Institut de Formation en Soins Infirmiers de La Blancarde

Mémoire de Fin d'Etudes

« *Rajouter des minutes aux heures...* »
Les temporalités infirmières et l'éthique du *care* dans la rencontre soignant-soigné

GIABICONI Julie

Promotion 2017-2020

Note aux lecteurs

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI de la Blancarde. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI »

Remerciements

Je tiens à remercier ma guidante, Mme Estevez, de son accompagnement juste, ses conseils, son soutien et pour nos discussions stimulantes. Merci de m'avoir laissée cheminer à mon rythme, tout en étant présente lors des moments de doute.

Je remercie également ma référente pédagogique, Mme Arnaud de m'avoir suivie, soutenue et rassurée au cours de ces trois années intenses, dures et riches d'enseignements.

Je remercie toute l'équipe pédagogique de l'IFSI La Blancarde de son investissement et son implication à nos côtés durant l'ensemble de la formation dispensée, pour les savoirs théoriques mais aussi les valeurs qu'ils font vivre et qu'ils transmettent à leurs étudiants.

Un immense merci à tous les soignants rencontrés lors de mes stages. J'ai eu la chance d'être toujours bien accueillie, intégrée et formée au sein des équipes. Et merci, plus particulièrement, à celles qui ont accepté de me consacrer leur temps, si précieux, pour les entretiens dans le contexte particulier de la crise sanitaire liée au COVID-19.

Merci à celles et ceux avec lesquels nous avons partagé ces 3 ans de formation, et celles qui sont devenues mes amies, plus particulièrement Aurélie et Chloé.

Et puis, à celles et ceux qui font de moi ce que je suis aujourd'hui, qui ont suivi ce travail et m'ont entourée et soutenue depuis le début. Les mots ne peuvent décrire les sentiments que j'éprouve, mais j'ose espérer qu'ils en sont conscients : à mon père et ma famille, plus particulièrement Pascale pour sa relecture, et à ma famille de cœur, Nico et Alice, Nabil, Marie, Marion, et les autres...

Table des matières

Introduction **1**

1) Partie pratique ou cadre contextuel **2**

1.1. Description d'une situation vécue en stage **2**

1.2. Questionnement infirmier suscité **4**

1.3. Synthèse du questionnement **5**

1.4. Phase exploratoire **5**

1.4.1. Revue de littérature 5

1.4.2. Enquête exploratoire 11

1.5. Synthèse et question de départ **16**

2. Partie théorique ou cadre conceptuel **17**

2.1. Le temps dans les soins **17**

2.1.1 Les temporalités : Temps Physique, Temps Social et Temps Vécu 17

2.1.2 Les temporalités dans le soin : choc et contraintes 19

2.1.3 Les compétences temporelles des infirmières 21

***2.2.* L'éthique du *care* dans les soins infirmiers** **23**

2.2.1 Aux sources de l'éthique du *care* : les vulnérabilité(s) 24

2.2.2 La patience et l'inquiétude 25

2.2.3 « *Créativité éthique* » et réflexivité 26

2.3. Synthèse et question de recherche **27**

3. Partie méthodologique ou cadre méthodologique **28**

3.1. Question de recherche **28**

3.2. Dispositif de recherche **28**

3.3. Dispositif d'analyse de l'enquête **28**

Conclusion, mise en perspective **31**

Bibliographie **33**

Introduction

Durant les trois années de cette formation en soins infirmiers, lors de mes stages, j'ai souvent eu l'impression de courir après le temps, ce qui constituait un handicap dans la réalisation de l'ensemble des tâches requises au cours d'une vacation. Cette sensation de lenteur est en partie compréhensible, et liée à mon statut d'étudiante. Néanmoins, elle a persisté, malgré l'avancement de mon cursus. Et je suis arrivée à la conclusion que je passais peut-être « trop de temps » auprès des patients, par rapport à l'ensemble des gestes à assurer dans le cadre du rôle infirmier. Consciente du fait que cela ne me serait certainement plus possible lorsque je serais diplômée, j'en ai profité et j'ai savouré cet avantage qu'ont les étudiants. Cette impression m'a d'ailleurs été confirmée à de nombreuses reprises par divers professionnels avec lesquels j'ai travaillé et qui m'ont formée : ils disent souvent manquer de temps pour les patients. Or, c'est une source d'insatisfaction pour les soignants. Comment accepter cela, lorsque l'aspect relationnel du métier constitue l'une des motivations principales pour le choisir ?

Au cours de ce travail, j'ai donc souhaité approfondir et mieux comprendre cette relation au temps qui caractérise l'exercice infirmier aujourd'hui. C'est pourquoi j'ai décidé de m'intéresser à la question du temps dans les soins, en partant de l'accueil infirmier, moment inaugural de la relation soignant-soigné.

Ainsi, dans une première partie pratique, je décrirai la situation vécue en stage qui m'a interpellée et a suscité une première interrogation : « perdre » du temps auprès d'un patient au début de sa prise en soins peut-il permettre d'en « gagner » par la suite ? A partir de cette situation, je dégagerai un questionnement infirmier. Puis, je présenterai la phase exploratoire de ce travail, à partir d'une revue de la littérature et de l'enquête réalisée auprès de 6 infirmières. L'analyse des entretiens, en lien avec les apports de la revue de littérature me conduira à formuler une question de départ.

Puis, dans une seconde partie, théorique, j'explorerai les termes de ma question de départ et développerai les concepts du temps dans les soins et de l'éthique du *care* dans le contexte de la relation soignant-soigné. En retenant certains attributs des concepts retenus, j'élaborerai ensuite une question de recherche.

Enfin, dans la troisième partie, méthodologique, de ce travail, je présenterai un dispositif de recherche ainsi qu'une grille d'analyse des entretiens qui seront réalisés, avant de conclure ce travail, qui couronne ces trois années de formation et ouvre de nouvelles perspectives.

1) Partie pratique ou cadre contextuel

1.1. Description d'une situation vécue en stage

Contexte

La situation décrite dans ce travail a eu lieu au semestre 3 de la formation. J'effectuais un stage dans un service de chirurgie au sein d'un établissement de soins privé. Les interventions chirurgicales qui y sont pratiquées sont de différents types (orthopédie, chirurgie esthétique et réparatrice, ophtalmologie). La durée moyenne de séjour est courte, entre 1 et 3 nuits. Pour les interventions ophtalmologiques, dont il sera question ici, les patients sortent le lendemain.

Le service compte 33 lits pour 2 infirmiers[1], 2 aides-soignants et 2 agents des services hospitaliers. Selon le programme opératoire, le *turn-over* étant important du fait des durées courtes d'hospitalisation, les infirmiers réalisent beaucoup d'entretiens d'accueil, s'occupent des entrées administratives et informatiques des patients, vérifient et préparent les documents du classeur de liaison qui accompagne les patients lorsqu'ils entrent au bloc opératoire. Une grande partie de leur travail est consacrée à la gestion administrative des mouvements des patients. Les aides-soignants réalisent également les entretiens d'accueil ainsi que le recueil de données. Ces derniers ont lieu dans la chambre du patient. L'infirmier mesure les paramètres vitaux et effectue un recueil de données complet. Celui-ci comporte les antécédents, les éventuelles allergies, l'évaluation de l'autonomie, les traitements en cours, les examens sanguins ou d'imagerie réalisés récemment. Il récupère les consentements et les informations concernant les risques signés, s'assure de savoir si la personne prise en soins a désigné une personne de confiance et/ou a rédigé des directives anticipées. En plus de cette partie administrative, il exerce également un rôle éducatif, puisqu'il explique le déroulement de l'hospitalisation et les différentes étapes, de l'entrée jusqu'à l'intervention. Les patients sont souvent anxieux et l'infirmier se doit également de les informer et les rassurer.

Déroulement de la situation

Le questionnement à l'origine de ce travail de fin d'études est venu suite à l'entrée de M. S. dans le service pour un décollement de rétine. C'est un patient de 57 ans. Né en France métropolitaine, il vit à Madagascar depuis 25 ans et y réside la plupart du temps. M. S. souffre de pathologies multiples, et a subi de nombreuses interventions chirurgicales. Il est diabétique non insulino-dépendant, souffre d'hypertension artérielle, est en surpoids et a été amputé sous le genou gauche. Il ne porte pas de prothèse et se déplace en fauteuil roulant. Il est entré le jour-même, et l'intervention a été programmée suite à une consultation car il s'agit d'une urgence relative. Aussi, M. S. n'a pas réalisé la consultation pré-opératoire avec l'anesthésiste comme c'est le cas habituellement. Cependant, sa sortie est prévue le lendemain matin, ce qui est usuel pour ce type d'intervention. Ce jour-là, le service est plein, et le nombre d'entrées est élevé, soit 12 entrées prévues et autant de sorties. La charge de travail est importante.

Suite au retour de bloc de M. S en fin d'après-midi, les transmissions orales des membres de l'équipe font état du non-respect des consignes post-opératoires. Selon les consignes du chirurgien, il devrait en effet maintenir la position de décubitus dorsal. Il est non observant et non compliant aux soins. Il veut se lever, et se tient assis sur le lit. Il apparaît en colère : selon ses dires, il est « *mal pris en charge* », il demande une collation et à boire depuis son retour du bloc, *« et personne ne fait rien* ». Or, les consignes post-opératoires pour ce genre d'opération sont d'attendre au moins 45 minutes à 1 heure pour reprendre l'hydratation, puis l'alimentation. Ceci lui a été expliqué à plusieurs reprises, cependant il sonne plusieurs fois à ce sujet.

Alors que je ne l'ai pas encore rencontré, j'entends les commentaires des membres de l'équipe qui disent que c'est un patient « *difficile* », et le trouvent « *agressif* » et

[1] Au cours de ce travail, les termes « infirmier », « infirmière », ou IDE (Infirmier Diplômé d'Etat) seront utilisés pour désigner les professionnels en soins infirmiers.

« *opposant* ». Vers 18 heures, il sonne à nouveau. L'équipe est à la fin de sa vacation, les infirmiers préparent les traitements du soir et réalisent les transmissions informatiquement. Je me rends dans la chambre de M. S. pour connaître la raison de son appel. A mon arrivée, dans un premier temps, il est assez fermé, peu courtois, commence par manifester son énervement, me dit qu'il « *en a marre de rester au lit* », qu'il a soif et faim car il n'a pas mangé depuis la veille, et que « *personne ne fait rien* » pour lui. Je lui dis que je vais voir ce que je peux faire. Comme pour chaque patient rencontré, je me présente et je lui dis que je suis étudiante. Puis je lui demande s'il est algique : M. S. me répond qu'il n'a pas de douleur, juste « *des picotements* » au niveau de l'œil opéré. Je reste avec lui, lui rappelle l'importance de garder la position préconisée par le chirurgien pour son bon rétablissement, et lui dis que je lui apporterai sa collation. Il commence alors à me raconter son parcours médical chargé, je l'écoute et le laisse exprimer son ressentiment. Il est insatisfait de ses hospitalisations précédentes. En effet, il dit avoir le sentiment récurrent de ne pas avoir été bien pris en soins à plusieurs reprises au cours de son parcours de vie. En outre, selon ses dires, son amputation est la conséquence d'une « *erreur médicale* ». Je comprends alors, en l'écoutant, que cette colère ne m'est pas destinée personnellement, je me dis que M. S. est certainement méfiant du fait de ses problèmes passés et son manque de confiance, selon ses dires, dans le « *système médical français* ».

Au bout de 10 ou 15 minutes, je lui apporte une bouteille d'eau et une collation, et M. S. est plus calme. Tout en continuant à me parler de son parcours de soins et de ses insatisfactions, il me montre des plaies au bras gauche, et me dit qu'il a contracté un staphylocoque doré (*staphylococcus aureus*[2]), ce qu'il attribue à un prélèvement sanguin : par conséquent, il suit un traitement antibiotique. Je lui demande s'il a des examens qui le confirment ou sa prescription médicale. Il me dit alors de regarder les documents qu'il a apportés avec lui. Je trouve les résultats d'analyses bactériologiques qui confirment la présence de souches multiples de *Staphylococcus Aureus* Résistant à la Méticilline[3] (SARM) chez ce patient. Il s'agit d'une Bactérie Multi Résistante (BMR) dont la présence nécessite la mise en place de mesures d'hygiène spécifiques pour éviter la transmission croisée à d'autres patients[4]. Cependant, il n'a pas sa prescription médicale, ni son traitement avec lui.

Après avoir passé encore du temps auprès de M. S. (en tout, je suis restée environ 25 minutes à ses côtés), je me rends à l'infirmerie et demande à l'équipe si cette information est connue. Ce n'est pas le cas. Cela m'interpelle, je me demande comment une telle information a pu nous échapper, ainsi que les risques potentiels associés. Je pensais alors que l'équipe mettrait en place les précautions complémentaires de type contact, car ce sont les recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière, que nous avons étudiées au cours de la formation dans les Unités d'Enseignement 2.10[5] et 4.5[6]. Je demande alors à l'équipe présente, soit les infirmiers et les aides-soignants, quelle est la conduite à tenir.

Dans le service, il n'y a pas de salle de soins dédiée, les entrées administratives et la préparation des traitements se font dans la même pièce. Les divers affichages dans cette salle concernent surtout la prise en charge de la douleur, mais il n'y a pas de protocole spécifique sur la conduite à tenir en cas de BMR. Le patient est dans une chambre

---

[2] Il s'agit d'une bactérie présente dans la population générale (30 à 40% de porteurs sains au niveau cutané). *S. aureus* est responsable de près de 20% des infections associées aux soins. (HCSP 2010)

[3] Dans moins de 30% des cas, *S. aureus* est résistant à la Méticilline : ce qui constitue une Bactérie Multi Résistante. Il est principalement impliqué dans les infections cutanées et les infections du site opératoire (30%), des voies urinaires et respiratoires (20%) et les bactériémies (10%). (Meunier, Exinger, Kara 2016). La transmission est manuportée, aussi le recours systématique à la Friction Hydro-alcoolique recommandée dans les précautions standard de la SF2H a permis de réduire significativement l'incidence des infections à *S. aureus* et à SARM.

[4] SF2H 2017 : 12

[5] Infectiologie et hygiène

[6] Soins infirmiers et gestion des risques

comprenant deux lits, située au début des chambres du service, mais il y est seul pour l'instant. Sa sortie est prévue le lendemain. La transmission est faite à l'équipe de nuit lors de la relève, cependant il n'y aura pas de feuille de signalement apposée sur la porte, ni de mesure spécifique appliquée. J'ai été surprise que cette information, que je considérais importante, ne donne pas lieu à la mise en place d'un protocole. Au lieu de cela, l'équipe donne pour consigne de porter des gants à usage unique pour tous les soins. Un flacon de solution hydro-alcoolique est à disposition dans la chambre, comme dans toutes les autres. Cependant, j'ai observé que la friction hydro-alcoolique des mains, en entrant dans la chambre du patient et avant d'en sortir, n'est pas systématiquement réalisée.

Comme je l'ai déjà évoqué, cet événement s'est déroulé autour de 18 heures, soit à la fin de la vacation du jour. La cadre de santé n'était plus présente, l'infirmière hygiéniste non plus. Je n'étais pas présente le lendemain, aussi, je ne sais pas quelle a été la suite de la prise en soins de ce patient.

1.2. Questionnement infirmier suscité

Cette situation m'a interpellée à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, en ce qui concerne la pratique de soins : l'entretien infirmier d'accueil et les transmissions.

- Pourquoi l'information sur la BMR de M. S. n'a-t-elle pas été recueillie dès l'entretien d'accueil ?
- Quelles ont été les circonstances de l'entretien d'accueil de M. S. et combien de temps a-t-il duré ?
- Quelle était la charge de travail dans le service ?

S'agissant du patient :

- Quel a été son premier contact avec la personne qui a réalisé l'entretien d'accueil ?
- Pourquoi n'a-t-il pas informé l'équipe soignante de l'infection dès l'entretien de recueil de données ?
- Connaissait-il les risques de transmission de cette BMR durant son hospitalisation et pendant son intervention ?
- Pourquoi le patient se montrait-il méfiant et peu aimable envers le personnel soignant et était-il non coopérant et non compliant aux soins (histoire de la maladie) ?
- Quelles étaient les causes profondes de son insatisfaction ?
- Pourquoi s'est-il apaisé après un moment et a-t-il communiqué cette information ?

