

**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE PACA &
CORSE**



INSTITUT DE FORMATION

SAINT JOSEPH CROIX-ROUGE FRANÇAISE

343 boulevard Romain Rolland – 13009 MARSEILLE

☎ : 04.91.47.28.02 ☎ : 04.96.12.53.98

@ : ifsi.marseille@croix-rouge.fr

Année scolaire 2020/2021

Session : 1

Compétence : 7 / 8

UE : 3.4 / 5.6 / 6.2

**LA DOXA SOIGNANTE ET LA RELATION DE
SOIN**

VILLANUEVA—LUCIANI Lucca

Promotion : 2018/2021

Formateur référent : Mme PORCHER

Formateur guidant pendant les TD : Mme LUX-BELLINI

17/05/2021

Note aux lecteurs

Il s'agit d'un travail personnel qui n'engage que la responsabilité de l'auteur, dans le cadre d'une scolarité à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers Saint-Joseph Croix Rouge de Marseille. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IF-SI.

« Qu'est-ce que guérir, au fond, si ce n'est faire la paix ? »

Muriel BARBERY, La vie des elfes, Gallimard, 2015, p131

Remerciements :

Avant de vous laissez lire ce mémoire, il me semble important de remercier plusieurs personnes sans qui sa rédaction n'aurait été possible.

Tout d'abord il m'est important de remercier ma tutrice qui m'a aidé à le rédiger : Mme. Isabelle Lux Bellini. Malgré les confinements, la crise sanitaire et les autres aléas logistiques, vous avez su m'épauler et me guider lors de la rédaction de ce dernier. Outre une production finie, le résultat de nos échanges est l'acquisition d'une réflexion professionnelle et d'un regard critique sur le monde qui m'entoure. Merci encore pour cette transmission de savoir.

Ensuite, il me faut remercier les institutions dans lesquelles j'ai évolué ces trois dernières année, l'IFSI¹ Croix Rouge Saint Joseph et AMU², qui m'ont permis d'acquérir les outils nécessaires pour devenir l'infirmier que je suis aujourd'hui.

De la même manière, je tiens à remercier les formateurs qui ont accompagné mon parcours, notamment Mme. Audrey Debono, Mme. Marie-Claude Noguera et Mme. Sophie Porcher mes formatrices référentes pendant ces trois années passées dans l'institution. Merci pour leurs conseils et leur bienveillance.

Vis à vis de ma formation technique, je me dois de remercier mes différentes tutrices que j'ai eu en stage : Valérie, Alice, Cindy, Raphaëlle, Ines, Sophia, Axelle. Mais aussi toute l'équipe du pôle ORL 5ème de l'hôpital de la Conception. Merci à eux pour un encadrement qui m'a permis, chacun à leur manière, de prendre confiance en moi. Merci aux étudiants que j'ai croisés en stage, même si certains provenaient des mêmes bancs que moi il m'a fallu attendre de les croiser en stage, et qui m'ont autant apporté que mes formateurs : Marya, Shirley, Fabien, Cassandra, Leah, Carla, Lydia, Mallaury, Sarah, Coralie, Célia.

Il me faut également rappeler que sans mes proches et ma famille pour me soutenir ma performance aurait été... moindre. Merci à Tony, mes parents, Renaud, Orezza, Becky, mes (nombreuses) tantes et cousines, mais aussi à mes grands mères pour le soutien. Notamment Francine, ma grand mère « piqueuse de fesses retraitée », comme elle aime le dire, pour les moments de partage et d'échange qui m'ont motivés au cours de ma formation.

Merci également à Mr. Gregory Giraudo-Baujeu pour ses encouragement et les relectures, son enseignement qui m'a été fort utile pour préparer et réussir mes concours infirmiers, et pour la perspective d'une ré-orientation en sociologie le jour où j'aurais (encore) décidé de changer de vie.

Je ne peux finir ces remerciements sans remercier mes camarades, Nemo, Riwan et Lea, qui m'ont rappelé qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise situation. Que s'il fallait résumer la vie, il faudrait dire que ce sont d'abord les rencontres, les gens qui nous tendent la main à un moment où l'on ne peut pas, où l'on est seul chez soit. Merci Lise, Ninon, Marie-Sarah, Sarah, Morgan, Julie, Emmanuelle, Laura, Camille, mais aussi tout ceux qui ont participé à faire de mon parcours de formation ce qu'il a été.

Merci, au sens large, au déterminisme de m'avoir amené là où je suis aujourd'hui. Merci à la météorite qui a annihilé les dinosaures et qui a permis à l'espèce humaine de devenir l'espèce dominante. Merci au chapelet de mémé dans les poches à chaque partiel. Merci Sainte Rita.

And, last but not least, thank you Donna Summer.³

1 Institut de Formation en Soins Infirmiers

2 Aix Marseille Université

3 « Dernier point, mais des moindres, merci Donna Summer ».

Table des matières

Introduction :	1
I] Situation d'appel :	2
1] Description de la situation :	2
2] Questionnements liés à la situation d'appel :	3
3] Hypothèses interprétatives :	4
4] Problématisation : Question générale :	4
II] Exploration du questionnement professionnel à travers la littérature scientifique et professionnelle :	5
1] Recherche documentaire :	5
2] Analyse critique des articles retenus et rédaction de l'argumentaire :	5
A] Le soignant :	5
A.1] L'identité soignante :	5
A.2] Le soin : un concept évolutif qui a créé et qui nourri l'identité infirmière :	7
A.3] « Les » sens du soin :	10
B] La doxa soignante :	12
B.1] Le fonctionnement de la doxa :	12
B.2] Les impacts de la doxa soignante sur le terrain :	14
B.3] La doxa soignante face aux évolutions de l'identité infirmière :	16
C] Relation de soin :	18
C.1] Définitions et problématiques de la relation de soin :	18
C.2] La relation de soin entre théorie et réalité :	20
C.3] La relation de soin, un exemple du besoin d'adaptation du soignant au patient :	22
III] Synthèse de la problématique provisoire :	25
IV] Enquête exploratoire : dispositif d'enquête :	26
A] Choix de l'outil :	26
B] Objectifs :	26
B.1] Objectif général :	26
B.2] Objectifs opérationnels :	26
C] Population cible :	26
D] Grille d'entretien :	27
V] Synthèse de l'enquête exploratoire :	30
Conclusion :	31

Annexes :

Tableau d'exclusion et d'inclusion des articles de recherche :	I
Autorisation de mise en ligne :	V
Bibliographie :	VII
Lexique :	IX

Introduction :

Au cours de ma formation d'étudiant infirmier, il m'est arrivé d'entendre « *Il faut faire les choses ainsi et pas autrement* » ou encore « *parfois, cela ne sert à rien de poser des questions* ». Ces réponses à mes questionnements ne m'ont jamais satisfait. Questionner est un processus normal pour comprendre le monde qui m'entoure et c'est en m'heurtant à cette réalité du monde des soignants que j'ai commencé à d'autant plus m'interroger. Marie Françoise Collière nous dit sur ce sujet « *lorsque les habitudes de vie sont bien installées dans un groupe, elles érigent des croyances. Les croyances sont nées d'habitudes que l'on pense bonne ou mauvaise en fonction de son appartenance culturelle* »⁴. Questionner les croyances...Une tâche bien ardue pour un apprenti infirmier. Cependant, dans le cadre de notre formation, il nous est demandé de rédiger un travail de fin d'étude s'apparentant à un mémoire professionnalisant. Un cadre parfait pour questionner nos pratiques et notre savoir de soignants.

Notre travail se décline de la façon suivante : premièrement, une description d'une situation vécue en stage, deuxièmement l'analyse de cette situation grâce à la littérature scientifique et troisièmement la comparaison entre la théorie et la vision des professionnels (grâce à une enquête de terrain). La situation choisie m'a amené à m'interroger sur trois concepts principaux : la doxa, la relation soignant-soigné et le soignant. Ils m'ont permis de mettre sur papier le questionnement lié à l'idéologie soignante, qui m'avait hanté pendant mes trois années d'études, mais aussi de découvrir la littérature infirmière qui propose des informations à appliquer sur le terrain. Cependant, à cause des conditions sanitaires actuelles, il ne nous a pas été permis de conduire notre enquête de terrain.

4 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2ème édition), p64

I] Situation d'appel :

1] Description de la situation :

Déroulement de la situation :

L'évènement suivant se déroule dans une maison de retraite, pendant un stage lors de ma première année d'étude en tant qu'ESI. L'établissement accueille un public principalement composé de religieuses catholiques de différentes congrégations. Ces patientes ne sont bien souvent plus autonomes et nécessitent d'être accompagné dans les gestes du quotidien. Pour autant les employés sont des laïcs et l'établissement s'ouvre progressivement à l'arrivée de patient athées ou d'autres religions.

Nous nous trouvons à la septième semaine de stage. Je suis toujours encadré par une aide-soignante (ma tutrice), mais j'ai alors à charge trois patients en autonomie. Ce jour, comme tous les autres de mon stage, je m'occupe de Soeur J. C'est une patiente, âgée de 86 ans, en perte d'autonomie, qui se déplace difficilement debout. Elle a donc besoin d'aide à divers moments de la journée : hygiène, élimination, rangement de son environnement. Elle peut cependant se déplacer seule dans la quasi-totalité de l'établissement grâce à un fauteuil roulant.

Sr. J est connue parmi les soignants et le personnel pour son langage cru et imagé : il lui arrive bien souvent de faire des allusions sexuelles ou de raconter ses aventures quand elle était plus jeune. Ce dont j'ai appris à m'accommoder. Il me semble important de préciser que, m'occupant de cette dernière régulièrement, nous avons beaucoup échangé et j'ai pu constater que nous avons des avis divergents sur de nombreux sujets. Ce qui ne m'empêche pas de rester professionnel avec elle et de m'occuper d'elle comme il se doit.

C'est le matin, au moment de la toilette. La patiente est assise sur une chaise perchée. Nous échangeons pendant que je pratique mon soin, dans le respect des règles de sécurité et d'hygiène. Viens le moment de l'habillage : à cause de ses fuites urinaires Sr. J porte des protections qui sont maintenues en place avec des culottes filets. Afin de l'habiller, la patiente se tient à une barre de sécurité sur le mur de la salle de bain et je me place derrière elle pour enfiler la protection, puis la culotte et sa jupe.

À ce moment, la patiente m'informe qu'une aide-soignante de la contre équipe utilise la même méthode. Cependant, elle me dit lui avoir demandé de changer de méthode car « **deux femmes dans cette position ce n'est pas normal** ». Je m'empresse alors de changer de sujet, non sans avoir précisé que nous sommes alors chanceux d'être une femme et un homme. Le reste du soin se déroule comme à son habitude. Je termine de préparer et d'habiller Sr. J, puis de ranger son environnement selon ses souhaits, avant de continuer ma tournée des toilettes.

Regard sur l'évènement :

Cette situation a provoqué de nombreuses émotions. J'ai tout d'abord ressenti un certain malaise, car je me suis senti brusqué voir chahuté par les dires et l'attitude de la patiente. Son discours m'a en effet dérangé, faisant écho à des valeurs personnelles (acceptation et respect des différences).

Je me suis également senti en position de faiblesse car je n'ai pas su comment réagir. Je me plais à dire que le relationnel est une part passionnante dans mon travail, mais je n'ai pas su répondre à la demande, ce qui a été encore plus difficile à assimiler. Je me suis alors raccroché à ce que je

connaissais : le soin. Au final, être repoussé dans mes retranchements m'a amené à questionner mon identité de soignant. J'ai alors eu le sentiment de ne plus y correspondre, ce qui m'a peiné.

Après coup, je n'ai pas osé en parler à mes collègues, car étant arrivé depuis peu dans la structure je ne savais pas vers qui me tourner et si mon propos serait bien reçu ou peut-être mal interprété. Me trouvant dans cette situation pour la première fois, je ne savais pas si ce que je ressentais était normal ou non, habituel ou non, autrement dit, propre ou non à l'exercice du métier d'infirmier.

2] Questionnements liés à la situation d'appel :

À partir de cette situation et de ce début de réflexion nous pouvons alors nous dresser différentes hypothèses interprétatives.

Tout d'abord, si l'on se concentre sur le patient :

- Son attitude et son langage auraient-ils pu me choquer ou me déranger au point d'en devenir un obstacle au soin ?
- De même, en partant du postulat que nos représentations à propos du patient ont toujours un rôle, dans quelles mesures influent-elles ma prise en soin de ce dernier ?
- A l'inverse, pourquoi peut-on avoir un sentiment de déception quand un patient ne correspond pas à l'idée que je me fais de lui ?
- Toutes ces questions renvoient à la relation que le soignant tisse avec le patient et aux aboutissants de cette dernière. Comment la construire ? Quel est l'impact de cette relation sur le soin ?

Ensuite, cet échange amène à me questionner sur la place de la morale dans le soin :

- A-t-elle un rôle à jouer ?
- Nous apprenons dans nos cours de déontologie et de législation qu'il est important de soigner toute personne qui nécessite des soins, mais alors, comment ajuster notre relation avec ce dernier si son propos est déplacé ?
- Comment tracer des limites avec le patient sans que cela soit un obstacle au soin ?
- Le soignant semble alors avoir deux morales : celle qui est propre à son métier et celle qui est propre à son identité. Comment un soignant peut parvenir à bien soigner un patient dont les opinions, le discours ou l'attitude peuvent venir le heurter moralement et personnellement ?

Au final, on peut également se questionner sur l'identité du soignant :

- Le soignant semble alors devoir adopter une posture neutre, mais peut-il l'être en toute situation ?
- Est-ce que le soignant (en tant qu'individu) doit s'effacer pour pratiquer son soin ?
- Cela nous amène à questionner le soin en tant que tel : qu'est-ce que soigner ?
- Mais aussi à questionner le métier d'infirmier et à en chercher une définition. Existe-t-il une définition commune et objective ?
- Est-ce qu'avoir une culture et une idéologie communes nous permettrait de construire cette définition du soignant et du soin ?

