de la fin du XIX^e siècle à la moitié du XX^e siècle. Cette période est riche en découvertes scientifiques et en développement des techniques ; quelques exemples peuvent illustrer cette richesse comme les progrès en

hygiène, en chirurgie, en pharmacie (avec le vaccin et la découverte des antibiotiques et neuroleptiques), le développement de l'appareillage médicale ...

De nombreux soignés sont des blessés de la première guerre mondiale, les soignants ont désormais un rôle exécutant. Une sectorisation entre la médecine et la psychiatrie voit alors le jour, et la psychiatrie est un milieu très masculin, que ce soit pour les blessés ou bien pour les soignants. On peut également voir, à cette époque, un développement du milieu extra hospitalier.

Durant cette période, il semble primordial de citer Florence Nightingale, infirmière britannique, reconnue comme étant l'une des chefs de file dans l'émergence des soins infirmiers de l'époque. En effet, après les décès des malades dans les infirmeries, accompagnée d'une quarantaine d'autres infirmières, elle milite pour l'amélioration des soins médicaux. Lors de la Guerre de Crimée (1853). Elle organise une intervention dans les infirmeries afin d'améliorer l'état des lieux, le manque de médicaments et de personnel, qui d'après elle, sont sources des décès ; en effet, après la réorganisation des soins et le nettoyage des lieux, le nombre de décès dans les infirmeries diminuent.

Et enfin, il est intéressant de faire émerger une troisième période qui s'étend de la moitié du XXe siècle au début du XXIe siècle (de nos jours). Il est important de noter que la technologie devient omniprésente, d'une part pour renseigner via les médias et internet les soignés, qui deviennent alors plus exigeants ; et d'autre part pour le matériel plus sophistiqué. La médecine devient alors très spécialisée et il y a une évolution vers la prévention. Le milieu hospitalier public devient alors un lieu dominant, avec néanmoins une forte diminution de la durée de séjour moyen qui s'accompagne par le développement de service d'hospitalisation de jour et de semaine. Le soin est alors plus axé sur la technique qu'auparavant, avec du matériel à usage unique. Tous les soignants sont désormais diplômés et formés sur le plan technique et relationnel, la profession devient de plus en plus mixte. L'infirmier est reconnu pour son rôle propre, qui est la prise d'initiative en fonction de son champ de compétences. De nouvelles notions émergent, telles que le travail en équipe, l'évaluation de la charge de travail, la qualité de soin et la collaboration entre médecin et infirmier.

L'historique de la profession est donc assez dense. On observe qu'au début la profession était exercée par vocation par des religieuses, et n'avait pas le nom de "profession infirmière". On observe qu'entre-temps l'histoire de la France et les progrès scientifique ont fait évoluer cette profession, tout comme l'intervention de Florence Nightingale, pour

finalement arriver à la profession actuelle, avec des infirmiers diplômés d'Etat possédant un rôle propre que nous allons pouvoir détailler ultérieurement dans l'historique des programmes de la formation. La prise en charge des soignés a beaucoup évolué entre une prise en charge axée dans un premier temps sur la maladie puis dans un second temps sur le malade, avec une importante notion de prévention, des protocoles et d'une planification des soins.

b. Historique des programmes de la formation

Nous allons détailler les différentes évolutions de la formation infirmière en France, dans le but de comprendre l'évolution et la place de la réflexion dans notre métier. Beaucoup de dates et de décrets seront cités, nous pourrons les retrouver en annexes. Ces informations sont issues une nouvelle fois du cours sur *l'historique de la profession* (UE 3.01 S1) animé par Madame Wullschleger, ainsi que du dossier dans le *Sérum n°49* publié par la FNEI mais aussi du site internet rédigé par l'Ecole Santé Social Sud-Est à Lyon ; et enfin, du dossier *70 ans d'évolution* publié dans le *magazine Profession Infirmière*.

Dans un premier temps, nous pouvons observer les « premières ». En 1633, la première forme de formation apparaît : elle a pour objectif de laisser les véritables connaissances prendre la place de la charité, car il faut désormais soigner. Les soignantes sont formées par des sœurs qui leur enseignent l'éducation à la personne et leur donnent des conseils ; en revanche les soins techniques sont délégués aux élèves de chirurgie. Quelques décennies plus tard, le Docteur Bourneville crée la première école infirmière, toujours tournée vers l'idéologie d'une femme soignante irréprochable et soumise à une hiérarchie infirmière/médecin. En 1902, la présence d'école infirmière devient obligatoire dès lors qu'il y'a une faculté de médecine dans la ville (*circulaire n°7083 du 28 octobre 1902*). Et enfin, 90 ans plus tard, nous parlons du processus de Bologne que nous détaillerons plus bas.

Dans un second temps, nous allons nous attarder sur les titres donnés aux infirmiers. En effet, quelques dates sont primordiales comme 1922, année durant laquelle se crée le titre d'infirmier diplômé d'état bien que ce dernier ne soit pas obligatoire pour exercer, du moins jusqu'en 1937. En 1978, la notion de rôle propre voit le jour pour ensuite trouver sa place dans un décret en 1981 (*décret n°81-539 du 12 mai 1981*), une infirmière en cancérologie dit « [qu'] au niveau administratif, le dossier de soins fait partie du rôle propre ». Enfin, en 1992, nous pouvons noter le passage des « écoles » aux « IFSI » et des « élèves » aux

“étudiants” ; ce changement prend place en même temps que le 7e programme, détaillé plus tard.

Enfin, nous pouvons nous atteler aux différents programmes de la formation : il y en a eu huit qui s'étendent entre 1923 et 2009. Le premier programme voit donc le jour en 1923, avec deux ans d'études. Les notions portent autant sur les maladies infectieuses, l'hygiène et l'administration hospitalière ; rappelons qu'à cette date, et cela pour encore une quinzaine d'année, le diplôme n'est pas obligatoire. Le deuxième programme débute en 1938 avec une séparation de la formation sanitaire et sociale : à cette échéance l'infirmier doit connaître les principaux symptômes afin de permettre un premier diagnostic des maladies. En 1949, on peut observer une différenciation entre le parcours d'infirmier spécialisé en psychiatrie et l'infirmier « général » ; ce qui deux ans après, amène au troisième programme : toujours en deux ans mais avec un choix à l'entrée de la formation entre la spécialité en psychiatrie et la voie générale. Ce programme laisse apparaître la notion « d'humanisation », et les CHU développent la recherche et améliorent l'enseignement, ces établissements sont nouveaux. La charité n'a plus sa place dans la profession, désormais les soignants soignent. Dix ans après, en 1961, un nouveau programme paraît avec une formation toujours en deux ans : le versant humanisme est dès lors indispensable, les soins d'hygiène et de confort sont du ressort de l'infirmier, et ils ont maintenant la capacité d'intervenir seul en cas de situation d'urgence.

Le rôle d'éducation thérapeutique ainsi que celui de la prévention, la promotion à la santé et la recherche infirmier intègrent le cinquième programme en 1972, programme se déroulant sur 28 mois : le soin est plus individualisé, il y a une reconnaissance du métier ainsi qu'une autonomie vis-à-vis des médecins. Sept ans plus tard, le programme de 1979 se déroule en trois ans : pour la première fois, il y'a une alternance entre les stages cliniques et les cours théoriques, une démarche de soin est éduquée selon un modèle infirmier.

Enfin, nous arrivons dans les derniers programmes, plus connus de nos jours par les étudiants et les formateurs. En effet, en 1992, le septième programme voit le jour : cette fois ci en 38 mois avec une fusion de la spécialité psychiatrie et générale, les cours sont enseignés sous modules faisant référence à un domaine médicale donné (exemple : la cardiologie), les stages sont de quatre semaines, la MSP (mise en situation pratique) prend place et valide le diplôme d'état. Enfin, ce programme reconnaît le diplôme comme bac +2. Nous pouvons à présent remettre dans le contexte le processus de Bologne (1999) qui a pour vocation de parler d'ECTS, et des grades LMD (licence, master, doctorat) afin de valider des compétences et non plus des connaissances par semestre, et cela pour 29 pays

européens. Aussi, après quelques années de réflexion, l'objectif est de créer un référentiel d'activités, de compétences, de formations et d'évaluations afin de baser la formation sur l'autonomie et la réflexion de l'étudiant. Ainsi, le huitième et dernier programme, actuellement appris dans les IFSI, est celui de 2009 « le nouveau référentiel », comme souvent cité, qui ne comporte plus de MSP, confère désormais le grade de licence : la formation est innovante et une nouvelle génération d'infirmier naît, les modules sont maintenant des UE et les étudiants sortent diplômés avec une grande notion d'autonomie, de réflexivité et de compétences.

A travers cet historique, nous observons une très grande évolution des programmes et de la place de l'étudiant en stage et dans sa future profession. Il m'a paru important de les tous citer, ainsi que leurs caractéristiques, afin de mieux visualiser que la réflexion et l'autonomie sont maîtres mots depuis quelques années.

II.1.2 - Définition de la profession de nos jours

Au vu des différentes notions du métier que nous avons pu observer dans l'historique de la profession, ainsi que les différents programmes ; la définition du métier d'infirmier a donc évolué. J'ai fait le choix de citer trois définitions à trois moments différents dans l'histoire du métier, tout en m'appuyant sur les circulaires, décrets et le Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au Diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession publié par le SEDI.

En 1902, d'après la Circulaire n° 7083 du 28 octobre 1902, voici la première définition de l'infirmière : « L'infirmière telle qu'on doit la concevoir est absolument différente de la servante employée aux gros ouvrages de cuisine, de nettoyage, etc. Elle est réservée aux soins directs des malades ; c'est la collaboratrice disciplinée, mais intelligente, du médecin et du chirurgien [...] ».

En 1946, une nouvelle définition voit le jour, d'après la loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice d'infirmier : « Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière toute personne qui donne habituellement soit à domicile, soit dans les services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin des soins ».