Enfin, s'agissant de la posture IDE :

- Comment la relation avec le patient s'est-elle établie ?
- Quel a été l'effet produit par l'accueil de l'IDE sur le patient ?
- En outre, pourquoi, une fois cette information connue, les précautions complémentaires de type contact n'ont pas été mises en place, augmentant le risque de transmission croisée ?
- L'équipe prend-elle fréquemment en soins des patients porteurs de BMR, connaissait-elle les mesures complémentaires d'hygiène à mettre en œuvre en cas de patient porteur de BMR et existe-t-il des protocoles spécifiques ?
- Les personnels soignants avaient-ils reçu des formations s'agissant de l'infectiovigilance ? Du signalement d'événements indésirables ?
- Pourquoi l'équipe qualifiait-elle le patient de « *difficile* » ?
- Le fait d'avoir pu, parce que j'étais étudiante et que je n'avais pas la responsabilité de toutes les tâches techniques et administratives, prendre le temps d'échanger et d'écouter M. S a permis de diminuer son mécontentement ?
- La proportion relative de temps accordée au soin relationnel diminue-t-elle dans les services d'hospitalisation de courte durée ? Dans les services qui s'occupent de pathologies somatiques, comme la chirurgie ?

1.3. Synthèse du questionnement

Nous retiendrons, pour la suite de ce travail, 3 questions, chacune portant sur l'un des axes pratiques de soins/patient/posture IDE, afin de poser la question de départ de ce travail :

- Pourquoi l'entretien d'accueil et le recueil de données n'ont-ils pas permis de récolter une information cruciale pour la prise en soins du patient et la sécurité des soins ?
- Pourquoi le patient exprimait-il un mécontentement, une insatisfaction et une impatience s'agissant de sa prise en soins ?
- Pourquoi ce patient était-il qualifié de « *difficile* » par l'équipe soignante?

Ainsi, le questionnement principal qui émerge de cette situation est le suivant:

Quels éléments ont manqué dans l'instauration de la relation entre soignant et soigné lors de l'accueil pour assurer la satisfaction du patient et la sécurité des soins?

1.4. Phase exploratoire

1.4.1. Revue de littérature

Cadre législatif et réglementaire

Les droits du patient : droit à l'information

Dans la situation décrite, M. S. a connaissance de son infection au *S. aureus*, cependant on peut se demander s'il est bien informé sur ce qu'est cette infection et sur les risques associés lors de son hospitalisation et son intervention, pour lui-même mais également pour les autres patients. Or, l'information des patients est un droit, énoncé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'Art. L. 1111-2 du Code de la Santé Publique stipule que : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. (…). Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée (...)* », et « *cette information incombe à tout professionnel de santé (...)* ».

Le droit à la continuité des soins et sécurité du patient

Dans la situation présente, nous pouvons également attribuer la méconnaissance de l'équipe soignante à un défaut dans la continuité des soins, entre les personnels soignants qui connaissaient l'infection de M. S. avant son entrée, et ceux du service. Ceci constitue une rupture de la continuité des soins, reconnue dans la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article. L. 1110-1 stipule : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels (…) contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ». En outre, l'article 1 de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires spécifie: « *les établissements de santé participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire et qu'ils élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie (…)* ».

Or, ce défaut dans la continuité des soins peut être dû au fait que M. S séjourne la plupart du temps à Madagascar, mais se fait le plus souvent soigner en France, aussi, les informations concernant son dossier médical peuvent être disséminées. De plus, l'intervention ayant été programmée en urgence relative, des éléments du dossier n'étaient probablement pas connus de l'équipe médicale.

Au cours de notre formation, nous sommes sensibilisés à la fréquence des Infections Associées aux Soins et à leurs effets délétères. Dans ce cas, la BMR dont est porteur le

patient a été contractée avant l'hospitalisation. Le patient a néanmoins développé une infection suite à un acte de soins, un prélèvement sanguin réalisé à domicile. Le risque est présent à plusieurs niveaux : le patient a été au bloc opératoire et a subi une intervention de chirurgie ophtalmique sans que l'équipe soignante ne sache qu'il était porteur d'une bactérie multi-résistante. D'autre part, il n'a pas reçu son traitement antibiotique lors de son hospitalisation, diminuant potentiellement l'effet de ce dernier, voire favorisant une résistance. Ceci représente un événement indésirable grave.

L'organisation des soins et la charge de travail

Les séjours courts présentent des défis en termes de continuité des soins et d'efficacité des transmissions. En effet, dans la prise en soins d'une personne qui arrive pour une intervention, il est très fréquent que les grandes étapes (entrée, recueil de données et explication sur la prise en soins, retour de bloc opératoire, accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens, administration des prescriptions médicamenteuses, réfection de pansement et sortie) qui rythment l'hospitalisation soient réalisées par autant de personnes différentes selon le planning du jour. Les relèves sont faites le matin à 6h45 entre l'équipe de nuit et celle de jour, puis actualisées par l'équipe de jour et réimprimées pour ajuster le plan d'occupation des chambres selon les entrées et les sorties du jour. Les Agents de Service Hospitalier ne sont pas présents lors de ces relèves. Chaque soignant a une relève papier. La transmission orale des informations « en temps réel » revêt alors un caractère essentiel, avant d'être consignée, avec un décalage, sur les logiciels dédiés pour en assurer la traçabilité informatique. Cependant, avec 2 IDE titulaires par roulement, un ou 2 AS, 2 ASH et souvent plusieurs étudiants en stage pour 33 lits dans le service, il est parfois délicat de coordonner l'ensemble et d'avoir un tableau complet du service à un moment donné. Par conséquent, cela accroît la possibilité et la probabilité de perte, ou de déformation des informations, qui peuvent affecter la qualité et la sécurité des soins.

Les transmissions et la continuité des soins

L'infirmier a le devoir de transmettre les informations permettant d'assurer la continuité des soins. L'article R. 4311-1 du Code de la Santé Publique définissant l'exercice de la profession précise qu'il comporte « *l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation* ». De même l'article R. 4311-2, ayant trait à l'objet des soins infirmiers, mentionne le « *recueil des informations utiles aux autres professionnels* ». L'infirmier doit donner les informations nécessaires aux autres professionnels, ce qui situe bien les transmissions orales dans ce cadre. Or, dans la situation, nous constatons que l'absence de transmission du portage d'une BMR par le patient est due à un défaut de communication lors de sa prise en soins. Cependant, une fois l'information connue, elle a été transmise à l'ensemble de l'équipe présente.

L'entretien d'accueil infirmier et le recueil de données : le socle des soins infirmiers

Le fait qu'une information importante n'ait pas été recueillie lors de l'entretien d'accueil et de recueil de données pose la question des circonstances de sa réalisation et de la qualité de la relation qui s'est établie entre le soigné et le soignant.

L'article R. 4311-5 du Code de la Santé Publique définit le rôle propre de l'infirmière, qui « *accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* ». L'alinéa 40 mentionne « *l'entretien d'accueil privilégiant l'accueil de la personne avec orientation si nécessaire* ». De plus, selon l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier, annexe II, qui définit les 10 compétences cœur de métier, cette étape mobilise la compétence 1 : « *Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier* ». Cette compétence repose à la fois sur un recueil de données exhaustif, et nécessite d'identifier les ressources et potentiels du patient afin de maintenir au maximum son autonomie et adapter sa prise en soins de manière optimale. L'analyse de ces données permet ensuite à l'infirmière de construire son raisonnement clinique et de poser des diagnostics infirmiers qui sont « *l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels (...)* ». Ils constituent la « *base pour choisir les interventions*

de soins dont l'infirmière est responsable »[7]. Au-delà de ce recueil de données, au cours de l'accueil, il s'agit également d'entrer en relation avec la personne soignée et d'établir un lien de confiance. Nous nous référons ici plus précisément à la compétence 6 du référentiel de formation : « *Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* ». Parmi les items qui permettent de définir la compétence, 2 ciblent plus particulièrement l'accueil :

2. *Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte* et

4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique

La législation reconnaît donc le rôle infirmier dans l'accueil du patient. Or, c'est un moment fondateur dans la démarche de soins, car c'est le premier contact avec le personnel soignant que nouera le patient qui entre en établissement de soins pour une intervention. L'hôpital de Mantes la jolie a constitué un groupe de travail sur ce moment particulier et rédigé un guide de recommandations dans lequel il est énoncé : « *l'accueil du patient et de son entourage est le premier soin. Sa qualité influence la relation future. Il est le lien qui lui permet de s'exprimer tout au long du séjour et favorise un lien de confiance* »[8]. « *Le temps de l'accueil est un moment privilégié d'écoute et d'informations pour le patient et son entourage, favorisant une relation de confiance fondamentale pour le vécu de l'hospitalisation* ». Ainsi, « *la qualité de cet accueil est un gage de satisfaction et d'adhésion au traitement* » [9]. Nous mesurons ainsi l'impact de ce moment sur l'ensemble de la prise en soins. Il est d'ailleurs un critère de qualité des soins dans la démarche d'amélioration de la qualité, la sécurité des soins et de la certification qui organisent désormais l'activité des établissements de soins[10], et de la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en Médecine-Chirurgie-Obstétrique[11].

L'accueil et la qualité des soins

En effet, dans une démarche de qualité des soins, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins[12] (DHOS) a énoncé en 2002 des normes de qualité des soins infirmiers[13]. La Norme 1 concerne l'accueil qui est « *le premier soin que l'infirmière doit assurer auprès de toute personne entrant dans un établissement de santé. Il conditionne souvent la perception globale du séjour à l'hôpital. Au-delà des exigences réglementaires, l'accueil est un moment important qui doit permettre à la personne soignée et à ses proches d'être en confiance, informés et écoutés* »[14]. Les caractéristiques de processus comportent l'organisation par l'infirmière, « *dès que possible d'un entretien d'accueil avec la personne soignée et/ou ses proches pour : recueillir les informations concernant la personne soignée et son environnement, dans le respect de ses droits et des règles professionnelles, ainsi que l'informer des démarches à réaliser, des possibilités et/ou des contraintes liées à l'hospitalisation* »[15].

L'accueil comme « *premier soin* »

Martine Mazoyer, psychologue clinicienne, pointe l'importance de l'accueil pour un premier contact réussi qui conditionnera tout le séjour hospitalier[16]. D'après Anne Buisson, cadre de santé formatrice, qui s'appuie sur les travaux de Monique Formarier, évoqués par la suite, l'accueil à l'hôpital est un « *soin à part entière* ». Comme dans toute rencontre, les premières impressions sont « *déterminantes et imprègnent la mémoire affective* ». Or, elle pointe que ce phénomène est renforcé en situation de stress, et

[7] Boudier 2011
[8] Hôpital de Mantes la jolie 2014
[9] *Ibid*.
[10] HAS 2018
[11] *Ibid.*
[12] Devenue en 2010 la Direction Générale de l'Offre de Soins
[13] Ministère des solidarités et de la santé 2002
[14] *Ibid.*
[15] *Ibid.*
[16] Mazoyer 2019

« *notamment lorsque l'accueil s'effectue en situation d'urgence* », ce qui était le cas pour M. S. Dans les soins, la personne en situation de vulnérabilité interprète cette première rencontre selon son vécu et ses représentations, mais également selon les paroles et l'attitude non verbale du soignant qui réalise l'accueil. Aussi, ces premières impressions peuvent parfois conditionner des comportements et un vécu de l'hospitalisation pour le patient et sa famille. Monique Formarier, puéricultrice et formatrice de l'ARSI (Association de Recherche en Soins Infirmiers), définit en 2003, l'accueil comme *« l'ouverture du lien social, ritualisé avec et par des automatismes sociaux et culturels. Il n'a de sens que par la finalité de la rencontre, mais il peut avoir une influence sur cette dernière par l'organisation sociale qu'il engendre et la persistance des impressions qu'il laisse* ». Formarier décompose l'accueil en 3 phases[17]. Tout d'abord, sécuriser la personne accueillie en lui apportant des repères, puis apprendre à connaître la personne, l'objectif final étant l'adaptation de la personne à sa situation et à son environnement, c'est-à-dire « *aider la personne à mobiliser toutes ses ressources pour qu'elle développe des stratégies de coping*[18] »[19]. Aussi, pour elle, l'accueil constitue « *un acte de soins personnalisé* ». Pourtant, ce soin à part entière peut souvent être réduit à une formalité en contexte de charge de travail élevée, se réduisant au recueil de données, à la prise de constantes et au recueil des documents et consentements nécessaires. De relation, il devient interaction[20].

L'entretien d'accueil apparaît donc primordial pour établir une **alliance thérapeutique** qui conditionnera la suite du parcours de soins de la personne. Selon Marie-Claude Matéo, ce concept est issu de la psychanalyse et « *concerne la collaboration entre le patient et le* thérapeute » et comporte « *quatre aspects fondamentaux : la négociation, la mutualité, la confiance, l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient)* »[21]. D'après Langenfeld, l'efficacité de l'alliance thérapeutique repose sur 3 éléments : l'établissement d'un lien relationnel conséquent dans lequel entrent certains facteurs affectifs (effet de sympathie, se sentir apprécié, reconnu dans ses besoins et ses désirs pour le patient) et l'acceptation inconditionnelle de la personne par le soignant ; une collaboration reposant sur une motivation commune (recouvrer un état de santé satisfaisant) et enfin, l'établissement d'une relation de confiance[22]. Ainsi, la confiance se trouve à la base de la création de l'alliance thérapeutique entre soignant et soigné. Par conséquent, le déroulement de l'accueil, en tant que premier contact du patient avec le service et « *premier soin* », est crucial pour instaurer une **relation de confiance** indispensable à des soins personnalisés et efficaces. Or, dans la situation décrite, il nous a semblé *a posteriori* que M. S. n'avait pas confiance dans l'équipe de soins.

L'accueil et la confiance

Walter Hesbeen est infirmier et docteur en santé publique, c'est une figure de référence dans le domaine des soins infirmiers francophones. Il pointe l'importance de tisser des liens de confiance fondés sur le respect de la personne, qu'il place à la base de la « *démarche de prendre soin* »[23]. Ceci nécessite selon lui 8 éléments : la chaleur, l'écoute, la disponibilité, la simplicité, l'humilité, l'authenticité, l'humour et la compassion. Nous détaillerons certains de ces éléments dans la suite de ce travail. L'auteur montre l'importance de l'accueil dans la création de cette confiance. Selon lui, « *lors de l'accueil, trop souvent encore le premier contact se résume à poser des questions, beaucoup de questions relatives au passé et à toutes sortes d'habitudes. Elles sont parfois perçues*

[17] Formarier 2003 ; 2012
[18] Le *coping* est défini comme « *l'ensemble des stratégies cognitives, comportementales et psychologiques qu'une personne adopte pour faire face aux agents stressants qu'elle évalue comme excédant ses ressources habituelles* » (Formarier 2012 :45).
[19] Formarier 2003
[20] Formarier 2007
[21] *in* Formarier *et al.* 2012 : 64
[22] Langenfeld & Couturat 2011 :78
[23] Hesbeen1997

comme personnelles voire intimes. Celles-ci, outre le fait qu'elles ne favorisent pas la confiance car donnant l'impression d'agresser la personne, de la « mettre à nu », ne suscitent la plupart du temps que des réponses partielles car le patient est sur la défensive. Dès lors, lorsque l'on réussit à instaurer un climat de confiance, il n'est souvent plus utile ensuite de poser des questions car le patient s'exprime volontiers spontanément »[24]. C'est peut-être ce qu'il s'est passé avec M. S. Dès lors qu'il a pu exprimer son mécontentement et son insatisfaction et en donner des éléments d'explication (une méfiance envers le « *monde du soin* » auquel il attribue son amputation et la contraction d'une BMR, il s'est apaisé et a délivré ces informations cruciales pour la sécurité des soins. Cela s'est fait beaucoup à travers le temps d'écoute et la disponibilité, qui peuvent être vues comme « un luxe » pour les stagiaires, dans des services où la charge de travail est importante. Selon Laurence Lagarde-Piron, puéricultrice cadre de santé, formatrice et doctorante : « *dans le monde des soins, le terme confiance évoque une multitude de possibles : confiance envers les hôpitaux, les techniques et les dispositifs médicaux, confiance autour des savoir-faire professionnels et confiance envers les acteurs du soin* »[25]. La situation présentée renvoie à toutes ces catégories, puisque M. S. m'a avoué n'avoir aucune confiance dans le système de soins en France, néanmoins nous nous intéresserons plus particulièrement à la dernière. Lagarde-Piron s'intéresse à « *la confiance des patients envers les soignants dans le face à face de la relation de soin* »[26] . Elle y mentionne la particularité de la position d'étudiant pour construire une relation de confiance : « *Il va faire preuve de plus de disponibilité et d'attention à l'égard du patient,* ***prendre plus de temps*** *pour la discussion en préambule du soin* »[27].