- Ainsi, cela nous conduit à nous interroger quant à la doxa soignante, et si cette dernière peut se construire professionnellement et collégialement. Et, au-delà, si adhérer à une doxa permet de se positionner dans une relation de soin difficile ?

3] Hypothèses interprétatives :

Ce type d'échange, que l'on pourrait qualifier de quotidien avec cette patiente, m'a pour autant marqué. Sr. J est sorti de ce que j'attendais de son rôle : à savoir celui de la patiente qui reçoit un soin, une aide. Elle a ainsi revendiqué son humanité et sa personnalité, ce qui m'a questionné quant à mon rôle de soignant.

En effet, les propos de cette femme ont pu me bousculer dans le sens où ils allaient à l'encontre de ce que j'attendais d'une religieuse, de mes représentations sociales. Ces préconceptions étaient encore plus fortes et plus ancrées dans mon raisonnement intellectuel et moral, que je pénétrais alors dans l'intimité du patient, car, je le rappelle, nous réalisons une toilette complète. J'avais alors besoin de me raccrocher à ce que je connaissais de la patiente, ou, du moins, à l'idée que je m'en faisais.

C'est au croisement de ces deux rôles que se placent le soin et l'accompagnement. L'accompagnement se veut congruent : les volontés du soignant et du soigné doivent être sensiblement les mêmes afin d'atteindre un objectif commun (ici la réalisation de l'hygiène).

Si la patiente ne correspond plus à l'image que je m'en fais, au rôle que je lui ai attribuée, alors qu'en est-il de mon identité professionnelle ? Comment me définir en tant que soignant, et pouvoir rester en accord avec les valeurs et la culture qui y sont rattachées, dans une situation où elles sont mises à mal ? Mais aussi d'où viennent ces valeurs ? Comment sont-elles construites Pourquoi sont-elles prépondérantes lors de la prise en charge d'une patiente ?

4] Problématisation : Question générale :

À partir de ce questionnement, nous pouvons proposer la question générale suivante :

« Pourquoi la doxa permet-elle au soignant de se positionner lors d'une relation soignant-soigné qui se complexifie ? »

II] Exploration du questionnement professionnel à travers la littérature scientifique et professionnelle :

1] Recherche documentaire :

Après avoir élaboré un questionnement et dressé des hypothèses interprétatives, j'ai pu formuler une question générale, interrogeant différents concepts, mots-clefs. Reste alors à parcourir la littérature professionnelle, mais également issue d'autres sciences humaines, et ce, afin de proposer une analyse comparative.

Mots clefs issus de la problématique générale : DOXA + SOIGNANT + RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ

Equations de recherches :

- doxa (OR) idéologie (AND) soignant (OR) relation soignant-soigné
- Moteur de recherche :
- <https://bu.univ-amu.fr/>
- <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/>
- <https://www.cairn.info/>
- Sélection des articles trouvés : Cf. Annexes et Bibliographie

Lectures personnelles afin de clarifier mes concepts :

- Divers cours auxquels j'ai pu assister dans le cadre de ma formation à l'IFSI Croix-Rouge Saint Joseph.
- BARTHES, Roland, *Mythologies*, Paris : Éditions Points, 2014
- MUCCHIELLI, Alex, *L'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2013 (9ème), 128 p

2] Analyse critique des articles retenus et rédaction de l'argumentaire

A] Le soignant :

A.1] L'identité soignante :

Que cela soit dans les IFSI ou dans les établissements de santé, il est courant d'entendre parler de « culture soignante », ou bien encore « d'identité soignante ». Afin d'éclairer notre situation d'appel, il semble alors important de définir ces éléments. Cela nous permettra de comprendre l'impact de l'héritage historique des infirmiers.

L'identité est une notion travaillée par Alex Mucchielli dans son ouvrage sobrement nommé *L'identité*. Cette dernière se définit comme étant « *toujours un construit bio-psychologique et commu-*

nicationnel-culturel »⁵. L'auteur nous informe d'ores et déjà de la complexité de l'identité : ce n'est pas un concept que l'on peut isoler mais qui au contraire, est traversé par divers prismes (dans sa définition la biologie, la psychologie, la culture et la communication). Une identité est donc définie, par exemple, « *par rapport à un contexte social d'activités. Qui peut être défini par lui-même ou d'autres acteurs.* »⁶. L'identité ne peut donc être définie en tant que donnée unique, l'on parle par exemple de processus identitaires, de mécanismes identitaires, de crise identitaires. Il s'agit donc d'un concept dynamique qui doit donc être interrogé en fonction du contexte ou d'une situation. Ainsi, c'est cet angle de vue qui nous intéresse d'autant plus : l'identité d'infirmière, ou d'infirmier, est liée à un corps de métier et non pas à des critères biologiques (jusqu'à preuve du contraire il n'existe pas de chromosomes infirmiers). Nous nous intéresserons particulièrement à la « culture » soignante que l'auteur définit comme un « *ensemble d'acquis communs aux membres d'un groupe et [...] toutes les expressions et les réalisations issues de ce système d'acquis mentaux* »⁷. Après cette introduction du concept d'identité et de culture il est donc temps de se plonger dans les « acquis » et les origines du métier d'infirmier.

Dans leur ouvrage « Le métier d'infirmière en France » Catherine Duboys Fresney et Georgette Perrin, citent Catherine Mordacq qui pose « *l'origine des infirmières la plus clairement identifiable en tant que groupe social dans les pays d'Occident est celle des ordres religieux, liée à l'histoire du christianisme [...] la vie est sacrée il faut secourir l'homme pour l'amour de Dieu* »⁸. Les soins sont alors inscrits dans un système d'échange et ne sont pas rémunérés, puisque les soignantes sont des bénévoles. Les auteurs rappellent alors que « *la fonction infirmière [...] est classée bénévole à partir d'une vocation. Cette image a persisté jusqu'à un passé récent et perdure peut être encore avec nostalgie pour certains* »⁹. L'infirmière n'a alors aucune vie personnelle ou même de loisirs : tout s'organise autour de sa « vocation ». Au regard de notre situation, il est probable que, prenant soin d'une religieuse, j'ai été influencé par cette représentation historique du métier et me suis fait une idée du rôle que j'avais à tenir face à ma patiente.

Selon Marie-Françoise Collière c'est entre le XIII^{ème} siècle, et cela jusqu'à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, que les femmes soignantes doivent « *renoncer à elles-mêmes* » et cela « *pour la gloire de Dieu et le salut du monde* »¹⁰. Les soins sont alors pratiqués par des femmes qui n'obéissent qu'à des ordres et des injonctions faites par des supérieurs hiérarchiques : des abbés et évêques, puis des médecins. Les rôles de décideurs sont alors toujours ceux des hommes car la femme, en tant qu'infirmière, doit alors faire le « *rachat du mal* »¹¹, son corps étant considéré comme impur.

5 MUCCHIELLI, Alex, *L'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2013 (9^{ème}), p10

6 *Ibid.*, 20

7 *Ibid.*, p45

8 MORDACQ, Catherine, *Pourquoi les infirmières ?*, Paris, Le Centurion, 1972, P10

9 DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, Paris : Presse Universitaire de France, 2017 (7^{ème}), p10

10 *Ibid.*, p63

11 *Ibid.*

Au cours du 19^{ème} siècle, les écoles infirmières vont alors voir le jour en France. Elles émergeront grâce aux « *progrès médicaux et chirurgicaux* »¹², mais aussi au centre de batailles idéologiques entre « *républicains et cléricaux, catholiques et protestants* »¹³ qui souhaiteront tous chaperonner cette formation. La création de ces écoles sera impulsée par la loi du 15 juillet 1893, sous la troisième République, qui institua l'assistance médicale gratuite et instaurera alors l'obligation de créer des écoles pour les infirmières. Ce passage « *de la charité à l'assistance publique* »¹⁴ sera alors à la fois moteur et frein dans l'évolution de la formation des soignants, puisque pendant encore longtemps l'on jugera « *qu'il suffisait d'être bon, dévoué, obéissant et charitable pour être un bon infirmier ou une bonne infirmière* »¹⁵. Les savoirs étaient toujours transmis par les médecins, comme par exemple le Docteur Duchaussoy qui ouvrit les premiers cours destinés aux dames infirmières des Sociétés Croix-Rouge en 1877.

C'est d'ailleurs pour cela que l'on évoque, et c'est encore parfois aujourd'hui le cas, la « *profession* »¹⁶ infirmière. Professer signifie enseigner en se référant à des écrits. Il est vrai que l'infirmière a de tout temps transmis son savoir, mais elle ne s'est pas appuyée sur des écrits pendant longtemps. La doctrine provenait des médecins (ou en tout cas des supérieurs détenteurs du savoir) qui l'ont modelée afin de déterminer ce qui était bon ou mauvais. L'on peut également lier cette idée de profession à un modèle judéo-chrétien : les femmes qui soignent étaient alors considérées comme des femmes consacrées (car religieuses et donc rejetant leur corps et leur sexualité) qui avait fait leur profession de foi. Tout ceci étant lié, encore une fois, à un modèle de la femme soignante comme emprunt de soumission.

L'analyse de cette littérature nous permet alors de tirer des hypothèses vis à vis de la situation interpellante. D'une part, mes représentations ont participé au choc que j'ai pu ressentir lorsque la patiente m'a livré son opinion quant à la situation. L'image qui m'est propre de la religieuse et d'un patient a contrasté avec cette prise de position et cette revendication d'humanité. Sr. J étant une religieuse, je ne m'imaginai pas l'entendre prendre position où émettre un quelconque jugement. De la même manière qu'il s'agissait également de la façon dont j'envisage le métier de soignant : ne jamais juger une personne si ses moeurs divergent des miennes. En prenant position, Sr. J., qui me semblait alors partager les mêmes valeurs que moi, m'a alors poussé à questionner mon identité à titre personnel ainsi que celle de mon métier d'infirmier. J'ai alors pris conscience qu'être « bon » ne suffirait pas et que le soin englobait d'autres composantes.

La notion de « métier » est encore rejetée par certains professionnels, car elle semble « *dépourvue d'idéal* »¹⁷. Nous parlons alors de l'idéal de soigner, ou du « soin ». Concept que Marie Fran-

12 MAGNON, René, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris : Masson, 2014 (3^{ème}), p15

13 *Ibid.*

14 *Ibid.*, p23

15 *Ibid.*

16 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2^{ème} édition), p205

17 *Ibid.*

çoise Collière nous rappelle être « *profondément lié à l'identité infirmière* »¹⁸. Il nous faut donc définir et explorer ce concept.

A.2] Le soin : un concept évolutif qui a créé et qui nourri l'identité infirmière :

Les soins sont tout d'abord définis par Marie-Françoise Collière dans *Soigner... Le premier art de la vie* comme un accompagnement. Ils n'ont cependant « *aucunement pour fonction de remplacer l'impuissance des traitements médicaux. Leur raison d'être est d'accompagner, de conforter, tout ce qui permet d'exister* »¹⁹. Cette notion est amplifiée par la conception moderne du soin : en effet, une personne a plus de probabilités de se retrouver en établissement de santé à des moments clefs de sa vie (naissance, accouchement, opération, dépendance) et donc de s'appuyer sur l'accompagnement du soignant lors du « *passage* » à une nouvelle étape de vie. Nous pouvons, d'autre part, qu'en fonction des catégories de population, les soins peuvent être différents. Pour une personne âgée l'on parlera plus de soins de compensation et d'entretien de la vie, qui sont les plus courants et ceux dont j'avais la charge (toilette) lors de notre situation d'appel. Cette notion de soin de passage renvoie également au vécu du patient qui peut être alors difficile : se sentir en difficulté peut l'amener à adopter des comportements différents. C'est ce qui a pu se passer dans notre situation.

La prise en soin d'un patient, nécessite tout d'abord l'identification de ses besoins par « *l'observation, la description, l'écoute, l'identification et le discernement* »²⁰. Afin de réaliser cette tâche, un soignant peut s'appuyer sur les théories de soins infirmiers. Marie-Françoise Collière note que les théories sont toutes fondées sur des concepts identiques : « *l'Homme, la santé, les soins, l'environnement [dans lequel l'individu vit et qui s'impose à lui]* »²¹. Ils divergent cependant dans leurs approches et nous pouvons parler de « *différentes écoles* ». Nous pouvons retracer les prémices de ce mouvement d'intellectualisation de la pratique infirmière avec Léonie Chaptal²² qui, en 1923, créa la revue de « *L'infirmière française* » et de nombreux ouvrages destinés aux infirmières. Outre la création des écoles infirmières qui officialisa le statut de ces dernières, c'est la manifestation du besoin d'un moyen d'échanger et de communiquer qui marqua la professionnalisation des infirmières.

Quelques courants de pensées sont notables, comme l'école des besoins fondamentaux de Virginie Henderson (1947) qui s'appuya sur les travaux de Maslow afin de proposer une prise en charge holistique du patient. Mais aussi l'école de l'interaction d'Hildegarde Peplau proposée en 1952, l'école des effets souhaités rédigée par Lydia Hall et Dorothy Johnson. Mais celle qui a retenu tout particulièrement mon attention est celle proposée par Jean Watson (1979), nommé « *caring* ». Cette notion, reprise par de nombreux auteurs français, est basée sur un système de valeurs humaniste : croyance et espoir en une amélioration, culture de l'empathie, relation d'aide et de confiance, acceptation des émotions positives ou négatives, utilisation des méthodes scientifiques dans la prise de décision, mais aussi reconnaissance des forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles qui

18 *Ibid.*, p90 à 91

19 *Ibid.*, p189

20 *Ibid.*, p193

21 *Ibid.*, p96

22 DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, Paris : Presse Universitaire de France, 2017 (7ème), p16

peuvent aider l'individu à prendre soin de lui. Cette conception du soin permet alors d'autres avancées, car elle met en lien la médecine psychosomatique et les sciences humaines pour construire une approche humaniste du soin. C'est ainsi que l'importance du langage corporel lors de la relation de soin est devenue incontournable. Jean Watson le définissait ainsi : « *Art et science humaine du caring, idéal moral et processus transpersonnel qui visent la promotion de l'harmonie corps-âme-esprit en utilisant dix facteurs caratifs principaux* »²³, ces dix facteurs étant :

- « Les valeurs humanistes et altruistes ;
- La croyance et l'espoir ;
- Prendre conscience de soi et des autres ;
- Le développement d'une relation d'aide et de confiance ;
- L'expression de sentiments positifs et négatifs ;
- La création d'une méthode scientifique de résolution de problème ;
- L'enseignement-apprentissage transpersonnel ;
- Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel ;
- La gratification des besoins humains du bénéficiaire ;
- Les forces existentielles-phénoménologiques spirituelles. »²⁴

Cette conception du soin en tant que « human caring » fait également écho à une différenciation que faisait Marie-Françoise Collière dans les années 70 entre le *care* (prendre soin) « *les soins coutumiers et habituels* »²⁵ et le *cure* (traiter) « *les soins de réparation* »²⁶. L'auteure insistait alors sur le fait que bien soigner ne peut se limiter au *cure* (traiter). Mais cette différenciation est également à lier à ces deux termes anglais qui dissocient ces deux fonctions du soin, des termes absents du langage français. Hesbeen, qui étudiera également le caring parlera de « *champs différents quoique complémentaires* »²⁷.