Enfin, la loi n°2017-220 du 23 février 2017 de l'article L.4311-1 du Code de la Santé Publique (CSP), déclare la définition suivante pour les infirmiers : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins

infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. »

A travers ces trois définitions, on note une fois de plus une évolution quant à la profession et donc au rôle qu'on peut prêter aux infirmiers. Cette dernière définition nous permet de maintenant définir les rôles et missions de l'infirmier.

II.1.3 - Rôles et missions

Les infirmiers délivrent des soins à différentes visées telles que préventives, curatives ou palliatives. Une contribution à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des soignés dans les soins en lien avec un projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe constituée de plusieurs professions, dans le milieu hospitalier ou extra hospitalier, en autonomie (exemple : infirmière libérale) ou en collaboration (exemple : avec une aide-soignante dans un service).

D'après le Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au Diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession publié par le SEDI, les principales missions d'un infirmier sont l'évaluation de l'état de santé ainsi que l'analyse de la situation, la conception et projet de soins personnalisés, la planification des soins ainsi que l'évaluation de ces derniers et la mise en œuvre des thérapeutiques.

a. Les différents rôles d'un infirmier

Au quotidien, l'infirmier réalise tout un panel d'actes qui sont classés en deux grandes catégories que l'on distingue en fonction des différents rôles de ce dernier.

Tout d'abord nous avons le rôle propre, qui d'après l'article R4311-5 du CSP dit que « l'infirmier accomplit des actes ou dispense les soins [...] visant à identifier les risques et assurer le confort et la sécurité de la personne et son environnement en comprenant son information et celle de son entourage. ». Par exemple, nous retrouvons ici, la surveillance de la prise des médicaments pour un patient.

Le rôle propre est, d'un point de vue juridique, la recherche d'un rôle autonome, d'une zone de liberté d'action, ce rôle permet de prendre des initiatives et d'accomplir des actes qu'il juge nécessaire dans son champ de compétences. Les actes peuvent être de surveillance, d'urgence, d'éducation ou de prévention.

Ensuite, nous avons le rôle prescrit avec présence d'un médecin, qui d'après l'article R4311-9 du CSP qui exprime que « l'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins [...], à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment. ». Dans ce cas, on peut par exemple, retrouver l'utilisation du défibrillateur manuel. Mais les infirmiers peuvent également faire des actes sur prescription médicale sans la présence d'un médecin ; l'article R4311-7 et R4311-8 stipule le fait que « l'infirmier est habilité à pratiquer les actes [...] soit en application d'une prescription médicale [...] soit à adapter et entreprendre les traitements antalgiques, dans le cadre de protocoles préétablis [...] ». Par exemple, on peut mettre en place ou enlever un cathéter court.

b. Les différentes activités et compétences d'un infirmier

D'après le cours UE 1.03 S1 sur les actes et le rôle infirmier, nous pouvons lire une définition de l'activité, qui se différencie des actes ; en effet, « l'activité est l'ensemble des phénomènes par lequel se manifeste une forme de vie, un fonctionnement, un processus ». Les différentes activités du soin infirmier peuvent être préventives, curatives et palliatives. Dans le Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au Diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession publié par le SEDI, nous pouvons retrouver les neuf champs d'activités d'un infirmier. En amont de la présentation de ces neuf champs d'activités, nous pouvons lire que l'infirmier participe à la formation ou l'encadrement (article L4311-1 du CSP). Il est également spécifié que la réalisation des soins infirmiers est soumis à l'évaluation du professionnel ; mais aussi que les soins intègrent qualité technique et qualité de relation avec le patient, ces derniers sont réalisés en prenant en compte l'amélioration des sciences ainsi que des techniques.

D'après le dictionnaire (le Petit Robert), la compétence est « une connaissance, une expérience qu'une personne) acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité pour bien juger ». Et aussi, Guy Le Boterf, docteur d'Etat en lettres et sciences humaines affirme « [qu'] être compétent, c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinaison appropriée de ressources (savoir, savoir-faire, comportement, mode de raisonnement...) ».

Dans le cadre de notre formation, et ce dès la première année, nous connaissons dix compétences que nous devons valider à chaque stage. Au fur et à mesure des semestres, nos référents, d'après le projet de formation établi par l'équipe et l'IFSI, nous demandent

de valider certaines compétences ; par exemple à la fin du deuxième semestre, la compétence 3 doit être validée. Au semestre 4, la compétence 10 qui est axée sur l'encadrement d'autre stagiaire et la collaboration doit être validée. Et enfin, au semestre 6, les compétences 7 et 8 doivent être validées, celles-ci sont centrées sur l'évaluation de notre pratique professionnelle. Ainsi, après les trois années d'études et donc les dix compétences validées à travers les stages, l'infirmier est en capacité de jugement et d'initiatives, il « pense son exercice professionnel », comme cité dans le cours de l'UE 1.03 S1 sur les actes, rôles et compétences.

Les questions de l'encadrement ainsi que de l'interdisciplinarité se posent. En effet, pour exemple, la compétence 9, « organiser et coordonner des interventions soignantes », implique les différents professionnels avec qui nous travaillons au quotidien.

c. Entre délégation d'actes, collaboration et encadrement, que fait l'infirmier ?

D'après le Larousse, la délégation est « une décision par laquelle une autorité administrative charge une autre autorité d'exercer ses pouvoirs à sa place (délégation de compétence, de signature) ». La délégation ne désengage pas celui qui délègue de sa responsabilité. D'après le cours Interdisciplinarité, pluridisciplinarité, collaboration et délégation (de l'UE 3.03 S3) de MJ. Vernay et P. Audouy, référents de l'UE pour la promotion 2017-2020, la délégation ne concerne que des tâches confiées à un collègue et donc des tâches pour une personne ayant les mêmes compétences. Un infirmier ne peut pas tout déléguer à un aide-soignant et un médecin ne peut pas tout déléguer à un infirmier. En revanche, nous pouvons noter que le rôle propre de l'infirmier peut être délégué aux aides-soignants car il s'agit de compétences communes. Ainsi, nous voyons que l'amalgame est fréquent entre la collaboration et la délégation pour les infirmiers vis à vis de l'aide-soignant.

D'après Le Larousse, la collaboration est « l'action de participer à une œuvre avec d'autres ». On observe qu'il y a un but commun mais aussi une responsabilité engagée afin de prendre en charge de façon globale le patient. D'après l'article R 4311-4 du CSP, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, assurer un soin issu de son rôle propre en collaboration avec des aides-soignantes (auxiliaires de puériculture...) qu'il encadre et dans la limite des compétences et qualifications de ce-derniers, en rapport avec sa formation. La collaboration infirmière dépend seulement de son rôle propre infirmier, avec un regard de contrôle sur l'exécution des actes. Malgré tout, il y a des obstacles à cette collaboration ; par exemple,

la collaboration entre aide-soignant et infirmier est une menace pour notre rôle propre car on pourrait le délaisser et le laisser entièrement aux collaborateurs. Cet exemple nous permet de visualiser un second obstacle qui est le manque de contrôle des actes par les collaborateurs. En revanche, on peut voir que l'aide-soignant devient alors co-acteur dans la prise en charge du patient et il garde sa responsabilité.

Enfin, nous pouvons voir que la notion de contrôle dans la collaboration revient souvent mais on retrouve cette notion dans l'encadrement d'étudiant également. Tout d'abord définissons dans un premier temps l'encadrement et l'action d'encadrer ; d'après le Larousse, l'encadrement est « l'action d'encadrer un groupe avec la responsabilité de ce groupe », et donc encadrer est le fait « d'assurer auprès de personne un rôle de direction, de formation, mettre sous autorité en constituant un ensemble hiérarchique ».

Dans le référentiel, la compétence 10 ainsi que l'activité 8 exposent le fait de transmettre les connaissances en encadrant d'autres professionnels ou des étudiants. Si nous parlons d'encadrement ici, c'est que nous pouvons faire le lien avec la situation vécue en stage.

La profession infirmière, dans un premier temps, n'a pas toujours eu cette appellation. Mais surtout, elle a énormément évolué jusqu'à aujourd'hui, autant sur les programmes que sur les avancées techniques et technologiques. L'importance de connaître le dernier programme (2009) qui s'articule autour d'un référentiel d'activités et de compétences nous permet d'affirmer qu'actuellement un infirmier fait preuve de réflexion lors de ses actes et dans le soin, concept que nous allons voir ensuite.

II.2 - Le soin

II.2.1 - Généralités

a. Définition

Nous allons pouvoir définir le soin de différentes façons. Dans un premier temps, j'ai pu rechercher la définition générale du soin dans le Larousse, c'est donc « l'attention que l'on porte à faire quelques choses avec propreté, à entretenir quelques choses ». Le mot soin est régulièrement utilisé dans la vie quotidienne. En effet, dans l'ABCDaire des Sciences Humaines en Médecine (p. 256), il est bien dit que l'expression « être aux petits soins » est souvent utilisé. Cependant, nous pouvons noter deux autres définitions plus spécifiques à

notre profession ; la première issue du Dictionnaire des Soins Infirmiers et la seconde d'après W. Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique. D'après le dictionnaire, le soin est « l'action ou l'ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou soigner autrui », il est notable que la définition est assez générale une fois encore. Et, d'après W. Hesbeen, le soin est « l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelques choses avec lui [...]. Il s'inscrit dans la vie de tous les jours », d'après cet infirmier, on note que le soin est donc quotidien, s'agit-il alors d'une routine ?

Il est important de notifier que d'après Christine Paillard, docteur en sciences du langage et présidente des bibliothèques infirmières d'Île-De-France, le soin s'inclut dans une pratique réflexive et donc l'infirmier doit constamment se questionner sur l'intérêt de son soin et également évaluer ce dernier.

