HAL
open science

Expérience du geste intracorporel : l'expérience des infirmières en interaction avec un malade dans le cadre d'un soin prescrit

Cécile Pouteau

To cite this version:

Cécile Pouteau. Expérience du geste intracorporel : l'expérience des infirmières en interaction avec un malade dans le cadre d'un soin prescrit. Psychologie et comportements. Conservatoire national des arts et metiers - CNAM, 2018. Français. NNT : 2018CNAM1212 . tel-02018809

HAL Id: tel-02018809

https://theses.hal.science/tel-02018809

Submitted on 14 Feb 2019

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

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

le cnam

ÉCOLE DOCTORALE ABBE GREGOIRE

Centre de recherche sur la formation

THÈSE présentée par :

Cécile Pouteau

soutenue le : **18 Décembre 2018**

pour obtenir le grade de : **Docteur du Conservatoire National des Arts et Métiers**

Discipline/ Spécialité : Sciences de l'éducation/ Formation des adultes

Expérience du geste intracorporel

L'expérience des infirmières en interaction avec un malade dans le cadre d'un soin prescrit

THÈSE dirigée par :

Monsieur OBERTELLI Patrick	Professeur Emérite, CentraleSupelec, Chercheur Crf-Cnam

PRESIDENTE :

Mme TOURETTE-TURGIS Catherine	Professeure, Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, Membre associé Crf-Cnam

RAPPORTEURS :

Monsieur ARDOUIN Thierry	Professeur, Université de Rouen Normandie
Monsieur NIEWIADOMSKI Christophe	Professeur, Université de Lille III

AUTRES MEMBRES DU JURY :

Mme HABEREY-KNUESSI Véronique	Examinatrice, Professeure, Haute Ecole de Santé de Neuchatel, Suisse, Membre associé Crf-Cnam

«Il s'agit de penser pour panser, et réciproquement ».

Bernadette Jayet-Dauphiné

Remerciements

Une thèse, c'est un parcours qui permet de rencontrer des auteurs, des acteurs et soi. C'est un défi personnel qui murit dans le regard des autres. Cela s'accompagne de doutes, de remises en question et de confrontations en divers points de vue. Il s'agit bien d'une réflexion qui restera inachevée mais qui doit clôturer un cycle. Pour venir au monde, elle a besoin d'être interrogée, développée et planifiée.

Cette chance, je la dois d'abord à Patrick Obertelli qui, depuis cinq ans, me guide dans mes travaux de recherche avec enthousiasme et confiance, acceptant de me suivre sur des chemins personnels et instinctifs. Merci pour l'exigence, les conseils théoriques et méthodologiques mais aussi cette liberté qui m'a été offerte avec respect et une certaine affection.

Je remercie également tous les professeurs et mes collègues associés présents aux différents séminaires doctoraux, sans cesse en ébullition, dans le débat et la critique constructive pour mieux appréhender la complexité de mon thème et ceux qui ont accepté de me relire.

Rien n'aurait été possible sans la grande disponibilité et la confiance que m'ont accordées tous les participants à cette recherche, à qui je dédie ce travail. Je le dédie également à l'ensemble des soignants et malades chroniques que j'ai eu plaisir à accompagner et qui m'ont tout autant appris.

La part la plus intime de mes remerciements s'adresse à mes amis qui ont su m'encourager, entendre mes doutes, faire preuve de patience et accompagner cette longue gestation parfois tard la nuit et plus particulièrement Claire et mes trois comparses d'Alliance éducative.

Je terminerai par un vibrant merci à toute ma famille, mes filles, ma mère et mon mari pour leur travail de relecture et pour leur bienveillance, leur souci de me voir aboutir et d'avoir veillé à notre équilibre de vie, surtout pendant les vacances et en cette fin d'année.

Merci vraiment à tous pour votre présence.

Résumé

Cette recherche porte sur les activités mentales réalisées lors d'un geste intracorporel d'une infirmière sur un malade. Il s'agit de comprendre ce qui l'encourage à rendre objet le corps de ce dernier alors que les nouvelles pédagogies prônent de rendre le malade acteur de ses soins. Qu'est-ce qui la pousse à agir d'une manière qui pourrait être considérée comme non empathique ? Cette étude vise à caractériser le cheminement intellectuel qu'impose ce geste en termes d'opérationnalité et de motivation à agir afin de résoudre les tensions entre ce que les infirmières pensent devoir faire au regard de leur prescription médicale et des recommandations professionnelles, mais aussi ce qu'elles peuvent réellement faire en situation. La formulation de trois hypothèses a porté sur la nécessité de planifier le geste dès la lecture de la prescription, la nécessité de rentrer dans une bulle de simplicité et d'autohypnose lors de l'intrusion ainsi que la constitution d'une micro-culture du geste inconsciente, par l'immersion dans différents services et l'apprentissage de différentes activités. Les cadres théoriques principaux mobilisés sont les travaux sur les niveaux de contrôle et de régulation des activités mentales réalisés par Richard (2004) et les travaux sur la motivation de Fenouillet (2016). La méthodologie choisie est d'orientation compréhensive et qualitative. Les données sont recueillies par entretien d'explicitation et par entretien semi-directifs. Les données sont traitées par analyse thématique (Bardin, 2011). Les résultats obtenus permettent d'identifier une dimension intrapsychique relationnelle du geste intracorporel composée d'activités d'auto-centration et d'inhibition peu conscientes, favorisant l'intervention sur autrui, malgré les dissonances cognitives et affectives qu'elle provoque.

Mots-clés : éducation thérapeutique du patient ; geste professionnel intracorporel ; intervention sur autrui ; micro-culture d'un geste ; activités mentales des infirmières ; identité professionnelle ; identité collective des infirmières ; réification ; travail émotionnel ; auto-centration ; inhibition.

Résumé en anglais

This thesis is all about the mental activities realized during an invasive gesture of a nurse on a patient. It deals with the question what makes the nurse to consider as an object the patient's body whereas the new pedagogies advocate turning a sick person actor of his own care.
What urges her to act in a way which could be commonly considered as not empathic? The aim of this study is to characterize the intellectual path imposed by this gesture in terms of operational effectiveness and motivation to act.
It also highlights the gap, the tensions between what the nurses think they have to do - with regards to their prescription and professional recommendations - and what they really can do in situation.
Three hypotheses were formulated, it concerns :

- The necessity to plan the gesture from prescription whereas the latter would come true in an uncertain environment,
- The need to get in a bubble of simplicity and autohypnosis during the intrusion,
- As well as the constitution of an unconscious microculture of the gesture, by the dumping in various services and the learning of various activities.

The main references used as theoretical frames are Richard's work on the levels of control and regulation of the mental activities (2004) and the works on motivation theories written by Fenouillet (2016). The observations were realized using two interview approaches : explicitness and the semi-directive method. The chosen methodology leans on a qualitative and comprehensive approach mainly based on a thematic analysis of contents (Bardin, 2011). A quantitative method, supported by the software SurveyMonkey, completes it. The results of this research allow identifying an intrapsychical dimension linked to the intracorporel gesture. It composes itself of little conscious activities of autocentration and inhibition. It fosters the intervention on others despite the cognitive and emotional dissonances produced.

Keywords : patient education ; professional intracorporel gesture ; intervention on others ; microculture of a gesture ; movement mental activities of the nurses ; professional identity ; collective identity of the nurses ; reification ; emotional work ; automobile-centration ; inhibition.

Table des matières

Remerciements 4
Résumé 5
Résumé en anglais 6
Table des matières 7
Liste des tableaux 11
Liste des figures 12
Liste des sigles 13
Liste des annexes (présentées dans un autre volume) 14

INTRODUCTION 15
Genèse du questionnement et agencement du rapport de thèse 16
1. PREMIERE PARTIE : LA DEMARCHE ET LES ENJEUX DE LA RECHERCHE 20
1.1 L'origine de ma question de recherche 21
1.2 Les enjeux de la recherche 27
1.2.1 Enjeux socioprofessionnels et théoriques de la recherche 27
1.2.2 Enjeux scientifiques de la recherche 32
1.2.3 Enjeux personnels de la recherche 38
2. SECONDE PARTIE : DELIMITATION DE L'INTITULE DE LA THESE 39
2.1 Pourquoi choisir le terme d'expérience ? 41
2.1.1 Le vécu 41
2.1.2 L'expérience 41
2.1.3 L'apprentissage 44
2.2 Le soin en interaction 48
2.2.1 L'interaction avec un malade 48
2.2.2 L'interaction dans un environnement 49
2.2.2.1 Les dimensions sociales, culturelles et institutionnelles du soin 49
2.2.2.2 Les dimensions didactiques du métier 54
2.2.2.3 Les dimensions subjectives et expérientielles 60
2.3 Le geste de soin intracorporel 65
2.3.1 Un geste professionnel 65
2.3.2 Les techniques infirmières 67
2.4 Une intervention intracorporelle sur autrui 70
2.4.1 Le corps humain comme présence pour soi et pour le monde 70
2.4.1.1 Le corps comme présence au monde 72
2.4.1.2 Le corps comme interlocuteur pour soi 73
2.4.1.3 Le toucher 75
2.4.2 L'effraction 77
2.5 Un soin prescrit 82
2.5.1 La prescription 83
2.5.2 La réalité du soin 84
2.5.3 L'économie dans le soin 86

3. TROISIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES 89
3.1 Problématique 90
3.2 Hypothèses 95
4. QUATRIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE RELATIF A L'ENVIRONNEMENT SCIENTIFIQUE DES HYPOTHESES 96
4.1 Les activités mentales des infirmières 98
4.1.1 Les phases et les logiques d'une action 99
4.1.2 La granularité d'une action au-delà de la conscience 102
4.2 – La préparation mentale des infirmières 105
4.2.1 La planification 105
4.2.2 La particularisation 108
4.3 Les mécanismes d'autorégulation 111
4.3.1 La prise de conscience 111
4.3.2 L'abstraction réfléchissante 112
4.3.3 Les types de régulations 113
4.4 La priorisation des tâches 117
4.4.1 La satisfaction et la perception de résultats 119
4.4.2 Le contrôle de l'action 120
4.4.3 La gestion du temps 121
4.4.4 La gestion de l'incertitude et des risques 122
4.4.5 La gestion des émotions 125
4.4.6 La recherche d'un équilibre 128
4.5 Les niveaux de contrôle de l'activité 132
4.5.1 Les automatismes 134
4.5.2 Les conflits de routines 136
4.5.3 Les facteurs éliminant les routines 137
4.6 L'attention sélective 139
4.6.1 Une nécessaire sélection d'informations 139
4.6.2 Les affordances ou stimuli 141
4.6.3 Le langage interne 143
4.7 – L'isolement de l'attention 149
4.7.1 L'économie de soi 151
4.7.2 Les bulles de simplicité 153
4.7.3 L'intuition 154
4.8 – Les micro-cultures du geste intracorporel 159
4.8.1 La construction de normes implicites contextuelles 159
4.8.2 La réalisation d'un geste sur-mesure 162
5. CINQUIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE RECHERCHE 165
5.1 Perspective épistémologique et démarche de recherche 166
5.1.1 Une approche d'inspiration phénoménologique 166
5.1.2 La question de la subjectivité de la chercheure 167
5.2 Cadre méthodologique 172
5.2.1 Une recherche qualitative hypothético-déductive et inductive 172
5.2.1.1 L'analyse de discours comme support de la prise en compte de la complexité du phénomène étudié 173
5.2.1.2 Une démarche à visée compréhensive 175

5.2.2 Le mode de recueil de données *176*
5.2.2.1 Le choix de deux types d'entretien : explicitation et semi-directif individuel à visée explicative 178
5.2.2.2 Les conditions d'interview des infirmières 181
5.2.3 Constitution et présentation de notre échantillonnage *183*
5.2.3.1 Les sujets interviewés 183
5.2.3.2 Les difficultés rencontrées 186
5.2.4 Le mode d'analyse des données *187*
5.2.4.1 Analyse de contenu 188
5.2.4.2 Proposition d'un traitement statistique des données 192

6. SIXIEME PARTIE : NOS RESULTATS DE RECHERCHE 194

6.1 L'apprentissage du métier d'infirmière 196
6.1.1 Une profession consentie mais un rôle social ambivalent *196*
6.1.1.1 Une envie commune d'aider 196
6.1.1.2 Des profils professionnels variés 197
6.1.1.3 Un certain regard sur le rôle du patient 200
6.1.1.4 Des objectifs similaires 201
6.1.2 Un travail en équipe *204*
6.1.2.1 Une réassurance 204
6.1.2.2 Une modalité d'apprentissages et de partage 207
6.1.2.3 Un lieu de prise d'autonomie et de responsabilité 210
6.1.2.4 Une reconnaissance 211
6.1.2.5 Une réaffirmation de ses valeurs 212
6.1.3 Un métier d'expériences singulières *213*

6.2 Du passage d'un geste prescrit à la réalisation d'un geste sur mesure 219
6.2.1 La tournée des soins *219*
6.2.2 A la lecture de la prescription *220*
6.2.3 La préparation du matériel médical *224*
6.2.4 La rencontre avec le malade *225*
6.2.5 Le coup d'œil de l'infirmière *229*
6.2.6 Un tour de main *233*
6.2.7 Des routines à l'art de la bricole *237*

6.3 Un équilibre entre prendre soin de l'autre et prendre soin de soi 241
6.3.1 S'imaginer ce que peut penser ou vivre le malade *241*
6.3.2 Faire face à ses dissonances *244*
6.3.3 Agir sur le malade et l'environnement *247*
6.3.4 Agir sur soi *251*

7. SEPTIEME PARTIE : INTERPRETATION ET PERSPECTIVES 258

7.1 Les étapes de planification et de réalisation d'un geste intracorporel 260

7.2 Le professionnalisme des infirmières 268
7.2.1 Le rôle d'une infirmière *268*
7.2.1.1 Un équilibre entre identité collective et identité personnelle 269
7.2.1.2 Une identité gestuelle et langagière 272
7.2.1.3 Une multiplicité de postes avec des tâches invisibles 274
7.2.2 Les identités professionnelles négociées *275*

7.3 Les compromis nécessaires pour faire face à la réalité de terrain 278
7.3.1 Les contradictions et dissonances dans les tâches communes des infirmières *280*
7.3.1.1 La hiérarchisation des tâches dans un temps limité 280

7.3.1.2 La qualité des soins : une représentation sociale et personnelle 287
7.3.1.3 L'ébranlement de la confiance systémique 291
7.3.2 La création d'un co-construit de confiance 295
7.3.3 La recherche d'une coopération efficace 297
7.3.4 La circulation et le partage d'informations 301

7.4 Les dimensions en intériorité d'un geste intracorporel sur autrui 304
7.4.1 Les caractéristiques intrinsèques d'un geste intracorporel 304
7.4.1.1 Un geste situé 304
7.4.1.2 Un geste unique 305
7.4.1.3 Un geste intuitif 307
7.4.1.4 Un geste contraint 308
7.4.1.5 Un geste étiqueté 309
7.4.1.6 Un geste risqué et incertain 310
7.4.1.7 Un geste éthique 310
7.4.1.8 Un geste du toucher émouvant 313
7.4.2 Une activité sur soi avant d'être une activité sur autrui 315
7.4.2.1 Un geste à tâches contradictoires 315
7.4.2.2 Un geste postural 315
7.4.2.3 Des gestes de régulation 318
7.4.2.3 Des gestes d'inhibition et de travail sur soi 320

7.5 Applications opérationnelles de ces travaux de recherche 324
7.5.1 Questionner les priorités de buts 324
7.5.2 Questionner les traits critiques de professionnalité 326
7.5.3 Instaurer un nouveau cadre didactique entre l'infirmière et le malade 330
7.5.4 Développer l'analyse de pratiques 331
7.5.5 Conforter l'utilisation de l'intuition 333

7.6 Conclusion 334

BIBLIOGRAPHIE 347

Liste des tableaux

Tableau 1 Construction de notre protocole de recherche 176

Tableau 2 Les dimensions d'un geste intracorporel 266

Liste des figures

Figure 1 Tensions de l'agir professionnel en situation d'intervention sur autrui.....92

Figure 2 Les phases et les logiques d'une action.....101

Figure 3 Les niveaux d'actions…….....103

Figure 4 Thèmes identifiés dans le discours des infirmières…….....191

Figure 5 Activités pré-actionnelles de l'infirmière lors de la préparation
de son geste intracorporel...…….…….....258

Figure 6 : Activités actionnelles de l'infirmière lors de la préparation
de son geste intracorporel...…….…….....263

Figure 7 : Les dimensions en intériorité d'un geste intracorporel sur autrui…...……..... 264

Liste des sigles

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé

Cnam : Conservatoire national des arts et métiers

Crf : Centre de recherche sur la formation

CSI : Cognitive Style Index

CSP : Code de Santé Publique

DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : Diplôme universitaire

EPHAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes

ETED : Emploi Type Étudié dans sa Dynamique

ETP : Education thérapeutique du patient

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IPA : Infirmière de Pratiques Avancées

HAS : Haute Autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

HPST : Hôpitaux-Patient-Santé-Territoire

LMD : Licence Master Doctorat

MBTI : Myers Briggs Type Indicator

OFCP : Œuvres conçues à des fins pédagogiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PNL : Programme neurolinguistique

RC : Raisonnement clinique

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

TMS : Troubles musculosquelettiques

TOTE : Test-Operation-Test-Exit

Liste des annexes (présentées dans un autre volume)

Annexe 1 Textes réglementaires sur l'activité des infirmières

Annexe 2 Tableau de décryptage des entretiens sur le geste intracorporel

Annexe 3 Résultats globaux de l'étude qualitative

INTRODUCTION

Genèse du questionnement et agencement du rapport de thèse

Afin de présenter ce travail de thèse, nous souhaitons exposer dans un premier temps la genèse de notre recherche et dans un second temps, son plan à travers les différentes parties qui le compose.
Cette recherche porte sur deux points : la profession d'infirmière et le geste invasif qu'elle réalise sur un malade.

- **Genèse du questionnement**

Avant d'aborder le plan, nous présenterons ce qui nous a poussé à entreprendre une thèse et la genèse de notre questionnement.
Nos recherches, dans le cadre de notre Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées - DESS - Management des entreprises du secteur de la santé et de notre Master d'Education Thérapeutique du Patient – ETP – ont enclenché ce goût pour la recherche qualitative jusqu'à l'objet de notre recherche actuelle. Notre rencontre avec Catherine Tourette-Turgis a également été un facteur décisif dans le commencement de cette thèse. Elle nous a permis de rencontrer les chercheurs au sein du centre de recherche sur la formation – CRF – qui faisait écho avec notre Master et notre activité professionnelle. Cela nous a autorisé à l'éventualité de poursuivre nos études et des activités de recherche dans le cadre d'un doctorat.

Néanmoins, réaliser un tel parcours dans le cadre de la formation continue tout en poursuivant notre activité professionnelle, ne peut être assimilé à une seule rencontre de circonstances.
Cet engagement temporel, affectif et pécuniaire tient aussi à une motivation, un intérêt essentiel qui s'inscrit dans notre histoire, qui se nourrit de notre vie personnelle et professionnelle. Il est soutenu par une logique qui nous est propre, pas nécessairement comprise par nos proches.

Tout est parti d'un intérêt personnel pour favoriser les relations entre les personnes. Petit à petit, nos choix professionnels se sont orientés vers des métiers tournés vers autrui, en tant que chargée de mission favorisant la mise en œuvre de coordination entre professionnels de

santé, l'accompagnement de soignants envers les malades puis formatrice. Ils ont renforcé ce goût et cet intérêt pour tout ce qui touche à la relation, à la communication entre soignant-malade et ce qui favorise le changement ou au contraire l'en empêche.

La rédaction d'une thèse est également arrivée dans une phase de notre vie où nous avions besoin d'un nouveau projet personnel, un challenge qui nous sorte de notre quotidien et de notre routine, et notamment du deuil d'un troisième enfant dont nous avions rêvé.

D'autre part, en tant que formatrice en éducation thérapeutique, cette thèse nous permet de poursuivre les réflexions que nous avons pu entamer dans le cadre de notre master sur la posture éducative du soignant et ses limites, de continuer à nous former et d'échanger avec d'autres acteurs en sciences humaines. N'étant pas une professionnelle de santé, c'est également pour nous l'occasion de rester en contact direct avec les malades et de travailler notre propre posture d'accompagnant. Or selon nous, le formateur est aussi quelqu'un qui invente sans cesse son métier, tel un artisan à la recherche d'une meilleure compréhension de la réalité du terrain, et ce afin de l'utiliser dans son accompagnement auprès des soignants.

Nous avons également toujours exercé notre activité de formatrice comme un « praticien braconneur » (Delamotte, Gippet, Jorro & Penloup, 2000) se refusant d'exécuter un référentiel d'objectifs pédagogiques complexes et idéaux mais en favorisant le conflit cognitif pluriprofessionnel et la mise en situation. Les solutions doivent venir des acteurs eux-mêmes au regard de leur environnement. Ce travail de thèse nous permet de faire de même avec nous-même.

Le produit final que nous allons vous présenter correspond à la trame imposée par l'Ecole doctorale. Cependant, il a été rédigé sur plusieurs années par fragments au fil de nos échanges avec les différents acteurs présentés dans les remerciements et nos hypothèses, puis rectifié pour favoriser sa lecture et sa compréhension auprès des futurs lecteurs.

- **Plan d'exposition**

Ce document est structuré de la manière suivante.

Une première partie permet de saisir la démarche de notre recherche (chapitre 1.1) et les enjeux sociaux, scientifiques et personnels de la recherche (chapitre 1.2) auxquels ce travail pourra apporter des éclaircissements.

Une deuxième partie est consacrée à délimiter l'intitulé de notre thèse. Il s'agit plus particulièrement d'identifier ce que signifie l'expérience d'une infirmière en interaction avec un malade lors d'un geste intracorporel réalisé dans le cadre d'un soin prescrit, dans laquelle s'inscrit notre objet de recherche. Nous explorons les facteurs que les infirmières repèrent pour caractériser leurs activités et les effets que cela peut engendrer sur leur perception de ce soin. Cette mise en contexte a pour but d'aider le lecteur à comprendre d'une part notre démarche avec nos questionnements et d'autre part, le positionnement des acteurs figurant dans notre matériau.

Dans une troisième partie, nous exposons notre problématique et les hypothèses qui sous-tendent notre recherche.

Une quatrième partie est dédiée au dispositif méthodologique. Nous présentons notre cadre épistémologique et méthodologique à partir duquel l'investigation a été menée : la phase exploratoire de recherche, son déroulement avec le recueil de données et leur analyse.

Une cinquième partie permet de présenter les résultats de l'étude obtenus lors du recueil de données.

La sixième partie permet d'identifier ce que ces résultats nous apprennent, ou ce qu'ils confirment, dans une continuité vis-à-vis des observations et des hypothèses proposées, concernant la profession d'infirmière et les raisons que les infirmières donnent à leurs gestes invasifs. Nous mettons aussi en exergue les traits principaux de notre cadre d'analyse et les perspectives dans une application réelle mais aussi éventuellement les limites.

Une conclusion est rédigée pour rappeler les éléments saillants découverts dans notre recherche et ce qu'ils nous apprennent au regard de notre problématique et de nos hypothèses.

Cette recherche est présentée sous la forme de deux volumes. Le premier est consacré au corps même de la thèse distribuée en six parties présentées plus haut. Des synthèses générales de chapitre valorisées par des encadrés et des synthèses de paragraphes en gras sont

également proposées pour faciliter la compréhension. Un second volume rassemble l'ensemble des annexes mises à la disposition du lecteur.

1. PREMIERE PARTIE : LA DEMARCHE ET LES ENJEUX DE LA RECHERCHE

1.1 L'origine de ma question de recherche

En tant que formatrice en Éducation Thérapeutique du Patient – ETP –, nous avons le plaisir d'accompagner des soignants et des patients dans l'analyse de leurs pratiques et la mise en place des conditions nécessaires à l'instauration d'un programme d'éducation thérapeutique dans leurs structures (service hospitalier, clinique, maison de retraite, association, maison de santé…) ou lors d'une activité libérale.

Ainsi, les programmes d'éducation thérapeutique, préconisés par la loi du 21 juillet 2009, et les référentiels de formation LMD – Licence – Master – Doctorat – pour les acteurs de santé, invitent les soignants à réfléchir à leur rôle et à leur posture lorsqu'ils accompagnent les malades chroniques afin que ces derniers soient davantage « sujets de leurs soins » et par voie de conséquence, à modifier leurs pratiques professionnelles, notamment par plus d'écoute active et d'empathie dans le cadre de l'apprentissage du raisonnement clinique. Le raisonnement clinique est défini comme « *une démarche systématique qui intègre et met en lien, à partir d'un examen physique et d'une écoute active, les signes et les symptômes recueillis, permet l'élaboration d'hypothèses de problèmes de santé réels ou potentiels et d'hypothèses de réactions humaines physiques et comportementales réelles ou potentielles, cette démarche se terminant par la validation de l'hypothèse la plus probable* » (2012, Psiuk, p. 18).

L'idée est notamment que l'acte de soin reste un acte de sens et que les soignants ne se transforment pas en « *en distributeurs d'actes de soins* » (Hesbeen, 2009, p. 42). Le malade n'est pas uniquement le support matériel d'une affection pathologique que le soin s'attacherait à guérir. Il est avant tout une personne. Et parce qu'il est une personne, il ne peut y avoir des soins techniques d'un côté et des soins relationnels de l'autre. La qualité du soin passe par une personnalisation des soins et la nécessité de prendre en compte « *l'écart entre la théorie de la maladie du médecin (ou de l'infirmière) et celle du malade* » (Psiuk, 2012, p. 18).

Dans les recommandations, cette posture et cette relation avec les malades ont notamment pour objet, outre l'observance thérapeutique, « *de les rendre plus autonomes par l'appropriation de savoirs et de compétences psychosociales avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par eux et d'être capable d'adapter leur traitement à leur vie quotidienne* » (Saout, Charbonnel, Bertrand, 2008). L'éducation thérapeutique encourage ainsi une mutualisation des deux activités du soin. Se pose néanmoins la question de savoir

dans quelles conditions peut être réalisée cette prise en charge globale du malade. Pour ce qui concerne l'ETP, deux types distincts d'approche se confrontent :

- une approche par activité, considérant l'ETP comme une pratique supplémentaire qui s'ajoute au quotidien, résumée dans « le soin d'éducation » et qui se fait en dehors des soins techniques du malade lorsque le soignant prend le temps de le faire ou si son référent lui octroie un temps dédié dans son planning pour le réaliser.
- une approche plus holistique considérant que la posture du soignant, quel que soit le soin réalisé, représente une source d'apprentissage pour le patient et le soignant. L'ETP peut être réalisée à tout moment, dans toutes les activités de soin en présence du malade (Sandrin, 2013).

En abordant ces différents concepts, nous instaurons un conflit cognitif important auprès des acteurs que nous formons. Il permet d'identifier les paradigmes sur lesquels les soignants assoient leurs pratiques et les difficultés auxquelles ils doivent faire face dans leur quotidien. Certaines semblent être des obstacles dans l'instauration de l'éducation thérapeutique.

Ainsi, beaucoup de professionnels de santé dans leur discours distinguent les activités techniques des activités relationnelles. Ces activités conditionnent souvent leur parcours au sein du système de santé. Ils expriment volontiers s'ils se sentent mieux dans l'une ou l'autre des activités. Certains soignants déclarent préférer la partie technique du soin : « *Une approche technicienne de la profession, associée à des préoccupations centrées sur la tâche semble favorisée* » (Psiuk, 2012, p. 19). De par nos expériences au sein des services, nous percevons que cette approche est favorisée par une réelle culture technologique où seuls les résultats des examens et la catégorie du « faire » modèlent petit à petit le rapport entre le soignant et le soigné. C'est d'ailleurs souvent la technique au détriment de l'écoute des besoins et priorités des malades qui est évaluée dans la formation initiale des soignants et qui de fait est valorisée. Dans un tel contexte, et face aux difficultés organisationnelles, ce mode de prise en charge du malade devient largement dominant : celui du « faire », voire du « faire à la place du malade » pour aller plus vite, renforce la dimension du « technique ».

Nous percevons également que comme toute profession, les soignants doivent tenir compte des évolutions majeures observées ces 20 dernières années, et notamment :

- le développement du droit des patients, ces derniers étant par ailleurs de plus en plus exigeants, de mieux en mieux informés, et désirant des relations de proximité mais aussi des services de qualité ;
- l'explosion de la prise en charge des maladies chroniques, du vieillissement de la population, la question de la fin de vie ;
- les restructurations hospitalières, le virage ambulatoire ;
- la recherche de productivité et ses conséquences en terme de rythme de travail (nombreux syndromes d'épuisement) ;
- Les projets imposés comme la certification ou l'éducation thérapeutique du patient qui viennent en supplément des activités des soignants.

Les hôpitaux sont aussi de plus en plus dirigés comme des entreprises. Les objectifs de rentabilité financière orientent fortement leur organisation et leurs politiques de soins, notamment avec le paiement à l'acte dénommé T2A, la réalisation d'actes techniques et la réduction des lits au sein des services (Acker, 2005). Les soignants, soumis à ces pressions de rentabilité, sont tentés de réaliser leurs tâches au plus vite, laissant peu de place à l'écoute active.

Des témoignages de soignants évoquent un processus de « déshumanisation » des soins lors de la réalisation d'un geste technique comme le soulignent Nathalie Flamant et son équipe (2015, p. 52) : « *Centrés sur les gestes techniques, les étudiants admettent volontiers en oublier la personne soignée destinataire. Ils disent très souvent s'enfermer dans une bulle, et n'existent plus pour eux que l'aiguille, la compresse, la sonde et le déroulé du soin. L'important est d'avoir respecté le protocole, réussir le geste et être efficace* ». Au-delà des étudiants, cette situation se repère également chez des infirmières plus expérimentées, formées à l'éducation thérapeutique, qui précisent agir parfois d'une manière identique même si la durée de centration sur le soin technique est moindre.

D'autre part, des témoignages de patients lors de notre participation à la recherche sur les pratiques de l'éducation thérapeutique (Obertelli, P. (dir.) ; Pouteau, C., Haberey-Knuessi, V. ; Dancot, J ; Le Roux, A. ; Llambrich, C. (2015)) font remonter le fait qu'ils se sentent « *patient objet* » lors de la réalisation d'un geste invasif. Ce ressenti des malades à propos des

soignants est également évoqué dans le livre de Philippe Barrier (2010) « La Blessure et la force » et de Claire Marin (2013) « L'homme sans fièvre ».

De fait, nous avons pu remarquer, lors d'entretiens exploratoires réalisés au sein de services qui ont débuté des programmes d'ETP dans le cadre d'une recherche énoncée précédemment, mais également au détour de nos formations, qu'il n'était pas toujours aisé pour le soignant, d'aller à la rencontre d'une personne, au-delà d'un discours poli ou médical convenu lors d'un soin technique, même si le soignant est sensibilisé et comprend l'intérêt de cette nouvelle posture. L'un des obstacles énoncés d'une manière récurrente est le fait que les soignants aient tellement l'habitude, de par leur formation, de s'imposer à trouver des solutions/aides pour le malade, qu'ils ne s'autorisent pas à écouter des thèmes qu'ils considèrent ne pas être de leur rôle ou sur lesquels ils n'ont pas de solutions. Cependant, les soignants qui n'ont pas de difficulté à écouter les besoins des malades, en adoptant une posture empathique et en favorisant le fait de l'aider à trouver ses propres solutions, indiquent aussi avoir besoin de se center sur certains gestes techniques plutôt que les besoins du patient.

Les soignants réifient ainsi le malade (Obertelli, Zâh-Gratiaux, Langevin, 1994) en proposant un soin normatif avec un affaiblissement, voire la disparition intersubjective d'échanges riches pour faire place à des relations pauvres, dépersonnifiantes et objectivantes. En psychologie, la réification peut signifier le fait de considérer autrui comme un objet, d'annuler autrui pour parvenir à ses fins (Pleux, 2014). Nussbaum (1999) repris par Lamoureux (2005) repère sept procédés qui permettent de traiter des personnes comme des objets : l'instrumentalisation, le déni d'autonomie, la passivité, la substituabilité, la violabilité, la possession, le déni de subjectivité. Ces facteurs se retrouvent dans le soin technique.

De fait, certains soignants ne prennent plus en compte les propos du malade sur la complexité et la singularité de son corps. L'expérience subjective du malade semble d'emblée écartée de manière autoritaire au profit d'une mise au silence et d'un discours normatif qui construit les êtres et les situations de l'extérieur. Le corps du malade doit rester muet ou au mieux, il n'est que ce qu'en dit la médecine avec des instruments révélant des chiffres et des images, devenant seuls témoins de la réalité d'un corps (Sicard, 2007). Dans le cadre de soins intrusifs où la sphère publique et la sphère privée ne doivent alors faire qu'un, le malade doit rester passif et reconnaissant des soins prodigués. Or, par le vécu de sa maladie, il acquiert une certaine expérience de son corps et des compétences d'auto-soins qui pourraient lui permettre

d'orienter et d'aider un accompagnement plus optimal. Et même s'il ne l'exprime pas clairement, le malade reste insatisfait de l'absence d'examen clinique et d'écoute de la singularité de ses perceptions (Sicard, Ibid). Or même s'il existe une université des patients qui reconnaît l'acquisition de ces compétences (Tourette-Turgis, 2015), l'expérience des patients, et même celle des patient experts/ressources diplômés n'est quasiment pas valorisée dans les soins et pour ceux qui en font une activité, rarement rémunérés.

Cette réification du soin interroge et suscite des questionnements en lien avec la réalisation de gestes techniques invasifs, la construction d'une nouvelle professionnalité, d'une nouvelle identité de soignant.

Les résultats de la recherche énoncée précédemment montrent que l'ETP instaure, au cœur de la médecine, un changement de rôle, une mise en exergue des notions de confiance, d'incertitude, de temporalité, de gestion des risques, l'importance du collectif et de la culture du service, la maîtrise des représentations et le rapport à la normativité, l'activité du malade…

Ces résultats, s'ils peuvent être pris en compte par les établissements de santé et par les formateurs pour mettre en place un programme d'ETP, ne suffisent pas pour comprendre la prise de position plus personnelle du soignant à l'égard de l'ETP, notamment lorsqu'il doit réaliser ses soins en alliant manipulations techniques et relationnelles. Qu'est-ce qui l'empêche d'écouter davantage les besoins et les perceptions du malade ?
En dehors du fait que la médecine devient technique, les soignants expliquent ne pas avoir de temps pour un moment d'écoute lors d'un soin technique ou ne pas être en capacité de le faire. Mais sont-ce les seules raisons ?

Comme les gestes invasifs, que nous nommerons gestes intracorporels en expliquant les raisons dans un paragraphe qui leur sera consacré, sont des gestes de toucher répétitifs relativement communs dans la professionnalisation de l'infirmière (Hesbeen, 1997), **notre recherche vise à explorer ce qui se passe pendant ces soins techniques intracorporels dans l'interaction infirmière-malade pour mieux comprendre le fait qu'il y a évitement, oubli, mal-écoute et ce malgré les recommandations, leur formation, leur motivation, leur intérêt, le sens de leurs soins, qui les inviteraient plutôt à accompagner le malade en tant que sujet de soins.**

Nous souhaitons décrire, analyser, comprendre et rendre visible ce fait social et les conduites concrètement adoptées par les infirmières en situation réelle lors d'un geste intracorporel. Il s'agit d'identifier le sens de leurs activités au regard de leurs représentations, des intentions/enjeux, des obstacles, des émotions/sentiments et des stratégies soumises à la rationalité d'un geste technique.

1.2 Les enjeux de la recherche

Cette thèse s'intéresse à la figure de l'infirmière et les activités mentales qu'elle réalise lors d'un geste intracorporel pour mieux comprendre le fait qu'elle aurait tendance à réifier le malade. La perspective choisie est centrée tout particulièrement, non sur l'observation et la décomposition du geste lui-même, mais sur ce que le sujet concerné veut bien ou peut en dire au chercheur. L'hypothèse générale de notre étude repose sur l'étroite association entre ce que se dit l'infirmière lors de son geste et la posture que cela entraîne auprès du malade.