Nous pouvons alors éclairer notre situation avec cette théorie, notamment grâce aux dix facteurs « *caratifs* »²⁸, notamment le facteur « *Prise de conscience de soi et des autres* », qui permettent de mettre en avant la difficulté que j'ai eu à considérer Sr. J. comme étant une personne ayant sa propre expérience de la santé et de l'échange. J'ai été surpris car je n'ai pas pu « partager des perceptions et des expériences »²⁹ communes. Le moment était centré sur mon champ d'action infirmier et non considéré comme une « transaction »³⁰ interactionnelle. Et s'il s'agissait d'une transaction à mes yeux, je n'avais pas prévu qu'elle se déroule différemment de ma vision du soin. Je n'ai donc pas été conscient de moi-même (le soi) ni des volontés et des aspirations de ma patiente (les autres).

23 WATSON, Jean, *Le Caring*, Paris : Seli Arslan, 1998

24 *Ibid.*

25 NOËL-HUREAUX, Elisabeth, *Le care : un concept professionnel aux limites humaines?*, *Recherche en soins infirmiers*, 2015, vol. 3, n°122, P7 à 17, En ligne sur : [https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-7.htm#:~:text=Pour%20Walter%20Hesbeen%2C%20%20%20%20%20cette%20distinction,pens%C3%A9e%20disjonctive%20%20%20%20%20\(9\)](https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-7.htm#:~:text=Pour%20Walter%20Hesbeen%2C%20%20%20%20%20cette%20distinction,pens%C3%A9e%20disjonctive%20%20%20%20%20(9) [Consulté le 04/05/2021]) [Consulté le 04/05/2021]

26 *Ibid.*

27 *Ibid.*

28 CARA, Chantal, O'REILLEY, Louise, S'appropriier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique, *Recherche en soins infirmiers*, 2008, vol. 4, n°95, P37 à 45, En ligne sur : [https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-37.htm](https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-37.htm [Consulté le 21/04/2021]) [Consulté le 21/04/2021]

29 *Ibid.*

30 *Ibid.*

En France, c'est le Code de la Santé Publique, créé en 1953, qui encadre le droit des professions de santé³¹ dans un chapitre qui y est dédié. Selon l'article L.4311-1, l'infirmier ou l'infirmière est définie de cette manière :

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement »³².

C'est l'encadrement législatif qui permet alors la reconnaissance de la profession : l'infirmier devient alors un acteur de la santé. L'on remarquera toutefois que ce dernier est défini par sa tâche - les soins -, idée qui fait écho à la pensée de Marie Françoise Collière, qui lie intimement, comme nous l'avons noté, l'infirmier aux soins. Aux yeux de la loi, il existe deux catégories d'actes de soins infirmiers : rôle propre (entretiens et continuité de la vie grâce à de nombreux outils : diagnostic infirmier, collaboration, dossier de soin infirmier... Tous les actes sont définis par l'article R. 4311-5 du CSP) ; et le rôle prescrit (actes prescrits par un médecin : Article R. 4311-7). De plus, le soignant à d'autres tâches à accomplir : prévention, éducation (patients mais aussi étudiants). Il était donc de mon rôle propre, au regard de la loi et plus particulièrement du Code de Santé Publique, de m'occuper en l'occurrence du maintien et de l'entretien de l'hygiène de Sr. J.

Le métier d'infirmier est donc désormais encadré par une législation qui permet l'obtention d'un diplôme officiel, résultat d'un apprentissage et d'une transmission de savoirs. La qualité des soins sera notamment protégée par l'obligation de l'obtention de ce diplôme pour pouvoir exercer ce métier³³. Catherine Duboys Fresney et Georgette Perrin, parlent alors de soigner comme d' « *un véritable défi pour lequel il faut équilibrer le temps relationnel pour le malade et technicité thérapeutique contre la maladie* »³⁴. Le soin, centre de l'identité infirmière, est donc en évolution, il faut donc lui trouver un nouveau sens.

A.3] « Les » sens du soin :

Nous savons donc que l'infirmière soigne. Comme nous l'avons vu, cette fonction a des explications historiques et sociologiques, notamment de la condition de femme, mais s'est adaptée au fil des années et des contextes, via la législation, la création des écoles infirmières, la professionnalisation... Voici notre tableau. Pourtant, Claude Curchod, parle du soin comme d'une « quête de sens parfois inavouée »³⁵ en réponse à la question « *Qu'est-ce qui me pousse à soigner minute après minute, jour après jour, année après année ?* »³⁶.

31 LEPOLLES, Monique, UE 1.3 : *Législation éthique et déontologie : Législation professionnelle*, Marseille : IFSI CROIX ROUGE, 2019, 40P

32 *Ibid.*, p11

33 DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, Paris : Presse Universitaire de France, 2017 (7ème), p21

34 *Ibid.*, p29

35 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris: Masson, 2009, p66

36 *Ibid.*

Le sens du soin se construirait donc, selon l'auteur, auprès du patient. Il s'inscrit dans l'histoire de vie du soigné, afin d'éclairer, progressivement, les événements et leur place dans la vie du patient, mais aussi par la mise en place d'une vision commune. Une véritable relation de soin se met en place et le soin s'inscrit alors « *dans une histoire humaine qui le transforme en soin porteur et passeur de sens* »³⁷. Mais c'est aussi par « *l'épreuve de l'altérité* »³⁸, que le soin nous expose, en tant que soignant, à nos propres limites et ressources. Écouter le soigné, revient à s'écouter soi-même et en donnant du sens à ce qu'il vit, nous donnons du sens à ce que nous vivons. L'auteur appuie ce propos en disant que le sens se construit (et donc selon nous, peut se déconstruire) au fur et à mesure de chaque rencontre : « *Chaque rencontre nous enrichit ou nous bouleverse, nous renforce ou déstabilise, nous ouvre à l'autre ou nous renferme sur nous-mêmes. Chacune questionne nos motivations, réveille ou étouffe notre sensibilité, rappelle notre vulnérabilité* »³⁹.

Cette quête de sens se démarque également dans la conception même de l'infirmière. L'identité des infirmiers qui est fortement marquée par la fonction de soigner se confronte donc à l'autre, qui est par principe propre à chaque rencontre. « *Soigner* » peut donc avoir diverses définitions, méthodes, à adapter face à chaque personne. La quête de sens devient alors une quête qui se confronte à des différentes visions du métier (infirmiers, médecins, soignés, institutions, société). Le soin est en perpétuelle évolution car il se construit en fonction des besoins, et des attentes, de la société⁴⁰. La prise en soin d'une personne se voulant holistique, cela amplifie cette impression de nécessité d'adaptation : chaque personne est enracinée dans un milieu qui lui est propre, avec des attentes propres face au soin en fonction de son origine sociale, de sa socialisation. Ces éléments nous rappellent alors qu'il aurait été pertinent de se questionner davantage sur l'environnement propre à cette patiente afin de mieux la prendre en soin et adapter mon comportement. Cela aurait pu, d'une autre manière, prévoir ce type de réaction, l'anticiper et donc nous y préparer a minima.

À cela s'ajoute l'importance de la polyvalence lors de l'exercice du métier d'infirmier. Après la division des lieux d'exercices psychiatrique et hospitalier, c'est en 1992⁴¹ que la formation se veut correspondre à tous les terrains. Une idée fortement critiquée par les professionnels. Pour les infirmiers psychiatriques, le contenu de la formation n'est pas suffisant car il ne forme pas les étudiants infirmiers à mettre en place des soins relationnels complexes et aboutis sécurisant une véritable prise en charge des patients. Quant aux infirmiers du milieu hospitalier, ils sont aussi critiques : un aspirant infirmier ne pourra pas acquérir un savoir et une dextérité suffisante pour être prêt à ce mode d'exercice, ce qui pénalisera les patients à terme. Deux visions se confrontent, deux quêtes de sens différentes. Si « *Soigner* » peut donc se définir génériquement, on note comment il peut être traversé par des logiques et des visions individuelles et subjectives, propre à chaque soignant et à chaque contexte.

Ces réflexions m'ont donc amené à me questionner sur mon positionnement et ma condition d'infirmier lors du soin de confort de Sr. J. À travers mon échange avec cette dernière, il semblerait

37 *Ibid.*, p70 à 71

38 *Ibid.*, p174

39 *Ibid.*

40 MAGNON, René, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris : Masson, 2014 (3ème), p109

41 *Ibid.*, p110

alors que je n'ai pas réussi à mettre en place « une vision commune ». Cette tâche n'a pu être accomplie car je n'ai probablement pas su écouter le soigné et donc donner du sens à ce qu'il vit, ainsi qu'à mon travail. Le soin est devenu un acte sans pensée et qui n'était alors plus porteur de sens. Nous pouvons également lier cet acte manqué à un manque d'adaptation du soin au patient, et donc une quête de sens moins aboutie.

Comment alors lier cette quête de sens qui semble propre à chacun ? La réponse semble se trouver dans la construction d'un savoir commun pour René Magnon, dans *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*. Il s'appuie tout d'abord sur une réflexion de Léonie Chaptal qui, de 1929 à 1937, dans sa revue *L'infirmière Française*, ne cessa de pointer du doigt l'importance d'échanger avec les pairs internationaux plutôt qu'avec les médecins pour construire sa pratique. Elle évoque ainsi la recherche universitaire, une idée, mais surtout son utilité, qui n'effleurera pas les infirmiers avant les années 80. Cette profession, jugée le plus souvent manuelle, n'a pas pu avoir accès à cette méthode de questionnement et de réflexion. Pourtant, la recherche infirmière participe à la construction d'une nouvelle pratique, toujours basée sur le soin, mais qui vise à établir un « *nouveau savoir scientifique contribuant à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers*. »⁴²

Ainsi, construire ce savoir permettrait de donner du sens à la pratique infirmière, et son identité étant fondamentalement liée à ses fonctions, donner ainsi du sens à l'identité infirmière. Car si Marie-Françoise Collière parle de « *malaise infirmier* »⁴³ elle ajoute néanmoins que ce dernier n'a existé qu'en raison d'une identité qui nous échappait. Fournir un savoir commun, voir une doxa commune, serait-il donc une réponse à cette quête ? Ou du moins un guide pour savoir pourquoi soigner ?

B] La doxa soignante :

B.1] Le fonctionnement de la doxa :

Afin de comprendre ce qu'implique la doxa soignante il m'a semblé pertinent de définir, avec des termes généraux, ce qu'on entend par « doxa ». L'ouvrage de Roland Barthes, philosophe et sémiologue français, appelé *Mythologies* m'est alors apparu comme une évidence pour explorer ce thème.

L'auteur trace un lien entre le mythe et l'idéologie, et donc la doxa. Pour ce dernier, la doxa est propagée aux populations par la « *bourgeoisie* »⁴⁴ afin qu'elle impose sa vision comme le prisme prépondérant. Le mythe, insufflé par cette frange de la société se définit comme « *le passage entre le réel et l'idéologie* »⁴⁵. Il éloigne ainsi le réel, l'Histoire, et appose sur le sujet une nature immuable ou éternelle qui se veut être le bon sens des choses. C'est une notion qu'il oppose à la science. L'auteur parle alors de « *divorce accablant entre la connaissance et la mythologie* »⁴⁶. À ses yeux, la science est un modèle de réflexion et d'exactitude, mais les « *représentations sociétales collectives* »⁴⁷ ne font

42 *Ibid*, p141

43 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris: Masson, 2001 (2ème édition), p 91

44 BARTHES, Roland, *Mythologies*, Paris : Éditions Points, 2014, p.252

45 *Ibid*.

46 *Ibid.*, p72

47 *Ibid.*, p72

pas de même et sont « *des siècles en arrière, maintenues stagnantes dans l'erreur par le pouvoir, la grande presse et les valeurs d'ordre* »⁴⁸. Le mythe par essence est « *une parole gelée* »⁴⁹.

Cependant, cette machinerie, bien qu'obéissant aux grands de ce monde a une utilité. En effet, il ajoute qu'à « *chaque fois qu'un spectacle semble immotivé, le bon sens fait donner la grosse cavalerie du symbole, [...] en dépit de son versant abstrait, il unit le visible et l'invisible [...] le monde tient encore* »⁵⁰. Ainsi, il explique que la doxa, même si elle reste critiquable car non-universelle, permet de donner un ordre aux choses. Elle saisit l'abstrait, ce qui manque de logique et lui donne une vocation, un but. La doxa, de manière générale, « *répond étroitement à une fonction* »⁵¹ qui doit toucher une population « *déterminé[e]* »⁵². Selon lui, « *le caractère fondamental du concept mythique est donc d'être approprié* »⁵³.