D'après W. Hesbeen et l'ABCDaire des Sciences Humaines en Médecine, on note deux axes du soin, ces derniers sont distincts mais complémentaires, il s'agit du « care » et du « cure », on peut également ajouter un aspect du soin qui est le « prendre soin », que l'on a pu apprendre au cours de notre formation.

b. Soigner et prendre soin

Dans le cours UE 3.01 S1 sur le concept de soin, d'autonomie et de dépendance soutenu par C. Fontaine, il est cité la définition de soigner d'après de W. Hesbeen, qui est le fait de « combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un dans sa situation singulière ». C'est un ensemble de notion d'intention, d'engagement, de connaissance et une évaluation de soi-même et de ses limites.

Il est bien précisé, qu'il faut différencier le « prendre soin » et « faire des soins ». En effet prendre soin c'est le rôle du soin relationnel ; et en revanche, faire des soins, c'est pratiquer des actes techniques. On détaillera ces soins ultérieurement.

c. Le caring

D'après Milton Mayeroff, le caring ou care est le fait d'aider une autre personne afin de favoriser le développement de celle-ci. Le « care » est constitué de dix concepts, comme le développement d'une relation d'aide et de confiance ou encore la création d'un environnement mental, psychologique etc. ; c'est aussi accepter une personne dans sa globalité à un instant présent mais aussi dans son possible devenir. Le « care » est au centre de notre pratique professionnelle infirmière.

Jean Watson, infirmière et professeur en science infirmière affirme que le caring est l'ensemble des éléments qui établissent la démarche soignante afin de favoriser le développement de la santé ou une mort paisible. Ces éléments sont « caratifs » et sont opposés aux éléments curatifs, ils sont fondés sur une philosophie humaniste et un ensemble de connaissances scientifiques.

Enfin de façon quelque peu simplifiée, et d'après Marie Françoise Collière, enseignante en soins infirmiers et militante de la cause des femmes soignantes, dans son ouvrage Soigner ... le premier art de la vie, le « care » ce sont les « soins coutumiers et habituels » qui ont pour objectif d'entretenir un confort et qui se basent sur un aspect psychologique et relationnel.

Le « care » est un aspect du soin, or il est difficile de ne pas l'associer au « cure » : il est important de noter que ce sont deux aspects différents mais complémentaires.

d. Le cure

Si nous traduisons « the cure », alors nous remarquons que cela signifie « le traitement ». En effet, si nous prenons une nouvelle fois l'ouvrage Soigner ... le premier art de la vie de Marie Françoise Collière, le « cure » est le soin de réparation qui correspond aux soins plus techniques d'un soin curatif.

D'après Eliane Rothier Bautzer, sociologue et maître de conférences en science de l'Éducation, dans son livre Entre cure et care : les enjeux de la professionnalisation, elle dit que le « cure » n'est pas efficace si on exclut le « care ».

e. Le soin infirmier

Nous allons une fois de plus utiliser les définitions du dictionnaire des soins infirmiers pour affirmer que les soins infirmiers sont « l'ensemble des compétences et des techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes en soins infirmiers » ; mais aussi de W. Hesbeen qui dit que « le soin infirmier comprend tout ce que ces professionnels font dans les limites de leurs compétences pour prendre soins des personnes ».

Après avoir pu analyser le soin ainsi que ces axes qui en découlent et les soins infirmiers, nous allons pouvoir nous attarder sur les différentes dimensions du soin et ses composantes.

II.2.2 Les différentes dimensions et composantes du soins

a. Les dimensions du soin

Nous allons très peu détailler les dimensions du soin, mais il est nécessaire de les citer et les comprendre afin de pouvoir appréhender les différentes composantes du soin.

D'après le cours UE 3.01 S1 sur le concept de soin, d'autonomie et de dépendance soutenu par C. Fontaine, il y'a cinq dimensions du soin. Tout d'abord nous avons la dimension préventive, qui est l'ensemble des actions mises en place afin de prévenir et de réduire le nombre de maladies, d'accidents ou de handicaps. Il y a la dimension curative, c'est l'ensemble des soins permettant d'amener une guérison ou alors la diminution des complications. La dimension palliative est l'ensemble des soins qui ont pour but de soulager les différentes douleurs (psychologique, sociale, spirituelle et physique) du patient en phase terminale. De surcroît, il y a la dimension de réhabilitation, c'est les soins qui permettent d'équilibrer une perte d'autonomie. Et enfin, il y a la dimension de maintenance, qui englobe les soins de confort et de soulagement par exemple.

b. Les composantes du soin

Dans les soins en perspectives éthiques, de Seli Arslan et W. Hesbeen, un témoignage dit : « en tant qu'infirmier, mon soin envers mon patient ne peut donc pas se limiter à la seule exploitation de techniques de soin et d'outils relationnels. Il convient également de questionner régulièrement la sorte de relation que j'établis avec mon patient [...] ».

En effet, il y a différentes dimensions de soin dont découlent des composantes du soin ; celles-ci se décomposent en trois catégories, il y a les soins techniques, les soins relationnels et les soins éducatifs.

Tout d'abord, nous avons le soin éducatif ; nous pouvons apprendre ce soin dans l'UE 4.06 S3 lors de la démarche de santé publique. Effectivement, nous avons pu axer nos démarches sur des notions d'éducatifs quant à l'hygiène, l'alimentation, le sommeil pour tout type d'âge. Nous pouvons également observer cette démarche d'éducation sur les lieux de stage comme dans un collège, avec des cours d'éducation sexuelle par exemple.

Ensuite, nous pouvons observer le soin relationnel, soin utilisé au cours de chaque intervention avec les patients. Nous apprenons cette notion de soin relationnel lors d'un

semestre sur deux dans l'UE 4.02. Le soin relationnel est issu d'un acte verbal ou non verbal afin d'aider le patient ou de lui apporter un soutien psychologique.

Et enfin, il y a les soins techniques : nous pouvons parler ici de l'UE 4.04 qui est dédié à ce type de soins. Nous avons quelques TP sur des soins techniques mais nous remarquons que nous apprenons beaucoup de soins lors des stages. Certains soins sont appris dès le début de la formation, et souvent pratiqués dans des services comme les prélèvements sanguins, la pose de perfusions par exemple. Ces soins font appel au savoir-faire de chacun, il faut acquérir une part de dextérité dans ses gestes. Chaque soin technique implique une responsabilité de celui qui l'effectue.

Il me semble important de citer mot pour mot la conclusion du cours de l'UE 3.01 S1 sur le concept de soin, d'autonomie et de dépendance soutenu par C. Fontaine, qui est que « le soin infirmier, [c'est] des compétences [et] une réflexion avant l'action ». En effet, nous pouvons, une fois de plus, comprendre que nos compétences acquises durant notre formation nous amènent à une réflexion sur nos soins, et cela au quotidien.

II.3 - La réflexion au quotidien

II.3.1 - La réflexion

Il me semble important de donner une définition de la réflexion au vu du nombre de fois où on peut employer ce terme aussi bien dans l'évolution de la profession mais également dans le soin. D'après le Larousse, la réflexion est « l'action de réfléchir, il est aussi dit que c'est l'arrêt de sa pensée sur quelque chose pour l'examiner en détail ».

Comme évoqué auparavant, la réflexion fait partie intégrante de notre profession. La *SIFEM* (*Société Internationale Francophone d'Éducation Médicale*) a publié, afin d'aider les formateurs, un modèle de réflexion lors d'une situation de soin. (*Cf annexe*)

II.3.2 - La routine

Lors de la question retenue, il est sujet de routine. On utilise régulièrement ce terme, mais savons-nous réellement ce que signifie ceci. D'après le Larousse, la routine est « l'ensemble des habitudes mécaniques, irréflechies, qui résultent d'une succession d'actions répétées sans cesse. C'est l'ensemble de ces actions, de ces gestes faits mécaniquement ».

Nous pouvons remarquer que, dès la première année de notre formation, nous réalisons des soins que nous pouvons pratiquer dans chaque service, tels que la prise de constante, les soins de confort (aide à la toilette), les prélèvements sanguins, ou encore la préparation de perfusion pour des services hospitaliers. Nous pouvons donc aborder une notion de récurrence dans ces soins-là.

Souvenons-nous de la question de départ qui est : en quoi l'infirmier met en place une réflexion dans la routine des soins ? Nous avons pu voir l'évolution du métier d'infirmier qui désormais laisse une grande place à la réflexion. De plus, nous avons pu voir que nous parlons peu, voire pas, de routine dans le soin, mais que certains soins sont quand même faits quotidiennement en fonction des services.

III - METHODOLOGIE D'ENQUETE

Nous allons commencer cette partie sur le travail de terrain par les professionnels ressources choisis et désignés pour mener cette dernière. Nous continuerons ensuite avec la présentation du guide d'entretien, et terminerons par les modalités d'entretien.

III.1 - Choix des professionnels

Pour poursuivre le travail, et faire suite au cadre théorique, il m'a fallu réaliser des entretiens avec des professionnels présents sur mon lieu de stage du 5B. Stage en salle de réveil, qui m'a permis d'intégrer ce travail avec une situation d'appel. Après avoir écrit une situation vécue, détaché des questions pour enfin en sélectionner une ; détailler deux concepts dans un cadre théorique, j'ai dû établir une grille de questions à l'issue de ces parties et prendre contact avec au moins deux infirmiers de mon ancien lieu de stage. J'ai donc pris contact avec la cadre de la SSPI en lui demandant de ne pas me mettre avec mes deux tutrices (en 7h30) qui s'étaient alternées pour m'encadrer, car ma situation de vécu de stage s'était déroulée avec l'une d'elle et a fait objet de grande discussion durant mon stage. J'ai pu donc m'entretenir avec deux autres IDE en 7h30 (et non 12h), deux infirmiers qui étaient ma contre équipe, et qui donc ne pouvaient pas imaginer le thème et sujet de mon mémoire.