1.2.1 Enjeux socioprofessionnels et théoriques de la recherche

- **Quelle figure de l'infirmière ?**

La France comptait, au 1er janvier 2018, 660 611 professionnels infirmiers actifs selon les dernières statistiques de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees, 2018). Parmi eux, 116 800 infirmiers exercent en secteur libéral ou mixte et 433 202 sont des hospitaliers exclusifs.

Le site « Infirmiers.com » réalise une synthèse de ce que représente ce métier :

« *Formés sur trois années en Institut de formation en soins infirmiers, titulaires d'une licence en soins infirmiers depuis la réforme des études en 2009, les infirmier(e)s sont majoritairement des femmes à 88 % et travaillent principalement à l'hôpital public* », ce qui nous amènera à parler plus spécifiquement des infirmières.

Ces soignants dispensent des soins de nature préventive, curative ou préventive.

« *Leurs contributions sont ainsi multiples : aide matérielle et psychologique dans les actes quotidiens perturbés par la maladie (respiration, alimentation, hygiène...), accompagnement dans la maladie physique ou mentale et lors des soins, réalisation des prescriptions médicales (injections, pansements...), éducation de la personne ou d'un groupe pour maintenir ou restaurer sa santé, organisation des soins et collaboration avec les autres travailleurs sanitaires et sociaux...* ».

Soumis au Code de déontologie élaboré par l'Ordre national des infirmiers en 2016, les soignants interviennent dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, dans des structures et à domicile, de manière autonome ou en collaboration.

Le métier infirmier est ainsi dense et riche : « *compétences et terrains d'exercice multiples, spécialisations diverses, législation spécifique et évolutive, perspectives favorables entre recherche et coopérations interprofessionnelles...* »

L'infirmière fait constamment face à des situations dynamiques et inédites, ce qui constitue la complexité de son métier. Cette thèse nous permettra de mieux comprendre en quoi les nouveaux enjeux de professionnalisation présentés précédemment modifient le regard des infirmières sur leur rôle et leur posture vis-à-vis des malades et les gestes techniques qu'elles réalisent. Nous analyserons comment elles articulent les différentes activités qui leur sont demandées et comment elles les priorisent au regard d'un rythme élevé. Il s'agit d'identifier ce qui caractérise aujourd'hui les nouveaux ajustements nécessaires à la pratique d'une infirmière dans un métier en voie de recomposition. Nous essaierons d'identifier ce qui se cache derrière une identité collective de plus en plus défendue vis-à-vis des contraintes qui leur sont imposées. Les infirmières revendiquent une définition autonome de leur métier et une meilleure reconnaissance de leurs compétences face à celles des médecins dans un espace social de plus en plus normalisant.

Nous essaierons également de faire émerger leurs représentations du professionnalisme d'une infirmière qu'elles évoquent lors de nos formations et qui sont souvent des limites à leur changement de posture dans la mise en œuvre de l'ETP.

C'est aussi appréhender la possibilité pour les infirmières de s'autoriser à pratiquer un nouveau rôle, celui de l'éducation thérapeutique du patient, dans une perspective développementale mais en tenant compte des tensions liées à une transformation identitaire chez l'infirmière. Il s'agit aussi de déterminer, par conséquence, quelles adaptations sont à proposer en termes de formation pour la pratique de l'ETP mais aussi dans le cadre de la transmission intergénérationnelle des gestes de métier dans un milieu de travail en constante évolution. Il s'agira notamment d'analyser les raisons de l'absence d'écoute ou d'échange ou d'autres actions recommandées lors d'un geste technique.

- **Les dimensions incorporées d'un geste intracorporel : que se disent les infirmières ?**

L'objet de cette thèse est aussi d'interroger les dimensions incorporées et implicites de la pratique infirmière qui émergent lors d'un soin intracorporel et ce qu'elles se disent lors de la réalisation de ce geste.

Les soignants, pour répondre aux recommandations officielles, doivent suivre une formation de 40 heures en éducation thérapeutique du patient, vécue parfois comme l'obligation de valider des compétences qu'ils pensent déjà avoir acquises par leurs expériences ou activités d'accompagnement de malade. Un certain nombre de limites apparaissent pour l'adoption de cette nouvelle posture. Une meilleure compréhension de ces limites améliorerait les formations proposées aux soignants et aux malades et permettrait peut-être à certains de les dépasser ou tout du moins de les identifier.

De fait, concernant l'apprentissage et la formation des adultes, il s'agit de mieux comprendre « comment tout cela se passe » et éventuellement de favoriser le changement de fausses représentations. Nous souhaitons mettre à jour d'éventuels obstacles épistémologiques, ontologiques ou didactiques qui perturberaient les soignants dans leur souhait de parler aux malades ou d'être plus à leur écoute. Il s'agit aussi d'identifier si les recommandations de l'ETP qui seront évoquées dans la présentation du contexte, ne mettent pas davantage en souffrance les soignants dans leur travail.

Cette étude est intéressante car dans un cadre social, les soins se réalisent dans un espace d'activités en situation d'intervention sur autrui. L'étude d'un geste intracorporel permet ainsi d'apporter des repères sur la question des actes intrusifs que l'on trouve partout dans nos sociétés pour le bien des personnes sur prescription de la loi ou d'un tiers. Il s'agit notamment de mieux comprendre la nature et le jeu des processus intersubjectifs dans les situations vécues comme intrusives. Il est intéressant également d'étudier quelles peuvent être les intentions conscientes et inconscientes qui émergent au cours du soin.

Tout l'enjeu consiste à rendre compte des différentes formes d'activités opérées dans les situations de soin que les acteurs déploient à l'occasion des interactivités qui s'y déroulent. Opérer un déplacement de pensée vis-à-vis des discours et des idéologies qui circulent au sein de ce champ implique de rendre compte, dans une démarche d'intelligibilité, du travail «réel»

mis en œuvre par les différentes catégories d'acteurs. Notre étude peut mettre en exergue les conflits de critères entre métiers/gestes professionnels/formation ETP, la gestion des risques que les infirmières perçoivent, les préoccupations enchâssées, les émotions, la recherche de confort personnel pour éviter la souffrance au travail, voire des facteurs de burn-out très important chez les soignants. Ainsi, par rapport à la gestion du stress et des émotions : comment l'infirmière subit-elle, canalise-t-elle ou utilise-t-elle les émotions, les affects, les manifestations involontaires de son corps en fonction de celui du malade ? Comment crée-t-elle un équilibre, un climat écologique, apaisant et propice à cet acte intracorporel ? Comment favorise-t-elle l'écoute dans ces différentes dimensions ? Cette recherche vise ainsi à accéder à cette parole du non-dit d'une profession émotionnellement impliquée et dont la durée de vie professionnelle est en moyenne de sept ans, notamment en rendant visible les activités mentales de l'infirmière dans le cadre d'un geste intracorporel. C'est aussi créer un débat autour du regard que porte la société civile sur les pratiques des soins techniques et notamment par les malades qui les subissent.

Face à des pressions de rentabilité et l'évaluation des seules tâches techniques, ces travaux visent aussi à mieux comprendre la place de l'écoute lors d'un geste intracorporel, souvent non valorisée, notamment d'un point de vue financier avec le paiement à l'acte et donc restant invisible dans la pratique infirmière. C'est ainsi mettre à jour les critères de performance que les infirmières déterminent par rapport à un geste intracorporel et les représentations qu'elles en ont. Il s'agit d'identifier les contraintes invisibles qui les poussent à résister aux pressions « socio-culturelles normalisatrices » empreintes d'un certain idéal. Nous tenterons de convertir leur discours social en discours scientifique en transformant ce qu'elles énoncent en objet et résultats de recherche. D'autre part et de façon liée, nous valoriserons les mécanismes symboliques sous-jacents à leur geste en déterminant ce qui provient de leurs actions collectives de ce qui relève de la singularité d'une infirmière.

En termes de travail collectif, il s'agit ainsi de questionner les invariants d'un geste mais aussi de ce qui revêt de la singularité des acteurs comme la société le propose pour la prise en charge des malades. Cela pourra éventuellement participer à la compréhension de ce qui déclenche une incompréhension de certains cadres infirmiers face à une « nouvelle génération » d'infirmières plus « individualistes » (Obertelli, P. (dir.) ; Pouteau, C., Haberey-Knuessi, V. ; Dancot, J ; Le Roux, A. ; Llambrich, C. (2015)). Nous pouvons aussi nous interroger sur les difficultés de management rencontrées dans les services hospitaliers où « *la*

question de la culture devient un véritable problème social (...), car la réussite de ces efforts collectifs de développement repose à l'évidence sur la compréhension mutuelle de leurs membres » (Wittorski, 2008). Plus généralement, nous essaierons de mieux comprendre les interrelations entre les actions des sujets (individuels et collectifs), la production d'une identité individuelle de l'infirmière lors d'un geste et celle d'une identité collective.

Enfin, les progrès technologiques et scientifiques ont contribué à diminuer la morbi-mortalité des actes de soins. Aujourd'hui, les marges d'évolution encore possibles en matière de gestion de risques concernent une meilleure compréhension des facteurs humains. Ainsi, la compréhension approfondie du raisonnement clinique de l'infirmière lors des prises de décision en contexte réel ou de simulation, s'avère intéressante pour l'amélioration des formations initiales. Compte-tenu des décisions charnières que les infirmières doivent prendre pour gérer le risque ou réagir lors d'un évènement indésirable grave, une compréhension approfondie des particularités de leur raisonnement clinique s'avère essentielle tant pour la recherche que pour le développement du poste d'infirmière clinicienne.

La restitution des résultats de cette recherche dans des temps de formation ou d'analyse de pratiques pourra peut-être amener les infirmières à penser différemment leur rôle dans l'accompagnement des personnes contraintes d'accepter ce geste invasif. Nous verrons si nos résultats pourront permettre de préciser une posture qui réclame de multiples ajustements, face à la temporalité du malade et ses priorités qui ne sont pas toujours en lien avec la maladie ou synchrones avec l'environnement où se réalise le soin. Nous identifierons ce qui permet, ou à l'inverse, ne permet pas aux infirmières de rendre le malade sujet de ses soins en leur donnant la possibilité d'exprimer d'éventuelles limites d'opérationnalité ou personnelles.

Ainsi, notre travail peut aussi contribuer à la compréhension, voire la transformation de la pratique des infirmières dans le cadre de l'introduction de l'éducation thérapeutique dans un contexte de soins où perdure le manque de préparation du personnel médical à cette nouvelle dimension clinique de leur activité (Dominicé P., Lasserre Moutel A., 2013).

1.2.2 Enjeux scientifiques de la recherche

- **L'entretien d'explicitation comme instrument de compréhension de l'invisible**

Les enjeux relatifs à la formation des infirmières en éducation thérapeutique rejoignent ceux de la recherche en formation des adultes, dans la mesure où l'analyse du travail réel de ces dernières est un préalable à la conception des dispositifs et des outils de formation. Ainsi, étudier l'activité mentale des infirmières impose de se doter d'outils conceptuels et méthodologiques permettant de rendre compte des processus réellement mis en œuvre par les sujets, notamment les spécificités de leurs soins techniques, et ce, en analysant leur geste intracorporel dans sa dimension à la fois intime et sociale.

Nous avons choisi l'entretien d'explicitation comme outil de recueil du discours des infirmières sur leurs activités mentales lors d'un geste intracorporel. Il s'agit d'accompagner les infirmières dans l'explicitation de leur geste afin de les aider à analyser leur mode d'intervention et à verbaliser les compétences et les valeurs profondes impliquées (Faingold, 2013). Nous identifierons si cet outil est particulièrement adapté à l'étude de leur geste et s'il en favorise une meilleure compréhension. Nous verrons également s'il peut être utilisé dans l'analyse des pratiques de l'infirmière afin de les aider à se décentrer dans leurs activités, à mieux comprendre leurs représentations et les autres facteurs influençant leur posture dans le cadre de la mise en place de l'ETP.

Nous verrons si le récit de leur geste permet de différencier ce que l'on peut en observer lors de sa réalisation, de ce que le discours normatif leur impose de dire ou d'obtenir une narration libre ouvrant la voie à une prise en compte de leur singularité. Ainsi, une telle narration par l'entretien d'explicitation offre-t-elle l'occasion à l'infirmière de partager la profondeur de ce qu'elle vit, de rendre compte de son « vécu », de raconter des éléments de son histoire de vie, d'évoquer ses croyances et de nommer les ressources auxquelles elle recourt pour assurer ce geste mais aussi ses limites ou des dimensions auxquelles nous ne nous attendons pas ?

L'entretien d'explicitation donne-t-il vraiment accès au « monde intérieur de l'infirmière », mais aussi leurs représentations sociales, pour nous permettre de véritablement prendre conscience de ce que ces acteurs vivent et de les transformer en savoirs expérientiels et ainsi éviter d'énoncer de la science et des recommandations non réalistes ? En effet, construire et diffuser des référentiels d'éducation thérapeutique sans connaître « le réel de l'activité »

(Clot, 1999) des infirmières constituent un risque. La réalisation d'un geste intracorporel peut en effet différer d'une pratique à une autre, au regard des capacités, des apprentissages et des temporalités des infirmières, voire d'une culture de service à une autre.

Or l'accès aux représentations sociales pourrait nous permettre d'accéder à des formes de connaissance et de savoir de sens commun propres aux infirmières. En effet selon Denise Jodelet (2013) : « *Elles se différencient d'autres types de connaissances par leurs caractéristiques logiques, leurs modes de production et leurs fonctions. Elles se transmettent par la communication et le langage, et ont une visée pratique, orientant les conduites et les communications, s'incarnant dans des pratiques et participant à la construction de la réalité sociale propre à un groupe donné. Consensuelles au sein du groupe, elles peuvent diverger de celles d'autres groupes, et par là sont sujettes à débats, dilemmes et conflits. Indissociables de la mémoire sociale, elles se constituent en strates dont certaines demeurent à l'état de savoir traditionnels, et d'autres peuvent être réactualisées pour donner sens aux situations nouvelles auxquelles les individus s'affrontent* ». En effet, les infirmières mobilisent certainement des représentations qui circulent dans le système de santé lors de la réalisation de leur geste. Nous verrons si l'entretien d'explicitation nous permet d'y accéder, de déterminer des invariants à la fois comme type de connaissance pour comprendre leur état mais aussi comme source de signification pour interpréter ce qu'elles vivent et expliquer les logiques invisibles du geste intracorporel. Ainsi comme l'énonce Meyerson (1987) : « *La science sociale et la pratique sociale savent aujourd'hui que toute expérience sociale apporte de l'imprévu et du nouveau, et que ce nouveau est essentiel tant pour la pensée sociale que pour l'action*. »

- **L'entretien d'explicitation comme instrument de création d'un conflit cognitif**

Un travail entre pairs à partir de l'explicitation de moments de pratique professionnelle, permet, par réduction, résonance et exemplification, de dégager les invariants d'un métier en termes de savoirs d'action et d'éthique professionnelle (Faingold, 2013) mais aussi de spécificités.

Les différences d'interprétation des infirmières lorsqu'elles expliquent leurs gestes peuvent aussi démontrer qu'une uniformisation n'est pas systématique et que nous pouvons éventuellement nous retrouver en présence « de différents métiers » d'infirmière. Ainsi, les recommandations peuvent être divergeantes en fonction des contextes de la réalisation du

geste. Or seul ce type de savoir peut être transmis par celles qui le détiennent à d'autres infirmières dans le cadre d'une analyse de pratique et peut favoriser des conflits cognitifs pour les aider à mieux prendre conscience de la réalité de leur geste et éventuellement faire face aux représentations ou affects qu'il peut créer. Il s'agit de laisser un espace au jeu de la subjectivité pour les aider à élaborer leur vécu particulier et la multiplicité des perspectives qui s'offrent à elles. De même, la question du sens de l'émotion est aussi incontournable dans un travail d'analyse de pratiques.

Ce conflit cognitif, par l'expérience, permet de distinguer deux dimensions : une dimension de l'ordre de l'éprouvé, mettant en jeu l'implication psychologique, l'affectivité, les émotions et la prise de conscience de la singularité d'une infirmière ; une dimension cognitive, dans la mesure où l'infirmière favorise une expérimentation de son geste dans un environnement donné, et concourt à la construction de la réalité selon des catégories ou des formes qui sont socialement données dans cet environnement, car il emprunte à des préconstruits culturels (catégories, codes, langage) et à un stock commun de savoirs (Denise Jodelet (2013)). Nous verrons si l'entretien d'explicitation permet aux infirmières de s'autoriser à évoquer des faits qui permettent une resignification des situations. Il s'agit notamment d'identifier d'éventuels ajustements de conduites réalisés par les infirmières selon les événements, situations, objets et personnes qu'elles rencontrent dans un geste intracorporel similaire. Cela pourra éventuellement leur permettre de travailler sur elles, hors contexte thérapeutique.

Un autre élément intéressant à étudier sera la part de l'émotion et de l'incertitude quant à l'efficacité et à la réussite de leurs gestes au regard de leur discours et la différence éventuelle entre leur « savoir savant » et la réalité de l'expérience vécue. Comment adoptent-elles une attitude positive et des pratiques éducatives lors de gestes difficiles émotionnellement pour elles et pour les malades ?

- **La possibilité de concevoir l'ETP comme une approche holistique**

Notre thèse concerne un champ, celui de la santé et notamment la mise en place de l'éducation thérapeutique du patient, qui est en pleine mutation et qui réclame que les acteurs proposent des outils conceptuels et des méthodes d'intervention adaptés.

Selon Le Breton (2005) repris par Denise Jodelet (Ibid), « *le développement de la science et des techniques médicales avait entraîné, jusqu'au milieu du XXe siècle, une tendance à la*

réification du corps, devenu une collection d'organes à traiter, et une perspective purement biomédicale où la prise en charge concernait plus la maladie que la personne malade. Un mouvement d'humanisation s'est dessiné à partir des années 1970, compensant les insuffisances du modèle biomédical avec les techniques d'écoute et d'accompagnement. L'implication et l'information des patients se sont alors avérées bénéfiques, favorisant l'adhésion aux traitements par un consentement éclairé ».

Jusqu'à il y a peu, la plupart des définitions de l'éducation thérapeutique ont été centrées sur une vision préventive, mais elles sont aujourd'hui en voie « *de dépassement et inadaptée lorsqu'il s'agit de la déployer en direction de publics « déjà malades » ou en situation de chronicité et de soins palliatifs* » (Jodelet, Ibid). Cette vision imposait aux soignants une simple transmission d'informations. Elle change néanmoins petit à petit par le développement de courants pédagogiques inspirés des modèles soulignant l'intérêt de mettre en action les malades et leur capacité à trouver leurs propres solutions. De fait, l'éducation thérapeutique présente est porteuse d'une grande « flexibilité interprétative », car elle se situe entre plusieurs mondes sociaux et communautés de pratiques. Ce statut d'« objet frontière » (Tourette, 2013) est renforcé par le fait que ceux qui évaluent et accréditent la pratique de l'éducation thérapeutique évoluent dans un espace distinct de ceux qui la mettent en œuvre (soignants, malades, formateurs). Ce phénomène a pour conséquence de renforcer l'effet de standardisation de l'éducation thérapeutique, à travers la diffusion de recommandations officielles pour sa pratique, comme c'est souvent le destin des objets frontières ne pouvant entrer dans aucune catégorie répertoriée. Ces recommandations indiquent uniquement l'objectif attendu sans préciser exactement la manière d'obtenir les résultats escomptés.

Cette perspective tend à modifier les pratiques soignantes puisqu'il s'agit de « *prendre au sérieux le patient comme sujet désirant [...] c'est-à-dire reconnaître au sujet sa position d'auteur de sa vie* » (Lecorps, 2004). Ainsi tenir compte de la singularité et des demandes spécifiques des malades implique de remettre en question les modèles traditionnels qui fondent la relation soignant-soigné. En effet, considérer le malade comme un acteur et non plus seulement comme un bénéficiaire de soin est indispensable si les acteurs souhaitent faire évoluer les représentations sociales et les pratiques d'éducation et de soin qui leur sont liées. Ce postulat va à l'encontre du discours dominant dans le champ médical et éducatif ; il implique de la part du professionnel « d*'abandonner la position de celui qui sait le bien de l'autre* » (Lacroix, 2007) et de donner des conseils alors que les soignants sont formés à cela.

En ce sens, toute intervention éducative dans l'activité de soin comporte une remise en question de la division du travail médical, non seulement entre les soignants, mais aussi entre les soignants et les patients.

Ainsi, lors de nos formations, nous percevons que les infirmières sont soumises à deux principes opposés : d'une part, la réparation du corps humain (autrement dit l'objectivation de l'être humain porteur d'organes) et d'autre part, la prise en compte incontournable de la subjectivité du sujet malade. L'articulation de ces deux principes ne va pas de soi pour l'infirmière, dans la mesure où ils engagent deux « *types de rapport à son expérience vécue en situation d'intervention* » (Tourette-Turgis, 2010) qui créent une ambivalence. De plus, la formation des infirmières a tendance à reposer sur des modèles cloisonnés qui restent organisés autour du *cure* comme finalité et du *care* comme moyen pour y parvenir, ce qui fait qu'une infirmière peut considérer l'éducation thérapeutique comme une pratique soignante impossible.

De plus, selon, Aujoulat *et al.* (2007), l'émergence d'une conception du patient considéré comme sujet de sa santé ne peut se faire qu'à condition que le praticien de l'ETP accepte de se laisser toucher en tant que personne par le malade. Il n'est pas possible, en effet, d'entreprendre d'éduquer sans accepter d'entrer soi-même dans un processus de transformation personnelle. Tout soin exige une relation et le rôle de soignant serait de regarder une personne qui, en effet, porte une maladie chronique mais qui avant tout, a une histoire de vie, un entourage, des valeurs. La référence à ce nouveau paradigme impose un changement radical dans l'enseignement des soins. Cela nécessite que les soignants prennent en compte d'une manière globale le vécu du malade et d'écouter ses priorités qui ne sont pas toujours dans un premier temps sa santé mais aussi des thèmes qui peuvent toucher personnellement le soignant ou qu'il considère comme en dehors de son rôle.

Il s'agit donc d'une question centrale pour le champ de l'éducation thérapeutique du patient lorsque celui-ci est investigué comme un champ de recherche (Tourette-Turgis ; Thievenaz ; Khaldi, 2013). Les attendus de la mise en place de l'éducation thérapeutique sont importants, notamment avec un accompagnement plus personnalisé des malades par une posture spécifique, davantage à l'écoute de leurs priorités et de leur vécu au quotidien, notamment pour favoriser leur autonomie et améliorer leur qualité de vie. En effet, les activités de soin sont conduites non seulement par les infirmières mais aussi par les malades, qui « *y apportent une contribution majeure par la réalisation d'activités en miroir de celles des soignants, ainsi*

que par les initiatives qu'ils prennent pour se maintenir en vie, même s'ils sont amenés à confier temporairement cette tâche à des professionnels formés à cet effet » (Tourette-Turgis, 2013). Les malades sont aussi soumis à des dimensions affectives, des états émotionnels qui émanent de ce soin et qui logiquement devraient être accompagnés. La prise en compte du vécu du patient représente une rupture d'ordre épistémologique en ce qu'elle engage ce dernier en tant que partenaire du processus de soin. Il est donc important de démontrer que l'ETP participe, à sa manière et peut-être d'une manière modeste, à cette mutation de la pratique paramédicale.

D'autre part, comme présenté précédemment, il existe deux approches de l'ETP : une approche par activité qui est celle la plus usitée actuellement par les soignants et une approche holistique favorisant une posture d'écoute active dans toutes les activités du soignant et notamment de l'infirmière. Cette approche est notamment recommandée par Brigitte Sandrin (2013, p. 132) qui prône une éducation incorporée aux soins : « *Si l'éducation thérapeutique est vraiment intégrée à la médecine et aux soins, elle permet aux patients d'en bénéficier au fil de leurs rencontres avec les professionnels. Si, en tant que soignants, nous voulons aider les patients à prendre soin d'eux-mêmes, à comprendre ce qui leur arrive, à suivre des traitements au long cours ou à modifier certaines de leurs habitudes de vie, sans doute devons-nous être essentiellement attentifs à la nature de nos échanges avec eux, au cours des consultations et des soins « ordinaires* » ».

De même, les financeurs d'actions d'éducation, dans un contexte d'augmentation des dépenses et du nombre de patients atteints de maladies chroniques, se préoccupent d'indicateurs médico-économiques pour mesurer l'efficacité de ce type d'éducation et d'accompagnement. Les véritables questions demeurent sur la manière dont l'hôpital peut redevenir un lieu de sérénité et d'humanité où les diverses temporalités en présence s'accorderont sur le sentiment que toute guérison n'est pas un retour à la normale mais une nouvelle construction de son identité imprimée par la maladie qui nécessite des deuils et qui prend du temps. Il s'agit aussi d'identifier comment une écoute active peut être valorisée au-delà du temps que le soignant consacre au malade lors d'une activité planifiée, dans un contexte où la question du rythme et de la cadence imposée par la nouvelle organisation des soins va à l'encontre d'un temps singulier auprès de chaque malade.

Notre écrit pourra peut-être participer à cette démarche mais cela impose néanmoins d'identifier ce qui peut favoriser ou gêner sa mise en œuvre lors d'un geste intracorporel.

1.2.3 Enjeux personnels de la recherche

Comme évoqué dans l'introduction, la rédaction d'une thèse est un challenge et une manière de poursuivre notre formation en échangeant avec d'autres acteurs en sciences humaines.

Il s'agit aussi pour nous de découvrir des auteurs et répondre à des interrogations qui ne sont pas au départ de cette thèse réellement conscientisées. En cela, il s'agit d'une sorte de quête de soi et comme pour l'éducation thérapeutique, nous connaissons à peu près l'objectif sans identifier la manière d'obtenir des résultats. Seules les expériences quelles qu'elles soient permettent d'obtenir des clés. Nous verrons si cette thèse nous en apporte.

2. SECONDE PARTIE : DELIMITATION DE L'INTITULE DE LA THESE

Ayant posé les bases du questionnement dans la seconde partie, nous allons commencer ce travail en retraçant notre parcours de recherche pour préciser les contours d'un objet peu théorisé, complexe, puis en définissant la perspective selon laquelle nous nous proposons de le décrire et de l'analyser, afin de parvenir à la formulation de notre problématique, des axes d'investigation tracés et des hypothèses qui sous-tendent notre démarche.

Ainsi, il s'agit d'expliquer au mieux le choix des concepts utilisés dans le titre de cette thèse, les orientations de ce travail de recherche et de contribuer à délimiter plus clairement son périmètre : **1) l'expérience d'une infirmière 2) en interaction avec un malade et un environnement 3) lors d'un geste intracorporel 4) réalisé dans le cadre d'un soin prescrit.**

Avant de débuter cette présentation, nous nous permettons de préciser qu'en tant que formatrice en ETP, nous avons certainement des représentations sur ce qui nous semble le mieux pour soigner les malades afin de préserver leur humanité et en ce sens, même si nous essayons d'être le plus neutre possible, notre discours va paraître à certains orienté. Cependant, nous ne sommes pas infirmière et nous n'avons donc pas l'expérience de la réalisation de soins techniques. Nos questions vont donc peut-être sembler naïves, mais dans le cadre d'une recherche, cela nous paraît une bonne chose. Enfin, nous partageons l'approche selon laquelle des concepts dans des disciplines scientifiques différentes peuvent être complémentaires et peuvent nourrir la réflexion à partir d'un terreau commun d'idées. C'est pourquoi, le travail présenté ici se réfère à plusieurs champs.

2.1 Pourquoi choisir le terme d'expérience ?

Afin que le lecteur puisse mieux comprendre notre démarche, il nous semble important d'éclaircir un certain nombre de concepts, notamment de distinguer le vécu, l'expérience et les apprentissages. En effet, la notion d'expérience est présentée dans le titre de notre thèse. Le choix de ce titre a nécessité un long processus et les principes qui en découlent seront le point de départ de notre réflexion.

2.1.1 Le vécu

Une caractéristique de l'activité humaine est qu'elle est vécue. Le vécu peut être décrit en première approche comme « *ce qui advient aux sujets dans leur activité* ». (Barbier, 2013, p.68). Le vécu est de l'ordre de l'éprouvé : ce qui arrive à la personne de manière factuelle. Ainsi, le vécu de l'infirmière comporte divers éléments : vécus de gestes, de mouvements, d'émotions, de perceptions, de pensées, de communication. De fait, dans le vécu, « *le sujet reçoit et ressent* » (Pastré, 2013, p. 93). Néanmoins, c'est une forme de conscience sans réflexion. Ces vécus ne donnent pas lieu, en tant que tels, à une action spécifique « *de mise en représentation* » ou « *de mise en discours* » de la part de la personne concernée.

En effet, de l'avis général des auteurs travaillant sur l'activité, une recherche scientifique ne permet pas d'accéder réellement au vécu d'une personne. Néanmoins, afin de parvenir à s'en approcher, les auteurs proposent de mettre en place des dispositifs favorisant la verbalisation du vécu ou l'accès à la part « pré-réfléchie de l'expérience » comme l'entretien d'explicitation que nous allons utiliser dans le cadre de cette recherche. Cependant, comme le vécu donne lieu à une expérience partiellement accessible à l'acteur, nous préférons utiliser le concept d'expérience dans le cadre de cette thèse car il nous semble correspondre davantage à la réalité. Ainsi, nous allons travailler à partir de l'analyse du discours des infirmières qui partagent leurs expériences au sein de plusieurs espaces d'activités.

2.1.2 L'expérience

L'expérience est un processus global d'un sujet singulier engagé dans une activité concrète et située. Ce concept n'est pas nouveau et a été travaillé par de nombreux auteurs selon divers

courants mais il a pour intérêt d'englober des significations relatives à la fois aux sujets, à leurs activités et à leurs environnements (Barbier, 2013).

Ainsi selon la conception pragmatiste de l'expérience de Dewey, « *L'expérience est ce processus de construction, essentiellement de construction de sens (autour) de son activité (…) qui consiste pour le sujet engagé dans une activité, dans une situation donnée à construire du sens autour de sa propre action et de l'éprouvé (ou « vécu ») – cognitif, corporel, et émotionnel – qui l'accompagne* » (Alberello, Barbier, Bourgeois & Durand, 2013, p. 5). De fait, l'expérience est ce que l'infirmière arrive à faire avec une partie de son vécu. Il y a de l'expérience parce qu'il y a un travail sur le vécu. Il ne suffit pas à l'infirmière d'avoir vécu tel ou tel événement pour en tirer de l'expérience (Pastré, 2013).

De plus, l'expérience touche à la question du développement, à la construction de l'expérience professionnelle et à la construction identitaire (Pastré, 2013). En effet, à la différence des savoirs, qui peuvent prendre une forme objective, l'expérience est à ce point incorporée aux sujets qu'elle est indissociable de leur vie et de leur singularité (Pastré, 2013).

L'expérience est unique en ce sens où même si la situation peut sembler similaire, sa temporalité n'est pas la même ; l'expérience se réalise à travers des souvenirs même lointains. Albarello (2013) rappelle que Madelrieux (2010) énonce que « *chaque expérience est unique et aucune ne revient identique à elle-même, si bien que l'expérience en général est en constant changement…* ».

Cependant, ces expériences, paradoxalement, se complètent et se prolongent d'une activité d'apprentissage à une autre. Madelrieux parle d'« *expérience continue* ». Ainsi, même si l'expérience a un caractère d'unicité, elle se prolonge dans l'expérience suivante. De fait, ce qui peut être énoncé par une infirmière correspondra peut-être à une accumulation de vécus sur un même sujet qui composera son expérience. Cependant selon Dewey, « *la « qualité* » d'une expérience ne tient pas à son degré de « *réalité* », de « *fidélité* », mais à « *sa valeur d'usage pour ce sujet engagé dans une situation donnée* » (Bourgeois, 2013, p. 16).

Il est à noter également que l'expérience comporte plus de dimensions qu'il n'y paraît. Ainsi, de par la définition de Dewey, précédemment mentionnée et selon les propos de Bourgeois (2013, p. 17), nous retenons que « *l'expérience comprend toujours, outre une dimension cognitive et donc une interprétation mentale de la situation (« cognition »), une dimension affective (« émotions », « feelings »), une dimension conative, c'est-à-dire l'engagement dans une situation particulière (« will ») et une dimension corporelle avec des sensations et des*

comportements (« body »), propres à chacune de ces expériences. Toutes ces dimensions sont non seulement absolument inséparables, mais également interdépendantes et interactives ». Dans le cadre de cette recherche, ces dimensions seront donc à explorer avec chacune des infirmières interviewées et une analyse devra être opérée entre ce qui est invariant et ce qui restera singulier dans l'expérience de chacune.

L'expérience relève aussi du « *registre des constructions de sens qu'un sujet opère à partir et sur sa propre activité* » (Durand & al, 2013, p. 41). Dewey considère le sujet comme : « *un être capable de faire des liens, de se projeter et de se donner des buts ainsi que de les réaliser* » (Dewey, 1916/1973 ; Bourgeois, 2013, pp. 18-19). Le sens de l'action pour une infirmière peut donc être compris comme une « *orientation de l'action guidée par : 1) son engagement, 2) ce à quoi elle s'attend, 3) l'expérience acquise antérieurement, 4) le repérage des éléments saillants de l'environnement, 5) les possibilités d'action qu'offrent l'interprétation de la situation ainsi que les émotions associées* » (Zeitler, 2013, p. 155).

De fait, les éléments saillants nommés également affordances ou stimuli peuvent prendre un sens, susciter des émotions, déclencher des sensations physiques et induire une conduite très différente selon ce que l'infirmière effectue à ce moment-là. C'est dans cette perspective, à partir d'une compréhension de la fonction centrale de l'activité (ce que fait et veut faire l'infirmière), que nous pouvons alors saisir la manière dont se coordonne l'ensemble des facteurs énoncés précédemment pour contribuer conjointement à la réalisation du soin. L'origine du comportement et la clé pour le comprendre, ne résident donc ni chez le sujet ni dans son environnement, mais bien dans leurs *transactions*, orientés vers un but, et plus profondément vers une meilleure adaptation, une meilleure coordination entre le sujet et son environnement (Bourgeois, 2013, p. 20). De fait, cela nous impose de questionner les infirmières sur leur environnement et notamment sur la situation du soin et sur le malade qu'elles soignaient à ce moment-là.

Enfin, les infirmières pourront communiquer sur leurs expériences en introduisant en premier lieu les apprentissages qu'elles auront acquis au regard de diverses dimensions sociales, culturelles et institutionnelles, de la dimension de l'agir professionnel et des dimensions subjectives.

2.1.3 L'apprentissage

L'apprentissage est une dimension inhérente à l'activité et il ne peut donc y avoir d'apprentissage (couplage théorie et pratique) en dehors de l'expérience. Cependant, les auteurs sur l'activité, cités précédemment, ont démontré que l'expérience ne peut pas se transmettre sans réflexion préalable. Elle requiert toujours par définition le fait que la personne agisse, éprouve les conséquences de son action et élabore cognitivement le lien entre les deux pour réellement prendre conscience de l'expérience (Bourgeois, 2013, p. 21) *a contrario* d'un vécu.

C'est pourquoi, selon Pastré (2013), tout apprentissage suppose une mise en récit. Le sujet n'est plus uniquement dans le registre de l'action ou de l'activité ; il est réflexif sur ses pratiques, il va tenter de comprendre les situations, de les analyser et de les interpréter selon ses représentations. La réalité n'est donc jamais comme on la pense ; le sujet va la travailler et la revisiter à sa manière. C'est pourquoi en tant que chercheure, nous n'allons avoir accès, dans un premier temps, qu'à des discours sur des apprentissages pré-réfléchis. Il sera nécessaire que nous l'approfondissions davantage pour obtenir un discours sur les actes non réfléchis dit également inconscients.

De plus, nous percevons également au regard de ce qui est évoqué précédemment, que « apprendre », c'est à la fois apprendre d'une expérience, mais c'est aussi apprendre une expérience (Schubauer-Leoni & al, 2007a) dans le sens d'en prendre conscience. Pour ce faire, il est important de comprendre que l'exercice de la pensée réflexive suppose la conjonction de deux conditions : la confrontation du sujet, au cours de son activité, à une situation dite indéterminée (« indeterminate situation ») d'une part, l'engagement du sujet dans la situation d'autre part.