Lien entre confiance et « *se confier* »

La confiance peut se mesurer en « *degrés et il s'agira de trouver un juste équilibre pour le patient qui cherche à se confier* », le manque de confiance crée « *la défiance ou la méfiance absolue* » envers le soignant et « *paralyse l'action* ». Il n'est « *pas surprenant que le patient se méfie dans un premier temps, avant d'entamer le processus de se confier* ». Or, dans un contexte d'hospitalisation de courte durée en chirurgie, avec un grand nombre d'entrées et de sorties à gérer pour assurer la gestion du planning des interventions, et une charge de travail lourde, ce temps nécessaire à la construction de la confiance peut manquer. Des études sur les « *défauts de soins* »[28] montrent d'ailleurs que le manque de temps se répercute le plus fortement sur la réassurance et le dialogue avec les patients (66%), et leur éducation en leur donnant les informations utiles pour les rassurer (52%)[29]. Voyons enfin les éléments significatifs qui ont trait au patient.

Le patient dit « *difficile* » ou complexe : jugements de valeur et représentations croisées

A travers la situation, nous pouvons voir que le patient est qualifié de « difficile » par l'équipe. Ce, parce qu'il est très demandeur de soins, ses paroles et son attitude sont teintées d'agressivité, il exprime son mécontentement, son impatience et son insatisfaction à l'égard des soins qui lui sont procurés. Il n'a pas mentionné le fait qu'il soit porteur d'une BMR, et son dossier médical est complexe puisqu'il souffre de poly-pathologies. De plus, il vit entre Madagascar et la France, ce qui complexifie encore la circulation des informations et la continuité de sa prise en soins. Ainsi, il place l'équipe en difficulté, puisqu'elle semble ne pas pouvoir répondre à ses besoins. Cet élément nous renvoie, du côté des soignants, à la notion des représentations sociales que les soignants se font du « *bon patient* »[30] et du « *patient difficile* »[31]. Et d'autre part, s'agissant du patient, cela renvoie à ses propres représentations et attentes vis-à-vis des soignants et plus largement, des soins.

---

[24] *Ibid.* : 99
[25] Lagarde-Piron 2016
[26] *Ibid.*
[27] *Ibid.*
[28] « *missed care* » ou « *care left undone »*
[29] Ball *et al*. 2014 :116
[30] Vega 2000
[31] Juliana *et. al* 1997

Si nous reprenons la situation de M. S., nous supposons que son mécontentement exprimé envers les soignants a des origines plus profondes, en lien avec l'histoire de sa maladie et plus largement son histoire de vie. Il a l'impression, à plusieurs reprises dans son parcours de soins, y compris dans d'autres établissements, d'avoir été mal pris en charge, et pense même que son amputation et la contraction d'une BMR sont dues à des erreurs ou des négligences médicales. Dès lors, nous pouvons imaginer qu'il est en colère, et redouble de méfiance devant tout acte de soin ou devant tout professionnel de santé. Ainsi, son comportement défiant et son attitude agressive peuvent être la manifestation d'un stress, de la crainte d'une nouvelle erreur ou d'une faute. Or, ceci ne fait que redoubler une insécurité et une inquiétude liée au statut même de patient, qui entre dans l'univers anxiogène de l'hôpital[32], dont il ne contrôle pas les codes. Le patient est en effet vulnérable, par sa pathologie, mais aussi parce qu'en entrant en hospitalisation, il est dépossédé d'une grande partie de ses repères, de temps, d'espace, d'intimité. Hervé Brizon, cadre infirmier et titulaire d'un diplôme d'analyse transactionnelle, nomme à ce propos l'hôpital comme le lieu de multiples dépossessions: vestimentaire, alimentaire, temporelle, spatiale, corporelle, affective et relationnelle, et de pouvoir[33]. Par exemple, la personne soignée quitte : ses vêtements en endossant la blouse en chirurgie, son mode alimentaire (jeûne avant l'opération, restrictions avant de reprendre l'alimentation post opératoire, comme dans le cas de M. S), ses repères temporels (le patient subit l'imposition du temps des soignants, des examens, selon une organisation dans laquelle on ne lui laisse souvent pas ou peu de marge de manœuvre), il est confiné dans un espace restreint et étranger, contraint parfois de partager son intimité avec une autre personne, etc.

Dès lors, dans ces circonstances, nous comprenons que, lors d'une nouvelle hospitalisation pour un usager habitué du système de soins, les relations avec les soignants seront imprégnées des expériences antérieures, ce qui peut rendre l'accueil à la fois plus délicat et plus décisif dans la suite de la prise en soins.

A présent, si nous nous plaçons du côté des soignants, les notions de patient « *difficile* » ou de « *mauvais* » patient ne désignent pas des réalités mais résultent d'un processus d'« *étiquetage social*[34] *»* de la part des soignants[35]. Ce processus a été mis en évidence par H. Becker, sociologue américain, dans le champ de la sociologie de la déviance[36]. Anne Vega, ethnologue, a travaillé sur ce processus dans le soin, dans ses travaux sur l'identité professionnelle des infirmières[37]. Marilyn Macdonald, professeure, *School of Nursing* à l'université Dalhousie (Canada) montre que, plus que des attributs individuels du patient, ce sont les difficultés contextuelles dans la rencontre soignant-soigné qui peuvent expliquer le « *phénomène du patient difficile* »[38]. Dans le même sens, Claude Curchod, infirmier, enseignant au Centre hospitalier universitaire vaudois (Suisse), montre également que le jugement social qui consiste à qualifier un patient de « *difficile* » dépend du contexte dans lequel la rencontre prend place, et que bien souvent, cet étiquetage est une conséquence de comportements ou d'attitudes du patient qui mettent en difficulté les soignants[39]. Autrement dit, ce phénomène indique que ce sont les relations soignant-soignés qui sont difficiles, et non pas les personnes soignées en tant que telles.

Cette revue de la littérature nous permet ainsi de poser la question de départ provisoire de la recherche suivante :

Dans quelles mesures les conditions de l'accueil sont-elles en lien avec les compétences relationnelles de l'infirmière dans un contexte de soins à des patients dits « *difficiles* » ?

---

[32] Curchod 2018 : 42-43
[33] Brizon 2019 :1 ; 6-7
[34] « *Labelling* »
[35] Vega 2000 ; Macdonald 2007
[36] Becker 1963
[37] Vega 2000
[38] Macdonald 2007
[39] Curchod 2018 :190

1.4.2. Enquête exploratoire

1.4.2.1. L'enquête

Afin de vérifier la validité ainsi que l'intérêt professionnel d'une telle recherche, j'ai réalisé une enquête exploratoire dont le dispositif mis en œuvre sera ici explicité.

A l'aide d'un outil d'enquête, soit une grille d'entretien que j'ai conçue, j'ai réalisé 6 entretiens auprès de professionnels infirmiers exerçant dans différents services d'hospitalisation en Médecine et Chirurgie. L'objectif global de l'enquête était d'analyser les enjeux de l'accueil dans la création de l'alliance thérapeutique soignant-soigné.

Organisation et mise en œuvre :

La grille d'entretien ainsi que la lettre de demande d'autorisation à la Direction des Soins Infirmiers ont été validées par ma guidante le 14 mars 2020 (cf Annexes). Suite à la crise sanitaire et aux conditions exceptionnelles engendrées par l'épidémie de coronavirus, les conditions de réalisation des entretiens ont été modifiées par l'équipe pédagogique pour nous permettre de les réaliser sans solliciter les Directeurs de Soins Infirmiers ni les cadres de santé. Il était également impossible de se rendre dans les services pour réaliser les entretiens. J'ai donc fait appel à des connaissances, amicales ou professionnelles, afin de trouver des professionnels acceptant de répondre à mes questions. La solidarité de mes camarades de promotion et de ces professionnels a également joué et m'a permis d'obtenir certains entretiens. J'ai ainsi réalisé 6 entretiens.

Choix de la population :

Je souhaitais obtenir des entretiens dans des services d'hospitalisation en médecine et chirurgie de différentes durées, dans des établissements tant publics que privés. Je souhaitais notamment comparer des services ambulatoires avec d'autres d'hospitalisation de plus longue durée. Je ciblais des infirmières travaillant principalement en journée. Enfin, je n'avais pas de critères spécifiques d'âge ou d'ancienneté.

Conditions de l'entretien :

En raison du confinement, les entretiens ont été recueillis de deux manières : 4 entretiens ont été remplis à l'écrit (IDE 1, 2, 3 et 5), et m'ont été renvoyés par courriel, et 2 ont été réalisés par téléphone. Pour tous les entretiens, j'ai précisé et garanti leur anonymat. J'ai proposé à chacune de répondre à mes questions, par écrit ou par téléphone, selon leurs préférences, et ai respecté leur choix. Sur les 6 professionnelles, 5 sont en exercice, et leur activité était fortement impactée par la crise engendrée par le Covid-19. Qu'elles trouvent ici, à nouveau, l'expression de ma gratitude et de ma reconnaissance pour avoir consacré du temps à ma recherche. Pour les questionnaires écrits, j'ai anonymisé les données. Les 2 entretiens réalisés par téléphone ont été enregistrés, avec l'accord des IDE concernées. L'entretien avec l'IDE 4 a duré 1 heure, celui avec l'IDE 6 a duré 30 minutes. Ils ont tous deux été retranscrits intégralement. Tous les entretiens figurent en Annexes.

Outil d'enquête :

Je souhaitais réaliser des entretiens de type semi-directif, à partir de la trame de la grille d'entretien rédigée en amont. Cet outil est très utile à l'oral, car on peut utiliser les relances pour faire préciser certains aspects aux professionnels. Il permet d'aborder les thèmes de manière structurée et de réaliser une comparaison plus aisée entre professionnels. Faire passer ce questionnaire par voie électronique présente des limites méthodologiques importantes et l'analyse en est plus restreinte. Cependant, les résultats sont tout de même analysables.

1.4.2.2. L'analyse des résultats

J'ai donc recueilli 6 entretiens. Toutes les infirmières interrogées travaillent en journée (l'IDE 4 en 3/8). L'IDE 1 travaille en service de dialyse, l'IDE 2 en médecine interne, l'IDE 3 en Unité de Médecine Aiguë Polyvalente (service post-urgences), l'IDE 4 en service de pneumologie, l'IDE 5 et l'IDE 6 travaillent en services de chirurgie ambulatoire. Pour faciliter l'analyse, j'ai regroupé les réponses données par thème dans un tableau croisé avec les réponses des différentes professionnelles par thème (*cf.* Annexes)

Thème 1 : L'expérience professionnelle de l'IDE

Question d'approche : Pouvez-vous présenter brièvement votre parcours professionnel et notamment dans ce service ?

L'IDE 1 a 16 ans d'expérience, l'IDE 6 4 ans, et les IDE 2, 3, 4 et 5 3 ans. La majorité des personnes interrogées sont donc plutôt de jeunes diplômées. L'ancienneté au sein du service d'exercice actuel se répartit comme suit : l'IDE 1 travaille depuis 4 ans en dialyse, les IDE 5 et 6 travaillent depuis 3 ans en chirurgie ambulatoire, l'IDE 4 depuis 2 ans en pneumologie, l'IDE 3 depuis 1 an à l'UMAP, et l'DE 2 depuis 4 mois en médecine interne, mais c'est un service qu'elle connaissait pour y avoir exercé en tant qu'infirmière de *pool*. Elles ont toutes pratiqué dans d'autres services avant d'intégrer leurs services actuels. Les IDE 5 et 6 travaillent dans des cliniques privées et les IDE 1, 2, 3 et 4 dans des hôpitaux publics.

Le nombre moyen d'entrées est le suivant : pour l'IDE 1 : 16 patients le matin et 16 l'après-midi pour un effectif de 6 IDE, ce qui représente environ 5 patients par IDE, et ce nombre passe à 6 patients ou plus lorsque le service est surchargé. Il s'agit d'une prise en soins ambulatoire, pour 20 lits. Pour les IDE 5 et 6 qui travaillent en chirurgie ambulatoire, l'IDE 5 évoque environ 50 entrées par jour pour 3 IDE, soit 12 à 15 entrées par jour par IDE, pour 31 places. Les jours chargés, ce nombre peut doubler. L'IDE 6 évoque un total de 35 entrées par jour pour 2 IDE et 2 AS, soit environ 17 entrées par jour par IDE. Les jours de surcharge, elles peuvent accueillir jusqu'à 50 à 60 patients, il y a alors 3 IDE, cela représente environ 18 à 19 entrées par IDE. À l'UMAP, l'IDE 3 mentionne environ 5 entrées par jour, pour un service de 22 lits, avec un effectif de 2 IDE en 12h, soit 1 IDE pour 11 patients et environ 2 ou 3 entrées par IDE par jour. En pneumologie, l'IDE 4 évoque environ 4 entrées par jour, et jusqu'à 8 en période de surcharge. Pour un service de 25 lits avec 2 IDE de matin, 2 l'après-midi et 1 IDE en journée. Ce qui représente environ 8 patients par IDE en journée. Enfin, en médecine interne, l'IDE 2 parle de 3 entrées par jour en moyenne, pour 2 IDE en 12h dans un service de 22 lits, soit environ 11 patients par IDE.

On constate donc d'importants écarts entre les prises en soins en ambulatoire où le nombre de patients et d'entrées par IDE est extrêmement élevé en comparaison avec les services conventionnels. Ce rapport peut passer du simple au triple (6 patients par IDE pour la dialyse, à 17 entrées pour l'IDE 6. Cet écart s'accentue encore en cas de surcharge de travail, allant de 8 patients environ en dialyse à 19 patients en chirurgie ambulatoire. Dans les services d'hospitalisation de plus longue durée, l'effectif moyen est d'1 IDE pour 11 ou 12 patients, et le nombre d'entrées peut varier entre 3 et 8 par jour.

La durée d'hospitalisation varie entre des prises en soins sur la journée (IDE 1, 5 et 6) en ambulatoire, à 3-4 jours en médecine interne (IDE 2), 7 jours à l'UMAP (IDE 3) et en pneumologie, l'IDE 4 précise que la durée est très variable, de 3 jours à plusieurs (mois).

Thème 2 : L'accueil de la personne soignée

Question d'approche : Pouvez-vous me décrire comment se passe l'accueil infirmier d'une personne qui entre dans le service ?