III.2 - Présentation du guide d'entretien

Pour créer mon guide d'entretien (disponible *en annexe*) je me suis aidée de mon cadre théorique. J'ai utilisé un fil conducteur tel que le soin pour ensuite discuter de la réflexion et l'encadrement, pour finir avec le sujet global de la routine. On retrouve ici les différentes parties du cadre théorique, comprenant le soin ainsi que la réflexion, nous noterons que nous retrouvons cette dernière de manière plus évidente à la suite des différentes modifications de notre cursus de formation. Dans un premier, j'avais besoin de connaître le parcours des professionnels avec qui je me suis entretenue, car leur nombre d'année d'exercice et leurs expériences influencent beaucoup l'analyse qui suivra. Le but de ces entretiens était d'analyser les réponses d'infirmiers en service, tout en les mettant en parallèle avec les différentes ressources bibliographiques. Cette mise en relation permet d'ouvrir notre travail de recherches avec diverses visions, et non dans un but de trouver une unique réponse.

Lors des entretiens, fait l'un après l'autre, dans le même après-midi, j'ai pu remarquer que la question 6 était compliquée à comprendre. De plus, les questions 6 et 7 peuvent être très similaires, et en résultent en partie les mêmes réponses. Avec du recul, j'aurais dû faire un entretien « blanc » avec un infirmier de mon entourage afin de remarquer ces quelques coquilles.

III.3 - Les modalités d'entretien

Pour réaliser mes entretiens, j'ai donné mes disponibilités, concernant une seule semaine, à la cadre par un mail. J'étais en cours sur mon semestre 6 lorsque j'ai réalisé ces entretiens ; c'est pour cela que j'ai préféré ne donner qu'une semaine entre les partiels et l'approche du rendu du mémoire : j'ai par ce biais essayé de condenser les entretiens. Les deux infirmiers ont accepté d'être questionnés après leur pause repas. Lors de mon arrivée dans le service, l'appréhension était présente, je me suis dit qu'ils ne se souvenaient peut-être plus de moi lors de mon stage, et que l'entretien serait moins convivial. Les entretiens devaient se dérouler en bas de l'hôpital, autour d'un café pour un moment moins formel. En croisant les deux infirmiers avec qui je devais m'entretenir, j'ai pu m'apercevoir qu'ils ne savaient pas que c'était à eux de s'entretenir avec moi (mauvaise diffusion de transmission). Ensemble, nous avons décidé de réaliser ces entretiens dans le service afin de faciliter la relève et l'organisation du service.

Au cours de nos échanges, j'ai pu faire un enregistrement double (ordinateur et téléphone) et les écouter pleinement, sans prendre de notes en parallèle. Ensuite j'ai dû retranscrire chaque entretien dans un tableau pour ensuite résumer chaque idée (*tableau en annexe*).

Les entretiens ont pu être faits sans être dérangés par des contraintes du service (par exemple les extubations).

Je me suis questionnée sur le fait de faire un troisième entretien avec un infirmier d'un autre service de SSPI, mais cette fois-ci encadrant des deuxièmes années, puis je me suis rendu compte que, finalement, cela ne serait pas pertinent au vu du fil conducteur final de mon mémoire.

Les deux infirmiers se sont montrés très intéressés et disponibles pour réaliser au mieux les entretiens, malgré leur appréhension de « mal répondre », affirmation à laquelle j'ai répondu qu'il n'y avait pas de bonnes ou mauvaises réponses.

IV - RESULTATS DE L'ANALYSE

Dans cette partie, nous allons mettre en parallèle, dans un premier temps, les réponses des deux IDE que nous avons questionnée, ce qui sera appelé l'analyse descriptive. Et, dans un second temps, nous mettrons en lien l'analyse descriptive ainsi que les recherches issues du cadre théorique, en ajoutant nos ressources personnelles ; cette partie sera intitulée l'analyse compréhensive.

Nous allons suivre un plan. Tout d'abord, nous présenterons deux infirmiers avec qui je me suis entretenue dans le cadre de mon TFE, ensuite une partie sur le soin, puis sur la réflexion pour ensuite observer l'encadrement étudiant. Nous finirons avec une partie sur la routine. Nous remarquons que ce plan est dessiné dans le guide d'entretien.

L'acronyme IDE sera utilisé à défaut d'écrire infirmier/infirmière.

IV.1 - Présentation des IDE

Je me suis donc entretenue avec deux infirmiers que nous nommerons IDE 1 et IDE 2 afin de pouvoir différencier les réponses de l'un et de l'autre.

L'IDE 1 est une femme qui exerce depuis 2000 le métier d'infirmière, et depuis 10 ans en SSPI à Jean Mermoz. L'IDE 2 est un homme qui a son diplôme depuis 2002, et travail en SSPI depuis 14 ans, entre une ancienne clinique et Jean Mermoz.

On peut ainsi remarquer que les deux IDE ne sont pas débutants en SSPI, et qu'ils ont l'habitude des soins concernant la SSPI.

IV.2 - Le soin

Ce concept prend en compte les questions n°2 et n°3 comprenant une explication du soin infirmier et la place du soin technique dans le quotidien des deux IDE.

IV.2.1 - Le soin infirmier : qu'est-ce que c'est ?

a. Analyse descriptive

Lorsque la question de définir le soin infirmier leur a été posée, les deux infirmiers ont pris quelques secondes pour réfléchir à la réponse.

Les deux infirmiers affirment que le soin infirmier est assez large mais qu'il comporte deux parties, « le soin technique pour des gestes infirmiers » rapporte l'IDE 1 et l'IDE 2 dit que ce n'est « pas forcément un geste technique [...] mais tout le rapport à la personne » ; et l'IDE 1 parle également de « soin relationnel ».

b. Analyse compréhensive

Reprenons la définition du dictionnaire des soins infirmiers ; les soins infirmiers sont « l'ensemble des compétences et des techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes en soins infirmiers ».

On observe que les deux infirmiers affirment que le soin est divisé en deux parties que sont le soin relationnel et le soin technique. Ils n'en disent pas plus, et sont un peu évasifs sur cette question.

Avant même de faire des recherches pour ce travail dans les différents ouvrages ou de relire des cours reçus auparavant, je me représentais le soin infirmier en deux notions distinctes : le soin technique et le soin relationnel. En revanche, je dois admettre qu'avant d'entreprendre mes études, pour moi le soin infirmier était essentiellement un soin technique. Après trois ans de formation et de nombreux stages dans différents lieux, je remarque que le soin comporte différentes notions telles que la technicité, le relationnel, mais aussi l'éducatif.

En effet, comme l'affirme W. Hesbeen, chaque soin est réalisé dans la limite de ses compétences. Par exemple, je peux affirmer qu'un soin technique ne peut pas toujours être réalisé par un infirmier, mais parfois par un médecin. C'est expliqué par la différence de nos compétences acquises durant nos formations.

IV.2.2 - Le soin technique

a. Analyse descriptive

En répondant à cette question, les deux infirmiers n'ont pas hésité lors de leur réponse à déterminer la place de ce type de soin.

Lorsque la question de la place du soin technique dans le quotidien d'un IDE en SSPI a été demandé, les deux infirmiers ont dit qu'elle était « prédominante » ou « assez importante », l'IDE 1 à rajouter quelques exemples tels que « des extubations, on prépare des titrations, beaucoup d'injection, des pousses. ».

De plus l'IDE 2 évoque le fait « qu'en salle de réveil, on pense tout de suite à technique » malgré le fait que celui-ci n'apprécie les soins techniques que, comme il le précise « paradoxalement, moi j'aime pas spécialement la technique. ».

b. Analyse compréhensive

On remarque que les deux infirmiers affirment qu'il y a une grande place pour les soins techniques dans leur pratique au quotidien.

Après mon stage en SSPI, j'ai pu observer et entreprendre des soins techniques tous les jours, et cela plusieurs fois par jour. En effet, des gestes sont réalisés auprès de la plupart des patients : on peut par exemple parler des préparations d'injections afin de passer des antalgiques. Cependant, des gestes moins pratiqués que dans des services de chirurgie ou de médecine sont également réalisés plusieurs fois dans la journée, comme des retraits de masque laryngée. L'intégralité de notre journée est séquencée d'actes techniques que les infirmiers pratiquent.

IV.3 - La réflexion

Nous analyserons la notion de la réflexion grâce aux questions n° 4 et n°5, que nous distinguerons en deux parties. La première sera la place de la réflexion dans notre profession et la seconde sera le questionnement que l'on peut avoir au quotidien.

IV.3.1 - Quelle place pour la réflexion dans notre profession ?

a. Analyse descriptive

La question posée a suscité deux directions de réponses pour nos infirmiers.

L'IDE 1 met en avant le fait « qu'on est toujours en questionnement, toujours en train de se dire qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ci [...] », elle explique ici que la réflexion sur la marche à suivre dans sa pratique professionnelle est omniprésente. Elle parle ensuite de deux types de réflexions : celle « pour améliorer les prises en charge » mais aussi celle « des réflexions basiques », comme pour la prise en charge d'une douleur avec plus

aucune idée de quoi faire. C'est à ce moment-là qu'elle met en avant le travail d'équipe qui permet de « solliciter [ses collègues]. ».

L'IDE 2 n'est alors plus dans le rôle de l'infirmier seul, c'est à dire qu'il va expliquer que lorsque le médecin (notamment en salle de réveil) va prescrire une liste d'antalgiques, la réflexion va rentrer en jeu. En effet, « des fois il y a des choix qui peuvent se faire, par exemple, [...] on peut avoir tout un tas de prescriptions et [...] on va pas forcément toutes les appliquer tout de suite, [...] le médecin va mettre toute une liste de produits à faire, mais [...] on les fait que si [...] on juge qu'il est suffisamment douloureux ou s'il est agité par exemple. [...] Et ça reste à l'appréciation de chacun. ».