Dewey (1938) repris par Bourgeois (2013) définit une situation indéterminée comme une situation dans laquelle le sujet ne saisit pas encore le lien entre ses actes et leurs conséquences. Il ne vit pas non plus l'exercice de son activité comme problématique. Il peut s'agir soit d'une situation dite « obscure », dans laquelle les conséquences de son activité ne sont pas clairement identifiées ou, lorsqu'elles le sont, apparaissent inintelligibles aux yeux du sujet. Cela peut être aussi une situation qualifiée de « confuse » (ou » capricieuse ») dans laquelle les conséquences apparaissent tout à fait imprévisibles ; ou encore une situation

« conflictuelle » dans laquelle les conséquences apparaissent contradictoires entre elles ou par rapport aux prévisions du sujet. Cette « indétermination » doit poser réellement problème au sujet dans l'exercice de son activité finalisée. Mais contrairement aux positions « subjectivistes » ou « phénoménologiques », Dewey insiste sur le fait que c'est la situation elle-même qui est problématique, et que le sujet doit néanmoins s'y engager même s'il éprouve en écho un vécu interne de doute, de perturbation, d'incertitude, de malaise tant au plan cognitif qu'au plan émotionnel. Ce qui nous intéressera dans ce cadre, c'est d'éventuellement identifier et comprendre, si le geste intracorporel peut être considéré comme une situation indéterminée et ce qui peut être problématique pour une infirmière lors de son soin. Il s'agit notamment de percevoir en quoi réaliser un geste technique en même temps qu'être à l'écoute et communiquer avec un malade est difficile pour une infirmière, ou d'identifier s'il existe d'autres malaises inconscients dans la réalisation de leur geste que notre questionnement peut mettre à jour.

Il apparaît également que l'enjeu de la situation doit suffisamment être important pour que le sujet s'engage dans l'action et résolve un éventuel problème. Les éléments du vécu et de l'activité doivent être significatifs pour lui : « *le jeu en vaille la chandelle* » pour qu'il consente à s'investir (Bourgeois, 2013, p. 22). La personne doit réaliser un processus d'enquête énoncé par Dewey. Or, s'il y a enjeu, il y a épreuve, selon Pierre Pastré (2013). Pour cette raison, cette activité est accompagnée d'émotions. Ainsi, les acteurs peuvent percevoir de l'inquiétude devant une situation qui présente des indices différents de ce qu'ils souhaiteraient à leur engagement ou du malaise devant une situation qu'ils n'arrivent pas à interpréter. Mais ils peuvent aussi ressentir une surprise, provenant d'une divergence de la situation avec ce à quoi ils s'attendaient, c'est-à-dire le référentiel d'expérience qui est déjà en eux. Est-ce le cas avec les infirmières lors de leur soin ? Qu'est-ce qui les pousse à dépasser cette épreuve ? Qu'est-ce qui fait qu'elles ne savent, ne veulent ou ne peuvent pas la dépasser ?

Cette situation d'enjeu peut être l'origine de la création d'une expérience si l'enjeu et les émotions de surprise la rendent remarquable même inconsciemment. Elle est alors mise en mémoire en tant *qu'épisode significatif* (Zeitler, 2013, p. 157). Les acquisitions opérées lors de cet épisode sont enregistrées dans un registre. Elles favorisent à leur tour d'autres acquisitions relevant d'autres registres. Chaque personne, en fonction de son vécu, possède des acquis plus ou moins importants dans l'un ou l'autre des registres qui constituent des

représentations. Ces représentations déterminent les raisons d'agir et correspondent aux sources d'investissement de soi dans le monde mais peuvent être limitantes pour réaliser une autre action. Elles peuvent expliquer en quoi une infirmière peut être plus « active » qu'une autre lors d'une « *activité imposée »* (Récopé & al, 2013) ou dans l'incapacité de réaliser une action du fait de « *certains filtres »,* parfois des limites inconscientes (Loizon, 2009). Ainsi, le sujet a des *« sensibilités à »* qui correspondent à des valeurs directrices dominant et organisant la totalité de son vécu (activité – expérience – corps – monde). Elles résultent d'une incorporation individualisée de normes, de valeurs ou de buts et de catégories dont l'origine est culturelle et collective (Récopé & al, 2013, p. 124).

Ces apprentissages exigent aussi des habilités spécifiques qui vont permettre de passer d'un vécu à une expérience. Selon Sennet (2010) énoncé par Albarello (2013) : cela peut être des habilités manuelles mais aussi une capacité à être résistant face à des épreuves (exemple faire face à des émotions et aux difficultés du terrain pour réaliser une activité). C'est aussi savoir s'adapter, être patient ou trouver l'élément le plus docile dans une situation difficile plutôt que d'affronter le défi de la difficulté. Une habilité peut correspondre également à la faculté de localiser (percevoir ce qui est important), de questionner (envisager les différentes options) et d'ouvrir (reformatage en faisant des sauts d'une activité à une autre).
Ainsi, l'apprentissage, la réalisation et le vécu d'un geste intracorporel imposent l'acquisition de compétences, notamment pour faire face à des enjeux ou des obstacles qui sont invisibles aux non-initiés ou pas toujours conscientisés par les acteurs eux-mêmes.

L'ensemble de ces éléments sera à appréhender lors de notre recherche.

Bourgeois (2009) souligne enfin que tout apprentissage suppose la rencontre avec l'Autre, du non-identique à soi, qui ouvre nécessairement à la possibilité, s'il n'y a pas de nécessité, de la transmission pour apprendre. Tout apprentissage est par essence relationnel et social ; il s'inscrit nécessairement dans une relation à autrui, soit en chair et en os, individuel ou collectif, soit incarné dans un environnement social et culturel, y compris les artefacts, les environnements matériels et techniques (Billet, 2001). « *On apprend toujours de et avec quelqu'un/quelque chose, même lorsqu'il s'agit de réfléchir à notre propre action et notre propre éprouvé des conséquences de celles-ci. »* (Bourgeois, 2013, p. 34).

Pour ces raisons, nous avons choisi d'utiliser le terme d'expérience dans ce rapport de thèse pour aborder comment les infirmières ressentent et réagissent lors d'un geste intracorporel.

Ainsi, tout vécu ne fait pas expérience car l'expérience nécessite une pensée réflexive confrontée à une relation à autrui. Chaque expérience est singulière dans un contexte donné. Elle nécessite qu'il y ait un enjeu pour la personne où se mêle un grand nombre de facteurs, de sensibilités et l'acquisition de compétences qu'il est nécessaire de questionner pour comprendre l'activité. Il est donc important de prendre conscience que le discours d'une infirmière ne révèle pour toujours tout son vécu et que pour rendre visible un geste intracorporel, il est nécessaire d'approfondir ce qui n'est pas toujours pré-réfléchi pour cette dernière.

2.2 Le soin en interaction

2.2.1 L'interaction avec un malade

Nous venons de le voir, chaque expérience repose sur du partage et une relation à autrui avec des échanges d'expériences, de confrontations de valeurs, de divergences de pratiques, de « *débats de normes* » selon Y. Schwartz (2011) dans la construction d'une activité collective. L'expérience comporte ainsi une dimension essentielle de l'intersubjectivité (Merleau-Ponty, 1945) en ce sens qu'elle est l'« *ouverture à l'autre que soi* ».

De fait, les activités de soins des infirmières seront analysables en termes d'interactivités, c'est-à-dire qu'elles agissent en ajustant leurs actions et en modifiant leur comportement ou leurs perceptions au regard de ce qu'elles perçoivent ou interprètent du malade ou de l'environnement. Mais réciproquement, le comportement de l'infirmière constitue aussi la source de la conduite du malade.

Il s'agit ainsi d'un *couplage d'activité* (Barbier, 2015), de co-construction de savoirs dans des *tâches coopératives* (Schubauer-Leoni & Leutenegger, 2005). Les deux acteurs, infirmière et malade, sont en transaction, autour d'un « *objet* », le soin. Ils co-agissent et coopèrent ou refusent de coopérer. Dans le cadre des soins, cette coopération est une coordination « *à toi, à moi* » de mouvements. Ainsi se joue entre infirmière et malade le « *jeu de l'action conjointe »* (Sensevy, 2011), où se produit un certain nombre de signes et de comportements spécifiques et attendus des uns et des autres.
Ainsi, chacun joue son rôle, celui-ci étant prédéfini, nous allons le voir, par des représentations sociales et culturelles.
Concernant les infirmières, nous pouvons parler d'identité professionnelle collective (Wittorski, 2008). Elles jouent un rôle en correspondance avec les attentes spécifiques du système de santé et des représentations communes adoptées selon des valeurs morales de « bonne » conduite mais aussi de compétences admises socialement par leur structure.

Ces rôles sont reconnus (ou pas) par les uns et les autres qui les utilisent pour rebondir et continuer le *jeu*. Les règles de ce *jeu* (contrat didactique) sont liées aux représentations des acteurs sur le rôle de chacun, à la situation de la pratique, à l'institution au sein de laquelle il existe un certain nombre d'usages que la personne accepte ou pas de respecter.

En effet, l'« *institution* » en s'appuyant sur la définition de Durkheim (1986) regroupe «*toutes les croyances et tous les modes de conduite institués par la collectivité* ». Il s'agit donc des manières collectives de penser et d'agir, qui existent en dehors des individus. La situation et l'institution dictent, en quelque sorte, la conduite à tenir. Notre analyse devra donc porter également sur la notion de rôle : ce qu'attendent les infirmières de la part des malades dans une situation de soin et vice-versa.

Néanmoins, il est à noter que même si le jeu didactique devrait être le même pour tous, au cours de la réalisation d'un soin au sein d'une même institution, il se différencie parce que les acteurs évoluent dans leur manière de penser, de réagir selon leur expérience et le sens qu'ils donnent à leurs activités (Obertelli, P. (dir.) ; Pouteau, C., Habery-Knuessi, V. ; Dancot, J ; Le Roux, A. ; Llambrich, C. (2015)).

2.2.2 L'interaction dans un environnement

Nous l'avons vu précédemment, lors de son activité avec autrui, le sujet n'est pas seulement relié à d'autres personnes, mais il est également inscrit à part entière dans des collectifs, des groupes sociaux, une culture, une société. Cette inscription participe aussi pleinement au processus de son activité : d'abord par des effets de transposition langagière et culturelle mais aussi par l'appartenance à des communautés de pratiques. Ainsi, « *l'appartenance sociale du sujet, son habitus, l'idéologie et les représentations sociales qu'il véhicule en tant que membre d'un groupe social vont formater plus ou moins profondément son expérience dans toutes ses dimensions : vécu, action, élaboration, collaboration, communication »* (Alberello, Barbier, Bourgeois & Durand, 2013, p. 10).

2.2.2.1 Les dimensions sociales, culturelles et institutionnelles du soin

Pour cette raison, l'infirmière construit son expérience et le sens de ses soins, en lien avec ses appartenances sociales, culturelles et institutionnelles. Certaines composantes peuvent être génériques, d'autres plus subjectives.

Ainsi, avant de débuter ce travail de recherche, il nous semble intéressant de porter notre attention sur les formes de connaissance, les représentations liées au soin, en tant que constructions sociales partagées mais aussi créées par les individus. Autrement dit, quelles sont les représentations sociales, culturelles et institutionnelles qui fondent le soin infirmier en France ? Cette problématique se décline en un ensemble d'interrogations : Comment les infirmières interprètent-elles les pratiques de soin qu'elles mettent en œuvre ? Quels contenus

et dynamiques cognitifs ou affectifs, quels aspects psychosociaux et culturels (significations collectivement partagées) contribuent à définir et animer leur rapport à un soin intracorporel ? Quel univers de pensée, quelles représentations professionnelles participent de la forme donnée à l'expérience des infirmières ?
Pour les aborder, nous sommes amenés à réaliser une analyse concernant les ancrages des représentations sur les soins infirmiers.

- **Dimension sociale du soin**

Le soin est étymologiquement le fait « de songer à quelqu'un » mais il fait partie de ces mots un peu flous et galvaudés, utilisés fréquemment avec des connotations diverses. De plus, avant même l'invention de la médecine, le soin était une *technè* « artisanale » liée à un savoir et un traitement. Le soin est aussi une question éthique incessante que la médecine, à travers l'histoire, soumet à la philosophie en tant que pensée du bien ou du mal, puis de la morale et dans des termes plus récents, en tant que valeurs (Lombard, Vandewalle, 2009). La définition adoptée par Marie Garrau et Alice Le Goff qu'elles reprennent de Joan Tronto (2009, p. 37) évoque ainsi « *une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre "monde"* ».
Si l'on se réfère à Frédéric Worms (2010, p.21), pour traduire une situation plus précise qui est le moment du soin, cela correspond à « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances sociales, et cela, par égard pour cet être même » ;* il s'agit d'une sorte de *« relation humaine originelle* ». Dans la formulation de Claire Marin, le soin exige : une « *double attention : comme quelqu'un qui essaie de suivre plusieurs conversations à la fois, il doit être attentif aux dysfonctionnements du corps et aux difficultés morales du malade, mais aussi à l'explicite et à l'implicite de son discours* » (2013, p. 135).

Ainsi, nous percevons bien que le soin a une fonction sociale supposée bénéfique à tout individu : il veut répondre d'une manière collective aux besoins de bien-être physique, psychique et de sécurité de chaque personne mais ces trois dimensions sont parfois discordantes. En effet, il existe une tension et une complémentarité entre le prendre soin entendu comme sollicitude, souci de l'autre, de sa souffrance et le fait que l'acte repose sur un savoir technique visant à guérir, mais qui peut lui-même occasionner de la souffrance.

Réaliser un soin pour une infirmière est par essence ambivalent car il correspond à un corpus de connaissances et d'actes biologiques et médicaux réalisés par autorité pour le bien-être

d'un malade singulier et parfois ayant des besoins différents de ce que la société ou le système de santé prône.

- **Dimension historique du soin**

Au Moyen-Âge, en France, la vocation de « prendre soin de son prochain » se trouve étroitement liée à l'idéologie de la religion et de l'Église. Les soignants adoptent des consignes similaires à celles de la religion du Christ. Le fait d'expier ses pêchés par la douleur ou de mourir dans la douleur sont ainsi des idées prégnantes encore aujourd'hui.
Au XVIIIe siècle apparait la notion de « gouverner les malades » avec les premiers ouvrages destinés à donner des instructions à toutes les personnes charitables qui donnent des soins à leurs semblables. Puis elle a été utilisée pour instruire des femmes à donner des soins au domicile et porter assistance spirituelle aux malades. Ainsi, le soin est parcouru par une « pesanteur ontologique » (Lombard, Vandewalle, 2009) en lien avec la naissance et la mort, la douleur, la souffrance, la guérison, les fantasmes, l'accompagnement pour ne citer que ces aspects. Ces représentations peuvent de fait être encore présentes dans les esprits.

Les évolutions de la modernité ont également eu de forts impacts sur la maladie, le soin et la relation aux corps. Ce que Michel Foucault (1976) a appelé le « biopouvoir » a ainsi des conséquences considérables sur l'approche des soins : confiance aveugle des malades sur le système de santé et « surmédicalisation de l'existence », l'organisation de la médecine menace la santé, dénoncée par Ivan Illich (1975). Les progrès rapides des techniques biomédicales permettent d'améliorer les soins par une exploration illimitée du corps mais en contrepartie favorisent l'oubli du sujet, voire de créer une quasi « expropriation du malade » de son corps (Gori & Del Volgo, 2005). Ainsi l'existence du sujet est mise entre parenthèse et le corps est considéré comme un objet au service de la médecine. Tout cela a amplifié le pouvoir accru de la médecine et du soin sur les malades. L'hôpital en est devenu la référence majeure et l'emblème. Néanmoins, nous pouvons noter que ce regard se modifie depuis quelques années avec l'accès à l'information sur Internet, les scandales médicaux et la perte de confiance de cerains usagers (Obertelli, P. (dir.) ; Pouteau, C. ; Habery-Knuessi, V. ; Dancot, J ; Le Roux, A. & Llambrich, C. (2015)).

- **Dimension juridique du soin**

Contrairement aux siècles précédents, le soin est aujourd'hui, en France, un droit lié à la protection de la santé, reconnu par le Préambule de la Constitution française de 1946 et inscrit depuis le 4 mars 2002 dans un chapitre préliminaire du Code de la santé publique. Ce droit permet au malade de pouvoir accéder aux soins que son état nécessite, quels que soient ses revenus ; ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945 et fondé sur la solidarité. Les acteurs de santé - les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes de prévention ou de soins, les autorités sanitaires - doivent employer tous les moyens à leur disposition au bénéfice de toute personne.

Ainsi, on perçoit que toutes ces représentations sont des héritages qui façonnent la pratique actuelle de l'infirmière, instituant un ordre négocié (Strauss, 1978) entre soignant et malade. Il s'agit du « logos » du monde des soins qui constitue la trame dans laquelle les infirmières et les malades retirent la substance de leurs représentations, de leur rôle et réalisent en cohérence l'action conjointe lors d'un soin.

- **Dimension institutionnelle**

Comme le souligne le paradigme de l'action, les infirmières sont aussi soumises à des recommandations de bonnes pratiques (que nous verrons dans les paragraphes suivants) mais également à une culture de leur institut de formation, des établissements et des services dans lesquels elles ont appris leur métier par immersion. De fait, la réalisation d'un soin est en lien direct avec le lieu où est appris et où s'exerce ce soin car les recommandations de bonnes pratiques d'un soin ou d'un geste divergent d'un service hospitalier à un autre. En effet, d'un point de vue pratique, des recommandations sur la réalisation de certains gestes sont rédigées soit par la Haute Autorité de santé, soit dans le cadre de livres ou d'articles scientifiques. Mais ce sont également les structures de soins elles-mêmes, au regard des pathologies qui les préoccupent, qui rédigent leurs propres protocoles de soins, ces protocoles évoluant si des événements nuisibles interviennent régulièrement dans les soins dispensés.

Il faut noter que ces recommandations s'attachent à décrire essentiellement « *le geste technique sans parler de la relation soignant-malade, sauf à dire que les soignants doivent donner une information sur le geste, recueillir le consentement du malade et adopter une juste distance afin de ne pas se laisser envahir par les émotions provoquées par son histoire*

ou sa situation » (Flament, N. ; Godon, G. ; Henon, N. ; Witzak, E ; Grousset, S., 2015, p. 53).

La réalisation du soin est aussi en lien avec la pression des cadres/autres soignants ou de l'ambiance entendue dans un couloir. Le travail en équipe et la confiance entre soignants peuvent ou non favoriser certains gestes techniques ou soins relationnels, notamment ceux qui peuvent aller au-delà des rôles propres des soignants et des recommandations (Obertelli, (dir.) ; Pouteau ; Habery-Knuessi ; Dancot, J ; Le Roux & Llambrich (2015)). De fait, la psychologie des organisations attribue une importance à la qualité de la coopération dans l'analyse de l'activité du travail.
Ainsi, les auteurs en soins infirmiers (Formarier & Jovic, 2009 ; Hesbeen, 2009) précisent qu'il existerait, une « norme implicite » au sein des services. Par exemple, les infirmières se doivent de maitriser leurs affects selon un « savoir-taire », en raison « d'une forme d'interdit professionnel associé à la sensibilité ». Ces différentes conceptions érigent le portrait de « l'infirmière idéale », empreint d'une « neutralité émotionnelle ». Cette image du soignant « vertueux » et « infaillible » est cependant dénoncée car trop éloignée de la réalité et de « *la reconnaissance de son humanité* ». (Fortin, 2002).

Ces mêmes auteurs mettent aussi en exergue le fait que des soignants, de par leur formation ou expérience, ont par essence une méfiance vis-à-vis de la parole des malades, alors que les recommandations les invitent à reconnaître la plainte et déceler le contenu présumé objectif des dires du patient.

Il est ainsi à noter, pour la recherche, que la mobilisation par la culture, les valeurs ou l'identité collective sont transférables à n'importe quelle tâche de soin, quelles que soient les contraintes qu'elle implique pour l'activité (Dejours, 1995, p. 22).

Toutes ces dimensions contribuent à définir ainsi les identités professionnelles et les postures des infirmières comme une sorte d'« image idéale de l'infirmière » (Barbier, 2006). Elles sont complétées par des cultures de métier et des rhétoriques d'action spécifiques qui fonctionnent comme des modes partagés de construction de sens autour de l'intervention de soin.

2.2.2.2 Les dimensions didactiques du métier

- **Les conceptions des sciences infirmières**

Les définitions et les pratiques des soins infirmiers ont beaucoup évolué au fil du temps au travers de l'histoire de la profession infirmière (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Ainsi, les femmes qui exerçaient les soins à partir du Moyen Age étaient sous une hiérarchie médicale, en tant qu'exécutante dévouée. Des figures phares, comme Léonie Chaptal en France et Florence Nightingale en Angleterre, ont contribué au développement de la profession moderne de l'infirmière par la création d'écoles. De ces écoles sortent des professionnels de santé partageant des compétences et des valeurs communes autour de l'objet soin. Les connaissances et l'enseignement de la pratique, transmis traditionnellement oralement, se sont structurés sous forme de cours dispensés par des médecins ou des infirmières générales formatrices. Ainsi depuis la fin du XIXe siècle, de nouvelles techniques d'exploration ou d'actions propres aux infirmières se développent en parallèle de l'histoire de la médecine. C'est en 1922, en France, que les infirmières reçoivent pour la première fois un diplôme d'État. Cependant, les soins infirmiers revêtent encore une vision sacerdotale, l'infirmière centrant ses soins sur le malade, en simple exécutante et la science médicale étant réservée au médecin. Durant les temps de guerre (Première guerre mondiale, guerre de Crimée et Seconde Guerre mondiale), la pénurie de médecins provoque un glissement de tâches vers les infirmières, leur permettant de réaliser des actes invasifs. Dans les années 1960, les mouvements de libération de la femme permettent aux infirmières, de se libérer du carcan de simples exécutantes derrière l'homme/médecin. Les soins dispensés sont entrepris avec davantage d'autonomie, et s'élargissent vers certains processus de diagnostic infirmier. La mise en œuvre de toute intervention en soins infirmiers est nommée « démarche de soins infirmiers ».

Ainsi, au fil des années, les infirmières s'efforcent de se libérer de la domination médicale mais aussi de préciser leur domaine d'investigation et de pratique en les conceptualisant pour faire reconnaître leurs compétences. Depuis les années 70, les interactionnistes en sciences sociales s'évertuent à définir le rôle propre de l'infirmière. Ainsi, le rôle des infirmières s'avère être perpétuellement reconfiguré selon le contexte politique, économique et social (Acker, 2005) ; aujourd'hui s'y ajouter la mise en place de l'ETP.

Les Instituts français de soins infirmiers (IFSI) favorisent la transmission de ces connaissances auprès de leurs étudiants en mettant l'accent sur différentes conceptions que peuvent rencontrer les infirmières dans leurs structures.

Le terme "*conception*" est défini par l'encyclopédie Larousse comme "*la manière particulière de comprendre une question, opinion, représentations concrètes ou abstraites, idées, valeurs que l'on peut se faire de quelque chose*". Selon cette définition, dans les habitudes de langage de la philosophie moderne, « conception » a trait plus spécifiquement à la raison, et est alors opposée à « perception ». Par exemple, nous percevons les corps, leurs propriétés, notre propre existence mais nous concevons la distinction fondamentale du bien et du mal, le rapport nécessaire des effets aux causes, etc.

En fonction de la focale qu'elles choisiront dans leur pratique, cela aura un impact sur leur jugement clinique, leurs décisions professionnelles et leurs actes techniques et relationnels.

L'étudiante en sciences infirmières développe sa conception des soins pendant sa formation et l'ajuste une fois sur le marché du travail. Si elle débute sa carrière dans un service qui a la même conception de la pratique infirmière, cet ajustement sera minime. A l'inverse, cela lui demandera davantage d'ajustements, qu'elle sera ou non en capacité d'amorcer, selon la profondeur de ses représentations. De fait, sa conception va également dépendre de la nature des soins qu'elle va réaliser de manière régulière au sein de sa structure et sur lesquels son supérieur hiérarchique ou ses collègues l'évalueront et de sa capacité à faire face aux paradoxes qu'elle rencontrera dans sa pratique.
Le genre professionnel d'une institution recouvre ainsi les « *obligations que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler (...). Le genre est en quelque sorte la partie sous-tendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent, voient, entendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent, ce qui est en commun et les réunit, sous des conditions réelles de vie. Elles sont entrées dans la chair des professionnels, pré-organisent leurs opérations et leurs conduites, elles sont en quelque sorte soudées aux choses et aux phénomènes correspondants »* (Clot, 2008, p.103). Le genre correspond donc aux « attendus génériques du métier » (Clot, Ibid., p. 263)

- **Nature des soins infirmiers**

Les soins infirmiers représentent un ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ils concernent plusieurs branches de spécialités médicales ou de santé publique et peuvent être ventilés par domaine de santé.

On distingue généralement les soins curatifs ou de réparation, le « cure » et les soins infirmiers liés aux fonctions de continuité et d'entretien de la vie (Collière, 1995) dans le cadre du rôle propre de l'infirmier, le « care ».
Les soins infirmiers en médecine ou chirurgie font le plus souvent appel aux compétences techniques des infirmières : l'évaluation et la gestion de la douleur ; la gestion du risque infectieux tant au niveau du suivi et de la maîtrise de l'hygiène des personnes et de l'asepsie lors d'un soin que de la lutte contre les infections nosocomiales ; la guérison des plaies et cicatrices, la prévention des escarres dans le cadre d'une activité de stomathérapie, la pansementerie, la gestion des abords veineux ou encore la transfusion sanguine.
La relation d'aide fait appel à différentes techniques de communication, notamment l'écoute active, la reformulation, la congruence, l'empathie, la valorisation.
Nous l'avons vu dans le cadre des écoles de pensée, la mission des infirmières dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social. Il s'agit d'aider les malades à y parvenir dans l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent.
Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent en plus des soins techniques des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé. Les soins infirmiers concernent également la coordination et l'organisation des soins aux personnes : travail en réseau de soins avec les différents acteurs de santé, tenue du dossier de soin, mise en place des examens médicaux et processus de deuil dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie.
Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres d'autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.

Ces compétences sont complétées par des formes de communications spécialisées, issues de concepts définis de façon très explicite pour notamment identifier des signes/symptômes de la maladie qui sont universels, qui permettent aux acteurs de santé de se comprendre et faciliter leur mode d'intervention, notamment en cas d'urgence. Ainsi, la démarche clinique correspond au processus d'identification de l'ensemble des problèmes de santé réels et potentiels d'une personne et de ses capacités, de la démarche de soins (projet de soin) qui est un processus d'adaptation du soin à la personne. Ces deux démarches sont complémentaires pour déterminer les signes et les symptômes d'une maladie ou d'un handicap, les risques liés à la pathologie, aux effets secondaires du traitement ainsi que les risques de réactions humaines et psychologiques. Ces savoirs standards, inculqués aux soignants sont issus des sciences médicales et des sciences humaines. Ils sont appelés « plans de soins type ».

Il faut noter également que l'évaluation clinique et la démarche clinique sont conditionnées par des invariants de qualité dans le soin comme : la sécurité, l'hygiène, l'asepsie, la pudeur, l'intimité, la gestion des émotions... (Psiuk, 2012). Ce sont des règles générales d'action applicables à toutes les situations, ce que l'on appelle une heuristique. Elles doivent être complétées par des éléments d'état initial du patient qui nécessitent d'être clarifiés.

- **La qualité des soins**

Vuori (1989) dans sa publication pour l'Organisation Mondiale de la Santé – OMS - indique que les soignants et le patient n'ont pas la même façon de considérer les soins qui sont donnés à ce dernier. Il convient donc d'essayer de concilier les deux points de vue même si la qualité est définie en premier lieu par le professionnel de santé qui cherche l'efficience maximale de sa démarche.

Partant de ces constats, Hesbeen (1999, pp. 55) a déterminé les facteurs qui, par leur association et leurs interactions, constituent la qualité des soins et donne comme définition : « *une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celle-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinentes et clairement identifiés* ».

Dans le domaine de la santé, la réforme hospitalière de juillet 1991 (citer en Annexe 1) a introduit pour la première fois la notion de réflexion sur « une politique d'évaluation des pratiques […] visant à en garantir la qualité ». En 1996, ce questionnement aboutit à la mise en place, par une des trois ordonnances dites « Juppé » (citer en Annexe 1), d'une évaluation systématique de la qualité en milieu hospitalier : l'accréditation des établissements de santé. Cette démarche est menée par un établissement public d'État, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé (ANAES) et vise à « mettre en œuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé ». L'article 10 du décret 93-221 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (citer en Annexe 1) nous informe que l'infirmier doit « garantir la qualité des soins ». De plus, l'article 2 du décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (citer en Annexe 1) précise que les soins infirmiers intègrent qualité technique et qualité des

relations avec le malade. Ces notions sont retrouvées dans la Charte du patient hospitalisé. Ainsi, on perçoit que la notion de qualité des soins fait partie intégrante de l'environnement professionnel de l'infirmière.

- **Classification des interventions : rôle sur prescription et rôle propre**

L'article R.4311-2 du code de la santé publique (citer en Annexe 1) énonce que « *les soins infirmiers (...) ont pour objet, dans le respect des droits de la personne et dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologiques, psychologiques, économiques, sociales et culturelles (...) de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser un diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions, (...) de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et l'application des prescriptions médicales…* ».

Les textes relatifs aux actes professionnels divisent les interventions infirmières en deux catégories principales : 1) les soins prodigués en collaboration, par délégation, sur prescription médicale, quel que soit le domaine d'activité, nommé le « rôle sur prescription » et 2) le « rôle propre » ou *compétence autonome* qui correspondrait au cœur de métier des infirmières (Devers, 2007). La législation du pays d'exercice précise les interventions qui doivent faire l'objet d'une prescription médicale ou d'un protocole de soins infirmiers.

La première catégorie des soins ne sont pas applicables sans un avis médical ou un protocole de soins préalablement établi que l'infirmière peut appliquer dans certaines circonstances, y compris dans le cas d'une urgence vitale. Ce sont, par exemple, la pose d'une perfusion, la réfection d'un pansement, la prise de sang, la mise en place d'une thérapeutique médicamenteuse ou invasive, ou l'assistance à un geste médical lors d'une intervention chirurgicale.

La seconde catégorie regroupe les soins mis en œuvre et évalués de manière autonome par l'infirmière. Ils sont argumentés et consignés dans la démarche de soins infirmiers et sont basés sur ses compétences propres. Dans ce cadre, elle peut prendre les initiatives et accomplir les soins qu'elle juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311.6 du Code de santé publique (citer en Annexe 1). Elle identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les

actions appropriées et les évalue. Elle peut de sa propre initiative élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers. Elle est chargée de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. De plus, lorsque les actes accomplis et les soins relevant du rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile, l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'elle encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3 du Code de santé publique (citer en Annexe 1). La notion de soin infirmier peut aussi prendre le sens d'un savoir-faire, une compétence technique ou une connaissance. Il fait le plus souvent référence à la réalisation d'un acte médical, comme la pose d'une voie veineuse périphérique ou la réalisation des soins fondamentaux.

De fait, Psiuk (2012) considère que le rôle propre est souvent assimilé par les infirmières aux seuls soins d'hygiène et de confort et de fait les renvoie à être et rester dans le faire. Elle identifie que cela ne leur permet pas d'appréhender l'ensemble de leurs soins et les cantonne à une liste d'actes hiérarchisés, avec des soins techniques de plus en plus techniques, de plus en plus nombreux et le « reste ». Elle estime que ce « reste » devrait fonder l'essentiel de leur fonction et leur laisse une part d'autonomie et de responsabilité, quel que soit le domaine où elles interviennent.

Si l'on se réfère à l'enseignement, Hetu (1999) distingue deux modes dans le processus d'accompagnement émancipatoire qui détermineront deux modes d'accès au métier : d'une part, la socialisation, processus par lequel un individu acquiert de façon sélective les valeurs, les attitudes, les intérêts, les habiletés et les connaissances qui composent la culture particulière du groupe de professionnels dans lequel il veut devenir membre» que nous avons abordé précédemment pour les infirmières ; d'autre part, la professionnalisation, caractérisée par l'organisation d'une formation initiale conçue dans « une perspective de développement continu », mettant l'accent sur la maîtrise de la pratique réflexive et le développement d'une autonomie professionnelle (« moi professionnel »).
Ainsi, les interprétations sur ce que sont les soins infirmiers varient selon les représentations d'une infirmière à une autre, notamment quant à leur rôle et au fait que le patient soit acteur dans ce processus.

Nous allons voir que ces représentations émanent aussi des expériences singulières que l'infirmière a eues dans son vécu personnel et professionnel.

2.2.2.3 Les dimensions subjectives et expérientielles

Nous l'avons vu lors de l'approche des expériences que les pratiques de soins revêtent un but qui dirige l'action, en réponse à des besoins, des valeurs, des intentions, une adresse qui correspondent à l'éthos (Jorro, 2006). Ils représentent la « face cachée de l'agir professionnel » (Clot, 2000) qui sont en lien avec l'identité de la personne. « *Un soignant peut être conditionné par sa propre histoire ainsi que par ses circonstances de travail* » (Cuche & al, 2012, pp. 145-146).

Par exemple, faire le choix d'embrasser la profession d'infirmière n'est pas anodin. Elles disent le choisir notamment pour aider les malades et se sentir utiles. Or il apparaît que les significations du terme « aide » désignent à la fois une action conjointe de celle qui aide et de celui qui est aidé, et une action "disjointe" de ces deux protagonistes, dans le sens où leur activité diffère, dans une complémentarité (ex : donner/recevoir ; parler/écouter). Ainsi, les significations multiples de ce terme, renvoient aussi bien au fait de « donner » qu'au fait de « concourir à », mais également à des échanges aussi bien matériels que symboliques. La notion d'aide permet donc de désigner un ensemble de pratiques de différentes natures, prenant différentes modalités, qui se répercutent sur la posture du soignant (Gonin, 2008).

Ainsi quand on veut aider autrui, quelle que soit la nature ou la modalité de l'aide, celle-ci renvoie à des questions éthiques, à la question kantienne « que dois-je faire ? » : elle est en rapport avec des valeurs morales définissant le Bien. Selon Ricoeur (2004, p. 689), on peut considérer que « *la morale est davantage en rapport avec les normes sociales et les valeurs portées par une culture, tandis que l'éthique s'ancre dans l'expérience subjective du sujet au regard des conduites à tenir dans une situation donnée* ».

Il est donc important d'identifier ce que va prioriser l'infirmière dans la réalisation de son soin ? Il est intéressant également d'identifier si le contexte y joue un rôle. Dans le cas où l'infirmière intervient dans le cadre de son activité libérale, la relation d'aide se transforme-t-elle en relation de service avec une éthique différente ? Le malade détient-il un pouvoir dans

la mesure où il choisit son infirmière, dans la mesure où il peut aussi demander des comptes à la différence de l'hôpital ?

Ainsi, la forme d'aide, au regard des concepts utilisés, peut être variable : de la réalisation de l'action à la place du malade à son accompagnement pour le rendre acteur. De fait, le soin, peut aussi être considéré comme une activité d'accompagnement du malade dans ses cheminements singuliers avec ce que cela comporte d'incertitude et d'imprévisibilités et donc de risques. Accompagner, c'est rencontrer le malade là où il est et d'abord tenter de comprendre ce qu'il comprend sans se positionner en tant qu'expert ou le juger.
Ce travail d'accompagnement nécessite un travail sur soi important pour envisager la place respective de chacun et avoir la faculté de considérer les priorités d'autrui. De fait, l'accompagnement est un processus singulier qui repose sur des manières d'agir qui peuvent être caractérisées. Psiuk (2012, p.21) distingue dans ce cadre deux raisonnements :

- d'une part, le « *bas raisonnement clinique* » où le patient est passif et l'action est la conséquence directe de l'observation et de l'interprétation immédiate de l'infirmière
- d'autre part, du « *haut raisonnement clinique* » où les hypothèses sont issues de la clarification de la situation à partir de l'expression du malade. L'infirmière, au regard d'un réel questionnement par une écoute active, cherche à faire verbaliser ce qui pense ou ressent le malade. Le processus d'individualisation du soin au patient est selon elle plus pertinent pour l'accompagner à développer des stratégies d'adaptation à sa situation.