Les IDE 2 et 3 n'ont pas répondu à la question d'approche mais ont répondu aux questions de relance. S'agissant du lieu de l'entretien, il a lieu le plus souvent au lit du patient ou dans le box dédié à ce patient (IDE 1, 2, 4 et 5). L'IDE 6 précise qu'il existe un bureau dédié à l'accueil. C'est d'ailleurs l'IDE 6 qui mentionne la durée moyenne d'accueil la plus longue : 20 minutes, tandis que les IDE 2 et 3 répondent 15 minutes. L'IDE 1 répond entre 10 et 15 min et les IDE 4 et 5 répondent 10 minutes. L'IDE 5 met en lien le temps de l'accueil avec le « *rendement* », et précise que le temps d'accueil peut être

écourté « *lorsque le flux est* tendu ». Ainsi, il peut paraître surprenant que ce soit dans un service ambulatoire, dans lequel le nombre de patients par IDE est le plus élevé, qu'il y ait un lieu dédié à l'entretien et que sa durée soit la plus longue, et cela contraste fortement avec les dires de l'autre IDE dans un service de même type.
Les descriptions des IDE 4, 5 et 6 sont plus détaillées et laissent apparaître un déroulement très stéréotypé : elles font débuter l'accueil par l'entrée administrative, décrivent l'importance de l'identito vigilance, le recueil des documents et consentements « *très importants* », les antécédents. Les IDE 5 et 6, en ambulatoire, insistent sur le fait d'expliquer le déroulement de la journée à la personne prise en soins.
S'agissant des conditions d'un bon accueil, l'idée qui revient le plus souvent est celle de « *mettre en confiance »* le patient (IDE 1,2,3,5). Cette idée est mise en relation avec la notion de « *communication* », qui revient dans 4 des 6 entretiens (IDE 1,2,3 ;6). On trouve également dans la moitié des entretiens l'idée d' « *expliquer le déroulement de l'hospitalisation »* ou d'« *informer* » le patient (IDE 2,3,4), de « *répondre à ses questions* » (IDE 2,3,4,5) ou le « *rassurer sur ses interrogations* (IDE 5), « *adoucir ses craintes* » (IDE 6). La notion d'écoute ou écoute active (IDE 1,2,3,6) et le temps (IDE 1,2), reviennent également, la disponibilité (IDE 4,6), le calme (IDE 1,3,6), le « *sourire* » (IDE 5 et 6), ainsi que l'empathie (IDE 1,4,6). L'IDE 6 évoque, sans leur donner ce nom, les principes de l'humanitude (être face à face, à la même hauteur, être disponible).
Pour toutes les IDE l'accueil est un soin essentiel, un « *point clef* », un « *fil conducteur* » (IDE 3). L'IDE 1 dit que la « *manière d'accueillir un patient permet de mener à bien un soin* » il permet l'« *adhésion aux soins »* (IDE 4), le « *consentement* » (IDE 2). Ce moment est relié à la confiance, et va « *déterminer toute la prise en charge* » (IDE 6).
S'agissant des freins à un bon accueil, ceux qui sont le plus souvent cités sont: la charge de travail et le manque de temps (IDE 1,2,3,4,6), la « *barrière de la langue* » (IDE 1,2,3,5) ou des patients qui n'arrivent pas à communiquer du fait de leur pathologie (démence, déficience, handicap) (IDE 2,3,4). Le stress, du patient ou du soignant, la fatigue (IDE 1,6), le bruit, les interruptions sont également évoqués. S'agissant plus précisément des patients, les raisons invoquées, outre le stress, sont les patients « *mécontents* », « *énervés* », « *agressifs* », « *déments* ». Nous y reviendrons plus loin dans cette analyse.
Les ressources pour faire face aux difficultés sont essentiellement : le recours à la famille ou une personne ressource (IDE 1,2,3), de laisser du temps au patient pour se calmer (IDE 4), le fait de passer le relais à un collègue (IDE 4,6) ou de modifier son organisation pour s'adapter (IDE 1).
L'impact de la charge de travail sur l'entretien d'accueil est patente. Elle est liée à des urgences pour l'IDE 1, chez l'IDE 4 et 6 surtout, elle est directement liée à des questions d'organisation du travail et des problèmes de manque d'effectifs qui sont récurrents. Les IDE 4, 5 et 6 pointent également une piètre coordination avec l'équipe médicale qui les met en difficulté par rapport aux patients. L'IDE 2 explique que cela peut entrainer un « *accueil de moins bonne qualité* » et l'IDE 3 que cet entretien peut être par conséquent « *bâclé* », voire même ne pas être réalisé par manque de temps.
S'agissant des questions ou des inquiétudes des patients lors de cet entretien d'accueil, la principale concerne le temps : en dialyse, pour les patients chroniques, cela sera « *l'heure à laquelle ils vont terminer* » (IDE 1), et pour tous les autres la durée de l'hospitalisation (IDE 2,3,4,5,6). Ensuite, il s'agit du déroulement du soin, de l'hospitalisation, du traitement (IDE 1,2,3,4,6). Pour y répondre, les IDE recourent à la réassurance (IDE 1,2,4,5), l'explication, la reformulation. Elles disent toutes essayer de répondre à ces questions au mieux dans la limite de leurs compétences, mais de s'adresser au médecin si cela dépasse le cadre de ces dernières (IDE 2,3,4).
Ainsi, l'accueil est bien considéré par les professionnelles comme un soin en tant que tel. Son bon déroulement est décisif dans tout le reste de la prise en soins, notamment parce qu'il permet d'instaurer une relation de confiance avec la personne soignée, ce qui est, on l'a vu, l'un des éléments clés de création de l'alliance thérapeutique, 3ème thème abordé.

Thème 3 : L'alliance thérapeutique soignant-soigné

Question d'approche : Que signifie l'alliance thérapeutique soignant-soigné dans votre pratique ?

Alors que c'est un concept que nous avons souvent étudié et rencontré au cours de notre formation, cette question a semblé désarçonner certaines soignantes. Elle sera donc à approfondir et préciser dans la suite de ce travail.

S'agissant de définir ce que représente l'alliance thérapeutique, l'idée qui revient est qu'elle permet la bonne prise en soins du patient (IDE 1,6). Il s'agit d'une relation d'« *équipe* » (IDE 2), dans laquelle « *la personne doit être acteur de son soin* », et où l'« *on travaille ensemble pour que [le patient] atteigne son objectif* », résultant d'un « *accord tacite entre deux parties* » (IDE 4). La notion de confiance est à nouveau invoquée (IDE 2,3,4,6), et mise en lien avec l'observance (IDE 6). 2 IDE notent l'importance d'une prise en soins par la même personne (IDE 1,5). Les principales qualités du soignant requises pour instaurer l'alliance thérapeutique sont l'écoute (IDE 1,3,6) l'empathie et la bienveillance (IDE 1,6). L'IDE 4 mentionne également la nécessité d'un « *investissement émotionnel* » de la part du soignant, un « *engagement* » des deux parties.

Les principaux facteurs cités qui peuvent faire obstacle à l'établissement d'une relation de confiance sont : le manque de temps/ charge de travail (IDE 1,2,3), le stress ou l'angoisse (IDE 2,3,6), des différences culturelles, d'éducation ou des troubles cognitifs (IDE 4), ou encore le bruit ou parfois *« humainement, de la part du soignant ou du soigné, des fois il peut y avoir une mauvaise approche et...ça casse un peu le truc* » (IDE 6).

Toutes les soignantes affirment que le temps d'hospitalisation n'influe pas vraiment sur la création de l'alliance thérapeutique, mais insistent alors sur l'importance de l'accueil. En ambulatoire, les IDE 1 et 6 pointent l'importance d'essayer d'assurer, dans la mesure du possible, la prise en soins par le même soignant et ainsi garantir la « *continuité des soins* » (IDE 6).

Ainsi, il ressort que la relation de confiance est bel et bien fondamentale dans la création de l'alliance thérapeutique, et cela nécessite de l'écoute, de l'empathie et de la bienveillance. L'alliance thérapeutique peut se créer quelque soit la durée de l'hospitalisation.

Enfin, le dernier thème concernait les patients « difficiles » à prendre en soins, mais il nous a également permis d'aborder la satisfaction au travail des soignantes.

Thème 4 : Les patients « *difficiles* » ou complexes à prendre en soins

Question d'approche : Quelles sont les difficultés que vous rencontrez avec certains patients ?

La réponse qui revient le plus souvent concerne l'agressivité des patients (IDE 1,2,3,4,5), mise en lien avec leurs pathologies : psychiatriques (IDE 1,3), toxicomanie (IDE 1,4), et démence (3,4), voire neurologiques (métastases cérébrales évoquées par l'IDE 4) qui induisent des « *problèmes de communication* » (IDE 2). Cette agressivité peut aller jusqu'à la violence (IDE 4). 3 IDE citent également ici la « *barrière de la langue* » (IDE 1,2,3) mais pour l'IDE 3 celle-ci est surmontable grâce à la « *communication non verbale ».* D'autre part, sont évoqués les patients stressés ou angoissés (IDE 2,4,5), les patients mécontents ou encore les « *patients impatients* » (IDE 6). Les IDE 1 et 3 mentionnent les « *patients chroniques* » qui sont « *très exigeants* ». Pour les IDE en ambulatoire (5 et 6), la notion d'« *attente* » est mise en avant, due aux contraintes organisationnelles du planning d'intervention des chirurgiens et la « *mauvaise communication* » de ces derniers avec les patients (IDE 6). Ainsi, de manière générale, ce qui pose problème aux infirmières, au-delà d'un type de patient, ce sont donc les difficultés qui entravent la communication.

Dès lors, dans les solutions mises en œuvre au niveau interpersonnel, la « *communication* » revient dans la majorité des discours (IDE 1,2,3,4). La « *patience* » ou le « *calme* » sont alors érigés en qualités essentielles (IDE 1,2,3,5,6). Les attitudes telles que l'« *écoute* » (IDE 2,4) la *« disponibilité* » (IDE 4) ou le fait de « *comprendre* » (IDE 1) les inquiétudes du patient sont également mentionnées. Sur le plan de la communication

verbale, les verbes qui reviennent sont : « *rassurer* » (IDE 1,4), « *répondre aux questions* » (IDE 2,4,6), « *expliquer* » (IDE 2,6), ou « *reformuler* » (IDE 6). L'IDE 4 utilise la notion d'*« humanité* » qui pour elle renvoie au fait de « *juste prendre le temps de discuter avec la personne, de la rassurer, de l'écouter* » (IDE 4). L'humour (IDE 1,5), la diplomatie (IDE 1), la négociation (IDE 4) sont également invoquées. Enfin, les autres alternatives mentionnées sont, pour toutes les infirmières, le fait de « *laisser la main »* (collègue, cadre, voire médecin ou chirurgien) ou « *passer le relais* » (IDE 1,2,3,4,5,6), mais également de « *laisser du temps* » (IDE 1,2,3,4) au patient pour se calmer.
Lorsque le planning est chargé, les difficultés principales recensées sont d'ordre relationnel (IDE 1,2,3,4) : « *ne pas pouvoir échanger avec les* patients » (IDE 1), « *passer moins de temps auprès des* patients » (IDE 2), « *nous sommes souvent obligés de favoriser le soin, le relationnel avec les patients est alors bafoué* » (IDE 3). L'IDE 3 ajoute que c'est « *de loin le plus frustrant* » dans le métier. L'IDE 5 précise que dans ce cas, « *nous sommes à cran, les patients le ressentent et nous font souvent ressentir encore plus de stress* ». L'IDE 4, quant à elle, explique que dans son service « *on est tout le temps à flux tendu* » et que c'est le fait d'avoir du temps qui est rare. Elle dit alors : « *de temps en temps on a du temps, et quand on a du temps c'est génial parce que du coup on peut vraiment passer du temps dans la chambre des patients* (...) ». Enfin, l'IDE 6 évoque des difficultés organisationnelles avec des moments de surcharge de travail « *entre midi et 2* »*,* avec les retours de bloc qui s'enchainent, et au moment des sorties, où « *tout le monde veut sortir en même temps* ».
Ainsi, les difficultés principales avec les patients sont d'ordre communicationnel, du fait des pathologies, du stress ou de la langue, et les ressources principales pour y remédier sont d'ajuster la communication grâce à certaines qualités et compétences, de faire appel à l'équipe pluridisciplinaire en passant le relais, ou encore de pouvoir laisser du temps au patient pour apaiser les tensions. Ces difficultés sont exacerbées en cas de planning chargé, et c'est le temps relationnel auprès du patient qui est affecté en premier lieu.
Les deux dernières questions portaient sur la satisfaction au travail. Cette dernière varie entre 6 (IDE 6) et 8 (IDE 3) pour les extrêmes, avec 3 IDE qui donnent une note de 7 (IDE 1,2,5). L'IDE 4 n'a pas souhaité donner de chiffres. Dans les sources de satisfaction, on trouve l'*« équipe soignante* » (IDE 3,4,6) et le « *soutien* » de la cadre et de la chef de service (IDE 3). Mais pour la plupart, les IDE ont parlé de leurs insatisfactions. Celles-ci concernent : le manque de reconnaissance (IDE 1,4,6) de la hiérarchie (IDE 1,6), du gouvernement (IDE 4), le manque de moyens et de personnels (IDE 2,3,5), les « *conditions de travail* » qui se dégradent (IDE 4) et comme le dit l'IDE 3 « *tous ces facteurs qui ne nous permettent pas de passer le temps voulu avec nos* patients ». Ainsi, le manque de temps auprès des patients et le fait de ne pas pouvoir les suivre du début à la fin (IDE 5), ou l'organisation des soins peuvent entrainer un épuisement, une surcharge qui peut impacter le bien-être des soignants (IDE 2,4).
La dernière question concernait les améliorations et les changements que les IDE apporteraient à leur exercice. L'IDE 1 parle de changer la « *mentalité des gens* » et souhaiterait moins d'« *individualisme* ». Pour les autres, en lien avec la question précédente, il s'agirait d'augmenter les moyens matériels et humains (IDE 2,3), augmenter « *le temps et les moyens* » (IDE 4), de changer la direction qui ne se rend pas compte des réalités du terrain et du sous-effectif (IDE 6). L'IDE 3 évoque aussi le fait d'avoir plus de formations pour les soignants et « *plus de temps pour former les étudiants* » (IDE 3).
Ainsi, les changements à opérer concernent les moyens humains et matériels mais également les relations avec la hiérarchie. Laissons à présent la parole à 2 IDE dont les formules résument bien des idées fortes qui se retrouvent dans une majorité de témoignages : « *j'aimerais avant tout que mon coup de baguette magique me permette de passer du temps avec mes patients* » (IDE 3) et « *Si j'avais une baguette magique, je rajouterais des minutes aux heures et je ferais en sorte que les chirurgiens laissent moins patienter les patients !* » (IDE 5).

1.5. Synthèse et question de départ

A partir de la question de départ provisoire suivante : « **Dans quelles mesures les conditions de l'accueil sont-elles en lien avec les compétences relationnelles de l'infirmière dans un contexte de soins à des patients dits « *difficiles* » ?** », j'ai construit une grille d'entretien et ai recueilli les expériences de 6 professionnelles. Elles exercent dans des services de médecine ou de chirurgie dans lesquels les durées d'hospitalisation varient, d'une journée, voire moins en ambulatoire, à quelques jours, voire même plusieurs mois dans des services de médecine.

L'élément qui ressort de manière cardinale est le temps. Ce concept imprègne l'ensemble des entretiens, et notamment le fait de « *manquer de temps* » est souvent évoqué de la part des IDE. Les contraintes temporelles engendrées par la surcharge de travail traversent tous les témoignages, ce qui se répercute toujours sur la relation soignant-soigné. Ainsi, le temps apparaît comme un luxe, une ressource rare qui permettrait à l'infirmière de consacrer plus d'attention aux patients.

En outre, comme la revue de la littérature l'avait mis en exergue, dans les entretiens, l'accueil ressort bel et bien comme un moment privilégié pour établir une relation de confiance, un soin qui est le pivot de la relation soignant-soigné et conditionne l'ensemble de la prise en soins. La durée de l'entretien d'accueil la plus longue a lieu en ambulatoire, ce qui peut sembler surprenant. Ainsi, le temps consacré à l'accueil ne semble pas proportionnel à la durée de l'hospitalisation. En outre, la création de l'alliance thérapeutique n'est pas directement corrélée à la durée de l'accueil, mais son bon déroulement est d'autant plus décisif pour la suite de la prise en soins et l'adhésion aux soins. Les réponses confirment l'importance des compétences relationnelles de l'infirmière pour établir la relation de confiance qui est au cœur de l'alliance thérapeutique. Les autres qualités et compétences invoquées sont l'écoute, la patience, la capacité à informer, expliquer, rassurer le patient et l'empathie.

Les professionnelles attribuent les difficultés, non pas à des qualités intrinsèques des patients (il n'y a pas d'étiquetage ou de jugement), mais bien souvent à l'agressivité, qui peut aller jusqu'à la violence. Or, cette agressivité est imputée soit au contexte de stress et d'angoisse, ou à des difficultés ou impasses communicationnelles dues soit à des pathologies qui rendent la communication difficile, au stress ou à la « *barrière de la langue* », qui l'entravent. Pour y remédier, les professionnelles font appel à leurs compétences communicationnelles (écoute, réassurance, reformulation, explication) et des qualités telles que le calme, la patience ou l'empathie. Souvent, elles évoquent également le fait de « *laisser du temps* » au patient en cas de difficultés ou de tensions. De plus, le recours à l'équipe et la collaboration interdisciplinaire entre ses membres est un élément fondamental qui ressort de tous les entretiens : tout d'abord entre collègues IDE avec la notion de « *passer le relais* », mais aussi, lorsque cela s'avère nécessaire, le recours à la cadre de santé du service ou à l'équipe médicale.

Du côté du patient, la thématique temporelle ressort également : il s'agit de leur préoccupation principale : connaître la durée de l'hospitalisation, savoir combien de temps ils vont attendre ou quand ils vont sortir. L'incertitude face à ces questions peut majorer leur stress. Ils sont également très en demande d'informations sur le déroulement de l'hospitalisation. L'attente, le manque d'information, ou de repères renvoient à la notion de vulnérabilité des patients.

Les motifs de satisfaction évoqués par les IDE concernent surtout l'équipe, et leurs insatisfactions sont largement dues au manque de moyens matériels et humains, qui entraînent un manque de temps. Enfin, le manque de reconnaissance de la part de leur hiérarchie est également source d'insatisfaction.

Au terme de cette analyse, la question de recherche devient :

Avec des soignants qui semblent manquer de temps, en quoi l'éthique du *care* donne-t-elle sens à la relation soignant-soigné ?

2. Partie théorique ou cadre conceptuel

L'analyse de l'enquête exploratoire nous a permis de confirmer l'importance de l'accueil dans la création de l'alliance thérapeutique soignant-soigné, ce, afin d'instaurer une relation de confiance et ainsi assurer l'adhésion aux soins et le bon déroulement de toute la prise en soins. Les concepts qui sont apparus au cours de l'enquête et qu'il s'agira de développer dans cette partie sont : le temps et l'éthique du *care.*

Une partie des recherches a été effectuée en utilisant PubMed, Cairn, et des ouvrages de référence. Une grande partie de la littérature en sciences infirmières qui croise les concepts choisis est anglophone[40].