Au final, l'auteur définit le mythe comme une « *parole dépolitisée* »⁵⁴ qui « *ne dit pas les choses* »⁵⁵ mais « *il les purifie, les innocente, les fonde en nature et en éternité, il leur donne une clarté qui n'est pas celle de l'explication, mais celle du constat* »⁵⁶. Le mythe, ou la doxa, « *fait une économie : il abolit la complexité des actes humains* »⁵⁷. Ainsi, cette notion « *organise un monde sans contradictions parce que sans profondeur, un monde étalé dans l'évidence, il fonde une clarté heureuse : les choses ont l'air de se signifier toutes seules* »⁵⁸. Les actions mises en place n'ont plus à se justifier par un raisonnement, ou une science, car elles se justifient d'elles-mêmes.

Il est possible de recouper cette vision de la doxa à la construction d'une doxa soignante. Selon Marie Françoise Collière⁵⁹, le savoir dont a émergé les femmes soignantes peut être retracé, depuis la découverte des propriétés des plantes par les femmes ou la façon de donner des soins aux corps. Ainsi s'est élaboré un savoir empirique, transmis oralement. Or, au fil de l'histoire, seul ce qui est écrit sera considéré comme un savoir véritable « *tandis que les savoirs empiriques, communiqués par la parole, deviendront profanes au regard des détenteurs de l'écriture que sont les prêtres et les clercs, et, à la suite les médecins et les juges* »⁶⁰. Ces décideurs ont ainsi propagé leur vision de l'infirmière, servile et obéissante, oeuvrant pour le bien de tous en mettant sa vie, sa condition de femme de côté. Ainsi naquit le mythe, ou la doxa, de la femme soignante, une idéologie qui s'imposa jusqu'à la moitié du 20ème siècle.

L'auteure développe cette thèse en indiquant qu'en « *exerçant une tutelle sur tout questionnement et toute initiative, les règles dont se réclament les profès inculquent les comportements à adopter pour répondre à l'idéologie des intérêts institutionnels* »⁶¹. Ces détenteurs du savoir se pres-

48 *Ibid.*

49 *Ibid.*, p98

50 *Ibid.*, p95

51 *Ibid.*, p224

52 *Ibid.*

53 *Ibid.*

54 *Ibid.*, p252

55 *Ibid.*

56 *Ibid.*

57 *Ibid.*

58 *Ibid.*

59 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2ème édition), p64 à 69

60 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2ème édition), p68

61 *Ibid.*, p206

seront de rédiger des écrits de morale professionnelle qui marqueront la formation infirmière. Cela amènera ces femmes - et ces hommes - à ne pas questionner ce qu'ils doivent faire et à n'être que de simples exécutants. La réussite de ces décideurs est d'avoir dépossédé les femmes soignantes - comme les prêtresses des temples païens - et de leur avoir redonné ce savoir accompagné d'une tutelle.

En prolongeant les idées défendues dans le texte de Marie-Françoise Collière, l'on peut dire que la conception judéo-chrétienne de la femme soignante s'est propagée grâce à une doxa imposée par les institutions ou les Hommes détenteurs du pouvoir, ce pouvoir étant le savoir écrit. Ce sont les « *gens doctes qui fondent les doctrines et les diffusent en les professant* »⁶² et déterminent ce qui est bon ou mauvais.

À travers cette lecture des ouvrages de Roland Barthes et de Marie-Françoise Collière, nous pouvons dresser plusieurs hypothèses et pistes d'analyses.

Tout d'abord, en supposant que la doxa donne donc un objectif, une ligne de conduite, est-ce ce qui m'a permis de continuer mon soin. Sans donner sens aux choses, elle m'a cependant donné une dynamique à poursuivre. Soigner « coûte que coûte » incombe à mon identité de soignant, héritage des femmes soignantes. Ici, malgré mon désaccord avec la patiente, j'ai poursuivi mon soin. Elle a donc maintenu sa fonction qui est de donner un ordre aux choses. Idée également reprise par Claude Curchod qui nous dit que les croyances, qu'elles soient opinions ou convictions, nous permettent de donner « *un sens aux événements extérieurs et à nos propres expériences* »⁶³.

À l'inverse, mes représentations sociales des religieuses ont aussi pesé dans la situation sociale. Si je n'avais pas, au préalable, intégré le concept de religieuse (avec son lot de clichés qui n'accorde pas vraiment de poids aux individualités), de par mon parcours personnel, j'aurais sans doute été moins gêné. Ce que j'imaginai d'elle ne correspondait pas à la réalité. L'on peut lier cette réaction à la théorie de la stigmatisation, basée elle-même sur le jeu des interactions, mise sur papier par Erving Goffman⁶⁴. C'est à dire que lorsque nous entrons en interaction, l'on amène avec soi ses propres représentations, ses attentes, mais aussi ce que l'on montre de soi : l'identité sociale réelle (ce que je suis) et mon identité sociale virtuelle (ce que je présente au monde). Cependant, si nos attentes sont fortes et que la personne en face de nous est porteuse d'un stigmate et qu'elle ne correspond pas à ces attentes, un processus de stigmatisation, et de rejet, peut se mettre en place. Ainsi, dans mon esprit, le rejet des dires de Soeur J a été d'autant plus violent que l'image que j'avais d'elle ne correspondait pas à ce qu'elle était intrinsèquement.

L'on peut, d'autant plus, supposer que le choc fut grand car dans l'esprit collectif, et le mien, l'on trace aisément un lien entre le mythe des soignantes qui se dévouaient « corps et âme » aux malades et aux pêcheurs, sans une once de jugement, et le métier d'infirmière.

Ainsi, lorsque cette personne, qui dans mon esprit appartient à une branche des métiers du social, se dérobe à ce que je lui attribue (ici des valeurs communes), et détruit la doxa établie, le vide du mythe se fait ressentir. La « clarté heureuse » est redevenue poussière car les choses ne font plus sens. Comment puis-je rester congruent avec ces valeurs, quand le mythe dont elles proviennent ne

62 *Ibid.*, p319

63 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p67

64 GOFFMAN, Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris : Éditions de Minuit, 1975, p26

semble plus exister ? Si les religieuses ne se dévouent plus à l'autre, sans faire preuve de jugement, qu'en est-il des infirmiers.ères. D'une certaine manière qu'en est-il du mien ?

B.2] Les impacts de la doxa soignante sur le terrain :

Sur le terrain, la doxa soignante inculque une notion de « *valeurs partagées* »⁶⁵ permettant, selon Jean-Rémy Bitaud, d'insuffler un sentiment d'appartenance qui lie, fédère les employés autour d'un projet commun (aujourd'hui l'on parlera volontiers du projet d'établissement). Cette adhésion est alors nécessaire pour mener à bien la réussite de l'hôpital. En effet, c'est en donnant sens que l'on construit un but commun, que l'on crée des valeurs communes. La doxa facilite donc une communication entre les différents acteurs et provoque donc une efficacité de l'acte, tout en étant, comme nous l'avons dit, au service de l'idéologie dominante. Au regard de notre situation, à l'aube de ma carrière d'infirmier, ces notions m'étaient alors totalement inconnues et une seule chose me préoccupait : réaliser mon soin dans les règles de sécurité et d'asepsie. Peut-on alors penser que si j'avais eu conscience de cette fédération autour d'objectifs communs, le soin se serait déroulé autrement ?

Ainsi donc, un premier chaos se dessine à l'horizon, également relevé par Claude Curchod : cette stratégie doit obtenir « *la participation de tous les intéressés : celui qui n'y adhère pas est tôt ou tard exclu* »⁶⁶. Afin d'éviter ce cas de figure, la doxa commune amène à mettre en place certains « *rituels* »⁶⁷ ou « *routines* »⁶⁸ que l'on se refusera de questionner. Ces derniers sont nombreux : conflits de générations, stéréotypes envers d'autres corps professionnels, la catégorisation des patients, rejet - par certains - de toute forme de formation continue, le combat entre les théoriciens et les professionnels du terrain... Ceux-ci, toujours selon l'auteur, relèvent de mécanismes de défenses et servent à protéger les croyances ou pratiques dont le questionnement est vu comme dangereux.

Ces mécanismes de défense ont, selon Monique Formarier⁶⁹, un rôle identitaire. Cette dernière s'appuie elle-même sur Jean-Claude Abric qui nous dit que : « *La représentation sociale est un guide pour l'action, elle détermine face à une situation, un ensemble d'anticipations et d'attentes qui prédétermine l'interaction. Elle est inductrice de sens par le système de pré-décodage qu'elle engendre* »⁷⁰. Monique Formarier insiste sur le fait que les représentations, véhiculées par la doxa, sont fortement ancrées chez les soignants. Elles permettent de renforcer le sentiment de valeurs et d'identité communes, mais elles peuvent être, inversement, à la source de stéréotypes. Ces clichés constituent le talon d'Achille de toute forme de relation, comme la relation de soin. C'est ainsi que l'on peut tisser un lien entre le décalage des attentes des patients (ou de leurs familles) et le désir de faire correspondre ces relations dans des schémas prédéfinis des soignants. Chaque patient arrive dans un établissement de santé avec son propre lot de représentations, issues de son origine sociale, de son

65 BITAUD, Jean-Rémy, Le management responsable à l'hôpital, réaffirmer l'humain [en ligne], *Soins cadres*, vol. 22, n°85, Pages 23-27, En ligne sur : <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/785305/resultatrecherche/3> [Consulté le 17/04/21]

66 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p24

67 *Ibid.*

68 *Ibid.*

69 FORMARIER, Monique, La relation de soin, concepts et finalités, *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°89, p33-42

70 ABRIC, Jean-Claude, *Psychologie de la communication, Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin, 1999, p16

éducation, de sa socialisation, sa culture, son histoire, sa définition de la santé ou de la maladie... Tous ces éléments font de chaque relation de soin une relation unique dont les représentations collectives et codées des soignants ne permettent pas, systématiquement et indéniablement, une prise en charge optimale.

Ces éléments apportent certains éclairages vis-à-vis de notre situation. Si la doxa facilite le lien social entre les soignants d'un même établissement, j'ai très bien pu me sentir mis à l'écart, et ne pas pouvoir partager mon expérience de par mon statut différent au moment des faits (dernier arrivé). Je n'ai donc pas pu m'imprégner de tous les rituels et attitudes propres à l'établissement. C'est ce qui m'a probablement empêché d'échanger sur l'incident avec mes collègues de travail. À l'opposé de cette idée, la doxa soignante m'a cependant poussé à finir mon soin, puisqu'elle a été un « *guide pour l'action* »⁷¹ pour reprendre les propos de Jean-Claude Abric.

Cette notion fait écho aux propos d'Alex Mucchielli : à ses yeux, l'individu, et son groupe culturel, est fait « *d'adaptation [aux] dangers afin de réduire son anxiété* »⁷². En effet, afin de se protéger et de réduire les efforts de réduction d'anxiété, une personne peut être amenée à mettre en place des actes routiniers, à construire, ou, dans le cas des soignants, à adhérer, à un système de pensée qu'il appelle « *système de sécurité* »⁷³ : « *un tel système, dans lequel on retrouve les croyants comme les conduites rituelles, est bien sûr intégré et partagé par tous les indicateurs de la société* »⁷⁴. La doxa, en s'appuyant sur un mécanisme de défense, lui-même lié au concept d'identité, permet donc de sécuriser le quotidien en mettant de côté ce qui peut provoquer de l'anxiété : patient « difficile », collègues « différent », cadre peu empathique,...

Cependant, nous avons vu que la doxa a été construite par plusieurs vecteurs. D'un point de vue historique les vecteurs ont été les prêtres, puis les médecins, or l'on peut dire que le terrain est désormais « *assujetti à une logique de formation conçue par les écoles* »⁷⁵. Le lieu de stage des étudiants infirmiers est donc de nos jours le lieu d'application de la doxa comme l'indique l'article « *L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies* ».

D'un point de vue législatif, la formation infirmière est notamment encadrée par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier⁷⁶. Il définit notamment l'accès à la formation (Articles 2 à 10) et les critères de formation et de certification (articles 11 à 44). Certains articles sont alors importants pour notre réflexion, comme l'article 12⁷⁷, qui définit la répartition des enseignements : la formation théorique étant de 2 100 heures (cours magistraux, travaux dirigés et travaux personnels guidés) et la formation clinique étant également de 2100 heures. Ces compétences infirmières sont donc évaluées et notées de deux façons différentes (selon l'article 18⁷⁸) : grâce à la validation de l'ensemble

71 *Ibid.*

72 MUCCHIELLI, Alex, *L'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2013 (9ème), p48

73 *Ibid.*

74 *Ibid.*

75 JOVIC, Ljiljana, LECORDIER, Dider, POISSON Michel, et al. L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies, *Recherche en soins infirmiers*, 2014, vol. 4, n°119, p 8 à 40, En ligne sur : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-4-page-8.htm> [Consulté le 18/04/2021]

76 LEGIFRANCE. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier [en ligne], Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/> [Consulté le 18/04/2021]

77 *Ibid.*

78 *Ibid.*

des unités d'enseignement, à l'acquisition de l'ensemble des éléments de chaque compétence (qui sont au nombre de 10) évaluées lors des stages et donc par celle des actes, activités et techniques de soins évaluées et validées en stage ou à l'école. Il est possible de relever l'UE⁷⁹ 1.3 nommée « Législation, éthique, déontologie » comme vecteur des valeurs soignantes et donc d'une doxa soignante. De la même manière, l'acquisition de la doxa se fait, en s'appuyant sur les auteurs précédemment cités par reproduction des attitudes des tuteurs et des équipes qui encadrent les étudiants. La législation faisait donc écho aux propos de Monique Formarier qui nous dit « *qu'une grande partie de l'apprentissage des infirmières se fait par la transmission directe des savoirs, des expertes vers les moins expérimentées* ».

B.3] La doxa soignante face aux évolutions de l'identité infirmière :

Nous pouvons donc supposer que la doxa est véhiculée par la formation infirmière, cette dernière étant dépendante (car formation qui se veut professionnalisante) de la transmission des savoirs directs. Elle se fait donc par mimétisme des fonctionnements déjà implantés dans l'établissement. Il s'agit alors de mettre en place une œuvre commune.