La concrétisation de la pratique de soin est ainsi tributaire des représentations que l'infirmière a de la santé, du malade, de son environnement, du soin, mais aussi de sa propre spiritualité sans que ce soit toujours en lien avec le religieux (Honoré, 2011). De fait, être en présence d'un homme souffrant incurable et s'approchant de la mort, nécessite que le soignant s'interroge sur le sens de la vie, sur la relation entre le corps et l'âme et sur sa finitude. Ce sont des questionnements qui font partis des soins et qui définissent un certain regard de l'infirmière par rapport au fait d'éprouver la maladie et de la soigner.

Il peut arriver comme tout un chacun que l'on doute de sa propre activité et on a besoin d'une confirmation par le regard de l'autre et donc on s'expose à son jugement, comme Sartre en a fait l'analyse après Hegel. Or, seule est opérante, pour l'identité, la reconnaissance qui porte sur le faire, c'est-à-dire sur le travail visible, voir quantifiable, au regard de sa qualité et de

son utilité.
Nous l'avons vu, la reconnaissance des infirmières passe notamment par des épreuves de jugement sur leur technicité dans le cadre de leur institution et très peu sur le relationnel. C'est donc de sa propre initiative que l'infirmière, qui a obtenu la reconnaissance de son savoir-faire, peut éventuellement envisager sa pratique dans le registre du savoir-être.

Clot (2006) nous invite également en termes d'activité à tenir compte de ce qui n'est pas fait, soit le réel de l'activité et les activités empêchées. Pour les infirmières, nous serons, par exemple, amenés à déterminer s'il existe une composante en lien avec des contraintes universelles ou mécaniques (Bril, 2015), humaines, fonctionnelles, physiques dans la réalisation d'un geste intracorporelle (Passage de la glotte ? Elasticité de la peau ou de la veine ? Quelles régulations ont mis en place les infirmières pour réaliser ces gestes ? Existe-t-il des contraintes par rapport à la relation avec le malade lors d'un geste intracorporel et qu'est-ce qu'elles font ou ne font pas ? Quelles sont les problématiques singulières pour une infirmière lors d'un soin technique ?

Par les éléments présentés précédemment, on peut percevoir aussi que l'infirmière doit réaliser des tâches liées à sa profession mais doit aussi s'investir dans des tâches liées à l'organisation où elle travaille, souvent évaluées par des indicateurs quantitatifs. Or dans les métiers de service comme la santé, le travail pose notamment de redoutables problèmes de conscience. Ai-je traité le malade ou l'usager comme il le mérite dans le temps qui m'est imparti ? La logique organisationnelle que l'on m'impose me permet-elle de satisfaire ses attentes et les miennes ? La qualité de mon travail est-elle déterminé par le nombre d'actes réalisés en un temps donné, les économies réalisées dans l'utilisation de matériel ou la satisfaction de l'usager ? Si je prends du temps pour écouter un malade, quelles répercussions cela aura-t-il sur le travail de mes collègues et que vont-elles penser de moi ? Ainsi, les critères de qualité dans les services ouvrent des controverses importantes entre les tâches professionnelles et les tâches organisationnelles, ceux qui font le travail en première ligne et ceux qui dirigent/managent n'ayant pas la même vision sur ce qu'est la qualité du travail.

D'ailleurs, Clot (2014, p. 10) évoque « *Le principal risque psychosocial d'aujourd'hui est le déni du conflit sur les critères de la qualité du travail ».* Il nous indique également que *« La maltraitance dans les maisons de retraite s'explique par exemple non pas par un défaut d'empathie avec les personnes âgées, mais par l'impossibilité de délibérer sur les gestes*

professionnels engageant le corps de l'autre ». Ainsi, lorsque les cadres d'une structure de soins maltraitent un soignant, ils le mettent en situation de maltraiter les patients, de mal les soigner. Ce sont les « *activités imposées* » ou les « *activités empêchées* » qui empêchent les salariés de se retrouver eux-mêmes dans ce qu'ils font, dans la qualité d'un produit, d'un geste de métier, d'une histoire collective. Ils sont contraints de faire des choses indéfendables à leurs propres yeux, ce qui peut provoquer des pathologies mentales. Selon ces propos repris par De la Vega, « *La souffrance au travail n'est pas une construction sociale, elle est inévitable pour toute personne qui se confronte au réel, quelle que soit la nature ou la forme du travail, qu'il s'agisse d'un travail salarié ou non salarié, manuel ou intellectuel » (*Clot, 2012, p.2).

Dejours (2012) toujours selon les propos recueillis par De la Vega nous indique que la souffrance, telle qu'il l'entend, ne veut pas dire malheur. Il existe une souffrance pathogène qui survient si la personne, malgré la mobilisation de toutes les ressources à sa disposition, est toujours en échec. Soit parce qu'elle est à la limite de ses talents, soit parce qu'on l'empêche de travailler comme elle le devrait ou souhaiterait. Dans ce cas, des décompensations psychiques (bouffées délirantes, burnout, etc.) et somatiques (TMS - Troubles musculosquelettiques - et autres) peuvent survenir. Néanmoins, il précise que l'expérience de l'échec peut aussi être le « *point de départ de la mobilisation de l'intelligence, de la créativité, de l'inventivité qui va permettre, souvent, de dépasser la difficulté. Travailler, c'est précisément cela : se confronter à la résistance du réel et trouver des solutions. C'est pourquoi la souffrance est première. Le plaisir vient après. La souffrance peut se muer en plaisir si l'on parvient à surmonter l'obstacle, si l'on parvient à se transformer soi-même pour le dépasser. Elle se transforme en plaisir également si l'on obtient la reconnaissance de ses collègues, de sa hiérarchie, des clients* ».

Ainsi, si on tente d'analyser les pratiques des infirmières pour en définir des critères invariants de leur discours, il s'agira d'identifier un cadre permettant de révéler la logique qu'elles attribuent à leurs actions et les enjeux, entre le global et le local, à commencer par ce que représente pour elle la réalisation d'un geste intracorporel dans le contexte qu'elles énoncent.

Nous pouvons identifier que, comme toute expérience, le soin est à la croisée de trois dimensions de l'agir en interaction (Brière-Guénoun, 2016) :

- des dimensions sociales, culturelles et institutionnelles qui englobent notamment les prescriptions et les paradigmes du prendre soin, les référents culturels en la matière. Elles représentent les déterminants externes, les normes et assujettissements dont l'infirmière tient compte dans sa pratique.
- des dimensions didactiques du métier au regard de tâches et de techniques particulières dans le cadre d'une action conjointe avec le malade et d'où ressortent des intentionnalités didactiques particulières.
- des dimensions subjectives et expérientielles qui intègrent le réel de l'activité avec des conflits, dilemmes par rapport au savoir, aux affects et à l'environnement du soin mais aussi les activités de re-conceptualisation au regard de motifs pour agir et de préoccupations-conceptions-intentions plus personnelles de l'infirmière.

Ces dimensions créent des représentations identitaires des infirmières sur leur rôle de soignante, leur professionnalisme.

Les rôles que l'on se donne et que l'on donne à l'autre agissent également sur les interactions avec le malade, que l'on nomme « *le jeu de l'action conjointe* » où se produit des activités au regard des interprétations que les acteurs accordent à un certain nombre de signes.

2.3 Le geste de soin intracorporel

2.3.1 Un geste professionnel

Nous l'avons vu, quand il s'agit de travailler sur les gestes d'une infirmière, il s'agit de repérer les attitudes saillantes, notamment en termes de genre professionnel (Clot, 2008).

Le genre professionnel recouvre les « *obligations que partagent ceux qui travaillent pour arriver à travailler souvent malgré tout, parfois malgré l'organisation prescrite du travail… ces formes communes de la vie professionnelle. Le genre est en quelque sorte la partie sous-tendue de l'activité, ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent, voient, entendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent, ce qui est en commun et les réunit, sous des conditions réelles de vie. Elles sont entrées dans la chair des professionnels, pré-organisent leurs opérations et leurs conduites, elles sont en quelque sorte soudées aux choses et aux phénomènes correspondants* » (Clot, 2008, p.103). Le genre correspond donc aux « *attendus génériques du métier* » (*Ibid.,* p. 263). L'infirmière peut s'inscrire dans des normes et des valeurs sociales et institutionnelles qui peuvent surdéterminer son vécu avec plus ou moins d'intensité et la mettre ainsi dans une posture d'agent plutôt qu'auteur ou même acteur.

Mais au-delà des caractéristiques communes des différentes pratiques de soins, de nombreuses variantes peuvent être repérées. Les multiples compétences sollicitées par les infirmières peuvent se décliner d'une manière différente selon la situation et selon les singularités des actrices. Car, avant tout, le soin n'est-il pas d'abord une personne ? Ces gestes peuvent-ils aussi être en lien avec la temporalité de l'infirmière ? Huberman (1989) a identifié sept étapes qui constituent, selon ses propres termes, « *le cycle de vie professionnelle des enseignants* » : entrée dans la carrière, phase de stabilisation, phase de diversification, remise en question, sérénité et distance affective, conservatisme et plaintes, et enfin désengagement ». Hétu (1999) lui propose cinq phases : 1) la socialisation informelle (l'individu s'inscrit dans un programme de formation et le « moi » professionnel est un moi idéalisé) ; 2) la socialisation formelle (l'individu commence sa formation professionnelle et est soumis à diverses formes de « pressions » liées à la formation) ; 3) l'insertion professionnelle (confrontation du « moi » professionnel aux réalités de l'action) ; 4) la socialisation personnalisée ; et, enfin, 5) la socialisation du rayonnement. En est-il de même pour les infirmières ? Derrière les intentions, les recommandations professionnelles, les

normes sociales, les compétences, où se situe concrètement, la « je », du « moi professionnel » ?

Ainsi, il faut distinguer les « gestes de métier » appris (que nous avons présentés précédemment) qui déterminent l'appartenance à un corps de métier ou à une posture et les « gestes professionnels » (Jorro, 2006) construits au fil de sa pratique par l'infirmière dans sa relation aux malades. « *Ils intègrent les gestes du métier en les mobilisant d'une façon particulière, leur mise en œuvre dépend de processus d'ajustement, d'agencement, de régulation. Il n'y a pas un modèle opératoire à privilégier, mais des variations à construire dans l'interaction avec le contexte* », plus ou moins favorable à sa pratique et en fonction de la temporalité qui est la sienne.

D'ailleurs, Gebauer & Wulf (2004) avec le concept de mimesis social conçoivent l'agir humain comme un remodelage incessant d'actes, de pratiques héritées combinées, transformées avec une place importante du corps, la reconnaissance des gestes et des techniques qui peuvent devenir des stéréotypes d'une dimension de l'activité, avec une dimension symbolique et temporelle. Il s'agit en temps réel, d'improviser même si elle est réglée par ce que Bourdieu (1972 ; 1980) a appelé l'habitus.

Le concept de mimésis sociale est un concept dynamique qui intègre la reprise de pratiques existantes et leurs modifications, d'où la possibilité d'une activité créative à partir d'un existant. C'est aussi accompagné d'une distinction de deux figures de l'agir (Jorro, 2002) conscientisés par les acteurs : d'une part, le bricolage (Lévy Strauss, 1962) ou l'improvisation réglée (Meirieu, 1990) favorisé par l'ingéniosité, sur le terrain qui précède et prolonge la technicité, dans un métier où il est impossible de maîtriser d'avance les interactions. Il favorise les petites modifications, les arrangements mais permet également que le praticien y fasse figurer sa petite touche personnelle. D'autre part, le braconnage (De Certeau, 1981) qui introduit un air de dissidence face aux modèles établis, en détournant des objets ou des pratiques.

Ces gestes professionnels sont caractérisés par quatre dimensions (Jorro, 2006) : la liberté d'agir, le kairos (une certaine improvisation face aux risques perçus), le sens de l'altérité (apprendre à quelqu'un mais aussi de soi), l'adresse du geste (avec des effets positifs ou négatifs en fonction des perceptions de celui qui le reçoit). Ces dimensions sont complétées par une certaine amplitude (Pana-Martin, 2015) et un aiguillon éthique.

Il s'avère donc opportun d'identifier les gestes pour saisir d'une part leur fonction sociale, mais aussi la dimension symbolique puisque le propre du geste humain est de signifier au-delà de sa simple existence de fait.

Ainsi, outre ce que l'on a vu précédemment qui correspond à une approche globale, nous pouvons aussi identifier les pratiques des infirmières selon l'approche en situation proposée par Jorro (2006), en mettant une focal sur la valeur du geste au regard de quatre catégories :

- des gestes langagiers : critère de pertinence ;
- des gestes de mise en scène des savoirs : critère de médiatisation, de validité, de fiabilité, de traduction :
- des gestes d'ajustement : critère d'opportunité de l'intervention, de synergie dans l'action, d'efficacité ;
- des gestes éthiques : critère d'équité d'accompagnement, de partage de l'activité, de responsabilité, de réflexivité.

2.3.2 Les techniques infirmières

Nous l'avons vu précédemment, le métier d'infirmière se caractérise notamment par sa technicité et certaines infirmières se complaisent dans la réalisation de ce geste technique valorisant leur métier, à la différence par exemple des aides-soignantes.

Leur habileté technique favorise la réalisation d'un geste sur le corps d'un malade. Elle peut libérer les infirmières d'un certain nombre de contraintes naturelles. Elle permet au corps de se prolonger au-delà de ses prédispositions avec différents instruments destinés à augmenter ses capacités, en termes de précision par exemple.

Heidegger (1993) rappelle qu'à l'origine ce terme, ne désigne pas un moyen matériel (à usage de…) mais un savoir, un tour de main, dans le sens où l'artisan sait comment s'y prendre pour « faire apparaître ». Il précise en effet que l'origine du terme de « technique » est à situer dans le mot grec *techné* (*τέχνη*) : « *la τέχνη qui désigne l'une des cinq manières, selon Aristote dans l' Éthique à Nicomaque, d'avérer, c'est-à-dire de dévoiler la vérité, le réel* ». Il précise que la technique est néanmoins, au fil des siècles, davantage une recherche de la certitude par l'objectivité, la mesure, et le compartimentage du réel dans des catégories. Il s'agirait de mettre en demeure la nature de procurer ce que l'on attend d'elle.

Dans l'étude du geste intracorporel de l'infirmière, il sera ainsi nécessaire d'étudier à la fois ce qu'elles disent sur les procédés qu'elles emploient pour utiliser leur matériel et accompagner le malade, les finalités de l'emploi des dits procédés mais aussi sur les capacités qu'elles mettent en œuvre pour étudier le corps d'une personne et y introduire/retirer leur instrument.

Il sera également intéressant d'analyser ce qu'elles disent par rapport au fait de contrôler ces procédés, ce que cela leur apporte, ce qu'elles ressentent. Il s'agira notamment de vérifier si les propos d'Ellul (1954) se vérifient. Il indique notamment que la technique est certes utile à l'homme mais peut aussi être instrumentalisée pour satisfaire sa volonté de puissance. La technique est-elle réellement neutre, ni bonne ni mauvaise ou véhicule-t-elle des valeurs spécifiques (le travail, l'utilité, l'efficacité, la croissance économique, le progrès...) en les substituant à d'autres valeurs comme le respect, la bonté, l'empathie ?

Par ailleurs, la liste des gestes techniques pouvant être réalisée par une infirmière s'inscrit dans un cadre juridique. Ils sont définis par les articles R4311-5, R4311-9 et R4311-10 du Code de la santé publique (citer en Annexe 1) relatifs aux actes professionnels qui déterminent l'habilitation des infirmières. Ces actes sont identifiés et répertoriés au regard de différentes situations, sur rôle propre, sur prescription médicale en présence ou non d'un médecin. Ces gestes sont appris lors des stages infirmiers obligatoires que la personne réalise au sein de divers services hospitaliers ou en ambulatoire, accompagnée par un tuteur dans un premier temps, puis qu'elle réalise seule.

Dans leur pratique, les infirmières exécutent des soins dits de confort et de bien-être qui permettent d'accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens (alimentation, toilettes, douleurs…), en lien avec les besoins humains fondamentaux. Elles réalisent aussi des soins d'éducation à la santé. Ces techniques ne nécessitent pas la prescription ou la présence d'un médecin. Ce sont des actes qui n'entrent pas dans le cadre des gestes dits invasifs.

A contrario, tous les actes sur prescription médicale et sur rôle propre sont des gestes intracorporels comme par exemple les injections, perfusions, prélèvements, réfection de pansements, ablation de redons, d'agrafes, de fils... Ce sont ces gestes qui vont plus particulièrement nous intéresser dans le cadre de la thèse.

Chaque jour, des milliers de gestes sont réalisés par les infirmières dans un contexte de soins courants ou d'urgence, dans le cadre d'une intervention sur la personne, celle-ci étant consciente ou inconsciente dans un environnement particulier (en institution ou au domicile de la personne). Le geste peut être gradué selon certaines difficultés (comme l'accès facile à des veines) et présenté des risques différents pour le malade (exemple d'infection) mais aussi pour l'infirmière (se piquer avec une aiguille).

Le geste technique intracorporel est réalisé, soit pour retirer ou injecter un élément dans le corps, par les mains du soignant ou par l'intermédiaire d'un matériel, sur des zones prédéfinies du corps d'un sujet, vues ou non par le malade, plus ou moins pudiques et qui suscitent des émotions de la part des soignants et des malades.

L'infirmière doit également faire respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins a fortiori quand ils sont invasifs, ce qui nécessite une préparation de son matériel et le suivi d'un protocole précis.

Nous l'avons vu aussi précédemment, elle a également un devoir d'information vis-à-vis du patient sur les actes pratiqués, afin de le rassurer et créer une relation de confiance entre soignant et soigné.

Au regard de ces différents rôles, il sera intéressant d'identifier si l'infirmière distingue dans son discours des priorités et des comportements différents. L'influence de la recherche d'un geste esthétique par cette dernière pourra également être soulevée.

2.4 Une intervention intracorporelle sur autrui

Il est à noter que les infirmières ont comme particularité pour réaliser leur geste technique intracorporel d'agir sur autrui, au-delà d'une simple interaction. Elles ont l'obligation de toucher le malade, voire d'insérer/injecter ou d'enlever des éléments/matériels de son corps.

Ainsi, une infirmière qui est en interaction avec un malade emboîte des espaces d'activité en situation d'intervention sur autrui (Barbier, 2015 ; Dejours, 2014) qui lui sont propres.
Les activités des infirmières relèvent de l'intervention sur autrui car nous sommes en présence d'actions, qui de manière officielle, ont pour objet de préserver la vie d'autrui, de le maintenir en activité ou de perpétuer son être. De manière officieuse (en tout cas en France), cela peut être aussi pour abréger les souffrances d'une personne avec l'injection d'une décoction létale pour l'aider à mourir.

Nous n'inclurons pas les exécutions et les avortements dans ce cas car ils ne sont pas exécutés par des infirmières, mais il est à noter que des soins peuvent également nuire dans le cadre d'une institution qui agit dans le cadre d'une réglementation.

De fait, donner des soins, c'est intervenir sur les paramètres personnels de l'activité d'une personne en vue de les transformer (Barbier, 2015).

Ainsi, les infirmières sont en interaction avec les malades selon des situations très variées. Ces situations les amènent à jouer des rôles et avoir des comportements et des postures spécifiques. Leurs soins, en fonction des intentions qu'elles y mettent, peuvent être à multiples facettes. Cependant, le point commun à l'ensemble de ces gestes, c'est le toucher.

2.4.1 Le corps humain comme présence pour soi et pour le monde

Le corps incarne le propre d'un Homme et est sa frontière lui permettant de se distinguer des autres (Le Breton, 2016). Plus précisément, l'enveloppe vivante, qu'est la peau, membrane à double face est un espace transitionnel (Winnicott, 1975). L'une des faces est tournée vers la réalité extérieure, psychique et sociale. Par cette face, la peau édifie une barrière protectrice contre l'extérieur. Elle fonctionne aussi comme un filtre des énergies à accueillir et des

informations à recevoir. L'autre face de la peau est davantage tournée vers la réalité intérieure de la personne avec une projection par l'individu de ses fantasmes, de son image, de sa topique subjective, c'est-à-dire les relations entre le ça, le moi, le moi idéal, le surmoi et l'idéal du moi (Anzieu, 1999, p. 2).

Le corps permet aussi de se distinguer de l'autre, notamment dans une activité professionnelle, par ses gestes (les manières de se saluer, par exemple), son regard, ses postures, ses attitudes, ses vêtements. Il présente de multiples facettes et revêt plusieurs dimensions : symbolique, idéelle, mythique mais aussi physiologique, mécanique, kinesthésique et toutes ces dimensions s'imprègnent de représentations sociales.
Ainsi, fondamentalement culturel, il véhicule du sens, des émotions, des croyances et des valeurs. Le corps par ses gestes permet de transmettre des dimensions de soi qui constituent nos identités et de co-construire nos relations avec l'autre. Il permet de fait d'établir des liens entre une infirmière et un malade dans le cadre du soin.
Les gestuelles, les actes, les discours sont organisés donc ritualisés et codifiés. Ils ne se déplacent pas seulement dans l'espace physique, celui des corps, ils engendrent des espaces produits par eux et pour eux. Le corps est médiation, selon deux points de vue : celui de l'individu, de son savoir et de ses représentations qui se construisent à partir de son corps propre et celui qui regroupe le champ des savoirs et des représentations sociales (Di Méo, 2009).

Le langage corporel est tissé, articulé de façon indissociable avec le langage verbal. Évoluant dans un lieu codifié, les relations sont également marquées par les dimensions proxémiques : occupation de l'espace, accentuation ou réduction des distances au risque d'empiéter sur l'intimité de l'autre, direction et qualité du regard. Ces éléments extrêmement signifiants (corps, distance, voix) sont de l'ordre du micro perceptible et passent souvent en deçà de nos seuils de perception, tout autant pour celui qui agit que pour celui qui reçoit le geste. De fait, en général, seul ce qui est ressenti comme excès : laideur, beauté d'un visage, nudité là où l'on attendait un vêtement, etc. réintroduit le corps dans l'interaction, et il y est comme un corps étranger. Pour Le Breton (2005), le corps n'est pas une nature, il n'existe même pas. « *On n'a jamais vu un corps, on voit des hommes ou des femmes, on ne voit pas des corps* ». Le corps semble aller de soi, mais rien finalement n'est plus insaisissable.

2.4.1.1 Le corps comme présence au monde

Le corps est un médiateur entre la personne et son environnement (Mauss, 1950). Nous retenons de l'approche du corps par la phénoménologie, qu'il est un médiateur entre soi et les autres, entre soi et l'espace, les lieux ou le monde. Le corps est considéré comme un fait social parce qu'il est travaillé par des normes, des codes, des cultures, des perceptions.

Le corps en tant qu'organisme vivant est situé dans le temps et dans l'espace. Il se mût soit de lui-même géré par le cerveau, soit par la force de la nature, soit par quelque chose d'extérieur à lui comme un soignant. En tant qu'objet spatio-temporel, il est en effet soumis à des lois physiques et chimiques telles que la gravitation, l'aérodynamique, la cinétique, l'équilibre homéostatique... Mais il est aussi un volume qui occupe un espace et sur lequel on peut agir. Notre corps est un corps physique, matériel qui a des limites physiologiques dont le dépassement entraîne la mort. Tout ceci correspond à des contraintes dont la réalisation de geste de soin doit tenir compte.

Le corps est aussi un média de communication et un formidable outil d'information, constituant l'essentiel du message, voulu ou non, conscient ou non. En premier lieu, il informe le sujet sur les qualités de son environnement immédiat, la perception du froid, de la chaleur, mais aussi sur les besoins élémentaires comme la fatigue ou la faim. C'est par le medium de notre corps que nous recevons, percevons et produisons des informations. Ainsi le corps se définit comme un moyen, concret, pratique, technique d'être en prise avec le monde. La forme, la posture, les gestuelles, toutes les interactions entre le corps et le social apportent des éléments d'information qui permettent de comprendre l'Autre. La relation du corps au monde devient le mode central de la connaissance de soi et des autres. Toutes les capacités sensori-motrices représentent de formidables outils de mesure si elles sont utilisées.

Cependant, il est à noter que d'« *innombrables représentations visent à donner chair à l'homme ou à lui donner un corps* ». (Le Breton, 2016, p.26)
La relation à l'Autre faisait d'ailleurs dire à F. Dolto que l'image inconsciente du corps est fondamentalement un substrat relationnel de langage. Donc, « *notre corps est tellement investi dans la relation avec l'Autre et tellement perçu d'après ma propre image du corps que le corps réel dont l'image est le reflet fuit. (...). Le corps réel est le corps que moi-même, humain, je ne saurai jamais saisir (...) il n'est que le fond de notre être le plus intime, le*

support le plus obscur et secret de tout un mouvement de perceptions et de constructions fragmentaires d'images corporelles. (...) le réel est plutôt la chose qui échappe à toute symbolisation, à toute image, aux mots et aux fantasmes ». (Le Breton, 2016, p.26)

Ainsi, le corps semble aller de soi mais rien n'est finalement plus insaisissable. Le corps est socialement construit. Il est une réalité changeante d'une société à une autre et de fait, les représentations du corps sont fonction des représentations de la personne sur les autres et de son propre corps dans un contexte donné.

2.4.1.2 Le corps comme interlocuteur pour soi

La conception que les sociétés ont du corps humain est évolutive. Néanmoins, en occident du moins, le mot « corps » est associé à l'histoire du sujet, à l'émergence de la notion de personne et à celle de l'individu.

Merleau-Ponty (1945), dans son ouvrage fondateur, intitulé Phénoménologie de la perception, enrichit le concept de corps par celui de « corps propre ». Pour lui, le corps propre est incarné. Il définit une manière d'être au monde, c'est même le pivot du monde. Il instruit un type de spatialité, celle du corps qui n'est pas celle d'une simple chose qui occuperait l'espace. Il n'est pas une chose extérieure qu'on s'approprie, il n'est pas transférable à autrui. Il se dit au singulier : « c'est mon corps », un corps de chair intime opposé à tous les autres et en cela, il fonde le principe d'altérité parce qu'il définit autrui. « *Chaque type de perception forme un monde complet. Chaque perception est une auto-organisation du monde. La perception de l'enfant n'est pas celle de l'adulte »* (*Ibid*., p. 173). Nous pouvons donc dire que la perception de l'adulte n'est pas celle du malade et la perception d'un soignant n'est donc pas celle de son collègue. A ce titre, le corps détermine une sphère vécue de la personne, par définition subjective, qui correspond à la sphère de l'ego. Le corps doit être considéré comme un fait social parce qu'il est travaillé par des normes, des codes, des cultures, des perceptions.

Ainsi, c'est ce que déclare Germes (2008, p. 4) : « *Le monde émerge à la conscience personnelle seulement par l'intermédiaire des perceptions sensorielles, seulement par l'exercice du corps, sa confrontation dans l'espace aux stimuli, aux objets, aux configurations, aux autres corps* ».

Cette subjectivité est renforcée par la notion de schéma corporel qui apparaît comme indissociable du corps propre. Pour Schilder, contemporain de Freud (1886-1940), le schéma

corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Il démontre que le modèle postural du corps se construit dès la naissance par une imbrication du corps et de la psyché (ou de l'inconscient pour Freud) et non comme un assemblage de deux entités différentes. Pour lui, la perception que le sujet a de lui-même, par la peau (le chaud ou le froid), par les organes sensoriels (les sons, les images, les couleurs, les odeurs, etc..) se réalise dans un incessant va-et-vient entre corps et psyché. Le schéma corporel est en principe le même pour tous les individus de l'espèce humaine. L'image du corps est en revanche propre à chacun car elle est liée au sujet et à son histoire. Elle se structure grâce à la communication entre sujets (Dolto, 1984).

Freud (1923, p. 270) considère que « *le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface, mais lui-même la projection d'une s*urface ». Nous citons ici le passage dans son entier : « *Le corps propre et avant tout la surface de celui-ci est un lieu d'où peuvent partir en même temps des perceptions internes et externes. Il est vu [le corps] comme un autre objet, mais produit au toucher deux sortes de sensations, dont l'une peut équivaloir à une perception interne. Il a été suffisamment discuté en psychophysiologie de la façon dont le corps propre s'extrait du monde de la perception. La douleur aussi semble y jouer un rôle, et la façon dont on acquiert à l'occasion de maladies douloureuses une nouvelle connaissance de ses organes est peut-être prototypique de la façon dont on arrive d'une manière générale à la représentation de son corps propre* ». Selon Dejours (2009), la projection énoncée par Freud est le processus qui donne naissance à la représentation imaginée, comme une projection sur un écran, dérivée de sensations corporelles, qui ont leur source à la surface du corps. Il précise que pour Freud le corps reste foncièrement un corps biologique et que le moi le perçoit en raison de l'affect. A l'inverse, pour Lacan, le corps est exclusivement donné sous la forme d'une « image » autour du stade du miroir, cependant que l'affect est quasiment congédié de sa théorie. Dans le cadre de cette thèse, nous conserverons la théorie de Freud et le rôle des affects pour les aborder dans un prochain chapitre. Nous reprendrons l'idée qu'il existe un lien entre représentation du corps, de ses gestes et des affects (Avron, 1996).

Selon Schilder (1968), il existe un mécanisme de la perception du corps qui comprend :

- Les mécanismes neurologiques du « Schéma Corporel » proprement dit.
- L'existence fantasmatique du corps par l'investissement libidinal.

- Le corps - organisme, en tant que structure biologique d'insertion d'un individu de l'espèce humaine, dans un environnement social.

2.4.1.3 Le toucher

Le fait de toucher quelqu'un lors d'un soin n'est jamais anodin. Le toucher se distingue des autres sens, par le fait qu'il impose une relation directe à la réalité (Merleau-Ponty, 1964) et à l'autre (Sforzini, 2014). Les expressions « *Pince-moi* », « *Touche-moi, je rêve…* » montrent que le toucher nous permet de vérifier que la réalité est telle qu'elle vous apparaît (Bonneton-Tabaries & Lambert-Libert, 2006, p.24). Le contact, permet aussi d'apprécier la différence entre ce qui est moi et ce qui n'est pas moi. Ainsi, « *De tous nos sens, le toucher est le plus personnel* » (Hall, 1978, pp. 85-86. Il nous amène à prendre conscience de soi.
L'ethnologie a pu démontrer les différentes cultures du toucher. Elle met en évidence l'impact de la culture, de la religion, de l'évolution de la société sur les comportements maternants et sur le rôle du soignant.
Ainsi, quelle que soit son expérience, dès l'enfance, la personne acquiert des habitudes face au toucher. Cet héritage familial qu'il soit positif ou négatif influence sa façon d'être en tant que soignant (Bonneton-Tabaries & Lambert-Libert, 2006, p.30).

Nous percevons pour une infirmière l'importance de l'éducation qu'elle a reçue, ses habitudes, son milieu social et sa culture qui influencent sa relation au toucher mais aussi l'importance d'une gestuelle au regard de la génération sociétale à laquelle elle pense faire partie ou les milieux et cultures médicales dans lesquels elle a travaillé (Ibid). Cependant, la relation au toucher n'est jamais figée ni déterminée, elle peut évoluer au cours d'une vie, du fait d'expériences nouvelles ou parce que l'on désire profondément qu'elle change. Kaës (1999) montre la réversibilité des représentations du corps et du groupe et lie explicitement l'« organisation » de l'espace imaginaire du groupe à des métaphores ou à des métonymies du corps propre. Ainsi certaines représentations du corps sont des représentations de groupe.

Il est à noter également, de par l'intimité des sensations tactiles, le toucher est aussi le moins facile à décrire et à exprimer de nos sensations. Cette sensation appartient à la sphère privée et comme elle engage la sensibilité, la sensualité, l'expérience de chacun, elle est entourée d'une certaine pudeur, voire de tabous et de secrets. « *On ne sait pas, on ne peut pas ou encore on ne doit pas les dévoiler…* » (Bonneton-Tabaries ; Lambert-Libert ; 2006 ; p.25).

Néanmoins, même s'ils sont difficiles à décrire et exprimer, ces gestes et la relation au corps provoquent chez le malade et l'infirmière des affects. Ces affects donnent l'occasion aux acteurs d'être conscients qu'il y a quelque chose qui les remue (Deshay, 2013, p. 125).

Il est à noter que selon Maine de Biran (1807), une stimulation qui s'exerce sur le corps provoquerait d'abord une excitation au niveau des organes sensoriels. Cette excitation peut se limiter à la périphérie et rester inaperçue du moi. Elle peut dans certains cas s'étendre au corps entier par l'intermédiaire du cerveau, jusqu'à donner, alors, une représentation. Mais cette représentation n'est pas mémorisée, pas « vécue », elle est encore de l'ordre de la physiologie. Cette excitation physiologique peut également générer dans un deuxième temps une réaction affective, de plaisir ou de souffrance, agréable ou déplaisante, calmante ou irritante, etc. Cette dimension rigoureusement qualitative n'est pas physiologique, elle est affective et s'éprouve subjectivement dans ce que Maine de Biran (1995) appelle « *le sens intime* » ou encore « *le moi* ». Selon Dejours (2009), le sens intime renverrait précisément à ce que la métapsychologie désigne par le terme de « *corps érotique* » ; et le « moi » très exactement au « *moi corporel* » de Freud.).

Maine de Biran précise qu'il n'existe pas de passage direct du corps physiologique au moi corporel et que son expérience passe par la mise en jeu de l'effort, notamment en commandant au corps l'activité ou le mouvement qui lui permet de reproduire exactement, intentionnellement, un état affectif qui a d'abord été éprouvé passivement. L'effort est le moyen par lequel le corps fait connaissance avec soi-même ; c'est le moyen par lequel le sens intime palpe, ausculte et ultérieurement mémorise les états affectifs du corps.

Ainsi Maine de Biran a découvert la double nature du corps humain, en lui donnant deux noms : « *corps organisé* » et « *corps pensant* ». Il fonde ainsi une idéologie sur le pouvoir que le corps a de s'apercevoir de soi-même. L'origine de toute pensée se situerait dans un état affectif du corps par l'intermédiaire de l'affectivité. L'autorévélation du corps à soi-même est foncièrement passive : elle est révélée par une sensation qui est l'essence même de l'expérience subjective de la résistance du corps au vouloir. « *Lorsqu'un doigt est blessé*, c'est *le moi tout entier qui est affecté ».* C'est aussi ce que dira à sa façon Freud dans une rage de dents *: « le moi se rétrécit au trou de la molaire ».* Dejours (2009, p. 230) précise : *« c'est parce que je veux – l'effort – que j'éprouve la résistance, et par cette résistance même j'éprouve affectivement mon corps et la vie en moi. Alors seulement je pense. Penser, c'est penser ce qui s'éprouve en moi de l'expérience pathique de mon corps. Le deuxième corps naît du premier par une subversion de l'ordre physiologique au profit de l'ordre sexuel-*

érotique. Le deuxième corps, le corps subjectif, est fondamentalement un corps érotique ».

Or, comme pour le cynique de Foucault, si le corps est le témoignage vivant de la vérité, il peut être insupportable (Sforzini, 2014). Le fait de « *se donner corps et âme* » (Prayez, 2009) questionne lorsque le soin intracorporel peut être perçu comme une souffrance de part et d'autre (Greis, 2007). Cette relation au corps est comme un facteur saillant qui impose a priori à l'infirmière et au malade une prise de conscience des réalités impliquées par les sensations, qui provoquent des affects. Ces affects donnent l'occasion aux acteurs d'être conscients qu'il y a quelque chose qui les remue. (Deshays, 2013). Ainsi, les philosophes et médecins, en particulier entre Maine de Biran et Destutt de Tracy pour les philosophes, Cabanis et Royer-Collard pour les médecins, ont longuement débattu, dans le cadre de la phénoménologie du corps, sur le fait que les perceptions étaient un affect et une représentation.

Toutes les perceptions peuvent créer des émotions et provoquer des risques psychiques en lien avec des représentations sociales, des tabous, des fantasmes, des résonances imaginaires chez l'infirmière, en lien avec son expérience (Greis, 2007) et sa relation au malade, si elle ne les analyse pas. Les analystes évoquent comme « contre-transfert » l'ensemble des réactions éprouvés au cours de leur écoute : ce qui les touche, ce qui les déséquilibre (Brunschwig, 2001) mais ce terme peut aussi être utilisé pour toutes les relations comme professeur-élève, soignant-malade.