2.1. Le temps dans les soins

Nous l'avons vu dans les entretiens réalisés, les IDE interrogées parlent du temps de manière récurrente, et bien souvent, en terme de « *manque* », ou de leur désir de passer plus de temps auprès des personnes soignées. Comme si le temps était une donnée mesurable, comptable. Or, cela ne correspond qu'à l'une des différentes dimensions que recouvre ce concept. Pour mieux comprendre les enjeux liés au temps dans les soins infirmiers, nous décrirons le concept de manière générale, son lien avec les temporalités et différentes catégories de temps, et discuterons leurs applications dans le soin et les pratiques infirmières, en termes de compétences temporelles.

Le temps est un concept sur lequel les savants se sont penchés depuis l'Antiquité. Comme l'affirme J. N. Garcia de Araùjo, « *la question sur la nature ou sur l'« être » du temps demeure, depuis des siècles, un défi majeur pour la philosophie et la science. Le temps relève-t-il d'une donnée observable, mesurable, ou bien n'est-il que dans notre esprit ?* »[41] Or, « *malgré leurs admirables tentatives, la philosophie et la science n'ont pas répondu une fois pour toutes à la question « qu'est-ce que le temps ? »*[42]. À ce sujet, la perplexité de Saint Augustin reste toujours actuelle : « *Tant qu'on ne me le demande pas, je sais, dès qu'on me demande de l'expliquer, je ne le sais plus »*[43]. C'est également ce que note C. Dubar, partant du constat de P. Ricoeur que le temps demeure une énigme philosophique[44]. De nombreux auteurs nous donnent cependant des clés pour aider à penser notre relation au temps.

2.1.1 Les temporalités : Temps Physique, Temps Social et Temps Vécu

C. Dubar utilise le recours à la notion de « *temporalités* » pour proposer une conceptualisation du temps. Selon le CNRTL, la temporalité renvoie à la perception du temps vécu auprès d'une personne. Elle implique donc une notion de conscience : *« la temporalité peut ne pas être la même pour un intervalle de temps identique* »[45]. On pense ici au vécu du temps de l'hospitalisation qui est envisagé de manière très différente selon les protagonistes : la personne soignée, pour qui c'est bien souvent un temps d'incertitude, de vulnérabilité, soumis au contrôle des soignants, rythmé par les examens et les soins, ou les soignants, pour qui le temps est souvent compressé et semble manquer. Ainsi, le temps vécu est subjectif, nous y reviendrons.

Mise au pluriel, cette notion de « *temporalités* » renvoie alors à différentes dimensions du temps, derrière lequel on trouve le temps physique, le temps social et le temps vécu[46]. Le temps physique est celui des horloges, il est mesurable et quantifiable par les calendriers selon des conventions établies. Il renvoie à un temps chronologique, qui s'écoule

[40] Aussi, les citations de ces sources seront mes traductions. Or, pour le concept de *care* comme pour d'autres, qu'il est parfois délicat de transposer fidèlement les nuances associées à un terme d'une langue vers une autre.
[41] Garcia de Araùjo 2019 : 641
[42] *Ibid.*
[43] *Ibid.* : 644
[44] Dubar 2014 :§1
[45] CNRTL *s.d*
[46] Dubar 2014 : § 6

inexorablement, en référence au dieu grec *Chronos* qui dévore ses enfants. Son hégémonie dans les discours et les représentations renvoie à la temporalité « *du monde marchand et de sa rationalisation, (...) résultant de la dictature du temps horloger* »[47]. Le temps social, quant à lui, est celui des organisations, des institutions, des communautés, de l'espace public. Or, celui-ci est marqué par un malaise, d'après Garcia de Araújo : « *notre époque vit une mutation radicale dans son rapport au temps. Il y aurait un sentiment d'accélération et de compression de l'espace-temps (...), dans une culture de l'urgence et d'instantanéité. Le « temps réel » du capitalisme mondialisé tourne à une vitesse toujours plus grande (le temps, c'est de l'argent), exigeant des performances plus poussées et des actions toujours immédiates* »[48]. Aussi, pour lui, l'*« hypermodernité (...) suscite une demande inassouvie de « plus de temps », liée à toutes sortes de pressions, notamment dans les milieux du travail* »[49]. L'hôpital ne fait pas exception et il est pris, comme institution sociale, dans ce mouvement, notamment avec des exigences de rentabilité, de tarification des soins à l'activité, et des logiques gestionnaires à l'œuvre, qui se répercutent sur les soignants et les personnes soignées, ce qui transparaît dans les entretiens (Delassus 2017 ; HAS 2016). Enfin, Garcia de Araújo avance que la « *révolution numérique nourrit un rapport paradoxal au temps, marqué notamment par le fait que plus on « gagne » du temps, moins on en a »*[50]. L'emprise de plus en plus importante des systèmes informatiques dans la gestion des patients ne semble en effet pas libérer de temps pour les infirmières pour être aux côtés de leurs patients, au contraire (Yen *et. al*. 2018).

Enfin, le temps vécu renvoie à un temps subjectif qui s'affranchit des notions de durées chronométrables. Nous en pointerons ici deux aspects.

2.1.1.1. Temps Vécu : temps kairologique et temps psychologique

Le « temps kairologique » ou Kaïros

C. Dubar recourt au K*airos* pour mieux appréhender les temporalités. Cet autre temps des Grecs, désigne « *ce moment qui tranche sur le « cours du temps », ces événements qui font bifurquer les parcours personnels et/ou les histoires collectives, ces occasions ou ces révolutions imprévues, échappant à la simple chronologie mais intensément vécus* »[51]. « *Ce temps kairologique, à la fois, vécu, historique et biographique, résultant de ''décisions humaines'', diversement motivées et résultant de ''ruptures imprévues'', échappe à la fois au temps physique (TP) et aux temps sociaux (TD) »*[52].

Dans le domaine des soins infirmiers, Christine Paillard emploie également le *Kaïros* pour évoquer « *le bon moment du soin »,* car le temps contribue à la qualité de ce dernier. (2018). Ce mot suggère qu'une « *rencontre opportune se réalise dans un espace spatio-temporel de façon déterminée. Dès lors, le kaïros désigne cette coïncidence de l'action humaine et du temps, qui fait que le temps est propice et l'action bonne* ». Le *Kaïros* est comme un « *arrêt sur image* », il est déterminé par son action plus ou moins brève. Ainsi, elle avance que pour les soignants, « *le Kaïros relève de l'art infirmier, du prendre soin dans son aspect le plus créatif* »[53]. Les moments précieux que l'on ne peut réduire au temps chronométré sont appelés des « *événements* » par les philosophes, les moments bouleversants de la rencontre, au cœur du soin[54]. Dès lors, le temps de la rencontre soignant-soigné relèverait du temps kairologique, qui englobe les « *événements* » au sens philosophique du terme, et qui serait par conséquent le temps du soin juste. Les idées de « *décision* » et d'action humaine déterminée nous font déjà percevoir la

[47] Dubar 2014 : §11
[48] Garcia de Araújo 2019 : 643
[49] *Ibid.*
[50] *Ibid.*
[51] Dubar 2014 : §11
[52] Dubar 2014 : §13
[53] Paillard 2018
[54] Longneaux 2009 :2

dimension éthique du rapport au temps dans les soins. Nous y reviendrons. Un autre aspect du temps vécu est abordé par la psychologie.

Temps psychologique, résonance temporelle et empathie

S. Droit-Volet montre que le temps psychologique en comprend différentes formes, correspondant à des mécanismes psychologiques différents (2012). En effet, l'être humain est sujet à des distorsions du temps sous l'effet des émotions. Ainsi, notre horloge interne va produire une estimation de durées qui va de quelques secondes à plusieurs minutes pour un même temps chronologique donné. Ceci a des impacts sur notre relation à autrui, avec le phénomène de « *résonance temporelle avec l'autre* »[55] lorsque notre horloge interne tend à se synchroniser sur celle d'autrui, ce qui conditionne l'efficacité de l'interaction sociale. Or, cette « *aptitude à nous synchroniser à l'autre* » est moins présente chez les sujets qui montrent peu d'empathie vis-à-vis des autres[56]. Cette référence à l'empathie permet de faire le lien avec l'une des valeurs fondamentales dont parlent les soignantes dans les entretiens et que l'on retrouve dans l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers. On trouverait donc une corrélation entre aptitude à la résonance temporelle et capacité d'empathie chez les soignantes. L'auteur note cependant que la pression temporelle au travail empêcherait cette synchronisation et amplifierait les sentiments de décalages entre son temps et celui des autres, ce qui peut augmenter les sensations de stress ou de rejet. On parle alors de « *rupture dans les temps sociaux* »[57]. Or, les soignantes parlent également très largement de la pression temporelle qui régit leur exercice, nous allons le voir plus en détail.

Ainsi, ce détour par les temporalités et les différentes catégories de temps qu'elles recouvrent nous permet de mieux appréhender le discours sur le « *manque de temps* » des IDE : elles sont au cœur du choc de temporalités qui surviennent à l'hôpital.

2.1.2 Les temporalités dans le soin : choc et contraintes

Dans les soins comme ailleurs, le temps est l'objet « *d'âpres négociations* »[58]. Par leur position de médiatrices du soin, entre les patients, leur entourage et les médecins et l'ensemble de l'équipe soignante, les infirmières sont au cœur du choc des temporalités de l'hôpital ; elles en souffrent, mais développent des compétences et des stratégies pour faire face au « *manque de temps* ».

L'infirmière : au cœur du choc des temporalités ?

Eric Delassus, évoque le « *temps de l'hôpital* » qui renvoie à un univers dont la temporalité est singulière. Il le décrit même comme « *lieu du choc des temporalités* »[59]. Nous avons vu que l'hôpital, en tant qu'institution sociale, est soumis au temps social, reflet du rapport au temps qui caractérise l'hypermodernité et le capitalisme mondialisé. Ici, nous parlerons des temporalités des personnes soignées, et des temporalités soignantes qui s'articulent en son sein.

Tout d'abord, la temporalité de la personne soignée, ou du « *patient* » est, par définition, gouvernée par la patience (Delassus 2014). Ceci renvoie à l'attente, l'incertitude, et une relative forme de soumission à la temporalité propre de l'hôpital, regroupant les temporalités médicales et paramédicales. Ce qui ne fait que renforcer sa vulnérabilité et souvent, son anxiété et son inquiétude. De plus, « *la maladie impose au sujet souffrant son propre temps, qu'il faut prendre en patience* »[60]. Bien souvent pour le patient, le temps s'étire, d'autant qu'il ne sait pas lorsqu'il pourra sortir (Delassus 2014 :218). On retrouve ces sentiments décrits par les IDE, y compris en ambulatoire. Car « *le temps n'est plus pour le patient qu'anticipation vers un avenir plus qu'incertain* (...) », créant une « *angoisse, cette tension vers une indétermination qui produit ce que Sartre appelle une*

[55] Droit-Volet 2012 : 30
[56] *Ibid.*
[57] *Ibid. 31*
[58] Longneaux 2009 :2
[59] Delassus 2014 : 218
[60] Longneaux 2009 :1

peur sans objet »[61]. Enfin, le patient est comme dépossédé du contrôle de son temps à l'hôpital, soumis à divers examens, interventions, allées et venues régulières dans sa chambre, des médecins, des IDE, des AS, des ASH et d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Cette impuissance à contrôler son temps s'ajoute à l'incertitude et amplifient la souffrance de la personne soignée. Elle explique alors en partie les manifestations d'agressivité ou d'impatience qu'ont évoquées les IDE. Or, du côté des soignants, les temporalités sont bien souvent vécues sur le mode de l'urgence, y compris dans des services dits conventionnels, et ils en souffrent également.

S'agissant des soignants, « *le travail infirmier peut être vu comme une activité qui, à la fois, informe et est transformée par la perception de la pression temporelle* »[62]. Les temporalités soignantes sont en effet souvent marquées par « *le sceau de l'urgence et du débordement* » [63] . Delassus évoque l'« *impuissance des soignants lorsqu'ils souhaiteraient passer plus de temps avec un patient, faire preuve de plus d'attention et de sollicitude à son égard, mais qu'ils y sont empêchés par la fuite du temps et la nécessité de s'occuper d'autres malades qui ont tout autant besoin que l'on s'occupe d'eux. Impossible d'arrêter le temps !* »[64]. Ce sentiment se retrouve dans les entretiens. Or, des études quantitatives visant à appréhender les niveaux multidimentionnels des activités infirmières ont recueilli des données sur la communication, les tâches effectuées et les lieux pour des infirmières aux Etats-Unis (Yen *et. al.* 2018). Elles montrent que ces dernières passaient la plupart de leur temps à communiquer avec les patients et dans leurs chambres. Mais elles passaient également une grande partie de leur temps à tracer et recueillir des informations sur les systèmes de gestion électroniques hospitaliers, au bureau infirmier. Enfin, l'étude montrait qu'environ 10% de leur temps de travail pourrait être délégué et ne relevait pas d'activités infirmières, et qu'une organisation différente permettrait de libérer ce temps pour des soins centrés sur le patient. Il serait intéressant de mener une telle étude en France à titre comparatif. En outre, des études qualitatives sur la perception du temps dans la relation soignant-soigné à Hong-Kong se sont focalisées sur la dimension subjective de ce dernier, soit le temps vécu (Chan *et. al* 2013). Elles concordent avec d'autres études menées au niveau international (Macdonald 2007 ; Milne & McWilliam 1996 ; Ball *et. al.* 2014), européen (Bouvet et Sauvaigne 2005 ; HAS 2016 ; Estryn-Béhar 2008) et national (Bouffartigue et Bouteiller 2006 ; Vega 2000).

Ainsi, A. de Bouvet et M. Sauvaigne pointent que les infirmières « *ont des difficultés à gérer les tensions entre le temps nécessaire à des soins de qualité et les exigences d'un hôpital moderne* »[65]. Le manque de temps est « *un leitmotiv dans les plaintes qui expriment leur sentiment d'insatisfaction* »[66]. Nous l'avons retrouvé dans plusieurs des entretiens menés. Les études sur la qualité de vie au travail montrent en effet que les différentes réformes du système de santé ont pu aboutir à ce sentiment de ne plus passer assez de temps auprès des patients. Les politiques de systématisation du recours aux systèmes électroniques de gestion des hôpitaux, la vigilance accrue en terme de traçabilité et de gestion des risques renforcent la sécurité des soins et minimisent le risque d'erreurs. Néanmoins, elles ont considérablement augmenté la charge de travail administrative des infirmières (HAS 2016). Dès lors, le temps kairologique des soins serait ainsi mis à mal devant les temps chronologique et social de l'institution hospitalière actuelle. Les raisons invoquées par les infirmières sont le manque de personnel et le manque de moyens. L'ethnologue Anne Véga décrivait en 2000 le rapport au temps des infirmières au sein d'un service de neurologie. Celui-ci « *se mesure (...) avec une extrême précision, chaque segment de la matinée étant planifié et correspondant à une activité précise. Cependant, à y regarder de plus près, la priorité est donnée aux soins médicaux*

[61] Delassus 2014 : 218
[62] Chan *et. al.* 2013 :2026
[63] Delassus 2017 : 17
[64] Delassus 2017 :17
[65] Bouvet & Sauvaigne 2005 :23
[66] *Ibid.* 25

(...). Et lorsque le temps relâche un peu son étreinte, l'urgence consiste à palier les dysfonctionnements de tous ordres, présents, passés ou à venir. Ces aléas quotidiens semblent même prendre toute la place, limitant sérieusement la disponibilité à l'égard du malade »[67]. Elle pointe alors la primauté du *cure* (soins curatifs) sur le *care* (démarche d'accompagnement) (Hesbeen 1997), corroborée par les discours des IDE interrogées. Nous y reviendrons. Cette temporalité infirmière résulte selon Vega des « *répercussions humaines des modes de travail parcellisé qui caractérisent les grands établissements de soins* »[68]. Ainsi à l'hôpital, « *le temps de travail est vécu par à-coups, ponctué de temps morts lors des pauses durant lesquelles il s'arrête parfois complètement, avant de ressurgir brusquement dans la conscience des soignantes sous la forme de surcharge de travail (réelle ou supposée) à venir* »[69]. C'est le travail de terrain, d'observation participante de longue durée, caractéristique de l'enquête ethnographique, qui lui permet une analyse fine des temporalités soignantes. Elle confirme que les infirmières sont au cœur du choc des temporalités puisqu'elles doivent jongler entre les « *demandes multiples (des médecins, des familles, des aides-soignantes, voire des autres collègues)* »[70]. Ces temporalités soignantes seraient pour l'ethnologue gouvernées par un « *unique centre d'intérêt : la lutte constante contre l'erreur dans une quête sans relâche d'informations orales* »[71], et ce, malgré l'exigence de traçabilité écrite et les systèmes de gestion informatiques qui organisent l'activité hospitalière. Il serait intéressant de vérifier si ce constat perdure aujourd'hui. Ces éléments nous permettent de faire le lien avec le risque d'épuisement professionnel qui guette les soignantes face à des impératifs parfois contradictoires. J-M. Longneaux note, en ce sens, que la tarification à l'activité, qui résulte d'une mesure économique du temps, encourage la multiplication des interventions et peut aboutir, par la compression du temps qu'elle entraîne, à l'épuisement des soignants (2016 : 2). Ce que l'on peut voir dans l'un des entretiens réalisés dans l'enquête exploratoire (IDE 4).