Cependant, si la transmission d'une doxa dans l'esprit des étudiants est dépendante de leur formation, nous pouvons nous demander si l'on doit parler d'une ou de plusieurs doxas soignantes ? Cette question se pose d'autant plus qu'à l'origine des écoles infirmières s'opposaient différents courants de pensées : les républicains qui représentaient les hôpitaux laïcs, les cléricaux qui souhaitaient maintenir la fonction religieuse des soignantes, les sociétés comme la Croix-Rouge, répondant à leurs propres visions du métier, et les écoles privées (comme le Docteur Hamilton - disciple de Florence Nightingale - à Bordeaux)⁸⁰. Les ouvrages utilisés étaient pour la plupart rédigés par des hommes (qu'ils soient médecins ou faisant partie du clergé) et « *seulement cinq par des femmes ou des infirmières* »⁸¹. Nous sommes en droit de nous demander si cette transmission du savoir était réalisée de la même façon, et poursuivant le même but, selon la personne qui le partageait. De la même manière, la ligne de pédagogie des institutions de formation est-elle différente selon leurs héritages idéologiques ?

Ces questionnements ont fait écho à une réflexion d'Alex Mucchielli : « *L'identité est un processus permanent et dynamique* »⁸². Si l'identité est un concept mouvant, et que la doxa est vecteur d'idéologie, cette même idéologie qui s'appuie sur une conception figée du métier d'infirmier, peut-on réellement parler de doxa soignante ? Si le principe de la doxa est d'être un mythe figé, donnant une réponse immédiate - cependant vide de sens - aux choses, et que l'identité même d'infirmier n'est que mouvance, la doxa n'est-elle pas condamnée à s'effriter ? Autrement dit, l'on peut tracer un lien entre la doxa et les écrits, cette première s'appuyant de manière générale sur une doctrine écrite. L'on peut également se demander si la construction d'une doxa commune aux infirmiers ne passerait donc pas par l'appropriation de ces écrits. Une proposition qui fait écho aux propos recueillis dans l'article

79 Unité d'Enseignement

80 MAGNON, René, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris : Masson, 2014 (3ème), p24

81 *Ibid.*, p25

82 MUCCHIELLI, Alex, *L'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2013 (9ème), p33

« *Quel sens donner à l'universitarisation de la formation des infirmières* » où les auteurs nous parlent de l'importance de l'appropriation des savoirs pour les infirmiers. Cela permettrait de confronter les différentes opinions et théories de chacun afin de « *permettre aux infirmières d'abord de critiquer leur discipline pour mieux la construire* »⁸³ et de la même manière de « *critiquer la doxa* »⁸⁴ pour mieux se l'approprier. L'université serait donc la clef pour que les infirmières construisent une doxa qui réponde à leurs besoins et serait emprunte de leurs savoirs.

Une notion qui serait pertinente dans un métier qui nécessite « *une éthique professionnelle qui se réinvente avec les époques et les problèmes sociaux et moraux* »⁸⁵. Cette notion d'éthique et de morale a été enseignée jusque dans les années 70⁸⁶ : il est donc impensable de la rejeter aux yeux de nombreux auteurs car elle partie intégrante de l'histoire commune des soignants. Cependant, c'est en se ré-appropriant notre histoire que nous pourrions en tirer des enseignements applicables aux enjeux du monde d'aujourd'hui. Outre l'importance d'échanger avec les pairs plutôt qu'avec les médecins, et cela même à l'échelle internationale, il est important de développer un enseignement supérieur universitaire. Dans ce parcours, l'infirmière serait donc amenée à comprendre les bénéfices de la conceptualisation de son savoir-faire. Cela pourrait également améliorer ce qu'elle peut apporter au patient et la spécialité médicale dans laquelle elle évolue. C'est ce qu'envisage également cette démarche : l'initiation à la recherche permet de porter « *un regard critique sur [notre] discipline* »⁸⁷. La promotion et la construction d'une littérature propre à l'infirmière permet de faire de nombreux liens et de promouvoir l'entraide, ainsi l'infirmière peut d'autant plus « *participer à son avenir professionnel dans une société dont les besoins de santé s'accroissent* »⁸⁸.

Il aurait été pertinent, dans la situation que nous avons exposée, que j'aie me plonger dans cette littérature, ce qui m'aurait permis de mieux saisir et comprendre les tenants et les aboutissants de l'échange avec Sr. J. Cela m'aurait aussi permis de me confronter à mes représentations sociales et de les questionner grâce à différents prismes. Notamment réaliser que la notion de « morale » (et par opposition d'immoral) était différente aux yeux de la patiente et des miens, et ainsi, en adopter une posture plus appropriée. En d'autres termes, quelle était la doxa dont j'avais pu être imprégnée et quelle était ma représentation de ce que j'avais à accomplir ? Voilà ce que nous pouvons penser à propos de ce qu'il a pu se dérouler, après un éclairage théorique par les différents ouvrages que nous avons pu explorer en nous interrogeant sur la doxa. Il est possible que, sans m'interroger véritablement sur ces aspects de mon identité soignante, je me sois contenté d'imiter les actes de mes collègues de travail. Mon travail était alors fondé sur un geste et non sur une réflexion : un travail vide de sens. Sans sens je n'ai su et pu réagir face à une nouvelle problématique lors du soin : la réflexion de ma patiente.

83 JOVIC, Ljiljana, LECORDIER, Dider, *Quel sens donner à l'universitarisation de la formation des infirmières*, *Recherche en soins infirmiers*, 2014, vol. 3, n°118, p 6, En ligne sur : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-6.htm> [Consulté le 18/04/2021]

84 *Ibid.*

85 MAGNON, René, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris : Masson, 2014 (3ème), p76

86 *Ibid.*

87 *Ibid.*, p98

88 DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, Paris : Presse Universitaire de France, 2017 (7ème), p29

S'interroger quant à son propre travail permettrait donc aux infirmières de prendre possession de la doxa qui les guide dans leurs actes, et leur donner un sens, ce qui passerait donc par l'universitarisation de cette réflexion. De la même manière, cela leur permettrait de se questionner sur leur pratique, comme nous allons le faire dans la prochaine partie en nous interrogeant sur la relation de soin.

C] Relation de soin :

C.1] Définitions et problématiques de la relation de soin :

La relation de soin est définie tout d'abord par Catherine Duboys-Fresney et Georgette Perrin comme un « moment privilégié entre le soignant et le soigné ou se créent des liens de confiance »⁸⁹. Quant à Claude Curchod, il l'aborde comme un travail entre « plaisir et souffrance »⁹⁰. En effet, c'est un échange qui, en le mettant face à la misère humaine, peut être destructurant, notamment s'il ne trouve pas de sens. La relation de soin, et les difficultés qu'elle peut engendrer, amène le soignant à devoir trouver un équilibre entre les facteurs structurants et les facteurs destructurants. En effet, il ne peut échapper aux éléments destructurants auxquels il est confronté dans son travail.

Facteurs structurants	Facteurs destructurants
<ul style="list-style-type: none"> • Un contenu significatif important de la tâche. • La cohésion et le soutien des pairs. • Le soutien et la reconnaissance des supérieurs hiérarchiques et du milieu. • Une réciprocité sociale. • La possibilité d'être créatif, de choisir comment réaliser son travail, d'utiliser et de développer ses compétences. • La clarté de ce qui est attendu. • La participation aux décisions. • Un appareillage technique maîtrisé. • Le confort physique des lieux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une charge de travail > au temps. • Une autonomie < aux responsabilités. • Des efforts > aux récompenses. • Un travail répétitif. • Une discontinuité élevée des tâches. • Une ambiguïté ou des conflits de rôle. • Le travail en relation d'aide. • Des horaires de travail en alternance. • Un travail en situation de danger. • Une exposition à des agresseurs physico-chimiques.

Figure 1⁹¹ : Principaux facteurs structurants/destructurants l'équilibre psychique des infirmières.

Ces tensions existantes dans le travail d'un soignant peuvent l'amener à adopter des attitudes en « désaccord avec ses valeurs profondes »⁹². Cette détresse morale peut alors entraîner le praticien à succomber au burn-out, avec toutes les répercussions somatiques, psychologiques et sociales qu'il entraîne. Il devient alors difficile pour le soignant de s'engager dans une relation de soin, l'on peut notamment observer une baisse de « sensibilité et de compétence morale »⁹³. Le patient, lui, n'est guère

89 *Ibid.*, P63

90 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p7

91 *Ibid.*, p17

92 CORLEY, Mary, GORMAN, Martha, CLOR, and al., Development and evaluation of a moral distress scale, *Journal of Advanced Nursing*, 2001, p250

93 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p30

à l'abri face à un infirmier qu'on qualifiera de « désensibilisé » qui ne consulte plus le patient lors des soins. Il peut alors adopter une position de repli ou perdre confiance et mettre en place des stratégies de contrôle. C'est alors que ce dernier peut être qualifié de patient « difficile » par les équipes ou les soignants qui le prennent en soin.

Cette notion de « patient difficile » ou de « relation difficile » peut provoquer chez le soignant plusieurs réactions énumérées par Claude Curchod :

- « Honte ou culpabilité.
- Ressentir de la valorisation pour avoir recadrer ou remis en place un malade. Surtout si les collègues le félicitent.
- Ne rien ressentir : risque important de banalisation de leurs actes et de leurs comportements idéologiques non acceptables.
- Perdre une partie de l'estime d'eux-mêmes lorsqu'ils sont confrontés à des malades qui les agressent verbalement et qui contestent leurs compétences. Ils peuvent alors ressentir une profonde démotivation pour leur travail, ainsi que de la colère envers ceux à qui ils ont l'impression de beaucoup donner et dont ils ne reçoivent en retour que des critiques et du mépris. »⁹⁴

Ainsi, qualifier un patient de « *taré* » (voir être ordurier à son égard, ce que nous ne promouvons guère mais qui est observable sur le terrain) revient à remettre en cause les valeurs de notre profession et, en allant plus loin, nous amène également à questionner notre propre humanité.

Le code déontologique des infirmiers, et au-delà la législation, nous oblige à nous occuper de tout patient, selon l'Article R.4312-11 :

« L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge. »⁹⁵

Un infirmier est donc également « *tenu* »⁹⁶ d'assurer la continuité des soins. Un infirmier sera donc amené dans sa carrière à devoir soigner une personne qu'il n'apprécie pas, du moins avec laquelle il n'est pas en accord sur des idées, des valeurs, des normes. Selon l'auteur⁹⁷, faire comme si ces émotions n'existent pas revient à être contre-productif, car lorsque ces émotions se manifestent, elles maintiennent le conflit entre les valeurs de la profession et les valeurs propre à l'Homme. Il est alors pertinent de questionner et d'identifier nos propres difficultés face au patient « difficile ». Claude Curchod utilise le mot « *taré* » comme exemple : cette expression, toujours selon l'auteur, met en exergue nos représentations et nos difficultés car « *taré* » renvoie à la peur de la différence (quelqu'un de « *taré* » ne se trouve pas dans le même mode de communication que nous). Mais il conviendra aussi d'établir des limites. Elles doivent être fixées par l'environnement (par exemple d'ordre médical : autorisation de se lever seul ou non après une coronarographie) mais aussi afin d'établir un res-

94 *Ibid.*, p31

95 ORDRE INFIRMIER. Code déontologique [en ligne]. Disponible sur : https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf [Consulté le 04/05/2021]

96 *Ibid.*

97 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p153

pect mutuel entre les deux acteurs du soin. Même si certains arguments sont parfois difficilement recevables par un patient en toute situation.

Dans le cadre de la situation d'appel, les efforts demandés (prendre soin d'une personne qui ne respecte pas les normes sociales) étaient supérieurs à la récompense (satisfaction du travail bien fait). De plus, je me suis retrouvé en désaccord avec mes « valeurs profondes ». Mais c'est bien un sentiment de culpabilité qui m'a également empêché de parler de la situation avec mes collègues de travail. De la même manière, la déontologie qui me pousse à traiter tous les patients de manière équivalente et égale, m'a également mis en difficulté. À l'opposé, la patiente ne se sentant pas écoutée ou correctement considérée, a pu adopter cette attitude avec moi dans une stratégie de protection.

Parfois, il s'agira aussi d'adopter un autre point de vue. Il ne faudra pas oublier qu'une personne « difficile » ne l'est pas uniquement d'elle-même. Elle est rattachée à son environnement, aux événements qui s'y déroulent et du regard de chaque personne présente lors de l'échange. Si nous devons retenir un élément de la prise en charge humaniste, comme le caring, c'est que chaque personne subit donc les influences de son milieu. Et c'est après ce rappel que Claude Curchod pose alors cette question : « *Et si, dans ces rares situations, servir d'exutoire pouvait être, en soi-même, d'une certaine manière...soignant ? La compassion ne nous demanderait-elle pas alors d'accepter le mieux possible de devoir également, parfois, jouer ce rôle, aussi difficile soit-il ?* »⁹⁸. Où trouver un sentiment de sécurité (et ne pas sombrer sous les facteurs déstructurants) dans de telles situations ?

C.2] La relation de soin entre théorie et réalité :

Selon Monique Formarier, l'acquisition des savoirs et du positionnement professionnel, qui sont nécessaires lors de la relation de soin, se fait par l'expérience. Par exemple, par la « *confrontation personnelle* »⁹⁹ à des multitudes de situations, mais aussi par la possibilité d'échanger sur les situations de soins qui nous sont arrivées avec un « *tiers compétant* »¹⁰⁰. Avantage dont je n'ai pas su profiter car je n'ai pas échangé avec ma formatrice principale au moment des faits. Cependant, de nombreuses théories de soins sont également enseignées aux aspirants infirmiers dans les centres de formation. Tous ces travaux ont pour but d'essayer de comprendre le sujet malade dans le contexte qui lui est propre (environnement, histoire personnelle, représentations sociales). Nous pouvons par exemple citer la relation de civilité, la relation d'empathie, la relation de soin... Ces guides ayant pour but de permettre au soignant de se positionner face à un patient et prendre en compte les éléments qui le composent, le traversent et le structurent. Tout cela dans le but de réaliser une prise en soin holistique.