D'autres auteurs, comme Groddeck (1923), Reich (1951) et plus tard Schilder (1968), Dolto (1984), Pankow (1969) & Anzieu (1974) ont fourni beaucoup d'efforts à théoriser le corps. Ils se sont intéressés aux états de dissociation, et ont cherché à comprendre comment le corps peut se dérober à l'expérience vécue sur le mode affectif, pour laisser place au vide, à l'anhédonie.

2.4.2 L'effraction

Concernant l'intrusion du corps : la loi bioéthique du 29 juillet 1994 (citer en Annexe 1) relative au respect du corps humain, pose un ensemble de principes fondamentaux protecteur du corps humain. Cette loi est renforcée par l'article 16-3 du code civil qui interdit l'atteinte à la dignité de la personne et garantie le respect de l'être humain tout au long de sa

vie. Toutefois, le Code civil stipule dans l'article 16-3, qu'il «*ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne (...). Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir*. »

Le droit au respect de la personne et de son intimité est inscrit dans le titre VII de la charte du patient hospitalisé de 1995 (citer en Annexe 1) qui précise que : « *Le respect de l'intimité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations et des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards et ne doit pas souffrir de propos et d'attitudes équivoques de la part du personnel* ».

Le Code de la santé publique conforte ce droit à la dignité auquel le Conseil constitutionnel a reconnu une valeur constitutionnelle (décision n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994 - Loi relative au respect du corps humain et loi relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal) (citer en Annexe 1).

Or, nous l'avons vu, les soins invasifs ont la caractéristique d'être une relation de corps à corps où l'humain est très fortement présent. De plus, ils autorisent l'étrangère qui est la soignante d'entrer d'une manière autoritaire, - parce que ses gestes sont thérapeutiques et donc revêtent un aspect « obligatoire », - dans l'intimité d'un sujet alors même que la société occidentale prône l'affranchissement du rapport à autrui, qui plus est, le toucher.
Dans le cadre de l'activité médicale, des distinctions juridique, déontologique et pratique sont opérées pour les soins invasifs. Ainsi, « invasif » se dit d'un acte médical qui implique le passage à travers le revêtement cutané ou muqueux ».
On retrouve pour ce mot, les synonymes d'« effractif », « pénétrant » (Larousse illustré, 2008).
Dans le dictionnaire culturel de la langue française, un acte invasif est employé en médecine pour signifier « un procédé d'exploration qui risque d'affecter l'organisme exploré ».

Nous l'avons vu, le geste technique invasif a une fonction « latente » car il ne procède pas toujours de la volonté intentionnelle des acteurs dans le sens où il est davantage subi que réclamé, mais il est bénéfique pour la réalisation des soins et l'organisation de l'institution

« système de santé ». Il est aussi, bien sûr, nécessaire pour observer le corps du malade, prévenir les infections ou les maladies, maintenir la personne en bonne santé, voire en vie.

Néanmoins, le fait de toucher, d'observer, d'introduire ou d'enlever une substance lors d'un soin, par un certain nombre de gestes dits de confort ou invasifs, n'est jamais anodin. Cela conduit à une relation dont on ne mesure pas toujours tous les enjeux.

Les ressentis et les représentations du geste technique sont variables d'un soignant ou d'un malade à un autre comme l'indique Malaquin-Pavan (2015, p.22) : « *L'intrusion se caractérise comme une action en mouvement, consentie ou subie, entraînant une gêne, un inconfort ou un soulagement, selon la manière de conduire l'interaction et la production de soins. Selon les modalités d'introduction dans le monde ou dans le corps de l'autre, cette intervention sera, côté soignant, réfléchie, proportionnée ou banalisée, mécanisée, et du côté patient, acceptée, tolérée ou rejetée avec violence ou passivité* ».
Nathalie Flamant et son équipe (2015, p. 50) nous précisent que réfléchir aux soins intrusifs « *renvoie de prime abord à l'absence d'intention, à quelque chose de non préparé, mais également à l'intimité, à la sensibilité* ».

De fait, « *tout soin et même une simple demande d'information par une infirmière visant à approfondir un diagnostic infirmier peut être vécu comme une intrusion par un malade dans sa vie intime* » (*Ibid.,* p.26). Il en est de même des soignants pour lesquels le simple fait de toucher ou de poser des questions ouvertes peut être considéré comme une intrusion de leur part.
Selon le Dictionnaire encyclopédique Quillet (1968), un acte intrusif correspond au fait de « *s'introduire contre le droit ou sans titre* ». Ainsi, il nous semble inapproprié d'utiliser le terme « intrusif » pour parler du geste technique invasif réalisé par une infirmière dont c'est une caractéristique de son métier. De plus, nous l'avons vu, l'intrusion est un critère trop subjectif.

Pour cette raison, nous utilisons l'adjectif « intracorporel » pour être plus exact, avec le préfixe « intra » qui signifie « *à l'intérieur de* » et l'adjectif « corporel » qui signifie « *qui appartient au corps, qui concerne le corps* » (Ibid).

Il s'agit donc de prendre conscience des réalités impliquées par les sensations et les actes liés au toucher, c'est-à-dire le vécu des malades mais aussi des soignants, dans notre cas les infirmières et d'identifier ce qui fait que l'infirmière peut déshumaniser le soin mais aussi que le malade peut se laisser faire.

Enfin, de nombreux travaux, principalement des neurosciences, relativement récents convergent pour mettre en avant, de façon assez magistrale, la fonction primordiale du corps, en particulier la main (Sennett, 2010 ; de Crawford, 2009) et le mouvement (Berthoz, 1997 ; 2006) dans la construction de ses représentations et dans la réalisation d'un geste. Berthoz évoque un plaisir du mouvement, exécuté ou perçu. Nous pouvons imaginer que cela est aussi le cas pour les infirmières.

Il s'intéresse par exemple à la préhension qui correspond au « *nom technique des mouvements dans lesquels le corps anticipe et agit avant de recevoir des données des sens*. » (Ibid., p. 211). Sous l'effet de son expérience, comme pour l'artisan, nous pouvons identifier qu'une infirmière parvient à anticiper les sensations lors de la saisie d'objets ou d'outils et à ajuster ses gestes en fonction de cette intuition forgée dans la pratique. Les gestes les plus anodins d'une infirmière font ainsi appel à son esprit en vue de fournir un bon travail. Nous pouvons également supposer que l'expérience et l'apprentissage par erreur sont également des caractéristiques de toute personne travaillant avec son corps, notamment ses mains et que cette dernière cherche à s'améliorer. Le propre de l'expérimentation est précisément de faire naître la conception de l'exécution.
Ainsi, nous pouvons imaginer qu'une novice a des représentations négatives de son geste par crainte de ne pas le réussir, de faire mal au malade… Et qu'un malade aura aussi une perception plus mitigée s'il ressent la peur de l'infirmière. A l'inverse, une infirmière qui se sent à l'aise à la réalisation d'un geste, aura une représentation positive, ce qui favorisera peut-être la confiance en elle et la réalisation du geste adéquat. Le malade en sentira peut-être moins l'intrusion, les désagréments, les douleurs…

Le corps est l'axe de relation à soi et au monde à travers les représentations et les perceptions d'une personne singulière. Il est au cœur de toute expérience. Emetteur et récepteur, il produit continuellement du sens et impose à l'Homme d'être inséré dans un espace social et culturel donné. Les faits et gestes d'une personne sont enveloppés d'un éthos qui déterminent les formes de sa sensibilité, de ses gestuelles, de ses activités perceptives et dessinent son style de relation au monde et cela durant sa vie entière en fonction des différents rôles à assumer.

En tant que chercheure, il est donc important de comprendre la corporéité dans le sens de sa structure symbolique et d'être attentive aux représentations, aux imaginaires, aux performances mais aussi aux limites qu'énoncent les infirmières dans leur environnement par rapport au corps et à l'intrusion de leurs gestes.

2.5 Un soin prescrit

Nous l'avons vu, les soins techniques dit « invasifs » réalisés par les soignants ont comme particularité d'autoriser l'étranger, qui est le soignant, à entrer d'une manière autoritaire, - parce que ses gestes sont thérapeutiques et donc revêtent un aspect « obligatoire », - dans l'intimité d'un malade alors même que la société occidentale prône l'affranchissement du rapport à autrui, qui plus est le toucher.

Ainsi, si l'on se met du côté des soignants, il apparaît que les gestes intracorporels peuvent être ressentis comme des gestes contraints. En effet, notamment avec les nouvelles méthodes de gestion à flux tendus, les soignants sont amenés à réaliser des gestes techniques que moralement ils peuvent réprouver ou encore à ne pas prendre le temps de parler aux malades. Et là, s'ouvre un conflit intérieur face à des paradoxes : d'un côté des valeurs auxquelles le soignant est attaché, de l'autre, ce que l'institution lui demande pour diminuer les risques ou sauver les patients. Quelque part, ils sont en proie à se trahir eux-mêmes. Selon Dejours (2015), ces dilemmes éthiques sont des sources de souffrance et ils jouent un rôle majeur dans les suicides au travail ou les burn-out, qui ne sont que la partie émergée de l'iceberg. Or pour certaines personnes, dans l'idée de travail, il y avait la possibilité de conquérir une place dans la société, une promesse de dignité et d'accomplissement de soi. De Ketele (2014) va plus loin : « *Parler d'engagement professionnel ou d'engagement dans le travail, c'est donc mettre en gage quelque chose de soi-même pour obtenir en échange un bien matériel (comme un salaire) ou immatériel (comme différentes formes de reconnaissances) ; cela suppose de celui qui met en gage et de celui qui reçoit des responsabilités et des obligations* ». Il précise qu'il est néanmoins nécessaire de faire la distinction entre l'engagement dans la profession avec un investissement sur les tâches de la profession et un engagement dans l'organisation avec un investissement sur des tâches liées à l'organisation et pas nécessairement en lien avec les tâches dites professionnelles.

Ainsi, comment les infirmières envisagent-elles leurs gestes intracorporels en termes de contrainte ? Le fait que ces soins sont prescrits par un médecin a-t-il une incidence sur leur perception de geste et de cette contrainte ?

2.5.1 La prescription

Lors de la réalisation d'un geste intracorporel, l'infirmière est censée disposer d'une prescription médicale. La prescription médicale est un acte purement médical qui ne peut-être délégué et qui consiste à prescrire par écrit un traitement sur un document, « l'ordonnance ». Cette ordonnance consigne la prescription médicale qui peut être des médicaments mais également des examens biologiques, des traitements physiques ou des règles d'hygiène et de diététique.

La réalisation du geste selon la prescription est censée garantir une sécurité optimum au patient.

Ainsi selon l'article R.4311-7 du CSP issu de la codification du décret dit de « compétence infirmière » n° 2002-194 du 11 février 2002 (citer en Annexe 1) :

« *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : [.....]*

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5. Cette règle se retrouve également dans l'article R.4312-29 du CSP issu du décret 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles de la profession d'infirmiers(es) ».

L'implication du prescripteur dans la rédaction de cette ordonnance va engager sa responsabilité morale, professionnelle et juridique.

Il faut noter que la charge de travail des médecins, le manque de temps médical du fait de la carence de praticiens dans certaines disciplines, les tâches administratives transversales toujours plus nombreuses ont généré l'abandon progressif de cette obligation. Il est bien plus simple de téléphoner ces prescriptions à une infirmière que de les écrire, selon la règle de l'art, surtout si le patricien ne travaille pas directement avec l'infirmière. Pourtant il est

important de rappeler que les infirmières exercent une profession réglementée, qu'elles doivent s'y soumettre sous peine de commettre une faute. De même, l'infirmière qui accepterait des prescriptions téléphoniques de certains médecins lui demandant d'établir l'ordonnance, pourrait se rendre coupable de l'exercice illégal de la profession de médecin et engagerait ainsi sa responsabilité pénale.

Une infirmière qui se heurte à une prescription orale ne peut pas s'abstenir de prodiguer les soins. Certaines cherchent ainsi à obtenir une prescription écrite à la suite de leurs soins. Si le refus persiste, l'infirmière est invitée à consigner avec précision tous les actes ordonnés oralement dans le dossier de soins infirmiers et ce, afin de se protéger, en cas de « problèmes», contre des actes qu'elle n'a pas exécutés de sa propre initiative.

De plus, les infirmières lorsqu'elles exécutent la prescription, peuvent avoir une appréhension sur ce que va évoquer le malade à son médecin sur le geste réalisé. C'est pourquoi, certaines peuvent davantage chercher à se conformer uniquement à la prescription que répondre aux besoins réels du malade au regard d'éventuelles difficultés. L'adresse de leur geste n'est donc pas toujours envers le malade, cela peut aussi être en lien avec d'autres interlocuteurs dont l'infirmière s'imagine les attentes ; le geste ou la pratique soignante sera pour cette raison différente. Il peut en être ainsi avec les membres de l'entourage du malade qui souhaitent certaines choses que le malade ne veut pas toujours.

Saujat (2003) nous dit que le prescrit est imparfait. Les prescripteurs fabriquent une théorie, qui débouche sur des techniques à appliquer dans le travail mais cela impose souvent aux acteurs de fabriquer de l'« *infraction* », et parfois, cela crée de la perte d'efficacité et de la souffrance au travail. Il y a toujours un écart, quel que soit le prescrit, quel que soit le réel.

Il est donc intéressant d'observer comment les infirmières adaptent le prescrit au regard de la situation, face à l'imprévu, l'inédit... Il est aussi important de comprendre que l'activité d'une infirmière nécessite d'y intégrer l'activité et la singularité du malade, avec des compromis provisoires qu'elle doit trouver à chaque instant et qu'il est intéressant d'analyser.

2.5.2 La réalité du soin

« *L'activité réelle ne se touche pas du doigt* », « *Il faut regarder l'activité non pas comme une conduite observable et réalisée mais comme un champ de possibles et d'impossibles* » (Clot, 1995, p. 3). La clinique du travail nous a appris ainsi à distinguer le travail prescrit du travail effectif, de la tâche exigée à l'activité réelle. Les ergonomes précisent d'ailleurs qu'aucune organisation du travail, aucune entreprise ne fonctionne si les gens sont purement

obéissants. Si les gens sont très disciplinés, s'ils ne font que suivre les prescriptions, l'activité ne fonctionne pas face aux aléas non prévus. En effet, lorsque les personnes ne font pas ce qui est prescrit, elles ne le font pas parce qu'elles ne le veulent pas, mais surtout parce que, si elles ne font qu'exécuter les ordres ou les procédures prescrites, cela ne marche pas. Elles doivent réajuster et réinventer la tâche prescrite en permanence au regard des réalités mais aussi des valeurs qu'elles défendent.

Nous l'avons vu, l'intelligence du travail suppose un engagement de la subjectivité, un engagement presque intime de soi-même avec le réel du travail, c'est-à-dire avec ce qui résiste. Or il n'est pas possible de se familiariser avec ce qui résiste, il n'y a pas moyen de déployer son intelligence et de surmonter la résistance du réel, si on ne comprend pas que l'intelligence est enracinée dans un rapport subjectif qui implique le corps et que c'est d'abord le corps qui est intelligent au travail. On ne se rend pas compte que l'intelligence du corps est en avance sur la capacité que nous avons d'en parler, de la symboliser, de la transmettre. La difficulté de parler de la souffrance vient de ce décalage, de ce rapport compliqué à l'intelligence au travail.

La prescription appelle à un protocole attaché à une thérapeutique. Elle oriente l'infirmière vers des situations types de soin. Cela la conduit à fixer son attention sur un aspect du malade, voire sur la région concernée du corps du malade. L'infirmière traduit la prescription selon un protocole de soin et l'exécute par des opérations qu'elle adapte au malade en fonction de son environnement. De fait, ce que contient la prescription est pensé par le médecin lors de son diagnostic mais ne tient pas toujours compte de l'histoire du patient, ses antécédents et représentations du soin, de la dynamique de son corps, de sa vie quotidienne et de son environnement. De plus, certaines prescriptions sont parfois entachées d'erreurs. Or, les prescriptions incomplètes constituent bien souvent la norme selon la HAS (2013). L'infirmière doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'elle le juge utile, notamment si elle estime être insuffisamment éclairée.

Ainsi, bien que cadrée par des procédures ou protocoles, la prescription nécessite une lecture approfondie, une analyse et une rencontre entre l'infirmière et le malade pour pouvoir être exécutée. En y répondant, les pratiques, les connaissances, mais aussi les représentations de l'infirmière sont mobilisées, ajustées, précisées dans l'interaction infirmière/malade.

De même, comme le soulignent tous les auteurs qui travaillent sur l'activité depuis 20 ans, nous pouvons considérer que les infirmières peuvent faire tout autre chose que ce qu'un médecin ou l'institution leur demande de faire pour venir à bout de leur « tâche ». Il y a ainsi toujours un « *re-travail* » des prescriptions censées encadrer l'activité concrète (Schwartz 2009).

Il est à noter que cette prescription n'est pas toujours explicite et les patients ne sont pas toujours pourvoyeurs d'indices permettant d'apprécier la situation. De fait, les infirmières sont amenées à interpréter ce qu'elles lisent, avec leurs buts, leurs logiques, leurs représentations propres dans le cadre d'une activité pluri-professionnelle. Or, la *« coopération, c'est ce qu'il faut collectivement inventer pour combler les lacunes, pour adapter et ajuster les prescriptions formulées par la hiérarchie ; c'est-à-dire adapter ou « interpréter » les ordres ou encore la coordination* » (Dejours, 2009b, p. 298). Ainsi, par son activité, l'infirmière comble les manques de la prescription afin que son intervention soit opérationnelle mais met-elle aussi en place des activités lui permettant de s'économiser face à l'ensemble des représentations que nous avons pu évoquer dans les paragraphes précédents ?

2.5.3 L'économie dans le soin

Nous avons vu que les gestes peuvent revêtir un but qui dirige l'action et organise sa coordination, en réponse à des besoins, des valeurs, des intentions, une adresse qui correspondent à la face cachée de l'agir professionnel, entre le réel de l'activité et le style du soignant (Clot & Faita, 2000).

L'activité des infirmières nécessite qu'elles arbitrent entre « ce qu'on leur demande » et « ce que ça leur demande », au regard de dimensions psychologiques, physiologiques et sociales, tout en gérant le rapport au réel et aux autres (médecins, collègues, administrations, aidants...).

Ainsi, il est important de mettre au jour les modes d'investissement dans la réalisation des tâches prescrites ainsi que l'intensité et le coût de cet investissement à travers l'élaboration d'usages de soi compatibles à la fois avec la nécessité de maintenir sa disponibilité physique et psychique à l'égard des malades et avec le souci d'assurer la qualité de son soin, de son geste.

De fait, pour pouvoir réaliser leurs soins intracorporels et être en adéquation avec les paradigmes du soin voire leur ambivalence, comment les infirmières envisagent-elles leur rôle et leurs actes ? Quelle stratégie adoptent-elles pour faire face à un geste qui peut être vécu comme émotionnellement difficile ?

Il n'y a pas de gestes systématiques mais une intention et notamment une économie dans l'usage de soi – (Saujat, 2003). Ce souci d'économie est regardé de manière péjorative par les managers, mais cette économie est indispensable (Leplat, 1997), y compris dans le physiologique du corps (Schwartz, 1997) car cet « usage de soi » est le résultat d'un nécessaire arbitrage entre « *l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres* » (Schwartz & Durrive, 2003, p. 185).

Ainsi, une routine est « *en nous, joue avec, contre, malgré nous, voire sans nous »* (Jousse, 1974). De fait, un automatisme peut aider à se concentrer sur l'essentiel de l'activité, mais aussi à s'en détourner.

Dans l'acte de soin, il s'agit de regarder le versant extérieur de l'agir, le « sur quoi », le « avec quoi » et le « comment » ainsi que le résultat (Honoré, 2011, pp. 97-98).
Honoré nous indique également que dans l'activité « passive », l'existence est perdue de vue, les actes s'enchaînent de façon répétitive et conditionnée par un apprentissage. L'origine des intentions et des décisions auxquelles ces actes se rapportent est oubliée ou non prise en considération. L'acteur pourrait être remplacé par n'importe qui entraîné à agir de la même manière dans la même indifférence sur le sens des actes.

Les deux conceptions (appartenance et agentivité), selon les termes de Gallagher (2000) sont normalement confondues mais peuvent être dissociées, comme le montrent les conditions pathologiques : le schizophrène, tout en reconnaissant son corps comme le sien, met en doute son rôle d'auteur des actions qui s'y déroulent. Cette situation pathologique n'est qu'une forme exagérée de la situation normale : nous pouvons nous sentir auteur d'intentions ou d'actions en pensée, sans participation de notre corps, de la même façon que nous pouvons exécuter des actions de façon purement automatique, sans participation explicite de notre être conscient.

De fait, le contexte des infirmières impose des prises de décisions complexes et rapides sous tendues par un raisonnement clinique (RC), c'est-à-dire par des processus cognitifs implicites. Aucun modèle propre au raisonnement clinique des infirmières en situation de réalisation d'un geste intracorporel n'a été recensé. L'analyse des écrits proposant différents modèles (Charlin & al., 2012 ; Croskerry, 2009) a permis de dégager néanmoins trois catégories d'éléments liés au raisonnement clinique : actions cognitives (raisonnement proactif et réactif), actions métacognitives (régulation) et informations considérées (facteurs internes et externes).

Certains auteurs et soignants parlent de bulle pour réaliser les soins intracorporels ? Quand est-il pour les infirmières et comment l'interprètent-elles ?

La prescription médicale joue sur l'activité du soignant et la place du malade en tant qu'acteurs des soins. Cette prescription impose aux infirmières de réaliser des actes qu'elles peuvent désapprouver intellectuellement ou émotionnellement. Il y a aussi nécessairement un « re-travail » des prescriptions censées encadrer l'activité concrète pour pouvoir les réaliser. Il est donc important d'essayer de comprendre comment les infirmières s'y prennent pour se donner le pouvoir d'agir et pratiquer de manière efficiente afin de parvenir à faire ce geste intracorporel tout en se protégeant. Il s'agit aussi de comprendre ce qui les préoccupe et identifier la distorsion entre la prescription, ce qu'elles souhaitent et ce qu'elles font réellement. La question est de savoir comment l'infirmière réalise un soin prescrit tout en se préservant et à quel prix (dans tous les sens du terme), elle parvient à l'effectuer dans un contexte que nous avons vu de plus en plus dégradé.

3. TROISIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

3.1 Problématique

Du fait de notre inscription professionnelle dans le champ de la formation des soignants et patients en éducation thérapeutique, nous avons centré l'objet de notre recherche sur le discours des infirmières. Nous avons choisi d'analyser les perceptions du geste intracorporel lors de sa réalisation et la construction d'un comportement pour s'en acquitter alors qu'il crée forcément des émotions de part et d'autre chez les acteurs.

Comme évoqué précédemment, nous souhaitons identifier si les infirmières réifient effectivement le corps du malade lors de la réalisation de ce geste et ce qui éventuellement les poussent à le faire.

Dans la partie précédente, nous avons cherché à présenter le contexte dans lequel les infirmières se situent pour réaliser leur geste intracorporel. Nous avons vu que tout vécu ne fait pas expérience car l'expérience nécessite une pensée réflexive confrontée à une relation à autrui. Il est donc important de prendre conscience que le discours d'une infirmière ne révèle pas toujours tout son vécu. Pour rendre visible un geste intracorporel, il est nécessaire d'approfondir ce qui n'est pas toujours pré-réfléchi par cette dernière avec un outil méthodologique spécifique.

Nous avons perçu également que ce geste était assujetti à un environnement spécifique qui englobe une prescription et des paradigmes du prendre soin mais aussi des dimensions didactiques au regard de tâches et de techniques particulières utilisées lors du geste de métier. Cela impose à l'infirmière un rôle social et plus spécifiquement une identité professionnelle (Wittorski, 2008).

Néanmoins, nous avons vu qu'il existait aussi des dimensions subjectives qui intègrent le réel de l'activité de l'infirmière (Clot, 2010) avec des conflits, dilemmes par rapport au savoir, à la difficulté du geste et au rôle social imposé. De plus, un geste de soin n'est pas anodin et impose à l'infirmière de se protéger. Ainsi au regard du concept de mimesis social (Gebauer & Wulf, 2004), les infirmières remodèlent leurs pratiques même si elles sont réglées par un habitus (Bourdieu, 1972 ; 1980) et une reprise de pratiques existantes. Elles jouissent de la possibilité d'une activité créative selon leur touche personnelle avec une certaine part de bricolage (Lévy Strauss, 1962) ou d'improvisation réglée (Meirieu, 1990). Leur ingéniosité

sur le terrain précède et prolonge leur technicité. Certaines sont également prêtent à user d'un certain braconnage (De Certeau, 1981) pour mieux correspondre à leurs valeurs ou besoins.

En effet, notre étude précédente (Obertelli, P. (dir.) ; Pouteau, C., Habery-Knuessi, V. ; Dancot, J ; Le Roux, A. ; Llambrich, C. (2015)) a montré que les représentations qu'une infirmière a sur le rôle qu'elle pense devoir jouer vis-à-vis d'un malade impacte sur son comportement mais encore faut-il qu'elle s'autorise à réaliser son geste conformément à ses représentations. Cela peut la conduire à avoir deux identités professionnelles différentes : une identité pour autrui et une identité pour soi (Dubar, 1994). Ainsi, cela implique une rationalisation du geste de métier pour le transformer en geste professionnel et ce au regard de motifs à agir et de pré-occupations et représentations plus personnelles de l'infirmière.

C'est pourquoi, notre recherche vise à approfondir le vécu de ce geste intracorporel par l'infirmière, en identifiant ses activités mentales opérées lors de la résolution de tensions et ses motivations à agir entre ce qu'elle pense devoir faire (Nous, les infirmières) et ce qu'elle peut faire (Moi, l'infirmière).

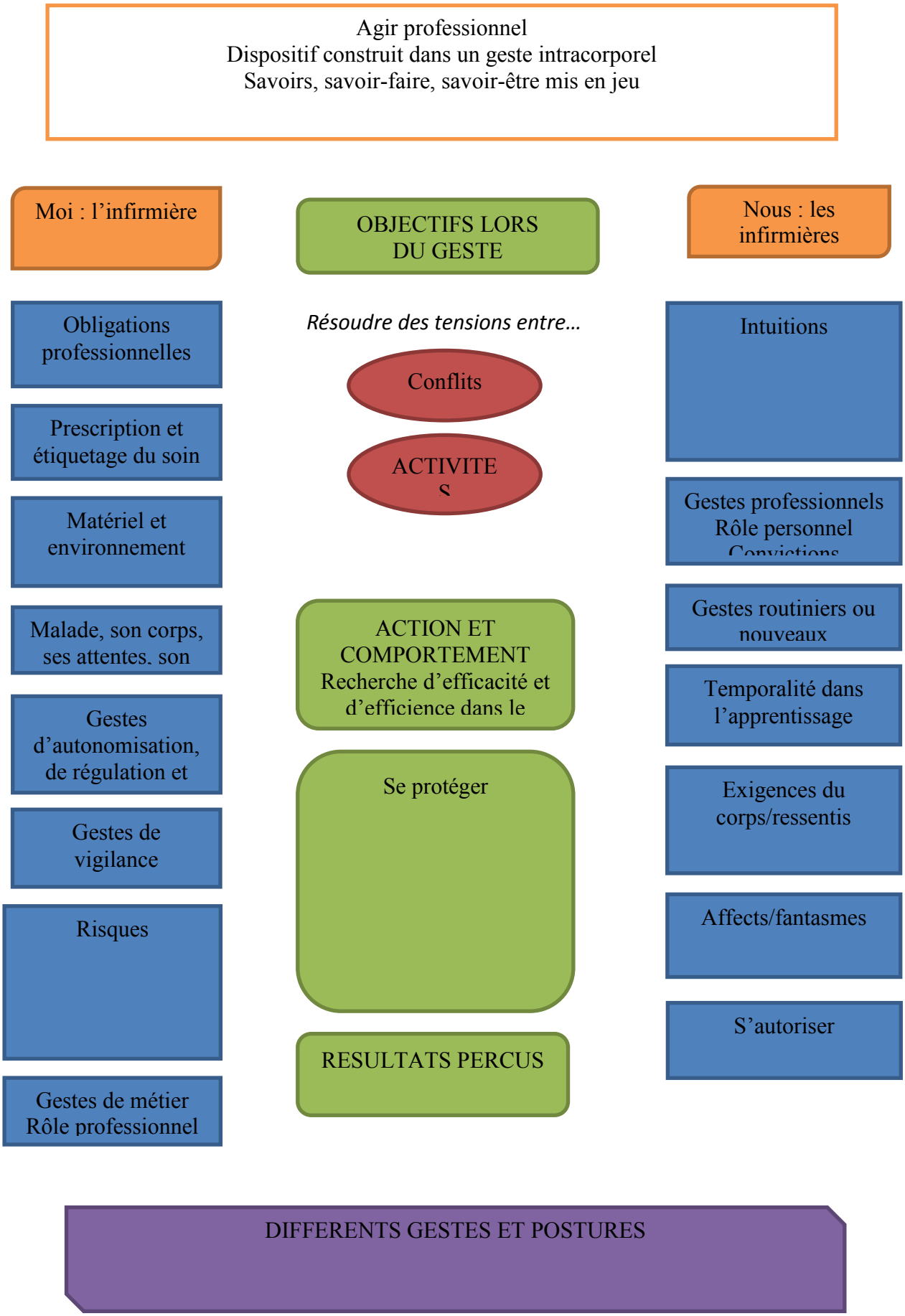


Figure 1 : Tensions de l'agir professionnel en situation d'intervention sur/avec autrui

Il s'agit de mettre en exergue les conflits et risques auxquels elle doit faire face au regard de motifs personnels et dans quelle mesure cela peut engendrer des comportements différents de ce qui est attendu par les recommandations de pratiques infirmières, notamment la réification du malade. Nous chercherons à identifier quels sont leurs motifs à agir et comment elles priorisent leur choix.

Nous verrons aussi en quoi les spécificités du toucher et du rapport au corps de l'autre ainsi que les transactions émotionnelles qu'elle opère avec elle-même et son environnement interagissent sur la réalisation du geste intracorporel. Il s'agit d'identifier également comment elles s'économisent et se protègent face à des situations difficiles mais aussi comment elles s'autorisent à faire différemment de ce qui leur est imposé.

Ainsi, nous cherchons à décrire, analyser et comprendre les conduites concrètement adoptées par les infirmières en situation réelle lors d'un geste intracorporel, face à l'inconnu et à l'imprévisible de l'acte et de la relation au malade.

En ce sens, nous souhaitons identifier d'autres significations que celles qu'elles accordent spontanément à leurs actes (Barbier, 2008). Il s'agit notamment de découvrir le sens des activités que les soignantes réalisent notamment en termes de représentations, d'intentions/enjeux symboliques, les obstacles et les stratégies soumises à une rationalité de leurs gestes (Dejours, 2014) mais aussi à leurs valeurs.

Pour ces raisons, notre recherche vise à accéder à cette parole du non-dit d'une profession émotionnellement impliquée et de rendre visibles les activités mentales dans le cadre de gestes de soin pour permettre un débat, voir une évolution des regards profanes et des pratiques de la communauté de soignants mais aussi des malades et des formateurs.

Pour ce faire, dans le cadre théorique de notre thèse énoncé dans la partie 5, nous explorerons les faits relevant de l'activité mentale lors d'un geste intracorporel sur un malade. Nous essayerons ainsi de les caractériser en nous interrogeant sur les effets de comportements, l'identité professionnelle utilisée dans les différentes phases d'un soin technique et plus

spécifiquement la posture adoptée par les infirmières envers le malade lors de l'intrusion du corps.

De même, dans cette recherche, il nous semble judicieux de porter une attention particulière à la question spécifique de la micro-culture du geste, ce qui est une seconde façon de mettre en contexte notre objet de recherche puisque nous travaillons à partir des dires des infirmières qui agissent au sein d'une structure donnée. Cette mise en contexte a pour but d'identifier d'une part, l'impact éventuel de l'organisation du service sur la réalisation du geste intracorporel et d'autre part, les évolutions inconscientes que cela peut opérer sur le geste lui-même.

Il s'agit de présenter le cadre théorique qui informe ces questions et qui soutiendra l'interprétation des résultats au regard d'hypothèses que nous formulons dans le chapitre suivant.

3.2 Hypothèses

Au regard de l'ensemble du contexte exposé précédemment, nous proposons trois hypothèses que nous utiliserons pour analyser l'activité des infirmières :

1ère hypothèse : La réalisation d'un geste intracorporel nécessite une préparation mentale spécifique de déroulement des étapes de l'intervention, dès la lecture de la prescription. Cependant, une infirmière prépare son geste sans être en capacité de prévoir le risque de l'intrusion car chaque acte intracorporel est singulier du fait de la personne et de l'environnement.

2ème hypothèse : Pour réaliser des gestes intracorporels, les infirmières se concentrent fortement, s'isolent en créant une "bulle de simplicité" ou par autohypnose (Lachaux, 2013) ou par activité passive (Honore, 2011) où l'intuition prend le dessus sur la conscience de l'acte.

3ème hypothèse : Il existe des micro-cultures d'activité différentes au sein des services dans les gestes intracorporels qui sont indicibles pour les pairs. C'est l'expertise de pouvoir faire des choses rapidement sans savoir ce que l'on mobilise.

4. QUATRIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE RELATIF A L'ENVIRONNEMENT SCIENTIFIQUE DES HYPOTHESES

Nous avons identifié, dans la partie 2 de cette thèse, le contexte expliquant son titre. Nous souhaitons à présent aborder les concepts théoriques pouvant confirmer nos hypothèses présentées au sein de la partie 4. De concepts généraux ou de ceux tirés d'activités plus spécifiques, nous souhaitons identifier comment nous pourrions les réutiliser pour analyser la pratique des infirmières lorsqu'elles réalisent un geste intracorporel.

Ainsi, notre première hypothèse est que la réalisation de ce geste nécessite une préparation mentale spécifique de déroulement des étapes de l'intervention dès la lecture de la prescription. De fait, nous supposons que les infirmières construisent leur professionnalité grâce à une panoplie de gestes, de micro-gestes qu'il faut répéter pour qu'à la fin ils paraissent naturels, qu'ils deviennent le « geste simple » (Hesbeen,1997, p.9). Mais que cache ce geste au-delà d'une simple observation ?

Nous allons aborder dans un premier temps ce qu'est une activité mentale et ce que nous devons expliciter dans le discours des infirmières pour identifier cette activité mentale. Puis, nous interrogerons les différents états d'attention et l'activation de différents niveaux de contrôle dans la réalisation d'un geste intracorporel au regard de facteurs exogènes et endogènes. Nous aborderons les stratégies que mettent en place les infirmières pour s'isoler de tous les facteurs qui existent lors d'un geste intracorporel qui pourraient les détourner de leur tâche afin de leur permettre de réaliser un « tour de main » dont les paramètres sont peu visibles même pour une équipe ayant les mêmes normes didactiques et culturelles.

4.1 Les activités mentales des infirmières

Il s'agit pour nous de comprendre le déroulement du geste et plus particulièrement son cheminement intellectuel que les auteurs qui travaillent sur l'activité nomment « activités mentales ». Selon Richard (2004), « *les activités mentales sont des activités transversales qui mettent en jeu de multiples compétences : prise d'information, récupération en mémoire de savoirs et savoir-faire, formation d'hypothèses et production d'inférences, élaboration de buts, prise de décisions et évaluation des résultats de l'action* ».

Les activités mentales sont contrôlées par des fonctions *exécutives* qui permettent la réalisation de doubles tâches, l'orientation sélective de l'attention, l'inhibition des automatismes, l'encodage, la récupération en mémoire à long terme, la planification, la résolution de problème. Elles émergent dans le cadre d'*activités contextualisées* avec des particularités spécifiques dans le contexte de la situation, au regard d'autres situations qui lui sont similaires. Ce sont enfin des *activités transversales* dans la mesure où elles mettent en jeu à la fois de la perception, de la mémoire, du langage et des inférences.

Une action jaillit lorsqu'une personne a un but à atteindre. Les activités mentales sont présentes plus particulièrement si l'atteinte du but nécessite la réalisation de *tâches complexes* non immédiatement exécutables, sous forme d'automatismes. Ces tâches consistent à prélever des informations permettant à la personne d'identifier si la situation évolue de façon conforme au but projeté selon un certain nombre de facteurs favorisant ou non la réalisation des tâches. Par exemple, le but d'une infirmière est la réalisation d'un geste intracorporel mais un certain nombre de facteurs conditionnent son interprétation et son exécution. Certains facteurs peuvent être si importants pour une infirmière qu'ils peuvent provoquer la nécessité pour elle d'interpréter la situation, de modifier son but initial, de le décomposer en sous-buts et d'y répondre autrement.