Entre un sentiment d'accélération du temps qui est relayé par nombre d'infirmières, et les « *prisonniers du temps long* »[72] dans lesquels on pourrait placer les patients, qui ne contrôlent pas leur temps durant l'hospitalisation et subissent souvent celui imposé par l'organisation des soins, les écarts peuvent provoquer des ruptures. Or, les patients comme les soignants en souffrent. Les infirmières développent cependant des compétences temporelles et des stratégies pour optimiser ce dernier et réconcilier les temporalités.

2.1.3 Les compétences temporelles des infirmières

Les sociologues Paul Bouffartigue et Jacques Bouteiller pointent la continuité des « *compétences mobilisées dans le travail et dans le hors travail* »[73] chez les infirmières hospitalières. Il s'agit de « *compétences temporelles, permettant de ''jongler'' en permanence avec leurs temps et ceux d'autrui (...)*»[74]. Ces compétences font partie de l'ensemble des ressources et stratégies requises pour « *tenir dans un métier extrêmement éprouvant. Elles résultent d'un apprentissage indissociablement sexué et professionnel* »[75]. L'apprentissage professionnel se fait à travers la formation puis l'exercice professionnel, qui mobilisent et développent ces compétences temporelles caractérisées par *« cette disponibilité temporelle à autrui, la capacité à faire face aux aléas, à anticiper ses activités, à coordonner des temporalités hétérogènes*. »[76]. Ceci fait

[67] Vega 2000 : 35-36
[68] *Ibid.* : 36
[69] *Ibid.* : 55
[70] *Ibid. : 58*
[71] *Ibid.* : 55
[72] Garcia de Araújo 2019 : 643
[73] Bouffartigue & Bouteiller 2006 : § 8
[74] *Ibid.*
[75] *Ibid.* § 38
[76] *Ibid.*

directement écho aux propos d'Anne Véga, qui énonce que l'anticipation est prônée comme une qualité fondamentale, permettant de « *se prémunir contre les coups durs* »[77], tels que des arrêts maladies, l'arrivée de patients qualifiés de « lourds », la rupture de stock de certains médicaments ou de matériel. Ainsi, ces compétences temporelles permettent aux infirmières de contrôler l'incontrôlable, ces aléas qui rythment le quotidien des services de soins où le temps ne se déroule jamais de façon chronologique, linéaire, selon une succession d'événements qui s'enchaînent.

Nous retrouvons l'idée de « *coordonner des temporalités hétérogènes* »[78] dans une étude qualitative cherchant à comprendre les origines des difficultés dans la « *rencontre entre infirmière et patient* »[79]. Marilyn Macdonald montre que le temps est identifié comme le facteur principal qui contribue à la connaissance des infirmières de leurs patients (2007). Leur préoccupation principale est de trouver le temps de connaître leurs patients. Pour ces derniers, le souci principal est que les IDE leur accordent le temps qu'ils jugent nécessaire à leur prise en soins. En cas de difficultés liées au contexte, c'est la faculté des infirmières à « *réconcilier les temporalités* » qui est déterminante pour assurer de bonnes relations (*Ibid.*). Chan *et. al.* notent également les compétences des infirmières à créer des espaces et des connexions entre le temps chronologique qu'elles nomment « *temps du monde* » et le temps vécu quelles nomment « *temps de la vie* » (2013). Dans leur enquête qualitative, les participantes décrivent que le fait de passer du temps et apprendre à connaître les patients et leur entourage améliore la prise en soins et permet ainsi de gagner du temps à plus long terme (*Ibid.*). Et c'est un point crucial en effet : le fait de prendre du temps auprès des patients peut donner l'impression aux infirmières qu'elles en perdent sur l'ensemble des tâches à réaliser durant la vacation. Elles peuvent alors empiéter sur le temps des soins relationnels, ce, pour ne pas laisser une charge de travail non fait à leurs collègues qui vont les relayer. Or, à plus long terme, et les IDE interrogées corroborent les études scientifiques réalisées en ce sens, prendre le temps de connaître son patient et de créer une relation de confiance va conditionner l'ensemble de la prise en soins, et dès lors, la qualité des soins. Nous mesurons alors à quel point le terme de « *jongleuses en blouse blanche* », utilisé par Bouffartigue et Bouteiller, représente justement les compétences temporelles des IDE, car, comme ils l'écrivent, « *le care work se réalise dans une temporalité ''processuelle'' qui entre en conflit avec la temporalité de l'horloge, notamment en ce qu'il doit composer avec le temps du patient, qu'il est inextricablement lié au contexte des relations sociales dans lequel il se réalise, qu'il est fait de tâches plurielles qui se superposent, et qu'il est rebelle à la programmation* »[80]. Or, tout comme le temps ordinaire est insaisissable et reste une énigme, les compétences temporelles des infirmières hospitalières restent largement invisibles et non reconnues, bien que socialement et professionnellement construites et acquises. Elles font partie du « *continent invisible* »[81] des qualifications des infirmières. Ce qui peut contribuer au sentiment de manque de reconnaissance exprimé par les différentes IDE interrogées.

Parfois, l'établissement d'une relation soignant soigné de qualité ne dépend pas de la durée effective (temps chronologique) d'interaction. Chan *et. al* montrent également les stratégies des infirmières pour créer du temps de manière opportuniste à l'occasion de soins techniques courts, mais qui peuvent produire des interactions riches et réellement centrées sur la personne : « *Prendre soin (caring for) du patient peut se faire même quand il n'y a pas assez de temps* »[82]. Ici on voit comment le temps qualitatif du *kairos* peut advenir y compris dans un temps chronologique court, orienté sur un soin technique par exemple.

[77] Vega 2000 : 55
[78] Bouffartigue & Bouteiller 2006 : § 8
[79] Macdonald 2007
[80] Bouffartigue & Bouteiller 2006 § 38
[81] *Ibid.* § 2
[82] Chan *et. al* 2013 :2025

Par ailleurs, au-delà du discours sur le manque de temps, on pourrait voir de manière plus profonde une manière de justifier une diminution du temps passé au lit du patient comme moyen de se protéger des émotions suscitées par les situations rencontrées (Vega 2000 ; Holopainen *et al*. 2014), notamment « *difficulté réelle de rencontrer, à longueur de journée, la souffrance et la mort d'autrui qui renvoient le soignant à sa propre souffrance ou à sa mort* »[83]. En ce sens, le psychologue Yves Clercq donne une piste de réflexion sur le manque de temps. Pour lui, la plainte temps est un « *vecteur naturel pour en exprimer d'autres* » : manque de temps pour entrer en relation, soulager l'autre, rejoindre l'autre là où il est… Ainsi, « *le manque de temps est alors la réalité indiscutable sur laquelle les professionnels peuvent s'appuyer inconsciemment pour exprimer, de manière détournée, cette difficulté (inavouable) à voir leur idéal soignant malmené par la réalité* »[84]. Or, cet idéal soignant mis à mal, qui affecte le sens donné à leur profession, peut être l'un des facteurs précipitants de l'épuisement professionnel qui touche de nombreux soignants.

Le temps consacré au *care* (*caring time*) est donc une ressource essentielle dans l'exercice infirmier (Milne & McWilliam 1996). Les compétences temporelles de l'infirmière lui permettent de jongler avec les différentes temporalités au sein desquelles son métier, son « *art de soigner* », le « *premier art* » selon Marie-Françoise Collière (2001), la place en position centrale. Car elle joue un rôle pivot au sein de l'équipe et avec les personnes soignées, au « *cœur des situations de soins* »[85] et donc de temporalités conflictuelles qui s'entrechoquent et qu'elle s'efforce de synchroniser. Celle des patients, dont le temps vécu est parfois interminable parce qu'ils n'en ont pas le contrôle, souffrent, ne savent pas, celle des familles et de l'entourage qui s'inquiètent, demandent des informations, des nouvelles. Mais aussi les temporalités médicales : celles des médecins (chirurgiens), des internes, des aides-soignantes, des ASH, du cadre de santé.

Ainsi, la temporalité des soignants est souvent marquée par le sentiment de manquer de temps pour bien faire ce qu'ils ont à accomplir (Delassus 2017 :19), et leur idéal soignant peut se trouver malmené, entrainant parfois une culpabilité, les exposant au risque d'épuisement professionnel.

Derrière ces questions de temporalité, nous voyons que se dessinent des questions éthiques qui entourent le soin, et que nous aborderons à présent sous le concept d'éthique du *care* dans les soins infirmiers.

2.2. L'éthique du *care* dans les soins infirmiers

Les entretiens le montrent, et le travail conceptuel sur le choc des temporalités à l'hôpital le confirme, les infirmières sont confrontées à un dilemme éthique : trouver le « *temps du juste soin*» pour chaque patient, tout en réalisant l'ensemble des autres tâches et missions qui contraignent et compressent leur temps. Les soins relationnels sont ceux qui pâtiraient du « *manque de temps* » récurrent dans les discours soignants, au détriment des soins techniques. Ceci nous renvoie à l'éthique du *care* dans les soins infirmiers.

Les travaux sur le *care* sont foisonnants et les enjeux associés font débat dans les sciences humaines et sociales. Ce concept est né aux Etats-Unis il y a une trentaine d'années, mais il n'est vraiment traité en France que depuis une dizaine d'années. Carol Gilligan en 1982 et Joan Tronto, en 1993, toutes deux américaines et féministes, ont introduit le terme du *care* dans les débats sociétaux et politiques et initié une sorte de révolution de la perspective éthique. Gilligan définit le *care* comme « *un souci fondamental de bien-être d'autrui et centre le développement moral sur l'attention aux responsabilités et à la nature des rapports humains* »[86]. Pour Tronto, il s'agit d'une « *activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et*

[83] Sauvaigne & Bouvet 2004 : 84
[84] Clerq 2018
[85] Bouvet & Sauvaigne 2005
[86] Gilligan 2008

réparer notre ''monde'', de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible »[87]. La dimension éthique y est donc intrinsèque, bien que dans les travaux sur le *care* elle soit souvent mêlée au politique. Or, les soins infirmiers, pourtant concernés de manière patente par le sujet, ne s'en emparent que timidement (Remy-Largeau 2011). En France, la difficulté, voire l'impossibilité de traduire le terme ne fait qu'amplifier les débats (Vigil-Laroche 2012 ; Ibos 2019). Philippe Svandra, cadre de santé, ou Pascale Molinier, psychologue, parmi d'autres, théorisent l'éthique du *care* dans les soins infirmiers. Celle-ci *« a pour objet le « prendre soin » et considère celui-ci d'une importance cruciale pour le développement des personnes. Cette éthique s'efforce de montrer la complexité et la profonde valeur du travail moral lié au « prendre soin », que les femmes ont traditionnellement assumé, et dont se sont fort peu préoccupé les théories éthiques contemporaines* »[88]. Elizabeth Noël-Hureaux pointe les enjeux du *care* dans le contexte professionnel, l'articule plus précisément avec les soins infirmiers, identifiant les points communs et les divergences dans les approches multiformes du *care* (2015). Elle avance que « le *care serait une autre façon de penser en cherchant à faire comprendre et formaliser la part la moins technique du travail (...)* » qui implique toujours « *''l'incertitude morale'' à laquelle renvoie la complexité du soin »*[89]*.* Caroline Ibos, plus récemment, trace une « *cartographie* » du *care* en tant que catégorie critique englobant des domaines plus larges et en pointe les enjeux de manière claire (2019). Ainsi, les travaux sur l'éthique du *care* dans les soins semblent partager, par delà leur extrême diversité, l'objectif de saisir les mouvements communs traversant soignants et soignés et permettent la rencontre. Nous traiterons ici de la vulnérabilité, l'inquiétude, la patience et la « créativité éthique ». En prendre conscience peut permettre aux soignants de mettre en œuvre une « *créativité éthique* » indissociable d'une réflexivité sur les pratiques professionnelles. Or, il est frappant de constater à quel point la question de la temporalité est liée à celle de l'éthique du *care.*

2.2.1 Aux sources de l'éthique du *care* : les vulnérabilité(s)

Ce terme est d'origine latine, et vient de *vulnu*, « *la blessure* », verbe *vulnerare*, « *blesser* », et encore *vulnerabilis* qui signifie « *qui peut être blessé* » et « *qui blesse* » (Liendle 2012 : 304). Selon Svandra, « *reconnaissant la vulnérabilité comme un élément central de nos vies, les éthiques du care visent à revaloriser l'entraide et la sollicitude* »[90], dépassant l'idée qu'elle serait propre aux personnes prises en soins. En effet, « *nous avons (et aurons) toujours besoin de la présence et l'aide d'autrui. Nous sommes, de ce point de vue, ontologiquement dépendants* »[91].

Eric Delassus rapproche le choc des temporalités à l'hôpital et les vulnérabilités croisées des soignants et des soignés en demandant s'il faut *« voir dans cette divergence des temporalités l'un des signes de notre vulnérabilité ? (...) vulnérabilité du soignant qui a le sentiment que le temps lui échappe sans qu'il ait la possibilité d'aller au bout de sa mission et vulnérabilité des malades et des familles confrontés à la fragilité et à la finitude de l'existence humaine »*[92]*.* Nous avons en effet déjà pointé les souffrances engendrées des deux côtés de la relation par des temporalités difficiles à accorder. Or, pour Svandra, vulnérabilité et inquiétude vont de pair dans le soin, tant pour le soignant que le soigné :

« Loin de soutenir que l'inquiétude et la vulnérabilité du soigné et du soignant soient superposables ou identiques, il s'agit en revanche de considérer le soin d'abord comme une rencontre au cours de laquelle chacun des protagonistes est successivement, ou parfois simultanément, inquiet et vulnérable »[93]. Voyons à présent cette notion d'inquiétude comme « *disposition ontologique* », en lien avec la patience.

---

[87] Tronto 2009 (1993)
[88] Gendron 2002
[89] Noël-Hureaux 2015 : 13
[90] Svandra 2011 : 24
[91] *Ibid.*
[92] Delassus 2017 : 19
[93] Svandra 2011 : 25

2.2.2 La patience et l'inquiétude

Patience et *skholè* : conditions temporelles d'une éthique du *care ?*

M. Geoffroy, médecin, ne mentionne pas l'éthique du *care* - il parle d'« *éthique au lit du* patient » -. Il se place pourtant dans cette optique, prônant une éthique entre *une vertu morale*, « *la patience* » et une disposition *ontologique*, « *l'inquiétude »* (2015). Or, ce sont des vertus ou des sentiments d'ordinaire prêtés aux personnes soignées, les « *patients* », nous l'avons vu précédemment. Geoffroy avance que les soignants, en faisant œuvre de ces mêmes qualités, prodiguent des soins éthiques. Ses propos rejoignent ceux de Svandra, tout en opérant un lien direct avec la notion de temporalité, à travers celle de patience. Il définit en effet cette dernière comme une « *vertu qui permet au soignant de faire abstraction de son propre mode de temporalisation et qui donne à sa pratique une dimension proprement éthique* »[94], car, suivant Ricœur, « *en vertu de la réversibilité des rôles, chaque agent est le patient de l'autre. Et c'est en tant qu'affecté par le pouvoir-sur lui exercé par l'autre, qu'il est investi de la responsabilité d'une action placée d'emblée sous la règle de réciprocité (...) »*[95], condition de la rencontre. Dès lors, pour le soignant, être patient, c'est « *savoir attendre, c'est ne pas imposer son chronos, c'est laisser advenir le temps de l'autre, c'est se laisser envahir par le temps de l'autre* »[96]. La notion de *skholè*, qui désigne la « *condition temporelle de l'éthique de la relation de soins, donnant à celle-ci la dignité de rencontre, est en fait le temps de la patience* » ; elle est « *complètement déterminée par la volonté* », elle résulte d'une intention. Il nous semble ici que la *skholè* est donc la condition pour faire advenir le temps kairologique, vu précédemment. Car ce dernier est le fruit d'une décision du soignant, comme le montre Francis Poutreau : « *l'agir soignant a beau être planifié, protocolisé, il nous faut garder ces espaces de liberté qui autorisent le soignant à se saisir du kairos. La décision est ce qui caractérise le Kairos, ce qui implique le choix de se saisir du moment opportun pour l'appliquer au bénéfice des patients* »[97]. Poutreau le nomme « *temps opportun du soin* »[98]. En introduisant cette dimension de responsabilité, on perçoit la dimension éthique du temps kairologique, qui devient le « *juste temps des soins* »[99].Or, dans les discours des IDE interrogées, la patience est une qualité qui est souvent invoquée, tout comme le fait de parfois laisser du temps au patient lorsque la rencontre est difficile.