Cependant, lors de l'apprentissage de telles méthodes, il est judicieux de rappeler la différence entre « objet de soin » et « sujet de soin ». Il arrive que dans de telles situations, les soignants considèrent (malgré eux) le patient comme un objet et non plus comme un sujet acteur. C'est le principe des « *interactions asymétriques* »¹⁰¹, où le patient n'est alors plus considéré de la même façon

98 *Ibid.*, p142

99 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2ème édition), p33

100 *Ibid.*

101 SORSANA, Christine, *Psychologie des interactions socio-cognitives*. Paris : Armand Collin, 1999,

que le soignant. En effet, il est compliqué de maintenir une symétrie des relations lorsqu'un patient arrive dans un lieu où tout lui est inconnu. Le rôle du soignant est alors de maintenir une relation égalitaire où le soignant et le soigné se positionnent de la même façon dans l'échange.

Cette conception du soigné comme étant inférieur parce que non-savant, est alimentée par un modèle paternaliste de la relation de soin : « *le patient fait totalement confiance au médecin qui est supposé agir en tout temps dans le strict intérêt du malade* »¹⁰². Le patient a été pendant longtemps passif lors de la relation de soin car considéré comme anormal (il souffre) tandis que le soignant est actif. Ce modèle paternaliste est identifié très tôt dans les sciences sociales mais tardivement dans les sciences médicales. À ce système s'opposent deux autres modèles : guidance/coopération qui est un modèle d'échange et celui de la participation mutuelle où le patient est capable de se prendre en charge selon des indications faites par le médecin. Cette notion de patient acteur du soin est également amenée socialement par la lutte d'associations comme AIDS ou Act'Up qui vont faire reconnaître le patient comme décideur dans son parcours de soins. La première étape vers l'autonomisation du patient est la loi de 2002¹⁰³ qui garantit l'accès au dossier médical et donc réduit les asymétries d'informations.

La standardisation des soins et de la relation de soin perd donc aussi son sens car elle ne correspond plus à ce que veut « la société » du soignant. Sachant que cette notion d'adaptation est déjà relevée par de nombreux auteurs cités précédemment. Curchod, insiste par exemple sur « *l'amélioration de la pratique des soignants* »¹⁰⁴ pour palier cette notion d'adaptabilité. De la même manière la législation a permis d'adapter la formation et le diplôme infirmier « *afin qu'il puisse correspondre aux attentes de la société et des malades* »¹⁰⁵. Une notion encore plus prenante de nos jours avec la mise en place d'une formation pour les Infirmiers de Pratique Avancés. L'on peut tisser un lien entre cette évolution des représentations sociales du soin et cette nécessité de faire participer le patient. Le rôle de l'infirmier se doit également de répondre à la demande car il est avant tout là pour accompagner le patient, qu'on pourra qualifier de « *sachant* »¹⁰⁶ et donc répondre à ses besoins.

Si soigner revient à accompagner un patient, il est donc nécessaire d'être au plus proche des individus afin de comprendre ce que signifient les mots pour eux et ainsi parvenir à comprendre ce qu'ils souhaitent vraiment nous dire. Ainsi, pour faciliter l'échange, l'on partira des représentations du patient plutôt que des siennes, en mettant à distance nos aprioris. Cela aurait pu me permettre de réaliser un soin sans heurt et sans accroche avec la patiente, en prenant en compte sa vision du soin plutôt que la mienne.

p124

102 TANTI HARDOUIN, Nicolas, *Introduction à la Santé Publique*, Marseille : Institut de formation Saint-Joseph Croix-Rouge française, 2019, p3

103 *Ibid.*

104 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p166

105 DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, Paris : Presse Universitaire de France, 2017 (7ème), p64

106 TANTI HARDOUIN, Nicolas, *Introduction à la Santé Publique*, Marseille : Institut de formation Saint-Joseph Croix-Rouge française, 2019, p5

C.3] La relation de soin, un exemple du besoin d'adaptation du soignant au patient :

La transformation radicale des relations entre les soignants et les soignés est donc apposée sur « *un fond d'une évolution de la société* »¹⁰⁷ qui repose elle-même sur « *trois moteurs* »¹⁰⁸ : la volonté des patients à être considéré et soigné de manière holistique ; la demande des soignants à pouvoir mieux prendre en compte la partie relationnelle de leur métier qui est malheureusement délaissée par une charge de travail de plus en plus importante et les soins techniques. À cela s'ajoute l'apparition de nouvelles exigences de qualités institutionnalisées : le patient s'attend donc à certaines garanties de résultats. Voilà la nouvelle conception des soins par le soigné. Il était alors de mon ressort d'échanger avec Sr. J. afin de comprendre et de prendre en compte ses attentes afin de lui proposer un soin optimal et adapté à ses attentes. Il me fallait alors m'éloigner de ma conception du soin qui se trouvait être différente de la sienne.

La relation de soin semble donc se trouver entre deux concepts : le patient comme concept changeant, unique et imprévisible, et le monde des soins qui se codifie et se théorise de plus en plus. Formaliser les relations de soins permet cependant de les rendre « *plus visibles* »¹⁰⁹. Cela permet de pouvoir les analyser et d'évaluer leur efficacité. Un élément dont je n'ai su profiter lors de la réalisation du soin et après coup. D'une part, je n'étais pas encore conscient du guide dont je pouvais m'inspirer lors du soin relationnel. J'ai alors navigué dans des territoires inconnus sans boussoles et sans compas. D'autre part, je n'étais pas prêt pour cet échange, ce qui m'a mis en difficulté. C'est ici que l'on note clairement que le savoir relationnel est également un savoir qui s'acquiert par l'expérience et par la formation continue.

Cependant, la standardisation peut nuire à la richesse de l'échange, « *à négliger la spontanéité, à les priver de leur authenticité, à ne pas tenir compte des émotions qui les animent, en quelque sorte à les réduire à des outils intellectuels.* »¹¹⁰ La « *standardisation des échanges* »¹¹¹, comme avec l'application de la méthode des quatorze besoins de Virginia Henderson, apporte un sentiment de sécurité aux néo-infirmiers, et parfois même aux plus aguerris, mais ne laisse plus place à la spontanéité et à la prise en compte de tous les prismes qui composent, traversent et structurent le patient. Cette idée apporte un éclairage à notre situation. En effet, alors enfermé dans un carcan théorique, je n'ai pas su préserver la spontanéité de l'échange lors du soin. Dès que ce dernier a franchi les limites de mon schème de pensée théorique, je n'ai pas su comment réagir et répondre à Sr. J.

Malheureusement, il arrive que la charge de travail soit trop lourde pour un infirmier et ces théories de soins, ces doxa universitaires, sont des guides sur lesquels le soignant peut s'appuyer pour mener à bien la tâche qui lui incombe : accompagner « coûte que coûte » un patient, qu'il soit difficile ou non. Le guide théorique devient alors une nouvelle doxa, construite par les infirmiers et non plus par les médecins. Il donne un sens inné aux choses et aux actes du quotidien et permet à l'infirmier de se rattacher à ce but pré-construit et qui se justifie par un savoir écrit.

107 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p3

108 *Ibid.*

109 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2ème édition), p41

110 *Ibid.*

111 *Ibid.*, p36

L'on observe donc ici la nécessité de se prévaloir d'une doxa dans le milieu des soignants afin de pouvoir se protéger des micro-agressions quotidiennes qui existent. Cependant l'étude de la littérature scientifique nous a permis de voir qu'il est également important de trouver un équilibre dans la relation de soin afin de laisser place à un échange humain et qualitatif. Cela permet d'éviter les « *discordances* »¹¹² entre patients et soignants.

Le concept sous jacent à toutes ces réflexions et théories semble être alors l'adaptation des soignant : aux patients, à l'institution, aux équipes, aux médecins.. Une notion mise en avant par Laurence Seferdjeli et Fabienne Terraneo dans « *Comprendre le travail de soins à l'hôpital* », un article publié dans *Recherche en soins infirmiers*. Les auteures mettent en avant la dichotomie entre la demande officielle et les aléas du travail de terrain. Ainsi « *les cadres d'actions se succèdent rapidement autour d'enjeux pratique qui changent et/ou se superposent* »¹¹³ forçant l'infirmier à mettre en place des mécanismes d'adaptations. Elles parlent notamment de « *poly-focalisation* »¹¹⁴, c'est à dire la nécessité de se concentrer sur plusieurs actions de différentes natures au même moment. Les statuts « *diversifiés et mouvants* »¹¹⁵ des tiers participent également à complexifier la tâche des infirmiers, qui se doit de maîtriser un savoir être complexe lui même composé de 5 enjeux (savoirs théoriques, savoir-faire, évolution, écoute et relationnel, comportement). L'on peut alors parler d'une volonté de la formation des prodiguée dans les instituts de formation comme une promouvant « *l'adaptation sociale* »¹¹⁶ et non la reproduction sociale comme cela pouvait être le cas auparavant. L'infirmier doit « *savoir combiner* »¹¹⁷ les ressources pertinentes à mettre en place et à mobiliser afin d'exercer son métier, ce dernier l'amenant à « *articuler la compétence individuelle avec la compétence collective* »¹¹⁸. Un ensemble de connaissance que l'on peut lier à une capacité d'adaptation dont il semblerait que la formation initiale des infirmiers en est la clef. Cette capacité d'adaptation serait ce permettrait de suivre les changements sociétaux et de proposer une prise en charge toujours plus pertinente.

C'est ainsi que l'on peut également mettre en avant la nécessité de se former et de maintenir une formation continue. Avoir un diplôme de prépare pas à toutes les situations auxquelles nous pouvons être confrontés, « *une formation professionnelle permet donc d'améliorer la pratique professionnelle* »¹¹⁹. Il est donc possible de dire que :

« Cela suppose aussi que l'infirmière devrait rester au fait des changements qui s'opèrent en philosophie de la science et en philosophie de la connaissance. Ces changements aident les acteurs à résoudre leurs différends et à trouver des consensus pour faire avancer la science. »¹²⁰

112 *Ibid.*, p34

113 SEFERDJELI, Laurence, TERRANEO, Fabienne, *Comprendre le travail de soins à l'hôpital* Laurence, *Recherche en soins infirmiers*, 2015, vol.1, n° 120, pages 6 à 22, En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1-page-6.htm> [Consulté le 04/05/2021]

114 *Ibid.*

115 *Ibid.*

116 ROBERTON, Geneviève, *Pratiques évaluations en formation infirmière et compétences professionnelles*, *Recherche en soins infirmiers*, 2006, vol.4, n°87, p25 à 56, En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-25.htm> [Consulté le 06/05/2021]

117 *Ibid.*

118 *Ibid.*

119 CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, p166

120 DALLAIRE, Clémence, GIGUÈRE, Jean-François, MISSI, Philomène-Marie, *Science et science*

Tout comme la quête du sens dans le soin, la formation doit être perpétuelle afin de ramener les soignants à ce qu'ils étaient alors venus chercher en premier lieu, une réponse à la question suivante : « *Qu'est-ce qui me pousse à soigner minute après minute, jour après jour, année après année ?* »¹²¹.

infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière?, *Recherche en soins infirmiers*, 2018, vol. 3, n°134, p6 à 15, En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2018-3-page-6.htm> [Consulté le 04/05/2021]

121 *Ibid.*

III] Synthèse de la problématique provisoire :

Notre question générale était : « *Pourquoi la doxa permet au soignant de se positionner lors d'une relation soignant-soigné qui se complexifie ?* ». De cette question nous avons identifié alors trois concepts-clefs, le **soignant**, la **doxa** et la **relation de soin**, que nous avons explorés grâce à divers prismes et auteurs. Nous avons donc pu en tirer les éléments suivants.

Le groupe social qu'est celui des **infirmières** est imprégné de son histoire et de l'empreinte de la conception judéo-chrétienne de la femme et du soin. L'infirmière est d'ailleurs définie en premier lieu par ce qu'elle fait : elle assure une prise en charge. C'est ce qui est le moteur du métier, et ce qui a été le mien dans la situation : j'avais un acte à accomplir. Cependant le **concept de soin** est une notion qui évolue en fonction des attentes de la société et de chaque patient. Il est donc unique comme chaque rencontre et son sens, propre à chacun, reste à construire.

La **doxa**, elle, donne un sens aux choses. Ce sens semble alors inné, ce qui est un moteur, permettant d'exécuter des actes sans se poser trop de questions (ce qui fut mon cas). Cependant, il faut être vigilant à ne pas questionner cette doxa car alors, l'absence de réflexion se fait sentir. Sur le terrain, il s'agit du même raisonnement : la doxa motive les équipes infirmières en leur donnant un objectif commun.

L'on assiste également à une appropriation de la doxa par les infirmiers grâce à l'**universitarisation** des sciences infirmières. Elle donne un guide à la réflexion soignante et lui permet de rentrer dans le moule scientifique et donc de la légitimer. Les auteurs tendent à penser que ce phénomène permettra de transformer la doxa infirmière en une épistémé, ou science, infirmière.

Elle peut également être qualifiée de **guide lors de la réalisation de soins** ou de **mécanisme de défense**. Ce qui explique pourquoi elle se met en place dans le monde du soin. On observe de nos jours une ré-appropriation de la doxa par les infirmiers grâce à l'universitarisation de la formation. Cependant, elle semble alors contraster avec l'accompagnement des patients : la **doxa comme identité figée** et l'**accompagnement** comme concept mouvant.

L'accompagnement du patient est bien souvent qualifié de **relation de soin**, un acte qui se veut holistique. Cependant, le soin peut amener un infirmier à se retrouver face à des **facteurs destructurants** et donc le mettre en difficulté. C'est là qu'intervient la doxa dans la relation de soignant-soigné en donnant un **cadre** à l'échange. Mais il est important également de laisser place à l'échange spontané et se placer du point de vue du patient, en prenant en compte ses représentations et ses besoins. Le guide ne doit pas amener à abandonner la quête de sens.