Il est à noter que les résultats des activités mentales sont de deux ordres : les uns initient des décisions d'action et donc des comportements visibles. D'autres ne sont pas observables : ils restent internes au système cognitif sous forme d'informations mémorisées ou de représentations de la situation (Richard, 2004).

Nous l'avons vu dans notre chapitre 2, les activités de soins et plus spécifiquement les gestes intracorporels répondent à ces spécificités : tâches complexes, activités contextualisées et spécifiques notamment du fait de l'action conjointe entre infirmière et malade ainsi que des contraintes du geste et du contexte/environnement. Un changement de situation peut provoquer un changement de procédure mais dans toute action, on perçoit des phases et des logiques.

4.1.1 Les phases et les logiques d'une action

Les auteurs proposent une lecture de l'action en distinguant différentes phases et différentes logiques. Il s'agit notamment d'expliquer comment un individu définit ses buts (objectifs), prend la décision de s'engager dans l'action et agit en vue d'atteindre cet objectif.

Le modèle des phases de l'action (Heckhausen, 1986 ; Heckhausen & Gollwitzer, 1987 ; Achtziger & Gollwitzer, 2008) propose quatre phases que nous pouvons utiliser pour présenter l'activité mentale :

- La première phase est dite *prédécisionnelle*. Durant celle-ci, une personne délibère sur les différentes motivations qui la poussent à agir. Elles vont s'incarner selon différents interprétations et souhaits qui sont pesés au regard de différents facteurs : en termes d'intérêt (coût/bénéfice), en termes de désirabilité (différents types de motifs) et de faisabilité (prédiction). La personne ne se limite pas aux conséquences à court terme, elle peut aussi envisager les conséquences à long terme. Une fois que cette phase est très claire, elle est prête à prendre la décision de s'engager ou non dans l'action. L'engagement professionnel est aussi considéré comme une force qui rattache l'individu au déroulement d'une action. Ainsi, pour Meyer & Herscovitch (2001), l'engagement peut influencer le comportement même en l'absence de motivation extrinsèque et d'attitude positive vis-à-vis de la tâche. Est-ce le cas pour les infirmières avec la réalisation de la prescription même si elles n'y sont pas toujours favorables ?

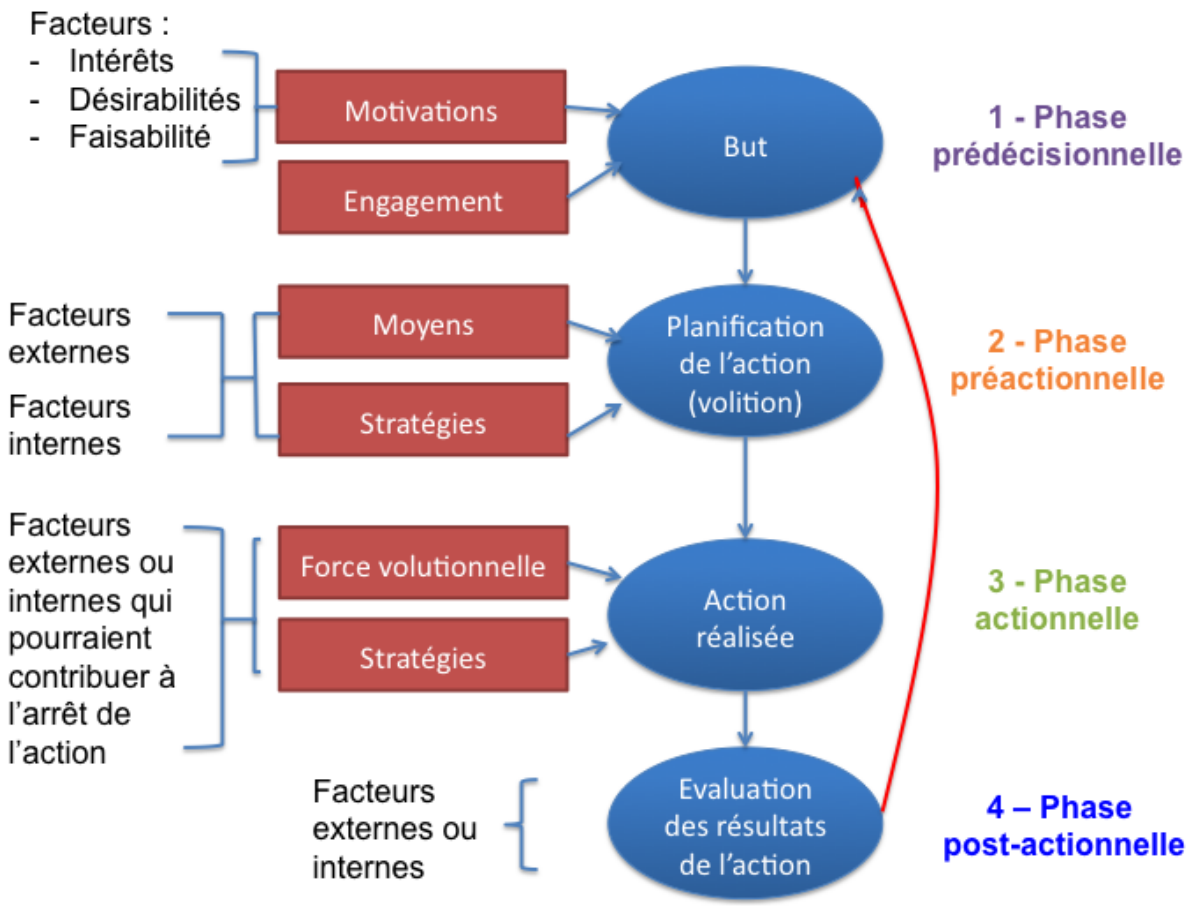
- Lors de la phase pré-actionnelle, l'individu planifie son action en se la représentant mentalement. Ainsi selon Weber : « *Les situations collectives qui font partie de la pensée quotidienne ou de la pensée spécialisée sont des représentations de quelque*

chose qui, pour une part de l'étant, pour une part du devant être, flotte dans la tête des hommes réels d'après quoi ils orientent leur activité ; et ces structures comme telles ont une importance causale considérable, souvent même dominante, pour la nature du déroulement de l'activité des hommes réels » (Weber, 1971, p.72, cité par Moscovici, 2003, p.81)

De ce fait, l'individu réfléchit aux moyens et aux stratégies à mettre en œuvre pour mener son action à bien et au moment opportun pour agir. Cette phase est dénommée *volition* par les auteurs. Les réflexions de l'individu, une fois qu'il a passé le stade de prise de décision dénommé « passage du Rubicon », ne sont plus du tous les mêmes que celles qu'il avait avant (Gollwitzer, Heckhausen & Steller, 1990). Dans cette première phase volitionnelle, les réflexions sont orientées sur la mise au point d'un plan d'action en spécifiant où et comment les buts doivent être atteints afin de faciliter le passage à l'action au « bon » moment (Gollwitzer & Brandstatter, 1997).

- La phase *actionnelle* est celle de l'action proprement dite et dans notre étude, la réalisation du geste intracorporel de l'infirmière à proprement parlé. Durant cette phase, tous les efforts de la personne sont engagés afin de permettre le dénouement préalablement projeté de l'action. Ces efforts sont facilités par la fermeté du but poursuivi, appelée « force volitionnelle » (Achtziger & Gollwitzer, 2008). Elle explique le fait que l'individu persiste malgré les interruptions et les difficultés rencontrées lors de l'exécution de la tâche. Durant cette phase, c'est la représentation du but dans lequel l'individu est engagé qui guide son action.

- Enfin, la phase *post-actionnelle* se produit après que l'action a été à son terme et que l'intention qui guidait l'action a été désactivée. C'est lors de cette phase que l'individu mesure les résultats de son action. Si le résultat n'est pas satisfaisant, alors le but n'est pas désactivé et l'individu va chercher à l'atteindre au cours d'une nouvelle tentative. Si l'objectif n'est pas atteint, la personne peut aussi diminuer ses prétentions ou désactiver son objectif.



Ainsi les activités mentales sont une partie des activités cognitives : elles situent en amont des décisions d'action ou de mémorisation et en aval du traitement des informations (sensorielles, environnementales ou langagières). Ces activités mentales répondent à des buts et des logiques différents selon les phases dans lesquelles elles se réalisent. Ces buts et ces logiques dépendent de facteurs internes et externes à la personne. Ils doivent aussi répondre à des logiques d'enchaînement et d'exécution des évènements en fonction de contraintes chronologiques et de facteurs séquentiels. Ainsi par exemple, pour pouvoir piquer, une infirmière doit réaliser ses tâches dans un certain ordre : elle a besoin d'une prescription, doit préparer son matériel, observer le corps du malade et ses réactions, le piquer et tout cela dans un temps restreint avec des risques plus ou moins élevés. Ces actions peuvent avoir des effets irréversibles, notamment enlever un élément du corps du malade, ou réversibles, refaire un prélèvement, ce qui augmente aussi l'aspect contrainte/risque ressenti par les soignantes.

Dans le cadre de notre étude, il s'agira d'identifier les facteurs qui entrent en jeu dans la réalisation d'un geste intracorporel et les stratégies mises en place par les infirmières pour les

exécuter. Cependant, il est important de préciser que certains facteurs ou stratégies sont peut-être inconscients chez ces soignantes. Or nous devons essayer de les identifier à partir des mots ou des gestes qui ressortiront lors de nos interviews, notamment en se référant à des niveaux de description de l'action proposés dans l'entretien d'explicitation.

4.1.2 La granularité d'une action au-delà de la conscience

Vermerch (1994) avec son idée de la granularité propose quatre niveaux de descriptions du déroulement d'une action, pour notamment faire apparaître les activités mentales qui ne sont pas conscientisées par les personnes qui réalisent l'action. Ainsi, si l'on fragmente l'activité d'une infirmière lors de la réalisation d'un geste intracorporel, on peut identifier :

- Niveau 1 : l'unité d'analyse correspond à *l'organisation du geste* pouvant être décomposée en tâches et en succession de buts qui sont conscientisés par la personne. Ex : réaliser un geste intracorporel.
- Niveau 2 : l'unité d'analyse est *la tâche*. Cette tâche peut être décomposée en actions élémentaires qui elles-mêmes se fragmentent en opérations d'identification et d'exécution. A ce niveau, les opérations d'exécution sont conscientisées mais les informations de prise de décision ne le sont pas toujours et donnent des formulations telles que : « *je le fais à l'intuition* », « *je le fais au pif* » ou tout simplement, « *c'est comme cela, je ne sais pas* ». Nous pouvons, par exemple, identifier chez les infirmières des tâches élémentaires comme lire la prescription, préparer le matériel, pénétrer le corps ou enlever des éléments du corps avec un certain nombre de contraintes strictes ou optionnelles (facteurs internes ou externes). Ces contraintes, nous l'avons vu précédemment, sont en lien avec par exemple la gestion du temps mais aussi l'ergonomie du matériel, une motivation, un risque perçu ou une certaine logique de l'infirmière pour obtenir le résultat escompté. Chaque action élémentaire se décompose en opérations d'identification et d'exécution : par exemple dans le soin, chercher visuellement la cible où aura lieu le geste intracorporel puis éventuellement palper pour ensuite, de nouveau identifier le lieu exact de la pénétration.
- Niveau 3 : l'unité d'analyse sera une des opérations présentées au niveau 2 qui pourra se décomposer encore plus finement (micro-action) tout en restant à l'échelle comportementale. Exemple : pour pénétrer le corps, l'infirmière doit sélectionner des informations que nous dénommerons affordances ou stimuli pour un vocabulaire plus compréhensible, afin d'identifier où elle va piquer, palper la veine, saisir une aiguille, piquer dans la veine. Ce niveau correspond ainsi aux détails de la réalisation concrète

de chaque action élémentaire composant les étapes d'une tâche et démontre le caractère pré-réfléchi d'un savoir-faire. C'est le niveau de description qui est considéré par Vermersch comme le plus pertinent pour analyser la pratique des acteurs et notamment le moyen d'analyser les différences de geste, le « tour de main » par rapport aux recommandations officielles. C'est le degré correspondant à la recherche de l'intelligibilité en sciences sociales mais qui n'est pas toujours conscientisé par les personnes. Le questionnement permet d'aider les acteurs à verbaliser leur agissement.

- Niveau 4 : l'unité de l'analyse « infra-comportementale » correspond à la réalité anatomique, neurologique ou la prise en compte des mécanismes cognitifs (facteurs internes et externes) comme par exemple les modalités sensorielles particulières (auditive, sentie, visuelle, palpatoire) qui sont rarement conscientisées et verbalisées par les acteurs mais dont les gestes ou l'utilisation d'un certain type de verbe comme « *je vois, j'entends* » au moment de l'évocation peuvent être un indice pour les déduire. De même, la distance, l'engagement du corps dans l'espace, la direction des regards, l'expression du visage, la qualité du toucher, les postures sont les faces extérieures et lisibles de représentations et valeurs incorporées.

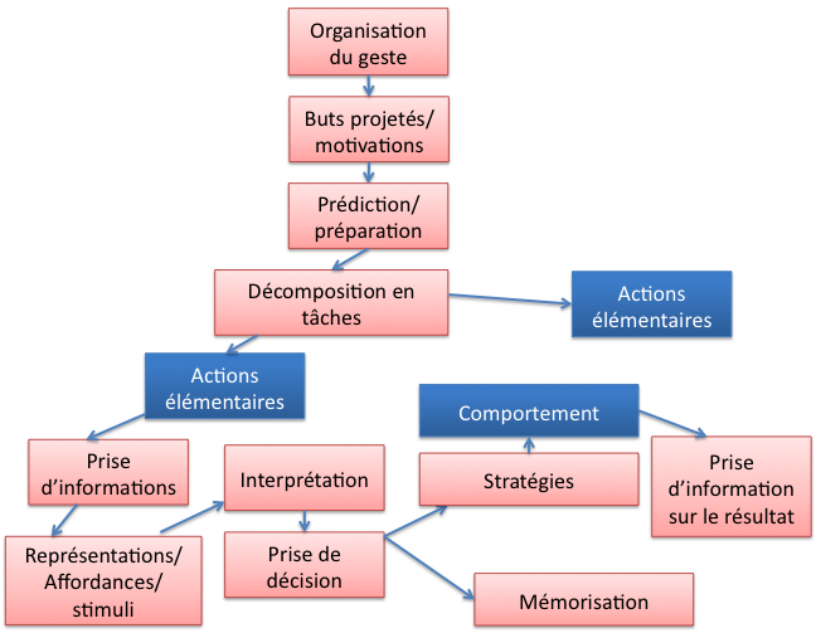


Figure 2 – Les phases et les logiques d'une action

La question de la prise de conscience et de la réflexivité dans l'instant du geste est intéressante car elle va nous permettre de documenter, mettre en mots les dimensions

incorporées des savoirs d'expérience implicites. Il s'agit d'éclairer les décisions et les phénomènes attentionnels en situation au regard de facteurs internes et externes, de caractériser les micro-gestes des infirmières et les gestes d'ajustement. Cela nous permettra aussi d'identifier s'il est possible d'être réflexif dans l'instant de l'émergence d'un geste et de comprendre comment les infirmières évaluent avec justesse la réalisation de leur geste dans le vécu de l'action. Il sera aussi intéressant de déterminer dans quelles mesures leurs gestes sont imprégnées de leurs représentations.

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 4.1

Les activités mentales sont présentes, plus particulièrement lors la réalisation d'une action *complexe* non immédiatement exécutable, sous forme d'automatismes. On peut les étudier selon quatre phases : 1) définition d'un but, 2) prélèvement d'informations et planification de l'action selon des stratégies en tâches élémentaires, 3) réalisation de l'action puis 4) évaluation au regard de critères définis lors de la planification.
Ces activités mentales ne sont pas toujours conscientisées par le sujet. Cependant, l'utilisation de l'entretien d'explicitation et l'étude des verbatim selon quatre niveaux de description peuvent permettre d'accéder à la compréhension du déroulement d'une action et rendre visibles des facteurs que l'observation de l'action ne pourrait produire.

Nous allons poursuivre l'étayage de notre première hypothèse en abordant plus précisément la préparation mentale des infirmières lors de leur geste intracorporel.

4.2 – La préparation mentale des infirmières

Une personne qui souhaite réaliser une activité (but) et en l'occurrence une infirmière, est amenée à se construire une représentation mentale de son action. Pour Kuhl (1987), l'intention repose sur différentes mémoires. Elle suppose que l'individu ait des connaissances déclaratives (valeurs, représentations, normes…) et procédurales. Ces mémoires contiennent les programmes comportementaux pour effectuer l'action. Ensemble, les mémoires déclaratives et procédurales forment la mémoire sémantique de l'action. Cette mémoire est à distinguer de celle de l'émotion, qui serait plus intuitive.

Une intention, un but reposent en effet sur un plan d'exécution qui doit, dans un premier temps, être mis en phase d'activation (phase pré-actionnelle) pour faire l'objet d'un engagement dans un second temps (phase actionnelle). La mise en place et surtout le maintien de ce plan représentent l'aspect dynamique de l'intention. Elle est, nous l'avons vu, différente de son aspect structural ou organisationnel. De fait, sa construction se réalise en deux phases majeures (Richard, 2004). La première correspond à *l'abstraction et la planification de la situation* afin d'en favoriser sa compréhension et qui à son tour active la mémoire motivationnelle permettant d'accéder au système exécutif. La seconde est la *particularisation* qui correspond à la résolution des problèmes de la tâche lors de sa réalisation.

4.2.1 La planification

La planification est une représentation cognitive sous forme de programmation de l'action en termes mnémoniques, qui porte sur des objets génériques et non sur des objets particuliers.

A la suite de Hoc (1986 ; 1987) repris par Richard (2004, p. 315), nous définirons la planification comme « *la construction et/ou l'utilisation de représentations anticipatrices hiérarchisées (plans) pour guider l'activité* ». Ces plans sont de deux types : des plans déclaratifs qui portent sur des structures relationnelles et des plans procéduraux qui concernent des procédures. Si l'on se réfère aux soins, on peut dire que la planification va correspondre à ce qui est stipulé dans les recommandations officielles, une sorte de « trame idéale ».

La théorie du comportement planifié d'Ajzen & Fishbein (1980 ; 2007) rejette l'idée que les actions de l'individu puissent être sous-tendues par des motivations inconscientes. Pour eux, avant d'agir, l'être humain considère les implications de ses actions et, en fonction de cela,

décide ou non de s'engager dans l'action. Leur analyse les conduit donc à considérer l'action, la cible de cette action, le contexte dans lequel il apparaît et le temps qu'il faut pour la réaliser :

- l'attitude d'évaluation positive ou négative de ce comportement, elle-même déterminée par des croyances qui consistent à estimer si le fait de réaliser le comportement va avoir une série de conséquences ;
- la perception de la pression sociale liée à une croyance normative d'un groupe qui incite ou, au contraire, décourage l'individu à effectuer le comportement. Cette idée est notamment en lien avec l'approche des représentations sociales énoncée par Denise Jodelet (2002) et par Michel Liu (1981) sur les micro-cultures que nous aborderons dans le chapitre 4.8 ;
- le contrôle perçu que les individus estiment avoir sur leur comportement/leur geste et la possibilité de choisir le moment opportun pour réaliser l'action.

Pour Joules et Beauvois (1998, 2002), il existe des facteurs complémentaires qui jouent sur l'engagement d'une personne :

- le contexte de liberté dans lequel est réalisé l'acte facilite l'engagement contrairement à un acte réalisé sous la contrainte ;
- le caractère public de l'acte à l'inverse d'un acte réalisé sous l'anonymat ;
- le caractère explicite, non ambigu d'un acte ;
- l'irrévocabilité d'un acte :
- la répétition de l'acte :
- l'importance des conséquences de l'acte ;
- le coût (argent, temps, énergie) de l'acte est plus engageant ;
- les raisons de l'acte, notamment si ces raisons sont internes à une personne.

Il sera intéressant d'identifier les facteurs d'engagement des infirmières et ceux qui pourraient les rebuter dans la réalisation de leur geste intracorporel.

La planification comporte, selon Hoc (1986, 1987), deux propriétés : l'anticipation et la schématisation. L'*anticipation* est une construction d'une représentation qui précède l'exécution. Cette représentation peut concerner directement des actions ou des déplacements. Elle fait référence au maintien et à la protection d'une intention activée qui peut opérer en mode passif (automatisme) et en mode actif. Le mode passif de contrôle de l'action est

maintenu grâce à des mécanismes attentionnels automatiques, avec des stimuli prédéfinis, si la motivation est dominante et si une autre priorité ne la dépasse pas. Ainsi, ce mode de contrôle ne requiert aucune attention sélective particulière. La maintien et l'exécution d'une intention sont grandement facilitées si l'attention est focalisée sur le *développement des plans d'action* (mode de contrôle orienté par l'action).

Pour compléter les mécanismes de la planification, Kuhl (1987) parle de *mode orienté sur la situation*. Il évoque ainsi le fait qu'une personne puisse décider de faire une activité qui lui semble d'une grande importance sur le moment mais, une fois dans l'action, elle change radicalement d'orientation motivationnelle, notamment en cas de difficulté ou pour faire autre chose davantage prioritaire. Il est donc possible de postuler l'existence d'un processus de contrôle qui va changer graduellement la force des tendances de l'action en faveur d'un engagement intentionnel au regard de la singularité du contexte rencontré.

De fait, Ajzen et Fishbein (1980, 2007) considèrent que l'action est sous-tendue par des buts qui sont eux-mêmes sous tendus par un contrôle volitionnel, c'est-à-dire pour l'exécutant d'avoir les moyens de mettre en œuvre son but.
Si l'intention et le plan sont activés, deux solutions sont possibles. Pour la première et la plus simple, le plan fonctionne et l'action se termine avec succès.
Pour la seconde solution, la personne peut se retrouver en difficulté pour différentes raisons dans la réalisation de son plan. Là aussi, deux possibilités se présentent à elle :
- la personne abandonne le plan ; la mémoire motivationnelle est désactivée et le système est libre de mettre en place un autre plan.
- l'individu reste sur son plan initial, cela crée un certain nombre de dysfonctionnements mais le plan est maintenu grâce à ses capacités d'autorégulation et métacognitives que nous appellerons « tour de main ».

Il sera intéressant de voir dans quelles conditions les infirmières s'autorisent à arrêter un geste intracorporel et d'identifier ce qu'elles mettent en place pour mener à bien ce geste malgré d'éventuelles difficultés. Nous avons vu préalablement que la pénétration du corps d'un malade réveillé impose des actions non automatiques. L'infirmière est donc obligée d'instaurer un contrôle particulier qui est dénommé particularisation.

4.2.2 La particularisation

La réalisation de cet objectif de particularisation est due à la hiérarchisation des processus de construction de la représentation de l'individu face à des difficultés. Elle découle de la rapidité de mise en œuvre des inférences nécessaires pour appliquer les connaissances disponibles à la situation présente et aboutir à une décision d'action. Cela revient à dire que le processus qui l'emporte est celui qui propose le plus vite une représentation qui conduit à une solution même si la validité de la solution n'est pas toujours garantie. Ce type de mécanisme peut conduire à des erreurs mais c'est aussi une condition de rapidité de mise en œuvre.

Si toutes les conditions sont satisfaites, la procédure définie dans le schéma d'action est mise en œuvre. Si les prérequis de l'application de la procédure ne sont pas satisfaits mais que toutes les autres conditions le sont, alors les sous-buts qui constituent la procédure sont retenus et le problème est redéfini comme une suite de problèmes. Pour chacun de ces problèmes, le but est constitué par le sous-but correspondant à la procédure. A chacun de ces sous-buts, le sujet doit résoudre un problème selon la démarche qui sera la plus appropriée mais chaque pas de la réalisation sera évalué.

Pour réaliser cette fonction, une personne pourra utiliser au choix :

- une *démarche constructive* en adaptant une solution qui a déjà donné un résultat dans un autre contexte ;

- une *démarche déductive* à partir d'inférences qui permettent d'appliquer les connaissances disponibles en mémoire à la situation du problème ;

- une *démarche inductive* par la construction d'une hypothèse de l'état de solution au moyen d'inférences déductives compatibles avec les autres données du problème. En cas d'incompatibilité, il conviendra de modifier l'hypothèse jusqu'à trouver une hypothèse compatible avec les données. Cette démarche peut aussi consister à faire des essais exploratoires, c'est-à-dire à faire une action pour la seule raison que l'on ne l'a pas encore faite et à observer les modifications apportées par cette action dans l'état du problème.

Dans son modèle de contrôle par l'action, il est à noter que Kuhl (1987) répertorie six stratégies d'autorégulation que les individus utilisent activement afin de contrôler des intentions non prioritaires :

- l'*attention sélective* est utilisée pour faciliter le traitement d'informations en faveur de l'intention actuelle ou pour le traitement d'informations susceptibles d'entrer en compétition avec elle ;
- le *contrôle par l'encodage* qui va faire en sorte d'encoder les éléments des stimuli qui sont en lien avec l'intention actuelle ;
- le *contrôle de l'émotion* afin d'inhiber les états émotionnels qui sont susceptibles d'avoir un effet néfaste sur la fonction protectrice de la volition ;
- le *contrôle motivationnel* qui fait référence aux processus qui visent à autoréguler sa propre motivation ;
- le *contrôle environnemental* qui s'appuie sur le fait que les émotions et les motivations peuvent être manipulées par l'environnement. L'individu est donc susceptible de développer des stratégies contrôlant l'environnement à cette fin ;
- le *traitement parcimonieux des informations* qui va permettre l'évaluation des conséquences des différentes alternatives d'une action. L'individu peut ainsi traiter de nouvelles informations afin d'évaluer toujours plus de conséquences possibles. Si l'individu estime que ce traitement de nouvelles informations met en péril l'intention courante, alors il arrêtera ce traitement.

Il sera intéressant d'identifier auprès des infirmières interviewées quels types de démarches et de stratégies elles mettent en place pour réaliser leur geste intracorporel.

SYNTHESE GENERALE CHAPITRE 4.2

Une personne qui souhaite réaliser une action est amenée à se construire une représentation mentale de son action dénommée planification. Cette phase pré-actionnelle est en lien avec des savoirs procéduraux mais aussi des connaissances déclaratives (représentations, émotions…) qui poussent la personne à considérer les implications/résultats de ses actions et, en fonction de la motivation qui en découle, décide ou non de s'engager dans l'action.
Au moment de la réalisation d'une action complexe, la personne doit résoudre un ensemble de problèmes selon la démarche qui lui semble la plus appropriée (constructive, déductive ou inductive). Chaque pas de la réalisation est contrôlé au regard de stratégies d'autorégulation que l'individu utilise activement afin de prioriser ses intentions. Cette phase est appelée particularisation.

Nous allons identifier d'une manière plus approfondie les mécanismes d'autorégulation mis en œuvre dans le cadre du contrôle de l'activité par notre cerveau.

4.3 Les mécanismes d'autorégulation

Un ensemble d'activités (par exemple la réalisation d'un geste intracorporel) nécessite pour la personne qui l'entreprend des processus de régulation dans le sens de correction de ses actions par le biais d'un certain contrôle de son activité dans le cadre d'activités mentales. Qu'entend-on par contrôle en psychologie cognitive ? Pour Richard (2004), "*le contrôle est constitué par les activités qui, une fois la tâche fixée, concourent à sa réalisation sans apparaître directement dans cette réalisation*" (p. 271). Selon les cognitivistes, le contrôle est inhérent à toute activité. Ainsi, le raisonnement et la résolution de problème reposent fondamentalement sur une orientation et une interprétation de la situation. La régulation ou l'ajustement qui en découlent, exigent souvent une réinterprétation pour arriver à une conclusion ou une solution. Ces résultats sont visibles ou invisibles mais sont la conséquence immédiate de la prise en compte des éléments du contrôle. De fait, même si les observables de cette activité peuvent paraître incohérents, toute démarche finalisée a une cohérence interne à la personne qui peut échapper à l'observateur (Richard, *Ibid*.). Cette cohérence s'explique par la façon dont la situation est comprise, les représentations/déductions réalisées et les solutions mises en œuvre. Cela peut conduire à des conclusions a posteriori logiquement erronées ou à des actions qui semblent inadaptées, mais explicables par l'acteur. Il sera donc intéressant d'éventuellement les identifier chez les infirmières interrogées.

Le contrôle de l'activité se traduit par plusieurs mécanismes : la prise de conscience, l'abstraction réfléchissante et les régulations (Piaget, 1974).

4.3.1 La prise de conscience

La prise de conscience est l'acte cognitif qui permet au sujet de passer d'une impression ressentie (à propos de son fonctionnement cognitif) à une extériorisation (une explicitation très consciente) de ses actes.

Mais il peut s'agir aussi d'un mécanisme d'évaluation du résultat (bon ou mauvais) et de correction de l'action dans une dynamique régulatrice. Piaget insiste sur la nécessité de distinguer la prise de conscience primaire, terre-à-terre, dès la prise de conscience plus évoluée qui fait appel à des processus métacognitifs, c'est-à-dire à la prise en compte non plus seulement du résultat, mais également des moyens et des procédés pour les obtenir.

Cette prise de conscience évoluée inclut ainsi des stratégies d'anticipation, d'autorégulation et de rétroaction. Elle donne également la possibilité au sujet de s'exprimer (de façon plus ou moins réfléchie) sur ce qu'il fait ou ce qu'il vient de faire.

Ainsi, certaines régulations pourront être conscientes et sciemment décidées par le sujet, d'autres au contraire pourront complètement échapper à son contrôle.

La prise de conscience prend corps et devient réellement efficiente à travers l'abstraction réfléchissante qui, en soit, agit comme levier et qui permet donc de distinguer ce que nous avions vu précédemment : le vécu et l'expérience.

4.3.2 L'abstraction réfléchissante

Selon Cellerier (cité par Hoc, 1987), l'abstraction réfléchissante porte sur les opérations du sujet. Elle est nommée aussi réflexion sur l'action par Schön (1983). Le premier distinguo que nous opérons vise à différencier réflexion et réfléchissement. Si la réflexion est à rapprocher d'un processus cognitif de rationalisation des perceptions lors d'une situation, le réfléchissement est pour sa part l'expression subjective de ces perceptions par une mise en mots faisant surgir les tensions affectives, cognitives et sociales. Piaget (1974 ; 1977) puis Vermersch (1994) clarifient cette distinction : le réfléchissement constitue un « moment-espace » de prise de conscience d'éléments « pré-réfléchis » mais qui ne se fait pas toujours de manière consciente comme par exemple le fait d'entendre un bruit ou voir quelque chose de particulier chez un malade. Ce réfléchissement est préalable et nécessaire à l'abstraction réfléchissante. Cette dernière, est une seconde étape de véritable réflexion au sens de rationalisation de la pensée : « *Tiens, j'entends un bruit, que dois-je faire face à ce stimuli ?* ». L'abstraction réfléchissante donne, au sujet, les moyens de porter un jugement critique, non plus seulement sur le résultat d'une action, mais davantage sur les mécanismes ou les stratégies qu'il a déployés pour la réaliser.

Pour les cognitivistes (Laforture & Saint-Pierre, 1996), la prise de conscience enrichit les connaissances métacognitives, lesquelles viennent à leur tour influencer la gestion d'une activité mentale ultérieure. Il y a une sorte de va-et-vient et un enrichissement réciproque. Pour d'autres, la prise de conscience est un levier puissant permettant à l'apprenant de modifier "en profondeur" ses stratégies. On peut considérer que les infirmières se construisent

un répertoire solide de méta-connaissances utiles en termes de processus de contrôle dont la personne dispose pour autoréguler son action. De plus, nous pouvons imaginer que dans le cadre d'un geste intracorporel, les infirmières prennent conscience de la singularité d'une personne et d'un environnement, ce qui leur impose de sortir d'un mode automatique pour passer à une conscience évoluée.
De ce fait, ce mécanisme est un indicateur certain d'une activité métacognitive car il démontre une mise à distance du sujet entre ce qu'il a produit et le comment il s'y est pris pour le faire. La question sera donc d'identifier si toutes les activités réalisées dans le cadre d'un geste intracorporel sont nécessairement conscientisées par les infirmières qui le réalisent ?

4.3.3 Les types de régulations

La régulation de l'activité est une fonction qui a pour objet la sélection des tâches à accomplir et leur ordonnancement dans le temps. Ces tâches peuvent être non liées et présenter chacune des contraintes. Il est donc nécessaire de distinguer l'organisation de ces tâches de l'organisation en sous-buts d'une tâche proprement dite, ce que nous avons présenté précédemment.

Allal & Saada-Robert (1992) proposent quatre degrés d'explicitation des régulations.

- les *régulations implicites*, intégrées au fonctionnement cognitif que le sujet ne perçoit pas ;
- les *régulations explicitables*, c'est-à-dire, celles que le sujet serait capable d'expliciter à condition qu'on lui pose des questions ou alors si les exigences de la tâche le nécessitent ;
- les *régulations explicitées* sont celles dont la personne parle spontanément avec les autres et celles dont elle contrôle l'intentionnalité ;
- les *régulations instrumentées* par des supports externes à la pensée et qui peuvent donner aux processus mentaux de régulation une puissance accrue.

Il nous semble important de détailler davantage ces différents types de régulation et de les situer dans le contexte d'un geste intracorporel.

Le niveau implicite échappe évidemment non seulement au chercheur puisque les régulations sont complètement intégrées aux processus cognitifs eux-mêmes, mais également à la personne qui n'a bien sûr pas conscience de ce qui se passe. Ces régulations implicites peuvent se situer pour les infirmières à différents niveaux : le niveau de la tâche dans le processus de soins proprement dit, mais également à des niveaux plus éloignés de la tâche (attention, fatigue, temps à disposition, besoins vitaux, etc.). Si l'on se centre sur le processus du geste lui-même, on peut considérer que les infirmières qui réalisent un geste intracorporel se régulent implicitement de façon pertinente. Avant même de le réaliser, elles ont déjà effectué de façon automatique les contrôles nécessaires. Les régulations implicites propres au geste intracorporel sont a priori circonstanciées et efficaces. A l'inverse, on peut supposer que les infirmières qui réalisent pour la première fois leur geste ne disposent pas de régulations et de connaissances suffisantes.

Les régulations explicitées et instrumentées sont celles dont le sujet peut parler avec aisance car ce sont celles dont la personne a le plus conscience. L'infirmière sait comment elle s'y prend lorsqu'elle est bloquée par une situation et c'est à partir de là que des métaconnaissances peuvent se construire ou se modifier.
Il est aussi à noter la difficulté pour certains sujets de verbaliser leurs méthodes de travail et leurs façons de se réguler soit par ce qu'ils n'en ont pas conscience, soit parce qu'ils sont novices, soit par manque de vocabulaire (Romainville, 1993). Le langage est, dans ce cas, le vecteur principal de la pensée. Des infirmières peuvent être en difficulté pour expliciter ce qui se passe "dans leur tête" simplement parce qu'elles ne sont pas outillées au niveau du langage.
Néanmoins, à partir du repérage des formulations qu'utilisent les infirmières, cela peut nous permettre d'identifier leurs modes de prise de décisions, leurs représentations, des omissions dans la présentation de leur geste ou des informations implicites pointées par la structure de l'énonciation. Il est aussi intéressant de prendre en compte les gestes qui miment ou métaphorisent les actions mentales car ils donnent un accès au pré-réfléchi même si la personne ne l'a pas conscientisé ou ne sait pas l'exprimer.

L'action de régulation de conflit consiste à optimiser les contraintes et à faire des compromis, sachant que les origines des contraintes ne sont pas les mêmes entre l'organisation des tâches et la réalisation des sous-buts. Dans un cas, ce sont des contraintes *intrinsèques à la tâche (exemple : la taille du matériel médical utilisé au regard de la morphologie du malade)*, dans

l'autre, ce sont plutôt des *contraintes extrinsèques* qui tiennent davantage aux convenances de la personne qui les réalise (exemple : est-ce que je décide d'utiliser le matériel médical que j'ai sur mon chariot qui ne me semble pas adapté à la morphologie du malade). Nous pourrons ainsi questionner sur quoi porte le contrôle des infirmières ; si c'est en lien avec une contrainte « physique » sur l'exécution à proprement parler du geste ou « psychologique » sur ce qu'elles se disent en termes de représentations.