Pour finir, les deux infirmiers affirment « qu'il y a un côté réflexion qui est toujours important. » (IDE 2) et que toutes ces actions « [font] partie de la réflexion, du questionnement et [qu'] on est tout le temps en train de se questionner. » (IDE 1).

b. Analyse compréhensive

Rappelons-nous de la définition donnée auparavant dans le cadre théorique, *d'après le Larousse*, la réflexion est « l'action de réfléchir, il est aussi dit que c'est l'arrêt de sa pensée sur quelque chose pour l'examiner en détail ».

On observe alors que les deux infirmiers ont deux types de réponses bien différentes qui amènent toutes deux à la réponse de la place de la réflexion dans la profession. On note donc que les deux infirmiers affirment que la place de celle-ci est importante et constamment présente.

Avant de créer ce travail de fin d'étude, j'avais la notion de la réflexion dans notre profession, mais pas autant. En effet, je ne m'apercevais pas de tous ces moments de réflexion, puisque je passais cette étape sous le statut de stagiaire, et qu'en ce titre on m'aiguillait souvent sur la manière de réaliser mon soin et des étapes à ne pas omettre. Une fois professionnelle, je me suis dit que cette place de réflexion ne serait pas la même.

De plus, je peux remarquer que lors de nos études, beaucoup de cours abordent la notion de réflexion, et dans le travail de fin d'étude à rendre il est souvent notion de réflexion.

Après les entretiens, et d'après les professionnels de terrain, on peut voir que la réflexion est omniprésente.

IV.3.2 - Le questionnement au quotidien

a. Analyse descriptive

Quand l'interrogation sur le questionnement au quotidien a été posée, il a été précisé qu'on pourrait parler d'automatisme, de récurrence.

« Avec 20 ans d'ancienneté » pour l'IDE 1, « je pense que l'expérience dans un poste fait que... » pour l'IDE 2, on remarque ici que les deux infirmiers expriment le fait qu'ils ont de l'expérience dans ce service.

Les deux infirmiers parlent également qu'il y a une notion d'automatisme. L'IDE 1 l'affirme, pour certains soins « je pense qu'on les fait vraiment de façon automatique », contrairement à l'IDE 2 qui fait paraître un abus de langage « on a l'impression, et souvent on le dit en rigolant, qu'on fait les choses un peu tout automatique sauf qu'en fait c'est faux. » Les deux infirmiers prennent comme exemple l'extubation.

L'IDE 1 m'explique : « y a toujours le geste technique de l'extubation, en soi c'est tout con, on t'apprend, tu sais faire c'est tout ; c'est le moment de... Et là de temps en temps [on se demande comment les collègues feraient] ». L'IDE explique ensuite, la place de ses collègues dans ces questionnements : « dans ce cas-là on sollicite nos collègues [...] et on a toujours quelqu'un à qui se référer [...] donc on se rend compte que même sur des techniques qu'on fait tous les jours, y a toujours un cas où on peut être interpellé ou un calcul de dose qu'on n'a pas l'habitude de faire, on va le faire revérifier par un collègue [...] Même avec 20 ans de pratique [...] même si on est sûr de soi ... ».

L'IDE 2, met en avant le fait qu'il y a « un minimum de réflexion. [...] ». Il enchaîne également sur les différentes perceptions de chaque infirmier ; « On va peut-être avoir des collègues qui auraient extubé plus tôt ou plus tard, une fois passés [...] les critères indiscutables comme le TOF [...] qui amène effectivement [...] une uniformité, puisque depuis qu'on utilise tout le temps le TOF. C'est vrai qu'il va peut-être moins y avoir de place pour l'appréciation personnelle mais après il y a quand même [à] juger si le patient est suffisamment conscient, réveillé, et ça, ça reste quand même à l'appréciation de chacun. Et là-dessus t'auras toujours des différences selon les infirmiers. ».

b. Analyse compréhensive

L'IDE 1 parle de ses années d'expériences dans le service afin de justifier ces automatismes. Elle identifie deux côtés à ces soins : le côté habituel et le moins habituel. Cependant, je peux observer qu'à la question suivante elle affirme « [qu'] il vaut mieux vraiment connaître ses bases, et faire ça sans vraiment se poser de questions, pour pouvoir

apprendre le reste. ». Je pense, qu'elle fait référence à certains soins habituels qu'un étudiant apprend à faire dès le début de sa formation (prélèvement, injections, surveillance des constantes) et dont il ne faut plus se poser autant de questions qu'au début.

L'IDE 2 quant à lui explique que l'expérience dans un service et l'ancienneté ne doivent pas être signe d'automatisme pour les soins. Pour lui, chaque soin est soumis à une acquisition d'affirmation (par exemple, le TOF comme dit précédemment), mais une fois tous ces points acquis, l'appréciation personnelle fait place au questionnement. Finalement, après avoir écouté l'IDE 2, on comprend que chaque infirmier se questionne mais de façon différente et cela pour chaque soin et chaque patient.

Lors de ce stage, après une longue période sans stage technique, j'ai réalisé beaucoup de soins, et toujours en me posant beaucoup de questions. Mais j'identifie, malheureusement, ces questions plutôt à un manque de confiance en moi qu'à un questionnement pour savoir si mon soin est fait dans les normes. Cependant, même si ces questions peuvent être dues à un manque de confiance en moi, elles me permettent de remettre en question chacun de mes soins (par exemple : dans quel sens le brassard du tensiomètre doit être mis...)

Il me semble important de souligner qu'une compétence de notre référentiel, la compétence 7, est l'analyse de la qualité et l'amélioration de la pratique professionnelle avec une modalité de validation qui est la pertinence dans la qualité du questionnement professionnel.

Donc, nous voyons que le questionnement est essentiel dans notre profession, et nous apprenons cela dès le début de notre formation par la validation de cette compétence en stage.

IV.4 - Les étudiants

Au commencement de ce travail, je m'étais interrogée sur l'autonomie qui m'était laissée durant ce stage, et de ma position de stagiaire de 3^e année. Mon travail a été orienté d'une autre manière mais il me semblait tout de même important de demander la place de l'étudiant et sa réflexion dans ce service, qui n'accepte que des étudiants de 3^e année, à raison d'un à maximum trois à la fois pour 26, 8 et 8 lits.

Cette partie sur les étudiants sera argumentée grâce aux questions n°6 et n°7. Dans un premier temps, nous analyserons la place accordée pour l'encadrement des étudiants par rapport aux soins. Dans un second temps, nous verrons les limites pour l'encadrement des étudiants dans ce service.

IV.4.1 - L'encadrement des étudiants

a. Analyse descriptive

Lorsque la question du guide d'entretien a été posé, les deux infirmiers m'ont demandé de reformuler. J'ai donc expliqué que je voulais savoir si le fait de n'accueillir que des étudiants de 3e année était dû à une meilleure réflexion que pour un étudiant de 1e ou 2e année.

Les deux infirmiers rebondissent sur le fait que le service est assez technique.

L'IDE 1 explique « [qu']on a un service avec pas mal de technique. [...] Au début, c'est jamais évident, faut en faire pour que [ça le devienne] [...] Il vaut mieux vraiment connaître ses bases, et faire ça sans vraiment se poser de questions, pour pouvoir apprendre le reste. ».

L'IDE 2 affirme lui, « [qu'] il y a un peu toutes les spécialités, c'est quand même plus profitable [...] d'avoir déjà vu plus de [...] pathologies différentes dans vos cours et [...] c'est vrai qu'il y a souvent le côté technique aussi où on nous dit que c'est quand même un service assez technique. ».

b. Analyse compréhensive

Les deux infirmiers insistent sur le fait que le service est prédominant en gestes théoriques, et qu'il y a beaucoup de notions abordées, ce qui met un frein à l'apprentissage parfait durant un stage de quelques semaines, pour un étudiant n'ayant pas assez de notions.

Durant ce stage, j'étais la seule étudiante en soins infirmiers, j'ai pu profiter pleinement de mon stage en posant des questions à tous les infirmiers. Être la seule étudiante a été pour moi un avantage car j'ai pu prendre confiance en moi sur des soins inconnus, que j'ai pu faire à chaque fois et non pas une fois sur deux (en alternance avec un autre étudiant). De plus, effectuer ce stage en troisième année n'est pas forcément une condition pour ma part. Certains stages très techniques tels que la réanimation, ou les urgences, sont accessibles dès la deuxième année et n'handicapent pas l'étudiant dans son apprentissage.

Comme dit précédemment, l'encadrement des étudiants est important dans notre formation, d'une part parce que l'apprentissage se fait à 50% de notre formation sur le terrain mais aussi parce que cela est rédigé dans des textes. Nous notons que la compétence 10 est relative à l'encadrement, mais également l'article R4311-15 du CSP dit que « selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction

des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants : [...] 2/ Encadrement des stagiaires en formation [...] »

On remarque également qu'avec l'article R4312-31 du CSP, que l'infirmier a un rôle d'encadrement et de collaboration auprès de différents acteurs : « L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité. ».

IV.4.2 - Les limites de l'encadrement des étudiants

a. Analyse descriptive

Pour cette question, il a bien été précisé qu'il pouvait s'agir de deux types de limites : les limites des professionnels et du service, et les limites par rapport aux stagiaires.

L'IDE 1 n'a proposé aucune limite par rapport aux professionnels et au service mais seulement par rapport aux ESI ; contrairement à l'IDE 2 qui parle des deux limites.

L'IDE 2 explique que « [l']une [des] limite[s], c'est la grosse charge de travail, on a vraiment une grosse pression des salles d'[opération] » et que cela « gâche un peu les possibilités d'encadrer correctement ». Il dit ensuite qu'avec la rapidité « on dit puis on fait comme on peut, c'est vrai qu'il n'y a plus beaucoup de place pour les explications pour les stagiaires. ».