En conclusion, l'on peut dire que le métier d'infirmier, de par sa définition qui est rattachée à des éléments changeants (le patient, le soin, les pairs, la société et les représentations qui leur sont propres, l'évolution de la médecine et des connaissances,) se doit de s'adapter à toute situation. Voilà un élément fixe de son identité : l'**adaptation**. La doxa soignante donne donc ce moteur aux infirmiers : soigner « coûte que coûte », en s'adaptant aux différents variants qui composent chaque rencontre, à chaque contexte, à chaque situation sociale. Mais il ne faut pas qu'elle devienne un obstacle dans la construction de sens ou qu'elle provoque l'instauration d'un milieu fermé à toute sorte de progrès ou de réflexion.

Afin de confronter cette réflexion issue d'un cheminement théorique, nous allons désormais construire une enquête de terrain. Tout ceci dans le but de répondre à notre rupture épistémologique qui consiste à penser que le soignant doit posséder une capacité d'adaptation face au soigné.

IV] Enquête exploratoire : dispositif d'enquête :

A] Choix de l'outil :

L'outil que j'ai choisi se nomme l'entretien semi directif. C'est un outil méthodologique de type qualitatif. Il s'agira de récolter des informations empiriques que l'on pourra ainsi confronter au cadre théorique, basé sur notre travail d'analyse de littérature.

L'avantage de cet outil est de pouvoir poser des questions larges mais cependant classées par thèmes, et ainsi correspondre aux concepts que nous avons étudiés. Nous avons la possibilité d'approfondir ces questions avec des relances qui nous permettront de n'omettre aucun aspect. Cela nous permet de collecter des informations pertinentes vis à vis de nos interrogations et, au final, faire émerger de nouvelles hypothèses et pistes réflexives.

Cependant, il faudra considérer les limites de cet outil méthodologique : non seulement il ne permet pas la mise en place d'une étude statistique, et de plus, il peut amener la personne interrogée à tenter de comprendre les attentes de l'intervieweur. D'une autre manière le choix du terrain d'enquête peut poser problème : choisir divers infirmiers issus d'un seul établissement permet de comparer l'impact des mécanismes de l'adaptation propre à l'établissement sur les employés, mais à l'inverse échanger avec des employés de plusieurs établissements permettrait de voir si la l'adaptation est la même dans tous les établissements.

B] Objectifs :

B.1] Objectif général :

Comprendre quels sont les moyens d'adaptation qu'un soignant met en place lorsqu'une relation soignant/soigné se complexifie.

B.2] Objectifs opérationnels

Identifier les représentations du métier d'infirmier.

Identifier la présence, ou non, de difficultés dans la relation soignant/soigné.

Reconnaître les attitudes institutionnelles ou de groupe.

Identifier l'appui sur la doxa lors de l'exercice du métier.

C] Population cible :

Critères d'inclusion :

- Des infirmiers diplômés femmes et hommes : afin d'obtenir différentes opinions sur les représentations du métier en fonction du genre.
- Des IDE ayant différentes anciennetés : idéalement au moins deux IDE ayant une ancienneté inférieure à 2 ans et au moins deux IDE ayant une ancienneté supérieure à 5 ans (la durée de vie moyenne d'un infirmier dans un service étant de 7 ans, il n'est parfois pas possible de croiser des employés ayant plus d'ancienneté).

- Nous ne traçons pas de différence entre les horaires de nuit ou de jour, les deux situations pouvant apporter des informations complémentaires.

Critère d'inclusion optionnel :

- Il pourrait être aussi intéressant de rencontrer des infirmiers ayant des formations initiales différentes, afin de voir si le niveau de formation ou d'étude peut avoir un impact sur le concept de doxa.

Critères d'exclusion :

- Infirmiers ayant travaillé dans des pays étrangers auparavant dont la doxa soignante peut diverger de celle observée en France, notre réflexion s'étant appuyée sur une conception judéo-chrétienne de l'infirmière (ayant fortement influencé l'Europe) d'un point de vue historique.

Terrain d'enquête :

Le terrain d'enquête sera un service long séjour type EHPAD ou SSR, afin d'échanger avec des soignants qui sont confrontés aux mêmes patients sur une longue durée. C'est dans ces services que le lien est le plus enclin à se créer et donc où des tensions entre soignants et soignés peuvent exister de manière plus complexifiée.

D] Grille d'entretien :

Indicateurs	Objectifs opérationnels	Questions	Relances
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et liste des concepts des représentations du métier d'infirmier. • Préconceptions sur son rôle en fonction du genre et de l'ancienneté de l'infirmier. 	Identifier les représentations du métier d'infirmier.	Comment définiriez-vous votre métier ?	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que le soin pour vous ? • Qu'est-ce que pour vous le métier d'infirmier (valeurs, histoire, identité...)? • À quelle image du métier d'infirmier pensez-vous devoir vous adapter? • Est-ce que cela correspond à ce que vous pouvez mettre en place en service ?

Indicateurs	Objectifs opérationnels	Questions	Relances
<ul style="list-style-type: none"> • Taux d'incidents de type relationnels reportés dans l'établissements. • Classification des types de tensions entre un soignant et un soigné. 	<p>Identifier la présence, ou non, de difficultés dans la relation soignant/soigné.</p>	<p>Qu'est-ce qui peut perturber une relation de soin selon vous ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous déjà fait face à un patient dit « difficile » auquel vous avez du vous adapter? • Est-ce que vous avez déjà été dans une situation de dilemme moral avec un patient ? • Est-ce que ces situations peuvent être qualifiées comme difficiles ? • Qu'est-ce qui dans une relation de soin peut vous mettre mal-à-l'aise ?
<ul style="list-style-type: none"> • Part de la population interrogée intégrant des mécanismes de défenses. • Présence de réunion d'échanges sur les incidents relationnels avec les collègues de travail. • Participation ou non à des réunions d'équipe sur les difficultés rencontrés en service. • Présence d'un sentiment d'appartenance. 	<p>Reconnaître les attitudes institutionnelles ou de groupe.</p>	<p>Comment vous adaptez-vous aux moments difficiles sur votre lieu de travail ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentez-vous une dynamique propre à l'établissement qui vous pousse à agir de telle ou telle façon ? • Avez-vous le sentiment de pouvoir échanger avec vos collègues de vos ressentis face à votre travail ? • Partagez-vous une vision commune du métier d'infirmier avec vos collègues ? • Avez-vous le sentiment d'appartenir à une équipe, à un collectif de travail ?

Indicateurs	Objectifs opérationnels	Questions	Relances
<ul style="list-style-type: none"> • Part de la population interrogé identifiant des théories de soins. • Nombre d'heures de formation initiale et continue par agent. • Adhérence et participation à une forme d'actualisation des connaissances. 	<p>Identifier l'appui sur la doxa lors de l'exercice du métier.</p>	<p>Avez vous l'impression d'adhérer à une idéologie propre aux soignants?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pensez-vous que la formation initiale permet d'instaurer mais aussi d'adapter cette idéologie soignante? • Pensez-vous qu'il s'agisse d'un guide pour vous adapter à chaque relation de soin avec un patient ? • Au contraire, pensez-vous que cette vision vous conduit à produire des relations stéréotypées dans votre pratique ?
	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration dans la réflexion de nouveaux éléments. 	<p>Avez-vous quelque chose à rajouter sur le sujet ?</p>	

V] Synthèse de l'enquête exploratoire :

Cette enquête a été construite de façon à reprendre les éléments obtenus dans l'analyse de littérature et de les appliquer au terrain et d'en voir les concordances ou les discordances. C'est dans cette optique que les questions reprennent le fil de pensée construit tout au long de notre réflexion : s'intéressant tout d'abord aux origines et aux préconceptions du métier d'infirmier, puis de l'existence ou non de moments difficiles lors des échanges avec les patients. L'on cherche ensuite à savoir s'il existe des attitudes institutionnelles ou de groupe vis à vis de ces événements, mais aussi si elle sont amplifiées par des conceptions communes du métier ou créer des tensions entre ces différents membres. Au final, on essayera de savoir la source de cette idéologie commune et si elle permet de s'adapter, ou non, aux différentes situations de soins.

Cette enquête n'a malheureusement pas pu être appliquée sur le terrain. En effet, pour cause sanitaire (Covid-19), nous avons été contraints à mettre de côté ce projet. L'enquête aurait pu, cependant, nous amener à explorer de nouvelles pistes ou de renforcer les acquisitions faites de part l'analyse de littérature professionnelle. La rencontre avec les professionnels de terrain, aurait été un élément intéressant et pertinent à intégrer dans le dossier car il aurait également pu apporter des données utiles à la pratique professionnelle. Outre l'introduction à la démarche de recherche, la construction du TFE permet également de s'insérer dans une pratique professionnelle réflexive : un objectif qui fait lui même écho aux propos de Marie-Françoise Collière : « *retrouvons l'Art des pratiques en utilisant la science des écrits* »¹²².

Malgré tout, ce travail a pu tout de même être produit en nous « adaptant » aux conditions actuelles. Un bel exemple de l'adaptabilité dont nous devons faire preuve en tant qu'infirmier afin de produire un résultat avec les moyens qui sont à notre disposition.

122 COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2ème édition), p456

Conclusion :

Afin de mettre un point final à ce projet, nous pouvons mettre en avant quelques éléments de notre réflexion.

Tout d'abord, notre situation d'appel nous a permis de mettre en exergue trois concepts prépondérants : la doxa, le soignant et la relation de soin, ainsi qu'une problématique : « *Pourquoi la doxa permet-elle au soignant de se positionner lors d'une relation soignant-soigné qui se complexifie ?* ». Dans cette optique nous avons comparé divers articles de littérature à notre situation, il en émerge une première synthèse : la doxa peut servir de guide dans la réalisation des actes quotidiens et souder une équipe de travail (au sens large une institution). Cependant, étant vide de sens, elle peut amener à des relations stéréotypées et à mettre de côté des éléments du groupe de travail (en tant que mécanisme de défense). D'une autre manière, il faudrait donc mettre en valeur l'universitarisation des infirmières afin de se réapproprier une idéologie soignante et lui donner sens. Dans le cadre d'une relation soignant-soigné, il semble que, outre la doxa, l'atout de prévalence est la capacité d'adaptation des soignants. C'est ce qui nous a amené à produire un objectif général allant dans ce sens : « *Comprendre quels sont les moyens d'adaptation qu'un soignant met en place lorsqu'une relation soignant/soigné se complexifie* ». Cependant cette enquête n'a pas pu être réalisée pour causes sanitaires. Cela aurait pu nous amener à nous interroger, par exemple, sur l'Infirmier de Pratique Avancé, une nouvelle conception du métier d'infirmier qui prend sa place désormais dans les universités de France.

Enfin, ce travail nous aura permis de mettre en confrontation deux mondes: le travail en service et la démarche de recherche. Certes, il n'aura pas été possible de mener à bien l'enquête exploratoire, mais questionner sa propre pratique reste une manière de l'aborder. Ce travail m'aura permis, une dernière fois avant le grand bain, de me questionner intrinsèquement sur mon rôle de soignant et l'identité qui est propre à cette tâche. Rédiger ce mémoire m'aura conduit à penser aux choses du soin autrement, posément, en collaboration avec ma référente pédagogique.

Les grands thèmes du monde infirmiers me semblent aujourd'hui à la fois à portée de main et encore plus vastes qu'hier. Ce travail m'aura permis de comprendre mon rôle mais aussi de saisir la complexité du terme de « soin » : soigner comme un verbe d'action, mais un acte qui se pense.

Et c'est ainsi que l'on pourra clore cet essai en citant René Magnon : « *peut importe ce qu'est soigner, on peut dire que c'est une activité humaine dont on ne pourra jamais se passer.* »¹²³

123 MAGNON, René, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris : Masson, 2014 (3ème), p166

Tableau d'exclusion et d'inclusion des articles de recherche :

Base de données	Référence des articles retenus	Intérêt	Choix	
			Inclusion	Exclusion
UNIV-AMU	DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette, <i>Le métier d'infirmière en France</i> , Paris : Presse Universitaire de France, 2017 (7ème), 128 p	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvrage synthétique - Permet d'étudier les infirmières par le prisme historique et social. - Ouvrage axé sur la pratique infirmière en France (ou en Europe). 	<ul style="list-style-type: none"> - Les auteures sont des anciennes infirmières. - Propos référencé. - Nombreuses sources. 	
UNIV-AMU	COLLIÈRE, Marie-Françoise, <i>Promouvoir la vie</i> , Paris : Masson, 2014, 392 p	<ul style="list-style-type: none"> - Etudie le concept de soin en le liant à celui du soignant. 		<ul style="list-style-type: none"> - Propos actualisé dans son ouvrage « Soigner... Le premier art de la vie »
UNIV-AMU	COLLIÈRE, Marie-Françoise, <i>Soigner... Le premier art de la vie</i> , Paris : Masson, 2001 (2ème édition), 456 p	<ul style="list-style-type: none"> - Pose le « dilemme » de l'identité infirmière. - Permet de lier le concept de soignant à celui de doxa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auteure universitaire. - Nombreuses sources scientifiques. 	
UNIV-AMU	CURCHOD, Claude, <i>Relations soignants-soignés</i> , Paris : Masson, 2009, 212 p	<ul style="list-style-type: none"> - Explore le concept de relation soignant soigné en profondeur. - Notion de « patient difficile » dès les premières pages. - Fiches synthétiques au fur et à mesure de l'ouvrage. 	<ul style="list-style-type: none"> - Scientificité de la base de données. - Méthode de réflexion scientifique. 	
UNIV-AMU	MAGNON, René, <i>Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers</i> , Paris : Masson, 2014 (3ème), 205 p	<ul style="list-style-type: none"> - Combinaison du savoir-faire de l'auteur à son expérience d'enseignant. - Multiplication des prismes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auteur universitaire. - Aborde différents prismes : sociologique et historique. 	
UNIV-AMU	ABRIC, Jean-Claude, <i>Psychologie de la communication, Théories et méthodes</i> . Paris : Armand Colin, 1999, 206 p	<ul style="list-style-type: none"> - Prisme psychologique. - Ouvrage axé sur la communication. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auteur universitaire. - Prisme supplémentaire. 	
UNIV-AMU	WATSON, Jean, <i>Le Caring</i> , Paris : Seli Arislan, 1998, 320 p	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie de soin fondamentale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eclairage de la situation par cette théorie de soin. 	