Richard (2004) indique qu'il y a deux composantes dans ce contrôle : une composante *hiérarchique* avec le contrôle par la représentation de la situation et les objectifs qui en découlent mais qui sont soumis à la réalité de la situation (puis-je prendre le temps de changer de matériel médical car il ne me semble pas adapté sachant que cela va me prendre plus de temps, que je ne sais pas s'il est en stock et que je n'aurai pas terminé ma tournée de soin dans le temps ?). Il existe aussi une composante *interactive*, qui résulte des interactions entre la gestion des objectifs, l'information saisie et mémorisée et l'information activée en mémoire (La dernière fois que j'ai pris du temps, j'ai eu une remarque). Cela nécessite pour les individus d'établir des priorités entre des buts contradictoires ou éventuellement la diminution d'exigence sur certains objectifs afin de pouvoir s'acquitter de leur tâche. Richard (2004) parle ainsi de *gestion de priorités de buts*. Il distingue des *tâches principales* et des *tâches secondaires* en indiquant que certains acteurs peuvent privilégier les tâches qui peuvent paraître secondaires. Mais qu'est-ce qu'une tâche principale et qu'est-ce qu'une tâche secondaire chez les infirmières ? Nous le verrons, notamment pour les tâches plus faciles à réaliser, d'autant plus si les acteurs ont à réaliser des *buts incompatibles dans une fenêtre temporelle étroite*. Les buts sont par définition ce qui permet de sélectionner des priorités pertinentes pour la tâche mais ils peuvent être parfois inatteignables d'où la nécessité pour la personne de les redéfinir en produisant des sous-buts qui seront cette fois exécutables. Le but de toute activité humaine, d'un point de vue économique, serait de rechercher un maximum d'utilité (Atkinson, 1964).

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 4.3

Le raisonnement et la résolution de problème lors d'une action reposent fondamentalement sur une orientation et une interprétation de la situation. Cela se traduit par la régulation de l'activité en sélectionnant des tâches à accomplir et en les ordonnançant dans le temps. Ces tâches peuvent être non liées et présenter chacune des contraintes au regard de sous-buts d'une tâche proprement dite. Cela crée des conflits que la personne doit résoudre par des ajustements. Cela nécessite d'établir des priorités entre des buts contradictoires ou éventuellement la diminution d'exigence sur certains objectifs afin de pouvoir s'acquitter de sa tâche. On peut distinguer des *tâches principales* et des *tâches secondaires* en indiquant que certains acteurs peuvent privilégier les tâches qui peuvent paraître secondaires car elles sont plus faciles à mettre en place rapidement. De fait, même si les observables de cette activité peuvent paraître incohérents, toute démarche finalisée a une cohérence interne à la personne qui peut échapper à l'observateur.

Certaines régulations pourront être conscientes et sciemment décidées par le sujet, d'autres au contraire pourront complètement échapper à son contrôle.

La prise de conscience de ses ajustements enrichit les connaissances métacognitives de l'individu, lesquelles viennent à leur tour influencer la gestion d'une activité mentale ultérieure.

Ainsi la régulation de l'activité est en amont du contrôle et concerne une tâche définie. Elle consiste à définir la priorité entre ces tâches, à décider du temps à passer à chacune, à décider éventuellement de l'abandon d'une tâche, notamment au regard des risques et des composantes affectives qu'elle entraîne (Richard, 2004).

4.4 La priorisation des tâches

Les théories cognitives de la motivation et de l'émotion permettent de mieux situer le problème. La motivation est un concept qui essaye d'expliquer le dynamisme du comportement humain par rapport à une multitude de facteurs dont le poids explicatif est différent en fonction du niveau d'analyse et du point de vue adopté (Fenouillet, 2016) et ce afin de rendre compréhensible la nature de ce mouvement qui le dynamise. Elle peut nous permettre de comprendre pourquoi et comment une infirmière « veut » ou non faire des efforts et persiste dans ses actions lorsqu'elle réalise un geste intracorporel même si c'est difficile pour elle. Bien entendu, toute personne peut réaliser des tâches sans être fortement motivée. Mais dans tous les cas, il est indispensable que l'individu ait un motif et qu'il soit en mesure d'envisager l'effet de son comportement. Selon la théorie du positionnement d'objectifs (Locke & Latham, 1990), la motivation est intimement liée à la définition des buts que se fixe l'individu. Fishbach & Ferguson (2007) définissent le but comme une représentation cognitive d'un état final susceptible d'avoir un impact sur les évaluations, les émotions et les comportements. Certains buts peuvent être des représentations cognitives en mémoire par des stéréotypes ou attitudes. Ils peuvent être activés par « priming » et rester actifs sans que l'individu en ait conscience (Chartrand & Bargh, 1996). Pour faire simple, c'est le « geste attendu ». Cela peut aussi être le contenu des buts, c'est-à-dire la représentation de l'état final en tant que tel : « les résultats qui découleront du geste à réaliser ». Dans ce cadre, les buts contiennent des informations sur cet état final et permettent aux individus de déterminer les moyens (plans, stratégie, objets) à mettre en œuvre pour les atteindre (Latham & Locke, 2007). Ces buts peuvent également tenir compte des croyances des individus (Elliot & McGregor, 2001).

Campbell & al. (1970) ont démontré qu'il y avait une scission entre deux formes de motivation. Une motivation dite « processus de régulation » à travers laquelle le résultat est poursuivi et qui consiste à répondre à la question « pourquoi ? ». Par exemple, l'infirmière réalise une prise de sang que lui a prescrit un médecin. Il existe une autre motivation dite « de contenu » et correspondrait davantage à la question du « quoi ? ». Parmi ces motifs à agir de contenu, il existe des motifs primaires qui se placent dans une origine physiologique (je travaille pour manger) et des motifs secondaires, internes à une personne ou liés à l'influence de l'environnement sur son agissement (Hull, 1954 ; Atkinson, 1964 ; Carver & Scheier, 1982).

« *La motivation humaine est un construit psychologique composé d'étapes, créé par des facteurs internes et/ou externes à l'organisme, qui peut ou non avoir pour effet de conduire l'individu à prendre certaines décisions, à mettre en place certaines stratégies pour aboutir à un ou à plusieurs résultats consciemment anticipés ou non* » (Fenouillet, 2016, p. 67).
De nombreux auteurs qui travaillent sur la motivation estiment qu'il existe à côté de besoins physiologiques comme manger, boire ou dormir, des besoins psychologiques qui sont tout aussi indispensables à la survie et au développement de l'individu (Nuttin, 1991 ; Deci & Ryan, 2000 ; Krapp, 2005). Meyer (2009) relate ainsi de nombreux travaux sur la cognition motivée qui montrent l'importance des besoins psychologiques dans le traitement de l'information.

D'autres concepts mettent en évidence l'importance de l'intérêt, de la curiosité, des émotions, des valeurs, du sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2003) ou de dissonances cognitives (Festinger, 1957) ou affectives. Ainsi, selon Lewin (1935), le comportement dépend de la relation entre les besoins de l'individu et certains aspects de l'environnement qui acquièrent ainsi une fonction d'objectifs. Certains aspects de l'environnement peuvent être perçus comme des obstacles ou des barrières qui sont des étapes à franchir avant d'atteindre l'objectif souhaité. Ainsi, l'individu a des besoins qui ont pour effet de créer des « états de tension » ayant comme corolaire la genèse d'attractions et/ou des répulsions, c'est-à-dire des « valences » envers des éléments présents dans les différents champs psychologiques. La valeur, prise dans le sens de « valence » reflète l'importance qu'accorde une personne à certains objets réels ou imaginaires. Cela peut être un intérêt (Deci & Ryan, 2002), de la performance, du plaisir et une activité favorisant l'estime de soi. Pour Lewin (1935), l'importance de la valence dépend certes du besoin mais aussi de la distance psychologique qui permet de résoudre ce besoin.

Ainsi, nous percevons que la motivation repose sur des concepts qui sont très différents mais il s'avère que globalement, les motifs primaires sont à la base des motifs secondaires. Mais il est aussi à noter que si la motivation peut être considérée comme une cause, il existe de nombreuses autres causes que se fixe le sujet que les auteurs nomment déterminants de buts.

4.4.1 La satisfaction et la perception de résultats

Plus une personne est intéressée par une activité, plus elle va y consacrer du temps et plus elle va développer des aptitudes et des connaissances dans cette activité.
Il existe des déterminants qui ont la capacité d'apporter de la satisfaction aux personnes car elles leur permettent de répondre à des besoins qu'elles cherchent à combler, notamment en effectuant certains efforts.
Herzberg (1971) dans son étude dans le monde du travail propose cinq facteurs :

- l'accomplissement ou la sensation d'avoir bien réalisé son travail ;
- la reconnaissance, notamment du travail bien fait ;
- le travail en tant que tel ;
- la responsabilité ;
- le plan de carrière comme la promotion, l'avancement ou la réalisation de soi.

Ainsi, la recherche d'*efficience* nécessite de déployer une certaine intensité, qui peut être appréhendée comme une motivation d'accomplissement (Murray, 1938 ; Atkinson, 1964) et qui explique certaines performances (Fenouillet, 2016). Le concept d'« agentivité » au cœur de la théorie du sentiment d'efficacité personnelle démontre que la volonté et la nature des défis font qu'une personne peut se surpasser.

Il est aussi à noter qu'il existe chez certaines personnes un *complexe de traits conventionnels* et pour cette raison, elles s'imposent un certain conformisme (Apter, 2007). Elles cherchent à correspondre à un idéal social, à un certain professionnalisme (Ackerman, 1997), un rôle selon les caractéristiques d'une organisation spécifique (Miner, 2005). Ce conformisme permet aussi de répondre à certains besoins comme interagir avec autrui, obtenir l'approbation d'un groupe, avoir des relations positives avec des pairs, coopérer avec un groupe, agir démocratiquement, obtenir de la reconnaissance…

A ces idées, s'ajoutent pour une personne deux autres déterminants dans la réalisation de son but : le niveau qu'il est souhaitable d'atteindre et le niveau qu'elle peut espérer atteindre. Les auteurs ont mis en lumière le rôle que joue la performance effective dans l'évolution des niveaux d'aspiration et d'expectation, notamment l'importance de la tâche d'un point de vue des motivations de l'individu et l'espérance du succès. Ainsi, chaque individu se donne des seuils à atteindre et des limites dans l'exécution de ses buts.

4.4.2 Le contrôle de l'action

Les théories de l'attribution développées en psychologie sociale avec Rotter (1966) proposent la notion de « *locus of control* » qui distingue des imputations faites à des facteurs internes sous le contrôle de l'individu (comme les attributions ou les traitements automatiques) et des imputations qui sont faites à des facteurs externes, qui lui échappent ou amplifient la motivation (récompense).
Les effets de la force interne qu'est la motivation, sont nombreux et variés. Ils appartiennent à l'une des quatre catégories suivantes :

- la direction qui oriente l'individu vers certaines finalités, certains résultats produits. Ainsi, il est à noter qu'en vertu du sens qu'elle a pour lui, l'inaction peut être motivée. De même, nous l'avons vu, certains comportements peuvent paraître inadaptés ou liés à des dysfonctionnements cognitifs tout en étant clairement motivés.
- le déclenchement par mécanismes cognitifs correspond au fait que l'individu comprend que les moyens qu'il met en place sont inadaptés pour produire le résultat escompté et donc décide en conséquence de modifier son comportement par une nouvelle motivation.
- la persistance ou volition correspond au fait d'adopter un comportement sur la durée alors que cela nécessite l'exercice volontaire d'une certaine force (volonté ou besoins)
- l'intensité correspond à la production d'un effort pour parfois aussi paraître motivé pour obtenir certains avantages octroyés par un observateur.

Ainsi, selon Brehm (1966), lorsque les individus estiment que leur liberté d'action ou que certaines de leurs positions sont limitées, ils tentent d'une façon ou d'une autre de restaurer cette liberté perdue. Mais différentes recherches montrent aussi que si l'individu s'estime incompétent ou contrôlé par des évènements extérieurs ou que ce manque de liberté est justifié, la réactance d'une personne ne s'effectue pas.

Weiner (1985) met en exergue un élément supplémentaire qui est le degré de stabilité de la cause à laquelle est imputé le succès ou l'échec et qui va favoriser les anticipations ou la capacité de contrôle de l'individu.

L'intention qui est choisie pour être traitée par le système cognitif est celle aussi dont la force momentanée est la plus grande. Il est ainsi à noter que lorsqu'une intention occupe le système de traitement, une inhibition se développe par rapport aux autres intentions, de sorte que pour remplacer l'intention en place, une intention nouvelle doit avoir une force qui dépasse cette dernière d'un certain seuil.

Richard (2004) donne l'exemple d'un sujet qui a une faible compétence mais une bonne appréciation de celle-ci : il choisit de réaliser des tâches qu'il s'attend à pouvoir réaliser mais laisse de côté des tâches plus importantes, voir plus urgentes pour lesquelles il estime sa compétence moindre. On peut donc retenir que l'effet motivation est suppléé par l'effet confiance en soi, notamment si le geste doit être réalisé dans un moment court.

Il sera intéressant d'établir comment les infirmières estiment conserver une liberté d'action et si cela rentre en compte dans la réalisation de leur geste. De plus, en quoi cette notion de confiance en soi joue un rôle dans la réalisation de leur geste et comment la gèrent-elles ?

4.4.3 La gestion du temps

Toute tâche s'effectue dans un laps de temps plus ou moins long.
La fonction de régulation temporelle des intentions est assurée par trois systèmes :

- le système de production des intentions, à savoir le système motivationnel ;
- le système de sélection des intentions qui dépend de l'importance motivationnelle de l'intention, de la compétence qu'estime avoir le sujet pour pouvoir l'assurer et de la proximité temporelle de la date limite permise pour sa réalisation ;
- le système de traitement des intentions qui assure tout le traitement cognitif afférent à la réalisation de la tâche. A chaque moment une attention seulement a accès au système cognitif : autrement dit, une seule tâche peut être réalisée à la fois.

Ces systèmes fonctionnent en parallèle et ainsi le système de sélection des intentions peut interrompre le système de traitement des sélections pour lui affecter une autre intention.
Le rythme imposé dans une tâche conditionne également les stratégies pour faire face à la tâche sans dégrader sa performance (Amalberti, 1993). Ainsi, certains critères qui pourraient sembler nécessaires, peuvent être abandonnés pour faire face à la tâche dans une temporalité définie, voire urgente (Spérandio, 1972). Les infirmières sont souvent dans cette situation de réaliser un geste intracorporel dans un temps limité. Leur choix de ne pas parler à un patient

pendant un soin technique peut-il s'expliquer par ce qui est présenté ci-dessus ? La tâche de réaliser un geste précis et la tâche de parler sont-elles contradictoires et de fait, cette incompatibilité explique-t-elle la priorisation de tâches ?

4.4.4 La gestion de l'incertitude et des risques

Dans le cadre de tout acte, il y a une indétermination, un manque de lisibilité par rapport aux conséquences de cet acte du fait que le résultat d'un choix ne pourra être connu que dans le futur. Cela implique pour un individu d'être dans l'obligation de prendre certains risques.

Ainsi, une infirmière prépare son geste sans être en capacité de prévoir le risque de l'intrusion car chaque acte intracorporel est singulier du fait de la personne et de l'environnement.
Le Code de santé publique donne une valeur légale au principe de proportionnalité entre le bénéfice et le risque thérapeutiques. « Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, faire courir [au malade] des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

« Le Larousse » propose plusieurs définitions à la notion de risques :
- Possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage : Les risques de guerre augmentent.
- Danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé : Courir le risque d'un échec. Un pilote qui prend trop de risques.
- Fait de s'engager dans une action qui pourrait apporter un avantage, mais qui comporte l'éventualité d'un danger : Avoir le goût du risque.
En fonction, du choix de la définition, les parades ne sont pas les mêmes. Ainsi, le risque peut être « imaginé », « avéré », « potentiel », « émergent » ou « futur ». Néanmoins, le risque peut comporter des alternatives probabilisables, contrairement à l'incertitude (Viviani, 1994).

La notion de risque comme la notion de la douleur sont aussi liées aux représentations, aux expériences d'une personne. La perception du risque peut être entravée ou amplifiée par des facteurs subjectifs, propres à chaque être humain, et même par des facteurs culturels ou conjoncturels propres à des communautés comme une équipe au sein d'un service.
Les infirmières, lorsqu'elles manipulent leur matériel et réalisent leur geste intracorporel ont-elles conscience de ces risques et quelles représentations en ont-elles ? Entre les risques pour

le malade, notamment en termes de douleur mais aussi d'accentuation de sa maladie et les risques pour elles (infection, souffrance, responsabilité), comment les priorisent-elles ?

Selon Taylor (1974), le risque est perçu comme quelque chose de douloureux dans la mesure où il peut provoquer de l'anxiété. Une personne va donc se concentrer sur les mécanismes qui vont contribuer à générer ou gérer cette anxiété. Un individu a appris différents moyens dignes de confiance qui lui permettent de réaliser ses tâches mais il doit aussi lâcher prise pour résoudre les problèmes qui se posent à lui. C'est uniquement en prenant des risques, qu'il peut surmonter ses difficultés. Dans cette optique, la personne développe des stratégies de réduction de risques.

Ainsi, la notion de risque est à la base d'une prise de décision rationnelle : comme avec une balance, on pèse le pour et le contre d'une action, d'un geste. On fait un pari en connaissance de cause. On accepte donc un risque ou pas, en fonction de l'évaluation que l'on fait de la situation. Pour Taylor, toutes les situations de choix comportent deux types de risque. Le premier est le risque inhérent à l'incertitude du résultat de la décision. Le second est l'incertitude qui pèse sur les conséquences que peut entraîner le fait de faire une erreur dans son choix ou en l'occurrence pour les infirmières dans leur geste. Ces deux risques sont présents dans chaque situation mais l'importance de l'un ou de l'autre varie en fonction de la situation. C'est cette proportion entre chaque risque qui va déterminer la stratégie que l'individu va utiliser. Le niveau de risque perçu dans une situation et l'utilisation d'une stratégie particulière permettant de gérer ce risque, sont affectés par le niveau d'estime de soi. Les incertitudes pesant sur les résultats sont gérées au travers de la prise d'information. Les incertitudes liées aux conséquences peuvent être gérées en minimisant l'effet ou en remettant à plus tard le choix. Le risque représente une perte possible et donc un coût négatif, notamment psychologique.

La compétence que pense avoir un individu et donc l'estime de lui-même va jouer sur ses capacités à résister à la pression et à percevoir la nocivité de certains stimuli. Elle joue aussi sur les capacités de la personne à sélectionner des stratégies permettant de réduire les risques. Si une personne a confiance en elle sur la tâche à accomplir, cela va faciliter ses choix et inversement. Avec le temps et l'expérience, certains risques disparaissent, de nouveaux risques apparaissent, et la capacité des personnes à les gérer évolue.

Il est aussi à noter, comme l'affirme la sociologie du risque que les individus les moins exposés aux risques, comme par exemple le risque d'agression et de cambriolage, sont

souvent les plus tourmentés. A l'inverse, certains individus tendent à nier certains risques pourtant réels et omniprésents (Peretti-Wattel, 2000). D'autres sont prêts à prendre des risques par liberté, pour se sentir vivants, pour correspondre à leurs valeurs…

L'appréciation de ces différents critères est hautement subjective, ce qui peut justifier que dans les domaines scientifiques et techniques une définition quantifiable et plus rigoureuse du risque ait été recherchée. De fait, on cherche à distinguer les risques selon leur sévérité (risque majeur ou non). Il existe en France un *Observatoire des Risques Médicaux* – ORM. Il est destiné à collecter et analyser les données sur les accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales. Ces données qui sont divulguées aux soignants, leur permettent de hiérarchiser les risques. Depuis 2007, il est aussi chargé d'analyser les impacts (dont financiers) des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, et donc d'analyser l'évolution des primes et les indemnisations versées en réparation des dommages. Ainsi, au sein du système de santé se mêlent à la fois des risques médicaux, notamment les infections que ce soit pour les malades ou les soignants, mais aussi des risques juridiques sur des différends médicaux. C'est pourquoi, depuis 2002, une grande importance est donnée aux pratiques d'information du malade et à son consentement éclairé.

La décision exige donc un travail de discernement pour chercher à évaluer les conséquences de ses décisions et donc, pour une part, à imaginer des possibles.
De fait, s'il y a décision, il y a toujours indétermination, mais aussi, de fait, des capacités d'initiative des acteurs selon deux modèles complémentaires : modèle volontariste et modèle intellectualiste.

Il y a décision parce qu'il y a détermination et donc toujours une prise de risque car on ne sait jamais ce que sera demain, mais limitée par un travail d'imagination et donc d'intelligence perspectiviste. Décider, c'est donc vouloir en imaginant des scénarii possibles avec une certaine sagesse pratique notamment au regard de facteurs récurrents de l'activité humaine. Elle émerge selon des calculs. On tire la décision de la déduction. Tout comportement est le résultat d'un calcul coût/bénéfice. C'est, selon la théorie des jeux, déduire les risques. L'anticipation est ici tirée de la prédiction.

Nous avons à décider en raison des conséquences incertaines. Mais selon Ulrich Bech (1986), l'imagination des risques n'est plus une question individuelle mais a tendance à davantage

devenir collective. Or dans le cadre d'une société de risques comme nous l'avons vu particulièrement dans le système de santé français, la tradition n'est plus une garantie de ce qui doit être fait. Dans une culture de la tradition, les risques sont stables ; dans une société du risque, de nouvelles incertitudes non connues peuvent apparaître sous l'injonction de la prévention. En effet, la société du risque oppose des effets d'une telle ampleur qu'un individu n'est plus en capacité de connaître quels sont les risques qu'il peut se permettre. Les personnes doivent donc envisager des scénarios sur fond d'une incertitude plus grandissante, notamment du fait de nouveaux dispositifs techniques. La déduction sur des expériences passées est moins de mise. Pour cette raison, un individu est davantage dans une approche de quantification du risque. On calcule les risques selon les principes de précaution qui sont moins favorables à l'implication des émotions.

4.4.5 La gestion des émotions

Pour Izard (1991), l'homme ne serait pas ce qu'il est et ne pourrait pas survivre sans émotion. Les manifestations physiologiques des émotions (accélération cardiaque, crispation viscérale, etc.) sont la véritable conscience de l'émotion. Cette dernière n'a pas d'existence avant ces expressions. L'émotion est une expérience de tous les sens (sans limitation aux perceptions sensorielles) qui motive, qui organise et guide la perception, la pensée et l'action. L'émotion permet de sélectionner le comportement adéquat dans une situation donnée. Selon les travaux fondateurs de Darwin (1898), il existe une liste d'émotions fondamentales qui serait partagée par tous les êtres humains, quelles que soient leur culture et leur origine (intérêt, joie, surprise, tristesse, colère, dégoût, mépris, peur, honte, timidité, culpabilité). Néanmoins à coté de cette base génétique, les émotions sont également susceptibles de faire l'objet d'un certain apprentissage qui peut avoir pour effet de limiter ou d'amplifier les expressions de ces émotions. Pour Tomkins (1981), certaines des émotions sont innées car le cerveau a différents centres (comme la formation réticulée ou le centre du plaisir) et ne nécessitent pas un traitement cognitif. Certaines émotions peuvent cependant être apprises. Elles sont néanmoins activées soit de manière automatique, soit par réflexion du sujet. Elles reposent sur des affects dotés d'une extraordinaire labilité leur permettant de s'associer à n'importe quelle scène de vie courante (scripts) et cette association peut être la source d'une nouvelle émotion. De même les émotions peuvent également se combiner de multiples manières et ainsi donner une multitude de représentations très différentes d'une culture à une autre. De fait, selon Tomkins (*Ibid*.), il est impossible de créer un dictionnaire des émotions humaines.

Selon Fredrickson (2001), l'émotion se distingue de l'affect, qui est un concept plus général faisant référence à des sensations accessibles consciemment. L'affect est l'une des composantes de l'émotion également présent dans les sensations physiques, les attitudes, les humeurs ou les traits affectifs. L'émotion serait liée à des circonstances qui sont personnellement signifiante pour l'individu (elle se réfère à un objet) alors que les affects sont flottants et avec des objets plus ou moins définis. Les affects permettent aussi d'amplifier l'exigence ou l'urgence de toutes les choses avec lesquelles ils sont assemblés. Ainsi, une réponse excitante provoquera une accélération en termes de débit de parole ou enclenchera des mouvements plus rapides.

De fait, une émotion est perçue par un malade d'une manière consciente ou inconsciente parce que renvoie la communication non verbale de l'infirmière. Brunschwig (2001, p.92) nous explique qu'il a été longtemps de règle chez l'analyste de ne pas laisser apparaître de ce qu'il ressentait : « *C'était une erreur car le patient le ressentait aussi confusément et cela pouvait conduire à des impasses* ». Pour cette raison, une grande partie des analystes actuels préconisent de faire part de ce qu'ils ressentent et de leurs émotions pour éviter des non-dits et « *prêter leur moi psychique* » à leur patient afin de les aider à progresser dans leur discours et cheminement. La psychanalyste britannique Paula Heimann (1960) considère ainsi que la réponse émotionnelle de l'analyste à son patient est un des outils les plus importants de son travail pour l'aider à vérifier ses interprétions auprès de la personne qu'elle accompagne. Ainsi le soignant ne doit pas chercher à échapper au contre-transfert car cela reviendrait à dire qu'il n'a pas d'inconscient (Racker, 2000).

Pour Izard (1991), les émotions relèvent de trois formes : 1) Le terme *émotion-état* qui fait référence à un processus émotionnel qui se produit pendant une durée limitée. 2) L'*émotion-trait* qui est une émotion particulière qui revient de manière récurrente dans le quotidien d'une personne. Et enfin, la notion de 3) *seuil émotionnel* qui permet d'expliquer pourquoi certains individus sont plus enclins à éprouver certaines émotions comme l'anxiété, la tristesse, la colère. Il est aussi à noter que chaque émotion fondamentale a une particularité fonctionnelle en termes d'organisation et de motivation. Certaines émotions comme la joie ou la tristesse ont des répercussions internes différentes et produisent des effets distincts sur la cognition et l'action. Elles exercent ainsi différentes influences sur les processus homéostatiques, perceptifs, cognitifs, moteurs et sur les drives et vice et versa.

Bandura (2003) estime que l'émotion, au travers des interprétations que l'individu effectue des manifestations périphériques, a un impact sur le sentiment d'efficacité personnelle. L'impact de la cognition (Parrot, 2004) a également été démontré dans la création des motivations. Selon Weiner (2006), l'homme est un juge de lui-même et des autres, en ce sens, où il analyse notamment les résultats de ses actions et celles d'autrui selon trois attributions : le *locus*, la *stabilité* et la *contrôlabilité*. Le locus influence la fierté et l'estime de soi que peut ressentir un individu en accomplissant quelque chose. La stabilité est directement liée aux motivations et aux objectifs d'un individu et donc à ses raisons. La contrôlabilité fait davantage référence aux causes et serait ce qui crée la honte ou la culpabilité si le résultat souhaité n'est pas atteint. Ce jugement est médiatisé par les émotions et provoque des comportements différents.

Or c'est l'imputation causale qui est responsable de la résonance affective d'un événement ou d'un résultat. Sherer (1984) considère que les émotions sont des séquences de traitement de l'information de caractère plus ou moins complexe. Ces séquences sont : la reconnaissance du caractère nouveau d'un stimulus, l'évaluation de son caractère agréable ou désagréable, l'évaluation de son importance par rapport au but, l'évaluation de la capacité de maîtrise, la confrontation avec les normes sociales et l'image de soi. Ces dernières définissent une *échelle de développement ontologique des émotions* en association chacune d'elles à un certain type de traitement. Il précise que l'émotion est comme une « *fonction de l'évaluation continue des stimulations internes et externes en fonction de l'importance qu'elles revêtent pour l'organisme et de réaction qu'elles appellent nécessairement* » (Sherer, p. 30).
Il est donc important de ne pas séparer l'aspect phénoménal de l'affect de sa fonction régulatrice (Widlocher, 1984), notamment pour identifier les régulations complexes et la définition qu'elles engendrent en termes de tâches prioritaires, d'ordonnancement dans le temps et de décisions d'abandon.

Il sera intéressant d'identifier les émotions qui ressortent de la réalisation d'un geste intracorporel et la manière dont les infirmières agissent face à ces émotions pour néanmoins réaliser leur geste.

4.4.6 La recherche d'un équilibre

Le concept de régulation de Piaget (1975) met aussi en évidence deux types de régulations pour expliquer comment un individu procède à une « équilibration ». Il propose de considérer : 1) les régulations homéostatiques qui se contentent d'ajuster les déséquilibres "locaux" ou mineurs pour maintenir un état actuel, 2) des régulations homéorhésiques qui ont elles, une action majorante, un dépassement d'un équilibre antérieur à un équilibre supérieur (Allal et Saada-Robert (1992). Festinger (1957) parle aussi de déclenchement de la dissonance cognitive, lorsqu'il existe une contradiction qui induit un affect négatif entre deux éléments qui se suivent. Les individus recherchent perpétuellement de l'harmonie, de la cohérence et de la congruence dans leurs représentations cognitives d'eux-mêmes et de leur environnement. La personne lutte contre l'incohérence et l'enlisement de l'engagement (Staw, 1981) car elle a besoin de se percevoir comme rationnelle et non comme quelqu'un de contradictoire. Selon la théorie de Pyszczynski et al. (1997), les besoins biologiques et psychologiques sont sous-tendus par l'instinct de préservation. Pour le Trésor de la langue française (2008) énoncé par Fenouillet (2016), l'instinct est un « *mouvement intérieur, surtout chez l'animal, qui pousse le sujet à exécuter des actes adaptés à un but dont il n'a pas conscience* ».

Selon Apter (2007), le comportement humain est basé sur des paires antagonistes susceptibles d'un revirement qui expliquent la motivation, les émotions et la personnalité de certains individus. Ainsi, la bipolarité plaisant-déplaisant croisé avec faible-forte tension permet de comprendre la nature de différentes formes émotionnelles. Il propose la dimension *telic* (du grec « but ») et *paratelic* (sans objectif). Pour lui, le plaisir dans le mode *telic* vient principalement de la perception de mouvement vers l'objectif, alors que dans le mode *paratelic*, le plaisir vient essentiellement du résultat de l'activité elle-même. Dans la mesure où chaque mode dans ce modèle exclut l'autre, cela implique qu'une personne qui cherche principalement à atteindre un objectif ne pourra pas en même temps prendre autant de plaisir à faire l'activité qui lui permet d'atteindre cet objectif. De même dans la bimodalité maîtrise/sympathique, la question centrale est celle du rapport à autrui. Lorsqu'un individu est dans le mode maîtrise, il cherche la puissance et pour cela il peut être centré sur lui ou sur les autres et dans ce cas, il se met à la place des autres. Dans ce mode, les autres ou les objets sont considérés de la même manière, ils permettent d'aboutir à quelque chose. Dans le mode sympathique, en revanche, c'est l'interaction avec l'autre qui est au centre de l'attention. Là

aussi, l'individu peut expérimenter le mode sympathique soit de façon autocentrée, soit en se mettant à la place de l'autre. Le passage dans un mode ou dans son opposé est lié aux caractéristiques de la situation, certains évènements provoquant de la frustration sont à même de faire basculer l'individu d'une dimension modale à l'autre. Apter (*Ibid.*) indique que même si ces deux modes opératoires agissent en permanence, des personnes exhibent une certaine dominance envers certains modes, par exemple quelques individus sont plus souvent en mode telic et sympathique. Cette idée pourra être creusée auprès des infirmières interviewées.

Ces précédentes propositions s'inscrivent dans la théorie de Hull (1943) qui décrit un certain dynamisme interne qu'il a nommé « drive ». Ce drive a une fonction énergétique et directionnelle, expliquée par l'association stimulus-réponse. Elle repose sur une vision homéostatique du fonctionnement psychologique pour lequel tout déficit déclenche des mécanismes dont l'objectif est le retour à l'équilibre (Cannon, 1939) ou une certaine satisfaction (Maslow, 1943). La jauge serait l'estime de soi (Leary et al., 1995, 1998, 2000, 2003). Ce serait en quelque sorte la zone tampon qui permet de gérer l'anxiété et ainsi offrir une protection contre les difficultés de la vie et notamment la terreur existentielle liée à l'inéluctabilité de la mort. L'individu ferait en sorte de maintenir un certain degré d'estime de lui-même pour garder cet équilibre et ce en mettant en place des stratégies défensives relativement sophistiquées lui permettant d'atténuer ou d'éviter l'impact dévastateur que pourrait avoir une évaluation négative (Rhodewalt et Vohs, 2005).
On peut se demander quels objectifs poursuivent les infirmières lorsqu'elles réalisent un geste intracorporel et si elles sont dans la mise en œuvre d'une recherche d'équilibre ou de contrôle de leur activité pour pouvoir le réaliser. Cherchent-elles à se protéger, notamment si elles perçoivent ce geste comme émotionnellement difficile ou dissonant par rapport à ce qu'elles pensent de cette activité ou par rapport à la manière dont elles le réalisent ?

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 4.4

La priorisation des tâches lors d'une action peut s'illustrer par une multitude de facteurs dont le poids explicatif est différent en fonction du niveau d'analyse et du point de vue adopté par la personne. La motivation provient d'une représentation cognitive d'un état final, conscient ou inconscient, susceptible d'avoir un impact sur les évaluations, les émotions et les comportements de cette personne. Parmi ces motifs à agir, il existe des motifs primaires qui se placent dans une origine physiologique et des motifs secondaires, internes à une personne ou liés à l'influence de l'environnement sur l'agissement de cette personne.

Les motifs de la motivation sont nombreux. On peut répertorier quelques catégories :

- la recherche d'un plaisir, d'une satisfaction et la perception d'une efficience, de résultats mais aussi le fait de correspondre à un rôle social. Pour ce faire, la personne se donne des seuils, un niveau qu'il est souhaitable d'atteindre et un niveau qu'elle peut espérer atteindre.
- la représentation d'un individu quant au locus of control ou sa liberté d'action, au fait de maitriser ou non les événements qui l'affectent. Il est à noter aussi que les personnes commencent toujours par ce qu'elles maîtrisent.
- une seule tâche peut être réalisée à la fois, ce qui nécessite de faire sélectionner ses intentions au regard d'un temps donné. Le rythme imposé dans une tâche conditionne également les stratégies pour faire face à la tâche sans dégrader sa performance. Ainsi, certains critères qui pourraient sembler nécessaires, peuvent être abandonnés pour faire face à la tâche dans une temporalité définie, voire urgente.
- toute action impose un manque de lisibilité par rapport aux conséquences du fait que le résultat d'un choix ne pourra être connu que dans le futur. Cela implique pour un individu d'être dans l'incertitude et de prendre certains risques. La perception du risque est propre à chacun et est en lien avec l'imagination ou la déduction. Elle peut être entravée ou amplifiée par des facteurs culturels ou conjoncturels propres à des systèmes, des communautés comme une équipe au sein d'un service.
- Les émotions sont la prise de conscience par tous ses sens de manifestations physiologiques qui motivent, qui organisent et guident la perception, la pensée et l'action. L'émotion peut être innée ou apprise. L'individu, de par ses expériences, se crée une sorte d'échelle/classification des émotions qui lui est propre et qui l'amène à un certain type de

traitement. Un but peut favoriser une succession d'émotions dont parfois les polarités s'inversent comme passer d'un grand stress à une grande satisfaction.

- Les individus recherchent perpétuellement de l'harmonie, de la cohérence et de la congruence dans leurs représentations cognitives d'eux-mêmes et de leur environnement. Leur jauge correspond à l'estime d'eux-mêmes. Ils mettent en place des stratégies défensives relativement sophistiquées leur permettant d'atténuer ou d'éviter l'impact dévastateur que pourrait avoir une évaluation négative. Face à des dissonances cognitives ou affectives, ils ont besoin de se percevoir comme rationnels et non comme quelqu'un de contradictoire. Pour cette raison, on peut percevoir un comportement bimodal chez une personne : le passage dans un mode ou dans son opposé est lié aux caractéristiques de la situation.