Et enfin, par rapport aux limites étudiantes, l'IDE 1 affirme que « les élèves de 3e année, qui sont plus à l'aise sur leur pratique [vont] pouvoir justement apprendre l'extubation, préparer d'autres drogues. ». L'IDE 2, quant à lui, explique comment il voit les limites de l'encadrement face à la position de l'étudiant mais aussi à la charge de travail, en disant « puis pour laisser aussi faire des gestes, parce que comme le geste [est] fait par le stagiaire va tout falloir [...] réexpliquer et ça va prendre 10 fois plus de temps, [par exemple] s'il faut faire un sondage que si c'est nous même qui le faisons [...] Donc quand il y a une grosse pression de la charge de travail, ça détériore l'encadrement c'est sûr ».

b. Analyse compréhensive

Lors de la construction de mon guide d'entretien j'ai dans un premier temps écrit cette question avec comme reformulation uniquement des limites étudiantes. Après réflexion, j'ai

pu me rendre compte que les limites professionnelles et du service sont également à prendre en charge.

Les deux infirmiers montrent des limites étudiantes plus importantes que des limites du service.

Si je devais trouver les limites de l'encadrement étudiant lors de ce stage en SSPI et en début de troisième année, je dirais que le peu de stage technique pour un étudiant peut être une limite. Les limites dans les connaissances, par exemple sur certaines chirurgies étant donné que les blocs opératoires traitent de tout sauf de la cardiologie et de la neurologie spécifiques. Je rejoins entièrement les deux infirmiers sur ce point. Néanmoins, ces limites peuvent être controversées par le fait que l'étudiant est acteur de sa formation et doit ainsi se mettre à niveau pour chaque stage, d'autant plus en troisième année.

Enfin, si je devais donner les limites de l'encadrement d'un point de vue professionnel et surtout du point de vue du service (car je n'ai pas la prétention de me positionner en tant que professionnelle de ce service), je dirais que le service est particulièrement dense, et cela peut être une limite pour l'encadrement en cas de journée assez intense avec des salles d'opération complète du matin au soir.

Aucun texte ne régit des limites d'encadrement des étudiants, les services font eux même le choix d'accueillir 1,2,3 ou plus d'étudiants. Cependant il est important de trouver le bon nombre d'étudiants car il en va de la sécurité des patients, de la formation de l'étudiant et de la responsabilité des professionnels encadrant.

IV.5 - La routine

La dernière question cherchait à comprendre l'appréciation de la routine des soins dans le quotidien des infirmiers d'une SSPI.

a. Analyse descriptive

Les deux infirmiers proposent presque les mêmes paroles. Ils parlent tous deux d'un côté positif, ou du moins qui ne paraît pas négatif. L'IDE 1 dit « [qu']il y a un côté qui est positif » alors que l'IDE 2 dit : « Alors moi ça m'évoque pas forcément que des choses négatives, parce que routine c'est plutôt péjoratif comme terme au début. ».

Les deux infirmiers expliquent ensuite leurs propos, l'IDE 1 assure le fait qu'avec la routine « on est à l'aise dans ce qu'on fait et on va le faire sans se poser de question. »

Elle ajoute « Justement y'a des fois où quand c'est trop routinier, [...] on peut faire, justement par inattention, une erreur je pense. C'est pour ça que même si on se questionne pas [...], on peut toujours être attentif à ce qu'on fait, mais pour moi j'aime bien ce côté. »

Enfin l'IDE 1 donne une nouvelle fois son avis en disant que « La routine est rassurante, on sait ce qu'on fait, on sait où on va, on a suffisamment d'aplomb pour être à l'aise, sans être embêté par le moindre geste [...]. [...] Voilà, le côté rassurant. »

Puis l'IDE 2, explique également pourquoi cela est positif pour lui, en illustrant avec l'encadrement des étudiants : « Ça peut permettre justement, tout ce qui est un peu automatique, qui se répète souvent, [...] par exemple, pour encadrer des stagiaires ça peut être pas mal, parce que des choses qu'on fait facilement, spontanément, sans trop se poser de question, ça peut nous laisser le temps d'expliquer des choses aux stagiaires ».

Il formule également un argument pour dire que la routine est positive pour lui : « La part de routine, là encore, elle est assez confortable, parce qu'elle permet au moins que sur l'ensemble d'une journée ou d'une semaine, ça fait des moments où on est pas au bord du burn out quoi, on est pas à bloc et [...] que c'est un côté rassurant finalement. »

Enfin, il explique pourquoi il n'a pas changé de service, grâce à la routine : « D'ailleurs si je n'ai pas changé de service depuis tant d'année c'est qu'il y'a un côté aussi rassurant à la routine, c'est confortable forcément ».

b. Analyse compréhensive

Les deux infirmiers manifestent que la routine les rassure et leur est confortable. L'IDE 1 explique bien que cela peut entraîner un manque de questionnement mais ne doit pas amener à un manque de vigilance.

Pour moi, la routine est signe de facilité mais surtout d'oubli et de manque de vigilance. Faire au quotidien les mêmes soins, une dizaine de fois par jour, fait que l'on est moins vigilant sur les petites actions. Notamment quand il s'agit de soin réalisé depuis le début de la formation ou depuis des années dans un même service : par exemple, une pose de cathéter aux urgences, une préparation de perfusion en SSPI...

IV.6 - Conclusion d'analyse

Après avoir analysé les différentes réponses données par les infirmiers, puis mis en parallèle avec les données scientifiques et mes connaissances et références en pratique

de soin, nous pouvons remarquer que les réponses apportées par les infirmiers sur le terrain sont assez proches des réponses apportées par les scientifiques.

Les deux infirmiers apportent très souvent un avis semblable. Les réponses qu'ils ont formulées sont très riches, et ce peut être grâce à leurs années d'expériences dans ce service.

Ces différentes analyses me permettent de retenir des éléments significatifs, et m'ont permis de définir une partie de mon positionnement de future professionnelle.

Tout d'abord, je note que la définition du soin et celle du soin infirmier m'étaient connues avant ce travail, mais que partiellement. Désormais, je suis capable de différencier les soins, et de l'expliquer de façon complète.

Ensuite, la place de la réflexion a une grande importance dans le quotidien d'un infirmier, y compris en salle de réveil où des soins sont récurrents. Je me suis interrogée sur la place que je laisse à ma réflexion dans mes soins et me suis rendu compte qu'inconsciemment elle est prédominante. Notamment en tant qu'étudiante, par j'ai toujours peur de faire une erreur ; j'espère que cette réflexion continuera de me suivre au cours de ma carrière.

Je pense que la routine apporte un côté positif dans le soin, comme par exemple parfaire sa dextérité sur des soins techniques afin de gagner du temps sur d'autres soins comme l'éducation ou le soin relationnel. Néanmoins, j'y vois un côté négatif, car certains soins techniques ont le risque d'être réalisés de façon automatique par leur récurrence, et pourraient entraîner des erreurs. Ainsi, nous pouvons revenir sur la compétence 7 de notre référentiel : analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ; qui peut entrer en jeu dans ces différentes situations. Cette compétence doit être appliquée du début de la formation à la fin de notre carrière, car jamais rien n'est tout à fait acquis.

Enfin, il est important de noter la place de l'étudiant dans ces situations de réflexion. Après m'être entretenue avec les infirmiers, j'ai pu remarquer que l'expérience des étudiants était malgré tout importante. D'après moi, il est primordial de prendre du temps avec chaque étudiant pour connaître son parcours de stages, ses difficultés et facilités dans les différents soins. Or, avec les services en sous-effectif et en surcharge de lits, le temps est souvent compté et la prise en charge optimale pour l'encadrement des étudiants n'a pas toujours lieu. De plus, l'avancée dans la formation, ainsi que les différentes compétences acquises, laissent généralement plus de liberté aux étudiants par leur tuteur, dues à une confiance placée en l'étudiant.

Je pense donc que le soin infirmier, qu'il soit technique, relationnel ou éducatif, doit être constamment réfléchi et remis en question, même si c'est un soin récurrent ou quotidien

dans certains services. Cette réflexion s'applique lorsque l'on réalise soit même le soin, où se transmet lorsque nous allons encadrer. Il me semblera important de questionner constamment la pratique de nos étudiants afin qu'ils adoptent cette réflexion dès le début de leur formation, mais aussi de peaufiner leur future posture professionnelle.

Cette analyse et ce travail de recherche me permettent d'affiner ma question initiale, de la façon suivante :

Comment l'infirmier allie routine et expérience dans la réalisation de ses soins quotidiens?

On peut se demander quelle place possède l'un et l'autre, et dans quelle mesure nous pouvons faire confiance à notre expérience professionnelle sans que cela impacte nos soins.

CONCLUSION GENERALE

« Conclusion générale » : voilà l'aboutissement de trois années et quelques de formation. Un TFE riche en apprentissage et en remise en question pour ma future posture professionnelle. J'ai pu aborder un sujet qui paraît assez vague et parfois inintéressant pour les autres, en revanche j'ai pu apprendre beaucoup de notions.

J'aimerais m'ouvrir sur une nouvelle question comme par exemple : En 2022, sera publié le nouveau plan santé dans lequel il est dit que les infirmiers pourraient prescrire certains soins. Quel impact cela aurait-il sur notre pratique professionnelle et dans la réalisation de nos soins ?

Après environ 130 jours de travail sur ce TFE, entrecoupés de grands moments de fatigue, je tiens à citer, pour conclure sur ma vision de certaines choses, Paulo Coelho :

« Si vous pensez que l'aventure est dangereuse, essayez la routine... Elle est mortelle ! »

Liste des références

Article L4311-1 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Article R 4311-4 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Article R4311-5 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Article R4311-7 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Article R4311-8 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Article R4311-9 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Article R4311-15 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Article R4312-31 du Code de la Santé Publique repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Arslan S. et Hesbeen W. (2015) *Les soins en perspectives éthiques*

Audouy P. et Vernay MJ. (2018), *Interdisciplinarité, pluridisciplinarité, collaboration et délégation*, UE 3.03 S3. IFSI Rockefeller, Lyon.