L'in-quiétude des soignants : le malaise au cœur de l'éthique du *care ?*

Pour Geoffroy, la patience du soignant est directement en lien avec l'« *in-quiétude, disposition ontologique de l'homme, c'est-à-dire constitutive de son être même* »[100]. Il la rapproche du concept de « *souci* » chez Heidégger, « *cette faille ontologique qui, habitant l'être humain, toute sa vie l'in-quiète et lui permet (...) la sortie de lui-même* ». Ce terme est d'ailleurs souvent retrouvé dans les écrits sur les éthiques du *care*. De même, Geoffroy relie l'in-quiétude au concept d'« *uneasiness* » chez Locke, renvoyant à l'idée de ne pas être à son aise, de manquer de tranquillité d'âme, d'être agité. Elle serait « *une petite douleur non perçue par la conscience* »[101]. Or, ce « *malaise est le principal sinon le seul aiguillon de l'activité humaine* »[102]. Plus tard, Leibniz traduira « *uneasiness* » par « *Unruhe, c'est-à-dire inquiétude, le balancier d'une horloge* »[103]. Cette métaphore nous semble ici particulièrement appropriée, car elle pointe à la fois les mouvements contradictoires qui nous traversent devant tout dilemme éthique, mais renvoie également à la dimension temporelle qui nous préoccupe avec la référence à l'horloge. Ainsi, l'in-quiétude et le malaise sont bel et bien à la source de toute éthique. Ceux exprimés par les

[94] Geoffroy 2015 : 168
[95] *In* Geoffroy 2015 : 168
[96] Geoffroy 2015 : 168
[97] Poutreau 2012 : S11
[98] *Ibid.*
[99] Longneaux 2016
[100] Geoffroy 2015 : 169
[101] Locke, *in* Geoffroy 2015 : 169
[102] *Ibid.*
[103] *Ibid.*

soignants alimentent donc les réflexions sur l'éthique du *care*. Or, selon Svandra, « *la source du malaise que vivent aujourd'hui de nombreux soignants n'est pas (...) le résultat d'une simple résistance au changement mais bien l'expression d'une profonde inquiétude sur le sens même de leur travail* »[104]. Sauvaige & Bouvet précisent que le malaise dans la profession infirmière tient à leur plainte de « *ne pas pouvoir incarner leur idéal éthique du prendre soin de la personne souffrante* »[105] par manque de temps et de moyens, ainsi que d'un « *sentiment global de non-reconnaissance tant des médecins, que de l'institution ou de la société* »[106] qui entrainent une insatisfaction. Plusieurs des IDE interrogées ont exprimé cette idée. Revenons sur le dilemme que vivent les infirmières par rapport au juste temps des soins, à l'aune de ces apports philosophiques. Accorder le temps juste à chaque patient revient à donner à chacun le temps qui convient selon le principe d'une justice distributive. Passer trop de temps avec un patient pénalise les autres, et passer trop peu de temps est une violence au patient car on ne rencontre pas ses besoins. Le dilemme est donc le suivant : « *le respect du principe de justice entre en contradiction avec celui de bienfaisance, et il est difficile de trouver le juste équilibre* »[107]. D'autre part, le malaise infirmier peut aussi s'expliquer par le fait que *care* soit peu reconnu comme compétence professionnelle - il est parfois même considéré comme le « *sale boulot* » par les soignants (Vega 2000) - en raison d'une faible reconnaissance de ces tâches, alors qu'il s'agit réellement de compétences (Molinier 2011). « *Les savoirs investis dans le care, s'ils peuvent être qualifiés de ''savoir-faire discrets'' posent aussi la question de leur apprentissage en terme de compétences morales* »[108]. Molinier montre d'ailleurs que l'invisibilité du travail du *care* est le garant de son efficacité, ce qui tout à la fois entraîne le problème de sa rémunération, et de sa reconnaissance (*Ibid.*). Comment donc sortir le *care,* et les dispositions éthiques qui le sous-tendent, de leur invisibilité pour rendre fécond le malaise infirmier ? Grâce à une « *créativité éthique* »[109] associée à la réflexivité.

2.2.3 « *Créativité éthique* »[110] et réflexivité

Pour sortir du dilemme éthique dans lequel le choc des temporalités place les soignants et permettre de trouver le « *juste temps des* soins », J-M Longneaux les enjoint à « *faire du sur-mesure, et non du prêt-à-porter : (...) s'adapter, donner plus à l'un, moins à l'autre, mais de telle sorte que chacun ait les soins dont il a réellement besoin. C'est donc sortir des normes strictement objectives, des standards imposés, pour retrouver l'exigence, certes inconfortable, de l'ajustement et de la réflexion*. »[111]. Il s'agit, dès lors, de mobiliser notre capacité à délibérer pour juger au cas par cas, car « *la qualité de la relation ne dépend pas toujours de la quantité de temps qu'on peut lui accorder de façon réaliste* »[112]. Cette attitude renvoie à l'idée de responsabilité, en tant que fait de « *décider, faire des choix librement, posséder une faculté de jugement, de discernement (aptitude à distinguer le bien du mal), mesurer, évaluer, s'engager (répondre de)* »[113]. Cette notion de responsabilité, centrale dans l'éthique du *care,* sous-tend la « *compétence éthique* »[114], c'est-à-dire la « *manière dont le soignant puise les éléments nécessaires pour répondre aux sollicitations de son milieu de travail tout en agissant à ses yeux de manière éthique* »[115]. Elle est indissociable d'une réflexivité professionnelle. Sauvaige & Bouvet recourent à la notion de « *créativité éthique* »[116], définie comme « une *responsabilité*

[104] Svandra 2011 : 25
[105] Sauvaige & Bouvet 2004 : 83
[106] Sauvaige & Bouvet 2004 : 84
[107] Delassus 2017 : 19
[108] Noël-Hureau 2015 :16
[109] Sauvaige et Bouvet 2004
[110] *Ibid.*
[111] Longneaux 2016 : 2
[112] Sauvaige & Bouvet 2004 : 85
[113] Warchol 2012 :271
[114] Deligny 2018
[115] *Ibid*. 13
[116] Sauvaige & Bouvet 2004 : 86

envisagée dans sa dimension dynamique »[117] pour accepter de « *se tenir à l'articulation de ces temporalités qui répondent à des logiques différentes* » et d'être à même d'y agir. Là aussi, les auteures insistent sur la réflexivité nécessaire pour mettre en actions leur responsabilité de manière créative dans leur rôle soignant. Elles déterminent 9 pôles pour la mise en œuvre de la créativité éthique, qui sont : la technique, l'organisation et la relation, qui concernent la situation de soins. Ensuite, s'agissant du contexte: la logique marchande, la logique technique, et la logique soignante exercent des contraintes sur leurs pratiques. Leur créativité s'exerce en ayant conscience qu'elles sont à l'articulation entre ces 3 logiques. Enfin, les 3 derniers pôles renvoient à une réflexivité individuelle, ce sont « *la capacité de percevoir, de penser, de parler* ». Elle implique pour les infirmières d'*« apprendre à relire ce qui se passe en elles en tant que sujet psychique et sujet éthique »*. Cette réflexivité, condition de la créativité éthique, suppose d'être en capacité de « *nommer et penser les émotions que suscitent inévitablement la rencontre du corps souffrant de l'autre et le côtoiement quasi quotidien avec la mort (...) »*[118] qui parfois sous-tendent les discours sur le manque de temps. Pour Sauvaigne et Bouvet, le développement d'une réflexivité et d'une créativité éthique garantit des « *expériences éthiques du soin* », caractérisées par le « *plaisir et le progrès* »[119], qui signent une vie professionnelle réussie, car source d'épanouissement.

2.3. Synthèse et question de recherche

Au terme de cette deuxième partie, nous avons vu que l'hôpital est le lieu d'un choc des temporalités, entre celle des patients, soumis à l'attente et à l'incertitude qui distendent et étirent leur perception du temps, et celle des soignants, plutôt marquée par l'urgence et le débordement. Les soignants sont souvent contraints d'imposer leur temporalité aux patients, qui en souffrent. Or, ils sont eux-mêmes gouvernés par une perception managériale, administrative et économique du temps, reflet du capitalisme et de l'hypermodernité. Ceci les affecte également et entraine le sentiment de manquer de temps à consacrer à leurs patients, ce qui est un facteur d'insatisfaction récurrent chez les professionnels. Néanmoins, ils mettent en œuvre des compétences temporelles et des stratégies pour réconcilier les temporalités et faire advenir le temps kairologique du soin, le « *juste temps des soins* ». Celui-ci est sous-tendu par une éthique du *care*, à travers laquelle nous avons exploré la patience, vertu qui permet d'attendre le temps de l'autre, condition de la rencontre soignant-soigné. L'in-quiétude et le malaise, aux sources de l'éthique, sont féconds dès lors que l'on prend le temps de la réflexion pour percevoir et penser les mécanismes et les émotions à l'œuvre. La réflexivité est alors la condition de la créativité éthique des soignants, qui vont s'adapter, chacun en fonction de leurs compétences, aux contraintes inhérentes à leur place de pivot, au cœur des situations de soins.
La question de recherche devient alors :

Dans quelles mesures le développement d'une créativité éthique et de la réflexivité chez les infirmières influence-t-il la gestion des temporalités dans la rencontre soignant-soigné ?

[117] *Ibid.*
[118] *Ibid.* : 86
[119] *Ibid.*

3. Partie méthodologique ou cadre méthodologique

3.1. Question de recherche

A partir de la question de recherche suivante :
« Dans quelles mesures le développement d'une créativité éthique et de la réflexivité chez les infirmières influence-t-il la gestion des temporalités dans la rencontre soignant-soigné ?», j'ai choisi d'utiliser la méthode différentielle, qui s'intéresse aux facteurs de différenciation des individus, en mettant en œuvre une démarche hypothético-déductive. Les variables interindividuelles permettront de comparer les sujets les uns aux autres, s'agissant de leurs expériences et de leurs parcours, dans le développement de leur réflexivité et de leur créativité éthique. Les variables intra-individuelles permettront de mieux saisir, pour chaque personne, les variations selon la spécificité des situations, des contextes, et de l'expérience personnelle, qui sont des enjeux fondamentaux s'agissant de l'exercice de la créativité éthique et de la réflexivité. Cette méthode sera combinée avec la méthode clinique, caractérisée par l'écoute et l'interprétation des signes recueillis auprès d'un sujet. Ce, pour mieux apprécier les variables inter et intra-individuelles. Il s'agira donc d'une recherche principalement qualitative, visant à déterminer comment la réflexivité et la créativité éthique des professionnels se développe, à travers leurs parcours, formations, et leurs expériences professionnelles et personnelles.
La recherche en soins infirmiers est de type mixte, car elle mêle recherche qualitative et quantitative. La dimension quantitative de ma recherche consistera à comparer l'expérience des IDE selon le nombre d'années d'exercice, les formations suivies après le diplôme, et la récurrence de certaines réponses.

3.2. Dispositif de recherche

Choix de la population cible : les critères d'inclusion reposeront sur l'expérience, personnelle et professionnelle des IDE, et le fait d'avoir suivi ou non une formation sur les enjeux éthiques des soins, la gestion des émotions ou la participation à des groupes de parole.
Echantillon : je souhaite réaliser 5 entretiens au minimum, comprenant au moins : 1 IDE ayant moins de 3 ans d'expérience professionnelle, 1 IDE en reconversion professionnelle, 1 IDE ayant plus de 5 ans d'expérience professionnelle et 2 IDE ayant suivi des formations spécifiques à l'éthique clinique, la gestion des émotions ou à l'Analyse de Pratiques Professionnelles.
Choix du terrain : dans des structures hospitalières de différentes dimensions (clinique, hôpital privé, hôpital public), afin de comparer l'articulation entre les logiques marchande, technique et soignante selon la taille et l'organisation des structures, et ainsi les contraintes sur les IDE.
L'outil de recherche : des entretiens de type semi-directifs seront réalisés, d'une durée comprise entre 30 minutes et 1 heure, si les conditions le permettent, et avec l'accord des personnes interrogées, suivant une grille d'entretien comprenant 3 thèmes :

- L'expérience professionnelle de l'IDE
- La gestion des temporalités dans le soin
- La réflexivité et la créativité éthique (Cf. Annexes)

3.3. Dispositif d'analyse de l'enquête

La grille d'analyse de l'enquête sera réalisée à partir du tableau suivant :

Dispositif d'analyse de l'enquête

Thème/ Questions	Objectif visé	Critères	Indicateurs	Analyse quantitative (Exemples)	Analyse qualitative (Exemples)
1 : L'expérience professionnelle de l'IDE ***Question 1 :*** Pouvez-vous me présenter votre parcours professionnel ? ***Question de relance :*** Quelles sont les raisons qui vous ont poussée à devenir infirmière ?	Connaître le parcours de l'IDE et son expérience du milieu hospitalier	Formation Expérience Motivations Valeurs	Nombre d'années d'exercice Nombre d'années en structure hospitalière Nombre d'années dans le service Types de services où l'IDE a travaillé Âge d'obtention du diplôme Formation initiale ou reconversion professionnelle Cite des motivations Cite des valeurs	4 IDE ont plus de 4 ans de diplôme 2 sont en reconversion professionnelle Le verbe « aider » est cité X fois 4 IDE citent l'empathie comme qualité 2 IDE citent la patience	Les motivations rejoignent les valeurs exprimées Les valeurs citées sont : l'humanisme, la dignité, le respect, etc.
2 : La gestion des temporalités dans le soin ***Question 1 :*** Comment arrivez-vous à jongler avec les contraintes de temps dans votre travail ? ***Question de relance :*** Comment cela se répercute-t-il sur vos relations avec les personnes soignées ?	Identifier le vécu et les stratégies du soignant pour gérer le choc des temporalités à l'hôpital	Compétences temporelles Capacité de coordination Organisation Ressenti des contraintes de temps et répercussions	Nomme les contraintes temporelles Verbalise le manque de temps Evoque la difficulté à gérer toutes les temporalités Parle des stratégies développées pour gérer les contraintes de temps Mentionne les émotions ressenties face à ces contraintes Identifie des stratégies ou des compétences développées au cours de sa carrière	4 IDE sur 5 disent manquer de temps pour leurs patients 2 parlent de « souffrance » de ne pas arriver à « bien prendre en soins » des patients 4 IDE relient le manque de temps et le manque de moyens 2 IDE disent avoir développé des compétences organisationnelles	Les soignants ressentent de la frustration et de la culpabilité de ne pouvoir passer assez de temps avec leurs patients La pression du temps est ressentie par tous Certains développent des stratégies pour favoriser la rencontre avec les patients « *Avec l'expérience, j'arrive à trouver du temps...* »

3 : La réflexivité et la créativité éthique ***Question 1 :*** Comment parvenez-vous à vous adapter et à prendre des décisions complexes quand vous devez agir vite ? ***Question de relance :*** Comment faites-vous lorsque vous êtes dans des situations qui mettent à mal vos valeurs soignantes ?	Evaluer la réflexivité et la créativité éthique du soignant	Capacité d'analyse des situations Capacité de gérer des logiques contradictoires (marchande, technique, soignante) Capacité de percevoir, penser, parler Relation d'équipe	A suivi une formation A participé à des groupes de parole Cite différents paramètres intervenant dans une situation de soins Parle de situations qui lui ont posé des dilemmes éthiques Parle des émotions suscitées par des situations difficiles Parle de la manière dont ses pratiques et ses valeurs peuvent parfois être en décalage	3 IDE ont suivi une formation sur la gestion des émotions ; 2 participent à des groupes de parole Tous ont cité la peur et la tristesse face à certaines situations Tous ont vécu des situations où leur idéal soignant était mis à mal 3 IDE évoquent l'importance de la cohésion d'équipe dans la gestion de situations difficiles	Être en capacité de nommer les enjeux autour d'une situation de soins permet de mieux les mettre à distance pour agir Pouvoir échanger avec d'autres professionnels sur les enjeux éthiques permet de mieux agir en situation ensuite La gestion des émotions est fortement en lien avec la réflexivité « *J'aime ce que je fais, mais c'est difficile parfois de...* »

Conclusion, mise en perspective

Afin de réaliser ce travail, je me suis appuyée sur une situation vécue en stage, qui m'a conduite à m'interroger sur les conditions de l'accueil infirmier, ce premier contact entre soignant et soigné. Je l'ai mis en lien avec les compétences relationnelles de l'infirmière dans le contexte de soins à des patients dits « *difficiles* ». Puis, au terme de la phase exploratoire de la recherche, en croisant l'analyse des entretiens réalisés et les apports de la revue de littérature, ma question de départ est devenue la suivante :

Avec des soignants qui semblent manquer de temps, en quoi l'éthique du *care* donne-t-elle sens à la relation soignant-soigné ?