Base de données	Référence des articles retenus	Intérêt	Choix	
			Inclusion	Exclusion
CAIRN	FORMARIER, Monique, La relation de soin, concepts et finalités, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2007, n°89, p33-42	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvrage de recherche infirmière. - Explication des différentes théories liées à la relation de soin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eclairage de notre situation. 	
EM-PREMIUM	BITAUD, Jean-Rémy, Le management responsable à l'hôpital, réaffirmer l'humain, <i>Soins cadres</i> , vol. 22, n°85, Pages 23-27	<ul style="list-style-type: none"> - Exploration du concept de doxa. - Prisme managerial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Notions pertinentes vis à vis de notre situation et du soin infirmier. 	
UNIV-AMU	SORSANA, Christine, <i>Psychologie des interactions socio-cognitives</i> . Paris : Armand Collin, 1999, 124 p	<ul style="list-style-type: none"> - Prisme psycho-social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Eclairage de la situation d'un point de vue psychologique. 	
EM-PREMIUM	FOSSÉ, Évelyne, PASCAL, Annie, Des soins infirmiers au service des soins de support, <i>Soins</i> , vol. 51, n°703, mars 2006, p 43-48			<ul style="list-style-type: none"> - Réflexion axée sur les soins de supports.
UNIV-AMU	MORDACQ, Catherine, <i>Pourquoi les infirmières?</i> , Paris, Le Centurion, 1972, 150 p	<ul style="list-style-type: none"> - Exploration de l'histoire des infirmières. - Ouvrage pédagogique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auteure universitaire. 	
UNIV-AMU	GOFFMAN, Erving, Stigmate. <i>Les usages sociaux des handicaps</i> , Paris : Éditions de Minuit, 1975, 176p	<ul style="list-style-type: none"> - Prisme social. - Ouvrage fondamental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auteur universitaire. - Éclairage de la situation avec un prisme différent. 	
CAIRN	CARA, Chantal, O'REILLEY, Louise, S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2008, vol. 4, n°95, P37 à 45	<ul style="list-style-type: none"> - Théorie de soin fondamentale. - Vulgarisation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Article proposant un exemple afin de comprendre la théorie de Jean Watson. - Comparaison avec d'autres théories de soins. 	

Base de données	Référence des articles retenus	Intérêt	Choix	
			Inclusion	Exclusion
CAIRN	MISPELBLOM BEIJER, Frederik, Les « parcours de vie coordonnées » : un oxymore ? Dangers et opportunités de la nouvelle doxa professionnelle pour le décloisonnement et la coopération, <i>Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social</i> , Paris : Champ Social, 2018, p165-178	<ul style="list-style-type: none"> - Terme de doxa présent dans le titre. - Ouvrage axé sur les affections de longues durées. 		Ouvrage axé sur la coordination et la logistique des soins.
UNIV-AMU	CORLEY, Mary, GORMAN, Martha, CLOR, and al., Development and evaluation of a moral distress scale, <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2001, 250 p	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvrage référencé dans d'autres articles lus. - Permettant une compréhension des autres ouvrages. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auteurs faisant partis du monde scientifique. - Démarche de recherche. 	
CAIRN	DALLAIRE, Clémence, GIGUÈRE, Jean-François, MISSI, Philomène-Marie, Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière?, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2018, vol. 3, n°134, p6 à 15	<ul style="list-style-type: none"> - Exploration des enjeux de la formation infirmières. - Questionnement sur l'idéologie infirmière. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auteurs anciennes infirmières. - Revue fondamentale en soins infirmiers. 	
CAIRN	JOVIC, Ljiljana, LECORDIER, Dider, Quel sens donner à l'universitarisation de la formation des infirmières, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2014, vol. 3, n°118, p 6	<ul style="list-style-type: none"> - Exploration sur la recherche infirmière. - Cadrage historique et suppositions sur le futur de la profession. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue fondamentale en soins infirmiers. - Réflexion sur la recherche infirmière et son importance dans l'appropriation d'un savoir être infirmier. 	

Base de données	Référence des articles retenus	Intérêt	Choix	
			Inclusion	Exclusion
CAIRN	JOVIC, Ljiljana, LECORDIER, Dider, POISSON Michel, et al. L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2014, vol. 4, n°119, p 8 à 40	<ul style="list-style-type: none"> - Exploration du thème de doxa à travers l'enseignement de soins infirmiers. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue fondamentale en soins infirmiers. - Réflexion sur les enjeux pédagogiques de la formation infirmière. 	
CAIRN	NOËL-HUREAUX, Elisabeth, Le care : un concept professionnel aux limites humaines?, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2015, vol. 3, n°122, P7 à 17	<ul style="list-style-type: none"> - Vulgarisation du « care ». - Travail sur les théories de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue fondamentale en soins infirmiers. - Exploration d'une théorie de soin fondamentale. - Comparaison à d'autres théories de soins. 	
CAIRN	ROBERTON, Geneviève, Pratiques évaluations en formation infirmière et compétences professionnelles, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2006, vol.4, n°87, p25 à 56	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvrage explorant les compétences infirmières dans le soin. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue fondamentale en soins infirmiers. - Prisme pertinent pour l'éclairage de notre situation. 	
CAIRN	SEFERDJELI, Laurence, TERRANEO, Fabienne, Comprendre le travail de soins à l'hôpital Laurence, <i>Recherche en soins infirmiers</i> , 2015, vol.1, n° 120, pages 6 à 22	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvrage sur les relations de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Revue fondamentale en soins infirmiers. - Prisme managérial. 	

Autorisation de mise en ligne :

Autorisation de mise en ligne dans la banque de données des travaux de fin d'étude l'Institut de formation en Soins Infirmiers Saint-Joseph/croix rouge, pour une période ne pouvant excéder 5 ans.

Région



Provence-Alpes-Côte d'Azur



TITRE DU TRAVAIL ÉCRIT : LA DOXA SOIGNANTE ET LA RELATION DE SOIN

VILLANUEVA-LUCIANI Lucca, Pierre-Cécil :

Donne mon accord pour une diffusion :

Du travail écrit « La doxa soignante et la relation de soin » dans sa totalité :

OUI NON

Date : 29/04/2021

Signature de l'étudiant(e) :

Bibliographie :

Ouvrages :

- ABRIC, Jean-Claude, *Psychologie de la communication, Théories et méthodes*. Paris : Armand Colin, 1999, 206 p
- BARBERY, Muriel, *La vie des Elfes*, Paris : Gallimard, 2015, 298p
- BARTHES, Roland, *Mythologies*, Paris : Éditions Points, 2014
- COLLIÈRE, Marie-Françoise, *Soigner... Le premier art de la vie*, Paris : Masson, 2001 (2ème édition), 456 p
- CURCHOD, Claude, *Relations soignants-soignés*, Paris : Masson, 2009, 212 p
- DUBOYS FRESNEY, Catherine, PERRIN, Georgette, *Le métier d'infirmière en France*, Paris : Presse Universitaire de France, 2017 (7ème), 128 p
- GOFFMAN, Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris : Éditions de Minuit, 1975, 176p
- MAGNON, René, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Paris : Masson, 2014 (3ème), 205 p
- MORDACQ, Catherine, *Pourquoi les infirmières?*, Paris, Le Centurion, 1972, 150 p
- MUCCHIELLI, Alex, *L'identité*, Paris : Presse Universitaire de France, 2013 (9ème), 128 p
- SORSANA, Christine, *Psychologie des interactions socio-cognitives*. Paris : Armand Collin, 1999, 124 p
- WATSON, Jean, *Le Caring*, Paris : Seli Arslan, 1998, 320 p

Articles :

- FORMARIER, Monique, La relation de soin, concepts et finalités, *Recherche en soins infirmiers*, 2007, n°89, p33-42
- CORLEY, Mary, GORMAN, Martha, CLOR, and al., Development and evaluation of a moral distress scale, *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 250 p

Supports de cours imprimés :

- LEPOLLES, Monique, *UE 1.3 : Législation éthique et déontologie : Législation professionnelle*, Marseille : IFSI CROIX ROUGE, 2019, 40 p
- TANTI HARDOUIN, Nicolas, *Introduction à la Santé Publique*, Marseille : Institut de formation Saint-Joseph Croix-Rouge française, 2019, 5 p

Références électroniques :

Articles en ligne :

- BITAUD, Jean-Rémy, Le management responsable à l'hôpital, réaffirmer l'humain [en ligne], *Soins cadres*, vol. 22, n°85, Pages 23-27, En ligne sur : <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/785305/resultatrecherche/3> [Consulté le 17/04/21]
- CARA, Chantal, O'REILLEY, Louise, S'appropriier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique, *Recherche en soins infirmiers*, 2008, vol. 4, n°95, P37 à 45, En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-37.htm> [Consulté le 21/04/2021]
- DALLAIRE, Clémence, GIGUÈRE, Jean-François, MISSI, Philomène-Marie, Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière?, *Recherche en soins infirmiers*, 2018, vol. 3, n°134, p6 à 15, En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2018-3-page-6.htm> [Consulté le 04/05/2021]
- JOVIC, Ljiljana, LECORDIER, Dider, Quel sens donner à l'universitarisation de la formation des infirmières, *Recherche en soins infirmiers*, 2014, vol. 3, n°118, p 6, En ligne sur : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-6.htm> [Consulté le 18/04/2021]
- JOVIC, Ljiljana, LECORDIER, Dider, POISSON Michel, et al. L'enseignement des sciences infirmières en France : contenus et stratégies, *Recherche en soins infirmiers*, 2014, vol. 4, n°119, p 8 à 40, En ligne sur : <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-4-page-8.htm> [Consulté le 18/04/2021]
- NOËL-HUREAUX, Elisabeth, Le care : un concept professionnel aux limites humaines?, *Recherche en soins infirmiers*, 2015, vol. 3, n°122, P7 à 17, En ligne sur : [https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-7.htm#:~:text=Pour%20Walter%20Hesbeen%2C%20%2C%20%2C%20%2C%20cette%20distinction,pens%C3%A9e%20disjonctive%20%2C%20%2C%20%20\(9\)](https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-7.htm#:~:text=Pour%20Walter%20Hesbeen%2C%20%2C%20%2C%20%2C%20cette%20distinction,pens%C3%A9e%20disjonctive%20%2C%20%2C%20%20(9)) [Consulté le 04/05/2021]
- ROBERTON, Geneviève, Pratiques évaluations en formation infirmière et compétences professionnelles, *Recherche en soins infirmiers*, 2006, vol.4, n°87, p25 à 56, En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-4-page-25.htm> [Consulté le 06/05/2021]
- SEFERDJELI, Laurence, TERRANEO, Fabienne, Comprendre le travail de soins à l'hôpital Laurence, *Recherche en soins infirmiers*, 2015, vol.1, n° 120, pages 6 à 22, En ligne sur : <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-1-page-6.htm> [Consulté le 04/05/2021]

Sites internet :

- LEGIFRANCE. Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier [en ligne], Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/> [Consulté le 18/04/2021]
- OMS, Soignant [en ligne], Disponible sur : https://www.who.int/topics/health_workforce/fr/ [Consulté le 06/05/2021]
- ORDRE INFIRMIER. Code déontologique [en ligne]. Disponible sur : https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf [Consulté le 04/05/2021]

Lexique :

- AMU : Aix-Marseille Université
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ESI : Étudiant en Soins Infirmiers
- IDE : Infirmier Diplômé d'État
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- UE : Unité d'Enseignement

**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIALE PACA &
CORSE**

INSTITUT DE FORMATION

SAINT JOSEPH CROIX-ROUGE FRANÇAISE

208 boulevard Chave – 13005 MARSEILLE

☎ : 04.91.47.28.02 ☎ : 04.96.12.53.98

@ : ifsi.marseille@croix-rouge.fr



Année scolaire : 2020-2021

Session : 1

Compétence : 7 / 8

UE : 3.4 / 5.6 / 6.2

VILLANUEVA-LUCIANI Lucca

La doxa soignante et la relation de soin

À travers l'étude d'une situation et en s'appuyant sur la méthodologie du travail de fin d'étude, ce mémoire propose une réflexion sur la *doxa* soignante lorsqu'une relation de soin se complexifie. Après l'étude d'une situation de soin, nous avons produit une problématique, qui nous a permis de décliner notre réflexion en trois étapes. Ces trois étapes se centrent autour de trois concepts: le soignant, la doxa, la relation de soin.

À l'issue d'une synthèse de lecture, celle-ci nous a permis de produire une rupture épistémologique. Ainsi l'adaptabilité soignante est devenu un axe nécessaire à intégrer dans la recherche sur le terrain. Une enquête, présentée sous forme d'un entretien semi-directif, a été menée afin de comparer les données théoriques et celles émanant du terrain. Notre conclusion nous a donc conduit à tisser des liens entre cette réflexion académique et son application sur le terrain.

Mots-clés : doxa, soignant, relation de soin, adaptation, identité soignante

The nurse's doxa and the healthcare relationship

Through the study of a situation and based on the methodology of the essay, this work offers a reflection on the nursing *doxa* when an healthcare relationship becomes complicated. After studying an healthcare situation, I came up with a problematic which led me to build my reflection around three steps. These three steps focus on the nurse, the *doxa* and the healthcare relationship.

After a review of various readings, this allowed me to produce an epistemological break. Therefore adaptability as a nurse became an essential point to include into my research on the working place. A study, presented under the shape of a semi-directive interview, was led in order to compare theoretical data and data coming from the working place.

Our conclusion led us to make links between the academical reflection and its application to the working place.

Keywords : doxa, nurse, healthcare relationship, adaptibility, caregiver's identity