Bagros P (2009), *ABCDaire des Sciences Humaines en Médecine*, 2^e édition, page 256

Circulaire N° 7043 du 28 octobre 1902

Collière MF. (2001) *Soigner ... le premier art de la vie*, France, Masson

Décret n°81-539 du 12 mai 1981 repéré sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Dictionnaire des Soins Infirmiers (2005), Paris, France

Dictionnaire *Larousse*

Dictionnaire *le Petit Robert*

Ecole de Santé Social Sud Est repéré par le site internet de l'ESSSE

https://semadoc.essse.fr/?lvl=cmspage&pageid=19&id_rubrique=216

Effantin J., Jourdan A, Peguet Revuz J. (2017, juin), *Historique de la formation en Soins Infirmiers*, Sérums de la FNEI n°49, page 8 à 12.

Fontaine C. (2016), *Le concept de soin, d'autonomie et de dépendance*, UE 3.01 S1. IFSI Rockefeller, Lyon.

Hautemulle M. (2012, mai), *Profession infirmière : 70 ans d'évolution*, L'infirmière magazine n°300, page 21 à 34.

Loi n°46-330 du 8 avril 1946 repérée sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Loi n°2017-220 du 23 février 2017 de l'article L4311-1 du Code de la Santé Publique repérée sur Légifrance

<https://www.legifrance.gouv.fr/>

Madec C., Menotti JE, Vermentot I (2016), *Les actes et le rôle infirmier*, UE 1.03 S1. IFSI Rockefeller, Lyon.

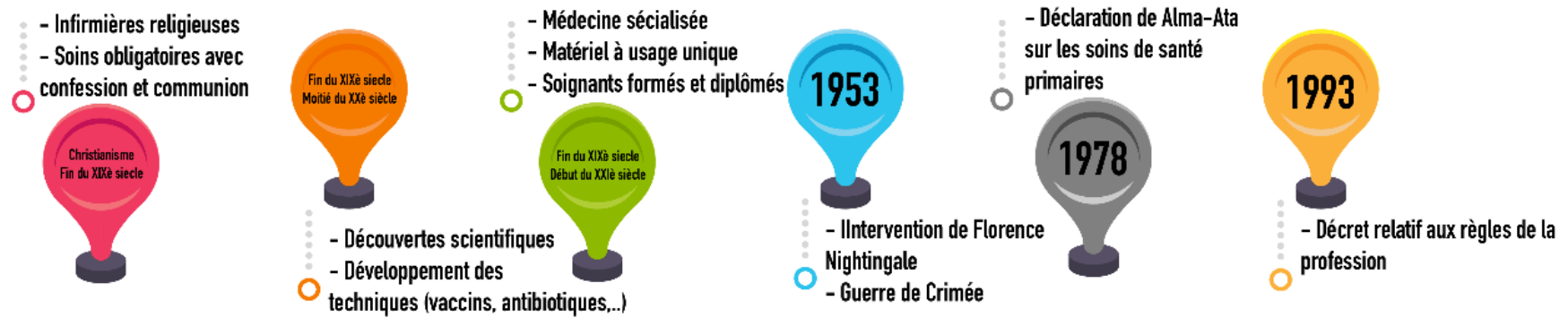
Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au Diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession, SEDI. pages 45 et 56

Rothier Bautzer E., (2012) *Entre cure et care : les enjeux de la professionnalisation*, France, Lamarre.

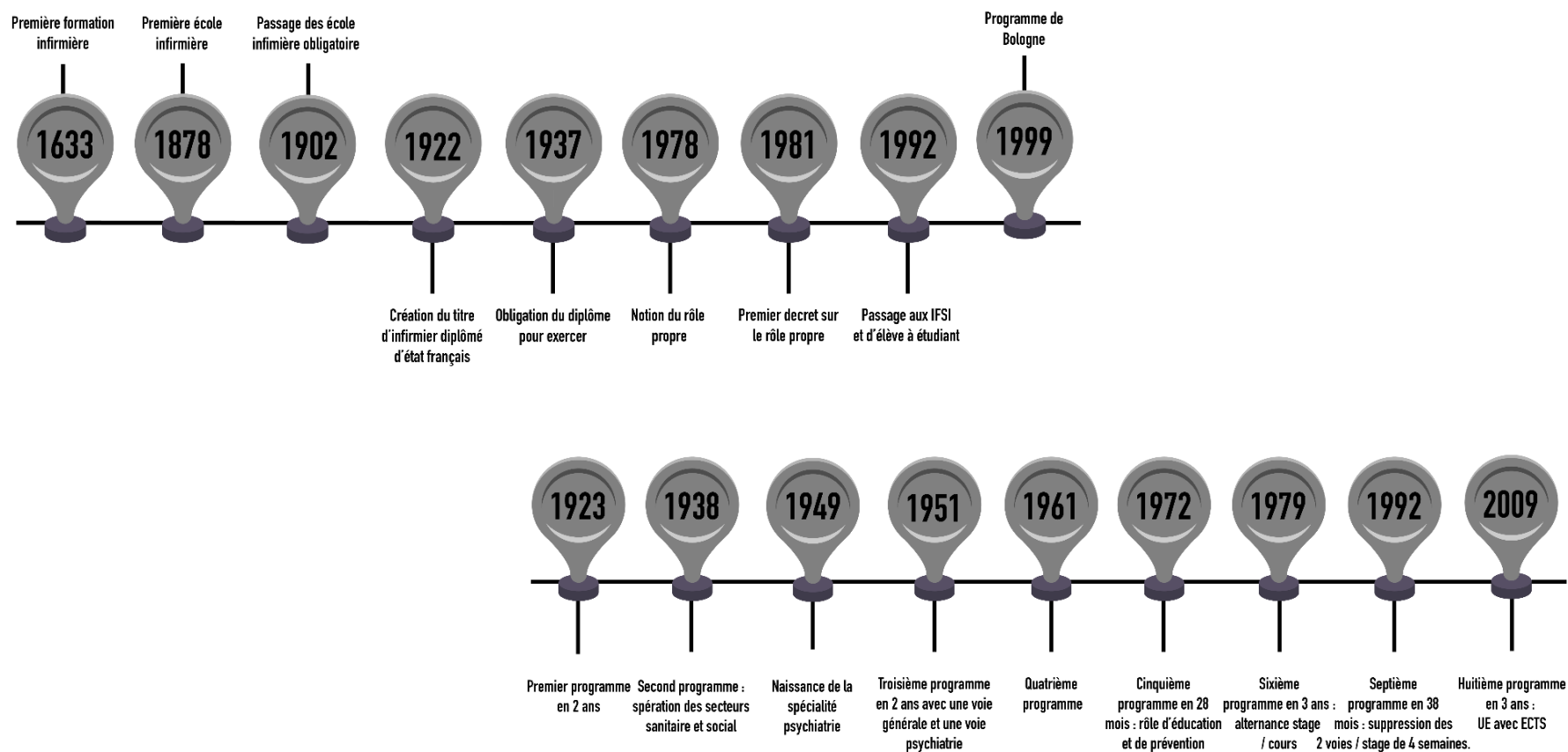
Wullschlegel V. (2016), *L'histoire de la profession*, UE 3.01 S1. IFSI Rockefeller, Lyon.

Annexes

Annexe I : Frise chronologique avec les différentes périodes de l'historique infirmier



Annexe II : Frise chronologique : les étapes de la formation et les différents programmes



Annexe III : Compétences et activités infirmière

Compétences infirmière

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Activités infirmières

1. Observation et recueil de données cliniques
2. Soins de confort et de bien être
3. Information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes
4. Surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes
5. Soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique
6. Coordination et organisation des activités et des soins
7. Contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits
8. Formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires
9. Veille professionnelle et recherche

Annexe IV : Modèle de réflexion lors d'une situation de soin
D'après la Société Internationale Francophone d'Education Médicale.

Figure 1
Modèle de réflexion pour le jugement clinique



Annexe V : Grille d'entretien

Contexte : je me questionne sur le thème de l'infirmier et du soin au quotidien.

Question 1 : Pouvez-vous vous présenter ainsi que votre parcours ?

→ *Chercher une réponse pour l'ancienneté dans la profession mais aussi dans le service.*

Question 2 : Qu'est-ce que le soin infirmier pour vous ?

→ *Chercher une réponse pour le soin technique, relationnel et préventif.*

Question 3 : Quelle est la place du soin technique dans votre quotidien ?

→ *Chercher s'il y a une notion de soin récurrent, quotidien, simple*

Question 4 : Quelle importance possède la réflexion au sein de notre profession ?

→ *Si besoin expliquer que la réflexion fait partie du programme (notamment depuis 2009)*

Question 5 : Arrivez-vous chaque jour à effectuer des soins tout en vous questionnant ?

→ *Quelle est la place du doute, de l'interrogation, de l'automatisme ?*

Question 6 : Quelle est la place accordée à l'encadrement étudiants par rapport à la réflexion d'un soin ?

→ *Dans le service, j'ai pu me rendre compte qu'il n'y avait pas d'autres étudiants, mais qu'un seul étudiant de 3e année, quelles sont les motivations du service ?*

Question 7 : Quelles sont les limites que vous connaissez pour encadrer un étudiant ?

→ *Les facteurs professionnels : chercher à savoir si des facteurs sont des limites pour encadrer des étudiants, par exemple la fatigue, le sur nombre de patients et le sous-effectif des professionnels. Le nombre d'années du DE*

→ *Les facteurs étudiants : manque de connaissances, de pratique ...*

Question 8 : Si je vous dis "la routine dans les soins " qu'est-ce que cela vous évoque ?