Dans la partie théorique, j'ai essayé de mieux comprendre les ressorts de ce manque de temps et les souffrances qu'il engendre, tant du côté des personnes soignées que des soignants. Les infirmiers se trouvent, par leur position de pivot, au cœur du « choc des temporalités » à l'hôpital : les leurs, celles des patients, des médecins, et celle de l'institution, qui répondent souvent à des logiques contradictoires. Cette position inconfortable peut les faire souffrir et culpabiliser. Afin de gérer au mieux ces contraintes, ils développent des compétences temporelles. Ces questions temporelles renvoient également à des enjeux éthiques, puisque ce sentiment de manque de temps peut malmener l'idéal soignant des professionnels. Or, développer sa réflexivité et une certaine « créativité éthique » vont de pair pour mieux comprendre et analyser les enjeux complexes de chaque situation, s'adapter et agir au plus proche de ses valeurs. La question de recherche devient alors :

Dans quelles mesures le développement d'une créativité éthique et de la réflexivité chez les infirmières influence-t-il la gestion des temporalités dans la rencontre soignant-soigné ?

Dans la partie méthodologique, j'ai conçu un dispositif de recherche pour explorer cette question et élaboré une grille d'analyse.

Au terme de ce travail de fin d'études, je réalise le cheminement parcouru depuis l'entrée en formation. J'ai pu explorer cette thématique du temps, qui me tient à cœur, en la soumettant à la démarche de recherche en soins infirmiers. Ceci m'a permis de prendre de la distance par rapport à certaines situations vécues, et de réaliser que les difficultés que je pouvais rencontrer ne m'étaient pas intrinsèques, mais sont, au contraire, partagées par de nombreux soignants. Mieux comprendre certaines des causes et les mécanismes qui les sous-tendent donne des outils pour mieux les gérer, et conserver le sens que nous donnons à nos pratiques de soins.

Ce travail comporte néanmoins certaines limites. Tout d'abord, l'échantillon était trop restreint pour être vraiment représentatif et les conditions qui ont présidé à la réalisation des entretiens n'étaient pas favorables. En effet, je n'ai pas pu me rendre sur les lieux d'exercice pour réaliser les entretiens en face à face, ce qui engendre une perte qualité des données recueillies. D'autre part, sur le plan théorique, j'aurais souhaité approfondir les dimensions de l'éthique du *care* grâce aux travaux d'Emmanuel Levinas et de Paul Ricoeur.

Même si, sur le terrain, au quotidien, nous parlons peut-être encore trop rarement d'éthique en tant que telle, ou encore de réflexivité ou de « créativité éthique », cependant les décisions, les actions, les savoirs investis par les soignants sont toujours guidés par des enjeux éthiques. Ce travail a essayé d'en esquisser certains aspects. L'une des questions qui émerge, au terme de ce travail, est la suivante :

Comment développer cette compétence éthique ou cette créativité, au-delà d'un niveau individuel ? Comment la faire vivre au sein d'une équipe, d'un service, d'une structure ? Peut-elle s'enseigner et se transmettre ?

La recherche en sciences infirmières permet de pointer les enjeux autour de ces questions, mais les moyens d'action dépassent le cadre individuel. Pour aboutir, un projet doit impliquer l'ensemble des membres d'une structure de soins, et notamment le cadre de santé, et l'ensemble des acteurs. Ceci ouvre des perspectives de recherche à ces niveaux également, qui pourraient faire l'objet d'un mémoire pour un cadre de santé.

Enfin, il est impossible de penser ce travail hors du contexte qui a entouré sa rédaction. La crise sanitaire liée à la pandémie du COVID-19 a pointé de manière criante les limites de notre système de soins et la situation des soignants aujourd'hui. Qualifiés de « héros » et applaudis, nous avons également besoin d'une reconnaissance plus concrète, notamment financière, de notre rôle, de nos compétences et de notre engagement. Les enjeux éthiques qui entourent notre pratique sont évidents, et la situation exceptionnelle dans laquelle nous nous trouvons montre à quel point ils sont liés aux logiques économiques et aux enjeux politiques et sociaux autour de la santé.

Ceci confirme l'importance, voire l'urgence, de s'inscrire dans le projet esquissé par Paul Ricoeur de mener « *une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes* ».

Bibliographie

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020961044

Bachler L. (2016). L'accueil, ou la rencontre de la bienveillance et de la confiance. *Métiers de la Petite Enfance*. *22*(39) :10-11.

Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. (Feb. 2014). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*. *23*(2):116-125. DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001767.

Becker, H.S. (1963). *Outsiders : Studies in the Sociology of Deviance*. New York : Free Press (trad. fr., *Outsiders : études de sociologie de la déviance*, 1985. Paris : Métailié).

Boudier C. (2011). *Raisonnement Et Démarche Clinique Infirmière - Projet De Soins Infirmiers: Unité d'Enseignement 3.1/3.2*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Bouvet (de) A., Sauvaigne M. *et al*. (2005). *Penser autrement la pratique infirmière : pour une créativité éthique.* Paris : Editions de Boeck université.

Brizon H. (2019). *Précis d'Alliance Patient-Soignant: Professionnels Infirmiers*. Malakoff: Lamarre.

Buisson, A. (Déc 2008). L'accueil à l'hôpital, un soin à part entière. *L'Aide-soignante*, (102) : 26-27.

Bulletin Officiel Spécial n°2002/O4 BIS. (2002). *Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*.

Carol A. Juliana *et al*. (Juillet 1997). Interventions used by staff nurses to manage « difficult patients ». *Holistic Nursing Practice* :1-26.

Chan EA, Jones A, Wong K. (2013).The relationships between communication, care and time are intertwined: a narrative inquiry exploring the impact of time on registered nurses' work. *Journal of Advanced Nursing*. *69*(9) : 2020-2029.

Chougrani, Saada, et Abdessamed Dali Ali. (2011). « Perception de la qualité des soins chez les professionnels de santé de l'Établissement Hospitalier et Universitaire d'Oran (EHUO) », *Santé Publique*, *23*(6) : 475-485.

Clercq, Y. (20.07.2018). Quand la question du manque de temps cache autre chose... Repéré à https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/quand-question-manque-temps-cache-autre-chose.html

Code de la santé publique, Art. R4311-1 à R4311-5. Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20200515

Collière M-F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie [Ressource électronique]* Paris: Masson.

Comité de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) Est. (2012). L'hygiène des mains des professionnels de santé. Lavage simple Friction hydro-alcoolique (FHA). Repéré à http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/cclinEst/2012_hygiene_mains_CClinEst.pdf

Curchod, C. (2018). *Prévenir et dénouer les conflits dans les relations soignants-soignés*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Delassus, E. (2014). Le Patient Impatient. *Ethique Et Sante*, *11*(4) : 216-219.

Delassus, E. (2017). Temporalité et altérité : temps et travail en milieu hospitalier. *Soins Cadres*. (26) :16-19.

Deligny C. (2018). *La compétence éthique des professionnels soignants: une analyse des savoirs et des usages de soi dans les hôpitaux de l'APHM.* [Thèse de doctorat en philosophie, Université d'Aix-Marseille]. URL : https://theses-univ-amu-fr.lama.univ-amu.fr/181214_DELIGNY_924wfw157reofs193l165nlqcs_TH.pdf.

Dubar, C. (2014). Du temps aux temporalités : pour une conceptualisation multidisciplinaire », *Temporalités* [En ligne] (20); DOI : https://doi.org/10.4000/temporalites.2942

Douguet F., Munoz J. (Juin 2005). *Document de travail : les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*. DRESS. 48 p.

Droit-Volet S. (Oct. 2012). Le temps psychologique, définition et enjeux. *Soins*. (769) : 28-31.

Estryn-Béhar M. (2001). Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants. *Actualité et dossier en santé publique*, (35) : 71- 73.

Estryn-Béhar, M. (2008). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes : Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

Estryn-Béhar, M. (2008). « 3. Transmissions orales et continuité des soins », *in Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe.* Sous la direction de Estryn-Béhar Madeleine. Presses de l'EHESP : 175-192.

Formarier M. (2003). Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité. *Recherche en Soins Infirmiers*, (75) : 15-20.

Formarier, M, Jovic L. (Dir.). (2012). *Les concepts en sciences infirmières ;* Association de recherche en soins infirmiers. « Hors collection ». Lyon : Editions Mallet Conseil.

Formarier, M. (2012). Accueil *in* Formarier *et. al. Les concepts en sciences infirmières.* Association de recherche en soins infirmiers. « Hors collection ». Lyon : Editions Mallet Conseil : 43-45.

Formarier, M. (2007). La relation de soins, concepts et finalités, *Recherche en Soins Infirmiers*, (89) :33-42.

Garcia de Araújo, J. N. (2019). Temps, temporalité. *in* Agnès Vandevelde-Rougale éd., *Dictionnaire de sociologie clinique.* ERES : 641-644.

Gendron C. (2002). La sollicitude : une éthique relationnelle. In Bouchard N (Dir.). *Pour un renouvellement des pratiques d'éducation morale : six approches contemporaines*. Sainte Foy : Presses de l'université du Québec.

Gilligan C. (2008). *Une Voix Différente: Pour Une Éthique Du "Care".* Paris: Flammarion. (c1982).

Haut Conseil de la Santé Publique, Société Française d'Hygiène Hospitalière. (2010). *Surveiller et prévenir les infections associées aux soins*.

Haut Conseil de la Santé Publique. (2009). *Recommandations sur la prise en charge et la prévention des infections cutanées liées aux souches de Staphylococcus aureus résistants à la méticilline communautaires*.

Haute Autorité de Santé (HAS). (Décembre 2018). Manuel de certification des établissements de santé v2014. Saint-Denis : HAS. Repéré à https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-10/guide_methodologique_v2014.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). (Décembre 2018). Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés + 48h en MCO (e-Satis +48h MCO). Saint-Denis : HAS. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/iqss_rapport_esatis48h_2019.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). (Janvier 2016). Revue de littérature : Qualité de vie au travail et qualité des soins. Saint-Denis : HAS. Repéré à https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). (Mars 2012). *La sécurité des patients : Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf

Hesbeen W. (2002). *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante*. (2ème édition). Paris : Masson

Hesbeen W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.

Hôpital de Mantes. (2014). Recommandations pour l'accueil d'un patient et de sa famille en hospitalisation au centre hospitalier François Quesnay de Mantes la Jolie. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations11.pdf

Ibos, C. (2019). Éthiques et politiques du *care*. Cartographie d'une catégorie critique. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 49(1) : 181-219.

Lagarde-Piron L. (2016). La confiance dans les soins infirmiers. Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante », dans : Delaye R. éd., *La confiance. Relations, organisations, capital humain.* Caen : EMS Editions, « Entreprise & Sacré » : 242-256. DOI : 10.3917/ems.delay.2016.01.0242.

Langenfeld S, Couturat F. (2011). *Soins Relationnels. Soins Palliatifs: Unités d'Enseignement 4.2 et 4.7*. London: Elsevier Health Sciences France.

Le Neurès K, Siebert C, Coste M. (2009). *Raisonnement, Démarche Clinique Et Projet De Soins Infirmiers: UE 3.1-UE 3.2*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.

Liendle, M. (2012). Vulnérabilité. Dans Formarier M. éd., *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition.* Association de recherche en soins infirmiers : 304-306.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). Repéré à https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/3/4/MESX0100092L/jo/texte

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte

Longneaux J-M. (2009). Le Temps dans les soins. *Ethica clinica,* (55) :1-2.

Longneaux J-M. (2016). Le juste temps des soins. *Ethica Clinica,* (84) : 1-2.

Macdonald M. (2007). Origins of Difficulty in the Nurse-Patient Encounter. *Nursing Ethics*., *14*(4) : 510-521.

Macdonald M. (2005). *Reconciling temporalities: A substantive explanation of the origins of difficulty in the nurse patient encounter*. Ann Arbor: University of San Diego.

Mazoyer, M. (2019). L'accueil du patient : Pour un premier contact réussi, *Soins Aides-Soignantes*, *16*(90) : 22-23.

Meunier O., Exinger J., Kara F. (2016). SARM, ABRI, E.BLSE...ERG et APC : des BMR à l'émergence des BHRe. Centre Hospitalier de Haguenau. Repéré à https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/groupe-atb/livret-bmr-bhre-bis.pdf

Milne, H. A., & McWilliam, C. L. (1996). Considering nursing resource as 'caring time'. *Journal of Advanced Nursing, 23*(4), 810-819. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb00055.x

Ministère de la santé. (2009). Synthèses des principales recommandations internationales pour la lutte contre le staphylocoque doré résistant à la méthicilline.

Ministère des solidarités et de la santé. (2002). Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers. Guide du service des soins infirmiers. Repéré à https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf

Molinier P. (2011). Le care à l'épreuve du travail : Vulnérabilité croisées et savoir-faire discrets. In Paperman, Patricia, Sandra Laugier (Dir). *Le Souci Des Autres: Éthique Et Politique Du "Care".* Paris : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales : 340-357.

Molinier P. (2013). *Le travail du care*. Paris : Editions La Dispute.

Noël-Hureaux E. (2015). Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? *Recherche en soins infirmiers*, (122): 7-17.

Paillard, C., Jeanguiot-Pierre-Poulet N. (2018). *Dictionnaire Des Concepts En Sciences Infirmières: Vocabulaire Professionnel De La Relation Soignant-Soigné.* Noisy-le-Grand : Setes éditions.

Paperman, P., S. Laugier (Dir). (2011). *Le Souci Des Autres: Éthique Et Politique Du "Care".* Paris *:* Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

Poutreau F. (Août 2012). La temporalité et ses déclinaisons. *Soins Cadres*, (83S) : S9-S11. Doi : 10.1016/j.scad.2012.07.010

Remy-Largeau I. (2011). Philosophie du soin, care et soins infirmiers : Une revue de littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin. *Recherche en soins infirmiers*, (107) : 49-59.

Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Seuil (rééd. coll. « Points Essais », 2015)

Sauvaige M, de Bouvet A. (2004). Penser autrement l'éthique du soin infirmier. *Ethique & Santé*, (1) : 83-87.

Schlegel, J. (2017). Paul Ricœur, penseur des institutions justes. Introduction. *Esprit*, novembre(11), 39-42. doi:10.3917/espri.1711.0039

Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H). (2017). Actualisation des précautions standard. *Hygiènes XXV* Hors Série. Repéré à https://sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf

Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H). (2009). Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. *Hygiènes XVII* Vol.2. Repéré à https://sf2h.net/wp-content/uploads/2009/01/SF2H_prevention-transmission-croisee-2009.pdf

Svandra, P. (2011). Le soin sous tension ? *Recherche en soins infirmiers*, *107*(4) : 23-37.

« Temporalité ». CNRTL. (*s.d.*). *http://cnrtl.fr/definition/temporalité*

Tronto JC. (2009). Mozère L, Maury H (Trad.). *Un Monde Vulnérable: Pour Une Politique Du "Care".* Paris: Éditions la Découverte. (c1993).

Vega, A. (2000). *Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris : Ed. des Archives contemporaines. Coll. Une pensée d'avance.

Warchol, N. (2012). Responsabilité. *In* Monique Formarier éd. *Les concepts en sciences infirmières. 2ème édition.* Association de recherche en soins infirmiers, Lyon : Editions Mallet Conseil : 271-272.

Yen, P. Y., Kellye, M., Lopetegui, M., Saha, A., Loversidge, J., Chipps, E. M., … Buck, J. (2018). Nurses' Time Allocation and Multitasking of Nursing Activities: A Time Motion Study. *AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA* Symposium : 1137–1146.