→ *3 qualificatifs*

Question 9 : Avez-vous autre chose à rajouter ?

Annexe VI : Tableau récapitulatif des entretiens

		IDE 1	IDE 2
<u>Présentation des infirmiers</u> <i>Question n°1</i>		« Infirmière en salle de réveil à Mermoz depuis 10 [ans] » « Diplômée depuis 2000 »	« Infirmier depuis 2002 » « Je suis passé en salle de réveil [...], donc ça fait bientôt 14 ans »
Le soin	<u>Le soin infirmier</u> <i>Question n°2</i>	« On va le distinguer en deux parties, un soin technique pour des gestes infirmiers et [...] un soin relationnel, et les deux à part égale. »	« Pas forcément un geste technique mais [...] tout le rapport à la personne » « En salle de réveil on pense à technique et [...] finalement on se dit qu'il y a peu de relationnel et beaucoup de technique et moi je sais que je le vis pas comme ça. Même si on fait avec la technique mais le côté humain est finalement quand même très important »
	<u>Le soin technique</u> <i>Question n°3</i>	« Dans notre quotidien, elle est prédominante, on fait beaucoup de technique avec des extubations, on prépare des titrations, beaucoup d'injection, des pousses »	« Alors je dirais qu'en salle de réveil, elle est assez importante » [...] « Paradoxalement, moi j'aime pas spécialement la technique » [...] « C'est vrai qu'en salle de réveil on pense tout de suite à technique »
La réflexion	<u>La place de la réflexion dans notre profession</u> <i>Question n°4</i>	« Je crois qu'on est toujours en questionnement, toujours en train de se dire qu'est-ce qu'on peut faire pour améliorer ci [...]. » « Et une réflexion pour améliorer les prises en charge, et des réflexions basiques, (silence) je vois on hésite pas à se solliciter entre nous : "et toi dans ce cas-là, tu ferais quoi ?" » « Par exemple, le cas de la douleur, le patient qui : "Whoah j'ai 9", et on a tout fait, on va voir notre	« L'humain rentre beaucoup en jeu, [...] il y a beaucoup d'actes qui sont quand même à la base sur prescription médicale mais [...] des fois il y a des choix qui peuvent se faire, par exemple, [...] on peut avoir tout un tas de prescription et [...] on va pas forcément toutes les appliquer tout de suite, [...] le médecin va mettre toute une liste de produit à faire, mais [...] on les fait que si [...] on juge qu'il est suffisamment

		collègue en se disant “est ce que tu penses qu'on peut rajouter un truc”. Pour moi tout ça fait partie de la réflexion, du questionnement et on est tout le temps en train de se questionner. »	douloureux ou s'il est agité par exemple. [...] Et ça reste à l'appréciation de chacun. » « C'est vrai qu'il y a un côté réflexion qui est toujours important. »
	<u>Le questionnement au quotidien</u> <i>Question n°5</i>	« Les soins techniques, [...] avec 20 ans d'ancienneté, je pense qu'on les fait vraiment de façon automatique mais quand il s'agit d'une extubation, de faire un pousse » « [...] Les gestes dont on a moins l'habitude, on va se questionner c'est sûr, parce qu'il y a le côté “pas l'habitude” justement. » [...] « Y'a toujours le geste technique de l'extubation, en soi c'est tout con, on t'apprend, tu sais faire c'est tout ; c'est le moment de... Et là de temps en temps [on se demande comment les collègues feraient] » [...] « Dans ce cas-là on sollicite nos collègues [...] et on a toujours quelqu'un à qui se référer [...] donc on se rend compte que même sur des techniques qu'on fait, tous les jours, y a toujours un cas où on peut être interpellé ou un calcul de dose qu'on a pas l'habitude de faire, on va le faire revérifier à un collègue [...] Même avec 20 ans de pratique, 10, 15 ... même si on est sûr de soi ... Et je pense que c'est même au contraire quand on est sûr de soi qu'on ose demander à ses collègues de vérifier. C'est celles qui sont moins sûr, [qui] osent moins demander et c'est là qu'on peut faire des bêtises. »	« Je pense que l'expérience dans un poste fait que... on a l'impression, et souvent on le dit en rigolant, qu'on fait les choses un peu tout automatique sauf qu'en fait c'est faux. Puisqu'il y a toujours forcément une part de ... Déjà dans la décision d'extuber, y'a toujours forcément un minimum de réflexion. [...] On va peut-être avoir des collègues qui aurait extubé plus tôt ou plus tard, une fois passés [...] les critères indiscutables comme le TOF [...] qui amènent effectivement [...] une uniformité, puisque depuis qu'on utilise tout le temps le TOF c'est vrai qu'il va peut-être moins y avoir de place pour l'appréciation personnelle mais après il y a quand même [à] juger si le patient est suffisamment conscient, réveillé, et ça, ça reste quand même à l'appréciation de chacun. Et là-dessus t'auras toujours des différences selon les infirmiers. »
Les étudiants	<u>L'encadrement étudiant</u> <i>Question n°6</i>	« On a un service avec pas mal de technique. » [...] « Au début, c'est jamais évident, faut en faire pour que [ça le devienne] » [...]	« C'est vrai que c'est une salle de réveil où comme il y a un peu toute les spécialités, c'est quand même plus profitable, c'est pas tellement que l'étudiant de 1e ou 2e année [...] pourrait pas tirer profit de certaines

		<p>« Il vaut mieux vraiment connaître ses bases, et faire ça sans vraiment se poser de question, pour pouvoir apprendre le reste. »</p>	<p>choses en salle de réveil mais c'est qu'on se dit que pour en profiter plus au max, c'est mieux d'avoir déjà vu plus de [...] pathologies différentes dans vos cours et [...] c'est vrai qu'il y a souvent le côté technique aussi où on nous dit que c'est quand même un service assez technique »</p> <p>« Quelqu'un qui est un peu empoté ou qui débarque, qui n'a jamais fait aucun soin technique, il va peut-être se sentir mal, vraiment mal face à toute cette débauche d'appareil qu'on utilise, de matériel... »</p> <p>« [Donc] peut-être le manque de geste technique et aussi peut-être peu avoir vu de matière différente encore à l'IFSI finalement »</p>
	<p><u>Les limites pour encadrer un étudiant</u> Question n°7</p>	<p>« On est suffisamment nombreuses pour qu'il y ait des référentes, mais voilà on préfère encore que deux maximums, pour leur donner justement plus de temps, qu'elles tournent avec tout le monde aussi. »</p> <p><i>Reformulation : « et après les limites étudiantes on les a vu, c'était pour la pratique et tout (interrompu)</i> Oui, les élèves de 3e année, qui sont plus à l'aise sur leur pratique pour pouvoir justement apprendre l'extubation, préparer d'autres drogues. »</p>	<p>« Une limite, c'est la grosse charge de travail, qu'on a vraiment une grosse pression des salles d'[opération]. »</p> <p>« Il faut absolument vite libérer pour mettre un autre patient intubé [...] Clairement ça gêne un peu les possibilités d'encadrer correctement, parce que dans ses moments-là [...] on dit puis on fait comme on peut, c'est vrai qu'il n'y a plus beaucoup de place pour les explications pour les stagiaires etc. »</p> <p>« Puis pour laisser aussi faire des gestes, parce que comme le geste [est] fait par le stagiaire va tout falloir souvent réexpliquer et ça va prendre 10 fois plus de temps, [par exemple] s'il faut faire un sondage que si c'est nous même qui le faisons [...] Donc quand il y a une grosse pression de la charge de travail, ça détériore l'encadrement c'est sûr »</p>

<p>La routine</p>	<p>La “routine des soins” <i>Question n°8</i></p>	<p>« Il y a un côté qui est positif, c’est à dire que justement on est à l’aise dans ce qu’on fait et on va le faire sans se poser de question » [...] « Justement y’a des fois ou quand c’est trop routinier, [...] on peut faire, justement par inattention, une erreur je pense. C’est pour ça que même si on se questionne pas [...], on peut toujours être attentif à ce qu’on fait, mais pour moi j’aime bien ce côté » [...] « La routine est rassurante, on sait ce qu’on fait, on sait où on va, on a suffisamment d’aplomb pour être à l’aise, sans être embêté par le moindre geste [...]. [...] Voilà, le côté rassurant. »</p>	<p>« Alors moi ça m’évoque pas forcément que des choses négatives, parce que routine c’est plutôt péjoratif comme terme au début. » « Ça peut permettre justement, tout ce qui est un peu automatique, qui se répète souvent, [...] par exemple, pour encadrer des stagiaires ça peut être pas mal, parce que des choses qu’on fait facilement, spontanément, sans trop se poser de question, ça peut nous laisser le temps d’expliquer des choses aux stagiaires. » « La part de routine, là encore, elle est assez confortable, parce qu’elle permet au moins que sur l’ensemble d’une journée ou d’une semaine, ça fait des moments où on n’est pas au bord du burn out quoi, on n’est pas à bloc et [...] que c’est un côté rassurant finalement. » [...] « D’ailleurs si je n’ai pas changé de service depuis tant d’année c’est qu’il y’a un côté aussi rassurant à la routine, c’est confortable forcément. »</p>
--------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Résumé

Entre réflexion et routine, quel est le lien ? Ce mémoire traite la question de la réflexion dans le soin, et notamment dans des soins de routine. Il est vrai qu'actuellement, la réflexion a une grande importance dans nos soins, mais était-ce le cas il y a de ça quelques années ? Alors que la profession infirmière a beaucoup évolué, et ne cesse de progresser, il est important de se questionner sur les différents soins que nous pratiquons, notamment lorsqu'ils sont récurrents. La question de l'analyse de notre pratique professionnelle porte également une place très importante.

Mots clés : réflexion, soin, routine, historique, profession infirmière