Nous retiendrons, pour analyser le geste intracorporel, la nécessité pour les infirmières de trouver un certain équilibre dans la réalisation de leur tâche. Un équilibre au regard de leur logique de priorisation des tâches, sur les risques physiques ou psychique (émotions) qu'elles pensent prendre au regard de leurs représentations, l'importance qu'elles accordent au fait de correspondre à un certain rôle professionnel, l'estime d'elles-mêmes à la réalisation de cette tâche ainsi que la confiance qu'elles s'accordent, notamment si elles sont dans une temporalité urgente.

4.5 Les niveaux de contrôle de l'activité

Dans sa théorie émotionnelle des scripts mnémoniques, une scène est pour Tomkins (1979) un ensemble organisé, une représentation d'un événement idéalisé (réel ou imaginaire) qui inclut personne, situation, temps, lieu, action, affect, et qui a une fonction psychologique. Au minimum, une scène inclut un affect et un objet dans cet affect. Les scripts sont créés à partir de l'assemblage d'une *famille de scènes*, ce qui crée des règles individuelles utilisées pour prédire, interpréter, répondre ou contrôler, mais aussi pour créer d'autres scènes. Ainsi, nous possédons selon lui différents types de scripts dont certains sont des habitudes qui nécessitent peu de ressources cognitives et de sensations. D'autres scripts sont qualifiés d'intermédiaires, car ils sont semi-ouverts et donc laissent place à de nombreuses interprétations en fonction de la situation.

Nous l'avons vu précédemment, les émotions ont une fonction d'activation psychophysiologique qui prépare et soutient l'action de l'individu en adaptant le corps à l'activité réalisée et en focalisant l'attention sur certains stimuli (Fredrickson, 2001). Les différents niveaux d'activation vont de l'endormissement jusqu'à l'excitation la plus extrême.

A long terme, cela crée un processus psychologique dit de *magnification* qui est à la fois cognitif et affectif. Dans ce cadre, les scènes deviennent interconnectées et acquièrent de plus en plus d'ampleur en agglutinant pensées, actions, sensations et mémoire.

Comme le rappellent Allal, Rouiller et Saada-Robert (1995), en citant les travaux sur la métacognition de Brown (1978, 1987), les scripts conduisent à considérer « *la régulation métacognitive comme une interface entre deux composantes du fonctionnement du sujet : les représentations des aspects pertinents de la tâche et les processus de production mobilisés pour la réaliser*" (p.18). Ainsi, nous pouvons nous dire, dans un geste intracorporel, que l'infirmière effectue constamment un va-et-vient entre ce qu'elle veut faire en termes de soin (représentation de la tâche) et la manière dont elle va s'y prendre pour le faire ou pour modifier son action (les processus d'action). Ces allers et retours lui permettent de réguler son action (et son geste) tout au long du travail, c'est-à-dire d'adapter au fur et à mesure de son élaboration, le geste qu'elle produit en fonction des spécificités du patient. En outre, les régulations permettent au sujet d'orienter son processus de geste de façon à ce qu'il

corresponde aux exigences de la tâche ; l'infirmière sera peut-être amenée à modifier sa façon de réaliser son geste intracorporel en fonction de critères comme le temps qui lui reste à disposition, la réaction du malade ou des personnes qui l'entourent, les émotions que cela provoquent mais elle peut aussi agir sur les représentations de son geste eu égard aux risques/résultats qu'elle perçoit, à la prise de conscience des conséquences ou son envie de se préserver.

Pekrun (2006) utilise différentes formes d'*expectations* (cognitions prospectives qui visent à expliquer la relation entre une cause et son futur effet) et d'*attributions* (cognitions rétrospectives qui font la relation entre une cause et un effet donné) pour définir le niveau de contrôle (faible, moyen ou fort) que l'individu estime avoir sur les deux formes de résultats (prospectifs et rétrospectifs) ainsi que sur les actions qui conduisent à ces résultats. Ce niveau de contrôle est ensuite combiné à la valeur que revêt la réussite ou l'échec ou de l'activité qui permet d'atteindre le résultat. Or, les émotions positives et négatives imposent ainsi à l'individu de s'adapter. Les émotions positives peuvent également se révéler comme un antidote aux émotions négatives en annulant les actions de ces dernières (Fredrickson, 2001).

Norman et Shallice (1980) identifient trois niveaux de contrôle de l'activité : le niveau des routines ou automatisme, le niveau de l'optimisation des routines, chargé de régler les conflits pouvant survenir entre routines, et le niveau attentionnel qui peut interrompre l'activité en cours et lui donner une nouvelle orientation.

Un traitement automatique est un traitement qui se déroule en l'absence d'un but explicite mais qui est activé par des effets de contexte en mémoire avec un encodage spécifique qui se réveille par des associations directes selon des nœuds du réseau (concept) ou par des informations saillantes du monde physique, des stimuli de forte intensité. Ces stimuli ont un relief particulier pour le sujet du fait de leur importance comportementale (dimension sensorielle) ou du fait de l'histoire personnelle (activation ascendante). Un traitement contrôlé ou attentif est un traitement intentionnel, piloté et orienté par un but explicite (activation descendante).

Les deux types d'activation se combinent et sont transmises pour atteindre le but en cours. Les affordances sélectionnées que l'on nommera aussi stimuli sont toujours celles qui sont compatibles avec le but poursuivi par le sujet. Les affordances qui sont contraires au but sont

inhibées mais cela nécessite que le sujet redéfinisse un but réaliste. Selon Houdé (1995, 2000), l'inhibition est la caractéristique de l'intelligence qui permet à une personne d'atteindre des résultats par le fait de tester différentes procédures.
Quand le but n'est pas directement atteignable, la personne utilise sa représentation du problème, la décompose en sous-buts, les ordonne par priorité et met en place les actions qu'elle connaît du fait de son expérience pour les réaliser.

4.5.1 Les automatismes

Nous l'avons vu, le cerveau sait faire beaucoup de choses sans attention, notamment ce à quoi il doit faire attention. Nous passons le plus clair de notre temps à accomplir des routines motrices, émotionnelles et cognitives répétées des centaines de fois au cours de notre vie, si bien que le système exécutif du lobe frontal qui sert à adapter le comportement de façon flexible en brisant les routines, est finalement beaucoup moins utilisé qu'on pourrait le penser. Lorsque quelque chose fonctionne plusieurs fois de suite, qu'il s'agisse d'une façon d'agir ou de penser, de réagir ou de ressentir, le cerveau a naturellement tendance à la répéter ou à l'automatiser. Ainsi, dans tous les domaines qu'ils soient techniques, musicaux ou sportifs, l'apprentissage passe par l'acquisition d'un vaste répertoire de procédures motrices. Toutes les composantes d'un geste doivent normalement s'unir pour ne faire plus qu'un geste global.

Les gestes intracorporels sont des gestes de toucher répétitifs relativement communs dans la professionnalisation de l'infirmière (Walter Hesbeen, 1997).
Lorsque le geste est maîtrisé, il devient normalement un automatisme, une routine, même si la simplicité supposée du geste est le résultat d'un long processus complexe d'acquisition (Marcel Mauss, 1933).
Ces automatismes permettent le contrôle du geste à un niveau infra conscient. Le geste devient transparent, non réfléchi ; il est un prolongement du cerveau de l'utilisateur, transparent dans l'action (Fernandez, 2004).
L'activité automatique chez l'homme est concentrée dans les phénomènes d'habitude et de mémoire. Les phénomènes automatiques facilitent l'accomplissement des actes routiniers sans perception personnelle autorisant l'attention pour des tâches plus complexes. Dans toutes les situations examinées par Janet, de l'automatisme le plus simple au plus complexe, c'est « une représentation qui amène l'action et les mouvements » (Lachaux, 2013, p. 440).

Les actions s'enchaînent souvent mécaniquement selon un ensemble d'habitudes prises par le passé. Ces habitudes ont une grande influence sur la façon dont les actions se suivent une fois l'attention capturée, au-delà des gestes simples. Les habitudes ne sont d'ailleurs pas seulement motrices, puisque certaines sont cognitives comme le langage, la pensée. Elles sont généralement déclenchées par un évènement ou un contexte particulier : le comportement se déroule alors selon un schéma rigide qui le rend prédictible. Chaque geste entraine naturellement le suivant dans sa course, au point que certains éprouvent parfois une gêne si la séquence est interrompue.

Pour le cerveau, l'acquisition d'une habitude est une forme d'apprentissage : les réseaux des neurones produisant des actions qui donnent satisfaction sont renforcés et stabilisés, pour être plus facilement déclenchés à l'avenir et dans le même ordre. Les actions finissent par être considérées comme une seule procédure et bénéficient d'un traitement de faveur : un réseau de neurones hyperspécialisé (Lachaux, 2013), entièrement dédié à leur exécution. Ces routines permettent également aux experts une vision/perception plus globale et moins fixée sur la cible ou un geste localisé. Sur le plan comportemental, cette hyperspécialisation permet aussi plus d'aisance, un moindre effort et un lâcher-prise.
En effet, les meilleures performances sont obtenues lorsque le système exécutif lâche légèrement prise et laisse les routines faire leur travail. A contrario, une volonté de contrôle trop forte, guidée par un souci exagéré de bien faire, aboutie à une crispation générale du cerveau et un niveau d'attention trop local, causant une perte de coordination et de vitesse.
En relâchant la contrainte du système exécutif sur les procédures routinières, le cerveau éviterait ce piège et gagnerait en fluidité (Lachaux, p. 333).

Le lâcher-prise est donc un état intermédiaire entre une crispation volontaire qui paralyserait nos actions et la prise de contrôle totale du comportement par les habitudes et l'environnement – une sorte de juste milieu appelé par les traditionnalistes boudhistes « présence attentive ou pleine conscience », Mindfulness en anglais. La personne surveille les sensations qui émergent en elle, quelle que soit leur nature, sans s'y attacher, sans chercher à les contrôler. Elle ne lutte pas contre ses sensations qui peuvent provenir du monde extérieur ou de l'imagination, qui peuvent être sensorielles ou émotionnelles, seuls comptent leur présence et le fait de ne pas les laisser captiver l'attention (Lachaux, p. 334).

Il est aussi à noter que cette capacité à s'autoréguler avec des automatismes est liée aux degrés d'apprentissage et à l'âge. Il est en effet plus facile de s'autoréguler de façon quasi automatique lorsque l'apprentissage est effectué que lorsque l'apprenant consacre toute son énergie à maîtriser les premiers éléments d'un apprentissage. L'apprenant devient de plus en plus autonome en prenant progressivement en charge son propre fonctionnement en suivant un processus graduel d'intériorisation des fonctions métacognitives (particulièrement le contrôle) nécessaires à tout apprentissage (Schneider et Shiffrin (1977). Ce facteur pourrait dépendre de la capacité de la mémoire de travail (MDT) qui doit constamment essayer de gérer au mieux les ressources et en même temps effectuer des priorités et des choix stratégiques. L'expérience et/ou l'âge des infirmières ont-ils un impact sur la réalisation de leur geste, notamment dans le fait d'identifier des affordances et de prioriser leurs buts principaux et secondaires ?

4.5.2 Les conflits de routines

De fait, la vigilance humaine a des limites. Il est pratiquement impossible de suivre dans le détail deux conversations à la fois ou de réaliser deux choses précises à la fois. C'est la preuve de l'existence et de la nécessité d'un processus de sélection de l'information auditive : le cerveau ne traite qu'une partie de l'information qu'il reçoit, selon un processus de sélection que les psychologues appellent « attention sélective auditive ».

Ainsi, le cerveau peut pour parvenir à réaliser deux activités en même temps : 1) soit en les regroupant en un seul objet, c'est-à-dire en privilégiant son attention sur une seule cible, 2) soit en basculant très rapidement son attention de l'une à l'autre des activités, plusieurs fois par seconde.

De plus, pour Berlyne (1960), si le niveau de stimulation est trop élevé, notre organisme va réduire le niveau d'excitation en se décentrant des *variables collatives* (similarités et différences, compatibilités ou incompatibilités entre les éléments, stimulus présent et stimuli déjà expérimentés, patterns et autres éléments qui l'accompagnent : complexité, conflits des activités, surprises ou incertitudes). Si le niveau d'excitation est faible, il va initier des recherches en allant dans le sens d'une plus grande variété de stimuli pour éviter l'ennui et favoriser sa curiosité.

Quelles sélections opèrent les infirmières lorsqu'elles réalisent un geste intracorporel ?

4.5.3 Les facteurs éliminant les routines

Ces automatismes ou lâcher-prise ne sont plus possibles en diverses occasions (Lachaux, 2013, p. 332) :

- si la personne considère que c'est un moment critique, qu'elle se situe dans un état d'alerte dans l'attente et la crainte d'un moment malheureux. Il s'agit d'un moment redouté : elle a peur de perdre le contrôle et de lâcher-prise. Selon Edelman & Tononi (2000), « *Le contrôle conscient de nos actions ne s'exerce qu'à certains moments critiques, quand un choix clair doit être fait ou un plan élaboré* ».
- lorsqu'un stimulus extérieur ou l'imagination de la personne provoquent une forte émotion, notamment si cette dernière lui donne un sens important ;
- si la personne a le sentiment qu'elle perdra en fluidité ou en efficacité ;
- lorsque deux tâches se chevauchent et se gênent, notamment si elles répondent à des objectifs qui se contredisent ;
- si maintenir une attention continue exige un effort intense.

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 4.5

Notre cerveau a créé différents types de scripts/encodage comprenant les représentations des aspects pertinents de la tâche et les processus de production à mobiliser pour la réaliser. Certains scripts sont des habitudes qui nécessitent peu de ressources cognitives et de sensations comme les clignements de nos yeux. D'autres scripts sont semi-ouverts et laissent place à de nombreuses interprétations en fonction de la situation. Les émotions ont une fonction d'activation psychophysiologique de ces scripts qui prépare et soutient l'action de l'individu en adaptant le corps à l'activité réalisée et en focalisant l'attention sur certains stimuli.

Notre cerveau a trois niveaux de contrôle de l'activité : le niveau des routines ou automatisme, le niveau de l'optimisation des routines, chargé de régler les conflits pouvant survenir entre routines et le niveau attentionnel qui peut interrompre l'activité en cours et lui donner une nouvelle orientation.

L'acquisition d'un automatisme se fait par un apprentissage qui crée un réseau de neurones hyperspécialisés entièrement dédié à son exécution et qui n'est pas conscient. Cela favorise le moindre effort, l'aisance et le lâcher-prise avec comme résultat, davantage de performance.

Dans certaines circonstances, notamment lors d'une action complexe ou conflictuelle, notre cerveau ne peut plus utiliser ces routines et doit rentrer dans des scripts nécessitant une sélection.

Face à un conflit de deux tâches qui doivent être réalisées en même temps, notre cerveau n'est pas capable de faire un choix. Il préfère donc soit les regrouper en un seul objet, soit basculer d'une tâche à une autre, en limitant le nombre de stimuli qui le gène.

Dans le cadre de ce travail, il sera donc intéressant de faire l'inventaire de ce que contiennent les habitudes/les automatismes/les lâcher-prise d'un geste intracorporel.

On peut percevoir que l'infirmière peut activer des automatismes de façon pré-réfléchie dans des situations aux contours relativement connus, lorsqu'elle ne touche pas le malade, notamment pour la préparation de son matériel mais est-ce le cas lorsqu'elle bascule dans une situation à risque, comme le geste intracorporel, dans une posture qui lui impose une réalité, peut-être de la souffrance du fait d'un geste considéré comme contraint ?

4.6 L'attention sélective

4.6.1 Une nécessaire sélection d'informations

Lorsqu'une situation est complexe, il est nécessaire de redéfinir les buts, ce qui nécessite de prendre en compte d'autres informations sur ladite situation pour en élaborer une autre interprétation. Cela nécessite que la personne arrête ses automatismes pour engager une attention exogène et prêter attention à son environnement. Ainsi l'inhibition d'automatismes peut être assimilée à une gestion de priorités de buts. L'orientation sélective de l'attention relève encore plus directement de ses buts.
On peut considérer que cela pourrait être le cas pour les infirmières qui réalisent leur geste intracorporel et qui doivent être attentive à la singularité de la personne et de l'environnement où elles se situent, d'où leur incapacité à être dans un mode d'automatisme lors de ce geste.

Cela nécessite de contrôler son activité avec une certaine attention. « *L'intérêt de la notion d'attention, c'est qu'elle implique l'idée d'une double orientation : il y a d'une part l'attention focalisée, orientée par le but, qui est d'origine interne et l'attention sollicitée par l'environnement dont le prototype est le réflexe d'orientation, décrit par Sokolov (1966), réaction spontanée d'alerte à un changement non attendu de l'environnement qui se dissipe progressivement sous l'effet de ce que l'on appelle l'habituation* ». (Richard, 2004, p.296).

En 1990, les Goldstein soulignaient déjà que l'attention s'avère être un terme générique. Ils identifiaient une série de mécanismes et proposait que chacun d'eux constitue une composante spécifique de l'attention.

Ainsi, ces auteurs considèrent qu'il y a deux formes d'orientation de l'attention : l'une d'origine *exogène*, automatique, l'autre d'origine *endogène*, contrôlée, c'est-à-dire induite par des buts, qui sont mis en jeu dans une situation d'orientation visuo-spatiale (Posner, 1980) ou au niveau temporel où le sujet est en attente de l'apparition d'un stimulus (Richard, 1980). Ces mécanismes de l'attention sont souvent inconscients mais permettent de développer des effets de préparation. Le relief, la luminosité, le contexte de la scène visuelle peuvent les accentuer.

L'attention est une sélection d'informations disponibles à nos sens mais aussi aux éléments privés de notre vie mentale. Etudier l'attention, c'est donc aussi étudier l'existence d'un « *monde interne, parallèle au monde externe dans lequel nous vivons. C'est le monde de l'imagination, de la rêverie et de cette petite voix qui nous parle sans arrêt ; c'est le monde des souvenirs et des plans sur la comète. Je suis attentif à ma tâche mais aussi à ce petit discours interne qui jaillit spontanément à mon esprit* ». (Lachaux, 2013, p.26) Ainsi, l'attention est portée par un processus mental interne, invisible de l'extérieur.

On peut diviser l'étude de l'attention en trois composantes : d'intensité, de sélectivité et de contrôle. C'est le modèle de Van Zomeren & Brouwer (1994). Ainsi, les chercheurs en neurosciences parlent de variétés d'attention. Une personne réalise trois formes distinctes d'attention :

- une **attention sélective** : la personne sélectionne une partie seulement des informations parvenant à ses sens. Selon Nicolas Malebranche en 1674, « *l'esprit n'apporte pas une égale attention à toutes les choses qu'il aperçoit* ». En effet, malgré ses cent milliards de neurones, le cerveau a une capacité de traitement limitée et cette limite l'empêche d'analyser de façon exhaustive toutes les stimulations sensorielles qui le bombardent en permanence. Il s'agit d'un processus de digestion du monde qui nous entoure, qui occupe le cerveau à chaque instant. Notre sélection attentionnelle privilégie l'analyse de certaines informations au détriment des autres, de façon continue jusqu'à la réalisation de notre objectif. C'est ce que l'on appelle être bien concentré.
- **une attention exécutive** : le cerveau a la capacité aussi de privilégier des phénomènes mentaux comme la pensée ou l'imagination. L'attention ne sélectionne pas seulement des informations sensorielles, mais également des processus mentaux, qui peuvent être associés ou non au traitement de ces informations sensorielles. Ainsi, selon James (1890), il est important de distinguer les « *attentions sensorielles* » tournées vers les objets, de l'« *attention intellectuelle* », tournées vers les idées.
- **une attention soutenue** (Posner, 1980), appelée également alerte ou vigilance : elle correspond à la capacité à maintenir pendant un certain temps une réactivité privilégiée sur des aspects rares et spécifiques. C'est privilégier un stimulus au détriment d'autres qui correspond à un phénomène de biais selon Jan Lauwereyns (2010), soit un décalage entre ce que l'on observe et ce que l'on s'attendait à observer normalement.

Le nombre de stimuli est quasiment infini pour l'attention, c'est à la fois un problème et une richesse, de fait, une personne peut vivre le même geste encore et encore en changeant son angle d'attention et donc ne pas vivre la même chose – un geste peut être visuellement pareil pour un tiers mais toujours différent pour la personne qui le réalise.

Il est donc nécessaire de définir à quel niveau, la personne situe son attention : d'une finesse absolue de ces récepteurs sensoriels sur un élément particulier, jusqu'à celui beaucoup plus intégré des associations intellectuelles qu'elle réalise, où ce ne sont pas les caractéristiques physiques du stimulus qui comptent mais son sens. Ainsi définir la cible de l'attention, c'est aussi et surtout définir à quel niveau la situer.

Ainsi, il faut comprendre qu'une personne qui focalise son attention sur un niveau local (exemple les fautes d'orthographe) ne peut pas retenir certaines informations comme le sens d'une phrase ; certaines régions de son cerveau sont en veille. Elle peut être très concentrée sur une cible et moins sur une autre qui est pourtant en lien (ex : compréhension d'un texte mais non vérification de l'orthographe). Selon que l'attention privilégie l'activité des régions du cerveau sensibles aux aspects locaux ou globaux, elle favorise une perception locale ou globale de son environnement. Nous faisons attention au détail du monde ou au contraire à l'organisation générale du monde.

4.6.2 Les affordances ou stimuli

Les cibles de l'attention ne sont pas des objets du monde extérieur, mais des réseaux et des activations neuronales. En effet, l'attention ne se porte pas sur des objets ou des positions dans l'espace, mais sur les groupes de neurones occupés à les analyser. L'impression que l'attention a souvent pour cible des éléments du monde extérieur provient simplement du fait qu'il existe des groupes de neurones spécialisés dans le traitement des visages, des sons aigus ou des images. Lorsque l'attention privilégie un réseau de neurones, elle privilégie fatalement la fonction qui lui est associée. Selon Treisman & Gelade (1980), il existerait dans le cerveau des détecteurs pour un certain nombre de caractéristiques simples, comme la taille, la vitesse, la couleur, la forme à condition qu'elles ne soient pas trop compliquées. Cet effet « pop-out » s'explique par l'existence, dans le cortex visuel, d'un système de détection des caractéristiques physiques simples comme la couleur rouge.

Les chercheurs envisagent également la présence dans le cerveau de quelques détecteurs spécialisés pour certaines conjonctions compliquées, mais particulièrement importantes pour

l'organisme. Cela semble être le cas pour certaines grandes catégories d'objets ou d'images comme les silhouettes humaines, visage, animal ou encore du texte. Le cerveau sait localiser ce type de stimuli avant même d'y porter attention. L'attention ne sert ensuite qu'à analyser en détail. Le système visuel dispose donc de neurones capables de reconnaître de façon pré-attentive certaines grandes catégories visuelles au-delà des couleurs et des formes simples.
Si certaines stimulations sensorielles acquièrent durablement une importance particulière pour l'individu, le cerveau peut même se modifier structurellement pour y réagir de façon plus forte.
Naturellement, l'attention ne se porte pas sur un niveau de détail trop important, si la personne n'en a pas pris l'habitude. Il lui faut donc porter une attention particulière, différente de celle mise en jeu. En revanche, à force d'apprentissage, le cerveau humain est capable de se focaliser sur des aspects particuliers et de former des détecteurs spécifiques pour certains stimuli parfois complexes, peu nombreux mais très importants pour l'élaboration de la tâche. René Thom (1991) repris par Farmer (2010) parle d'éléments saillants et de formes prégnantes.

Les infirmières développent-elles ce genre de focal pour un geste intracorporel ? Peut-on les définir comme des automatismes ?

Il est à noter également que certains de ces affordances peuvent aussi perturber une personne dans la réalisation de son activité. Ainsi, on peut percevoir des distracteurs externes comme le bruit, le bavardage de son voisin, la musique, les mouvements, la lumière et des distracteurs internes : les pensées ou les images de notre langage interne, nos émotions mais aussi les sensations comme la faim, le froid…

Ces distracteurs ou détracteurs jouent un rôle dans les mécanismes de l'attention. Ils créent des ruptures du cours de la pensée et de la réalisation de son activité. Cela impose à notre cerveau une énergie importante pour rester concentré, mais si les distracteurs sont trop puissants ou trop nombreux, la personne s'épuise et n'arrive pas réaliser son activité.

Lors de soins, ces distracteurs peuvent ainsi démobiliser une infirmière. Il est donc intéressant de percevoir comment elles y font face.

4.6.3 Le langage interne

Le contrôle de son langage interne est un facteur important de la mobilisation et de la focalisation de l'attention et du maintien de la concentration sur la tâche effectuée. Le langage interne est une sorte de discours intérieur avec soi-même qui accompagne tout naturellement notre fonctionnement cérébral. Ce langage nous contrôle si nous ne le contrôlons pas délibérément. Un langage négatif, dévalorisant, pessimiste détourne notre attention du traitement cognitif de la tâche et l'oriente vers le contexte affectif, émotif de celle-ci. Ce mécanisme se fait au détriment de la tâche, contribue passablement à la démotivation, diminue la résistance aux distractions et favorise les décrochages successifs. Prendre en mains la façon dont on se parle de la tâche, au plan de son intention et de sa compétence à l'exécuter, est un préalable important du contrôle de son attention.

Mais en plus, le langage interne peut également nous soutenir directement dans notre démarche intellectuelle. On peut par exemple se parler de la meilleure façon d'organiser, de planifier et de gérer cette tâche. Devant une difficulté de résolution d'un problème, nous pouvons « articuler » nos questions ou notre raisonnement silencieusement dans notre tête. Le recours à la parole, toute intérieure qu'elle soit, suffit souvent à mettre en évidence le lien qui n'a pas été fait ou l'hypothèse qui n'a pas été essayée.

L'imagerie mentale est une autre forme de langage interne utilisant l'image comme support, accompagné ou non de la parole. À l'instar du langage interne, toute activité cérébrale produit un flot ininterrompu d'images et de scénarii qui nous gouvernent si nous n'en prenons pas un contrôle délibéré. La visualisation d'images de soi positives et de scénarii optimistes favorisent la motivation et l'engagement cognitif dans la tâche.

L'imagination est aussi utile pour anticiper des situations, comme si on était dans un monde virtuel, et pour planifier des solutions.

Il est à noter que la sphère des images comprend aussi bien des processus que des œuvres, et qu'il existe donc une distinction entre processus et représentations.

Ernest Cassirer (1874-1945), philosophe néokantien, considère que la symbolisation s'étend à l'ensemble des représentations (mythiques, religieuses, artistiques mais aussi celles liées au langage et représentations scientifiques) qui rendent intelligible l'expérience du monde. Les

formes symboliques obéissent à une sorte de progression croissante : si dans un premier temps, les représentations humaines se laissent impressionner par les propriétés des choses, elles accèdent ensuite à un stade plus analogique en lien avec les ressemblances, pour finalement atteindre une expression purement symbolique.

Cependant, à la différence de la planification, l'imagination est inséparable de l'état de corps (motricité, passions). Head et Holmes (1911-1912) considèrent que les informations sensorielles provenant de la surface et de la profondeur du corps pendant les mouvements, sont emmagasinées au niveau du cortex sensoriel et constituent un stock d'« *impressions* ». « *Celles-ci peuvent parvenir à la conscience sous forme d'images, mais plus souvent elles restent hors de son champ. Elles forment des modèles organisés de nous-mêmes que nous pouvons appeler des « schémas* ». Pour cette raison, elles sont sources de nouvelles représentations dotées d'affects, soit en lien avec une subjectivité individuelle, soit avec des contenus d'images symboliques collectives. L'image qui émerge à partir du monde, n'est, selon Sartre (1940), pas autre chose qu'une conscience imageante qui produit cet objet. Cette conscience d'image est une forme synthétique qui apparaît comme une synthèse temporelle et s'organise avec d'autres formes de conscience. L'imagination, en d'autres termes, ne peut être isolée d'un flux de conscience, où son action consiste à synthétiser un nouveau vécu sur la base d'expériences plus anciennes. L'imaginaire, « *c'est faire une synthèse intentionnelle qui ramasse en elle une foule de moments passés* ». Ainsi, l'esprit produit une synthèse du sensible.

Cassirer (1971) dégage une sorte de hiérarchie de niveaux qui vont de l'expression immédiate à la présentation de la chose dans une représentation, qui précède elle-même l'accès au strict plan de signification : il s'agit de présenter du sensible sous forme d'images.

Dès lors, la question est celle de la description des moments composant cette liaison synthétique. De nombreuses disciplines ont abordé ce thème. Mais la compréhension de la nature de l'imaginaire est davantage conditionnée par les méthodes récentes d'analyse en philosophie (structuralisme, phénoménologie et herméneutique).

Au début, l'imagination était seulement considérée comme une activité de production de fiction, qui trouve sa légitimité principale dans le domaine de l'art. Puis avec Sartre, (1940), il apparaît une distinction entre l'imaginaire qui se rapporte aux perceptions et l'imagination en

identifiant cette dernière comme une « *intention néantisante* » (accommodante). Mais il s'agit aussi de procéder à des différenciations catégorielles d'images et des activités d'imagination aussi fines que pour les activités perceptives et surtout intellectuelles.

La phénoménologie développée par Husserl (1859-1938) et repris par Wunenburger (2003, p. 12) consacre l'imagination comme une « *intentionnalité capable d'une visée eidétique (de l'essence des choses) par opposition à ce qui a trait à la réalité sensible ou psychologique* ». Wunenburger (2003, p. 11) énonce également que l'imagination est aussi soucieuse de « *de restaurer la primauté du sensible à travers la perception »* au regard des écrits de Merleau-Ponty (1945).

L'hermeunétique, en tant que science de l'interprétation des textes, attribue aux images une fonction expressive de sens plus importante que la réalité comme l'utopie ou le mythe. Des auteurs plus récents les considèrent davantage comme des métaphores ou des représentations visuelles. Ces interprétations attribuent au sujet un rôle créateur dans ses conceptions du monde et une place à une certaine imagination, entendue comme une puissance de symbolisation liée à l'affectivité. Cassirer (1874-1945) poursuit l'œuvre de Kant (1724-1804) quand celui-ci avait entre-aperçu dans « *La critique de la raison pure* » (1845) que l'imagination était la faculté maîtresse qui plonge ses racines dans les profondeurs de l'âme humaine et dont dépendent la sensibilité et l'entendement.
Une approche philosophique de l'imaginaire reste inséparable d'un travail épistémologique de description, de classification et de typification des multiples visages de l'image.

Des auteurs comme Bion (1961), Anzieu (1999), Obertelli (1994) ont pu mettre en évidence des activités imaginaires, que nous pouvons nommer fantasmes, qui sont des représentations individuelles ou collectives circulant à l'intérieur de groupes.
« *Le fantasme est un produit, et un produit pour une bonne part défensif ; il résulte d'une double structuration économique et topique, qu'il représente, déforme et masque. Par ailleurs, il est à son tour, producteur d'effets particuliers sur les pensées, les affects, les conduites des membres du groupe* » (Anzieu, 1999, p.6).
L'Homme n'aimant pas l'incertitude, le vide et l'espace, il a besoin de se construire un espace symbolique pour faire le lien entre ce qu'il vit (espace vécu) notamment par son corps et par son image dans l'espace réel et ce qu'il n'arrive pas appréhender réellement.

Il existe cinq grandes formes d'organisation fantasmatiques inconscientes dans les groupes : fantasme individuel, fantasme originaire, fantasme à l'imago parentale, autour de l'image propre du corps et autour de l'oedipe.
Anzieu (1999) précise qu'il existe une interconnexion entre l'inconscient individuel d'une part et l'inconscient social d'autre part.

Anzieu (Ibid) et ses collègues s'inscrivent en faux par rapport à la notion d'inconscient collectif. Le groupe n'a pas de psyché propre, les individus qui le composent ont chacun une activité psychique propre dont la vie fantasmatique est sous-tendue par une activité inconsciente. Le processus de groupe qui se manifeste est le fruit des résonances entre les activités fantasmatiques inconscientes de ses membres.

Ces activités imaginaires ont une incidence essentielle sur l'élaboration des représentations collectives, qui, elles-mêmes, infléchissent les conduites collectives des acteurs.
Ces fantasmes seraient le fait de « *mécanismes psychiques primaires de la petite enfance* », théorisés par la psychanalyste britannique Mélanie Klein et qui correspondraient à *« un mécanisme individuel et collectif de défense contre des angoisses d'altération de l'identité personnelle, voire à des angoisses bien plus archaïques de morcellement* » (Obertelli, 1994).

Ainsi, il serait nécessaire pour une personne de se constituer dès son enfance, une enveloppe qui la contienne, qui la délimite, qui la protège et qui permette des échanges avec l'extérieur, ce qu'a appelé Anzieu (1974, 1985) : le moi-peau. Il s'agit en quelque sorte de l'enveloppe narcissique idéalisée, en lien avec le fantasme d'une peau commune à la mère et au bébé, constitutif de l'appareil psychique originaire de l'enfant, dont ce dernier doit ensuite s'arracher pour acquérir une peau psychique propre. Le moi-peau comporte 9 fonctions :

- maintenance : objet support primordial ;
- contenance : corps distinct et dissemblable ;
- de pare-excitation : bulle à l'abri de la réalité qui permet un calme et une sécurité ;
- d'individualisation : cadre ferme et souple qui permet de créer une individualité, un rôle ;
- de mise en correspondance des diverses catégories de sensations dans un espace sensoriel commun ;
- de soutien de l'excitation sexuelle ;
- de recherche libidinale : moi idéal ;

- toxique : auto-destruction ;
- de surface d'inscription des traces et des signes : bloc-notes magique de Freud avec les traces de l'histoire de la personne.

Une étude menée auprès de brigades de gendarmerie (Obertelli, Durkheim, Mathieu, Pinson, Royer (1999)) a également montré que des activités imaginaires seraient le fait de construction d'activités « normées » ayant pour objet de protéger les membres du groupe. Elle révèle ainsi une catégorie nommée le groupe de type « festif » qui « *se protège de l'extérieur en survalorisant le lien social à l'intérieur de la brigade. Ce climat interne apparait comme un mode de protection par rapport à un environnement vécu comme étant particulièrement menaçant* ».

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 4.6

Il existe un nombre infini de stimuli pour l'attention. Le choix des stimuli crée une lecture particulière de son action. Un geste peut être visuellement identique pour un observateur mais toujours différent pour la personne qui le réalise. Il est donc nécessaire de comprendre quelle sélection à opérer une personne pour réaliser son but 1) tant d'un point de vue sensoriel ou au regard de caractéristiques physiques du stimulus choisi ou 2) des associations intellectuelles réalisées selon un sens ou une logique propre à la personne. Ainsi, si notre cerveau privilégie des stimuli locaux ou particuliers, certains groupes de neurones sont occupés à les analyser.
Notre cerveau a des détecteurs pour un certain nombre de caractéristiques simples, comme la taille, la vitesse, la couleur, la forme à condition qu'elles ne soient pas trop compliquées mais aussi plus complexes comme les silhouettes humaines, visage, animal ou encore du texte.
Le cerveau sait localiser ce type de stimuli avant même d'y porter attention. L'attention ne sert ensuite qu'à analyser en détail. Notre cerveau peut créer de nouveaux détecteurs spécialisés s'il les rencontre régulièrement.
Certaines affordances/stimuli peuvent aider ou perturber une personne dans la réalisation de son activité. Il existe des distracteurs externes comme le bruit, les mouvements, la lumière forte et des distracteurs internes : les pensées, images, fantasmes de notre langage interne, nos émotions, nos sensations. Notre cerveau peut choisir de les éliminer pour pouvoir poursuivre son but.

Le fait d'identifier les stimuli sur lesquels les infirmières se focalisent pour réaliser leur geste et ceux qu'elles essayent d'oublier est donc intéressant pour comprendre leur agir en situation réelle.

4.7 – L’isolement de l’attention

Nous l’avons vu précédemment l'attention favorise l'ouverture de tous nos sens à la réalité externe ou interne. Elle nous assure une réception maximale de toutes les informations en provenance soit de notre environnement (messages et signaux visuels, auditifs, olfactifs et autres), soit de notre milieu interne (représentations, émotions, état physiologique). Grâce au processus de l'attention, nos ressources cérébrales sont orientées vers ce qui, dans notre environnement externe ou interne, peut être d'une certaine importance pour notre vie, comme le signal d'un danger ou le sentiment d'un besoin. Le processus d'attention s'accompagne aussi d'une mobilisation plus ou moins importante des ressources de l'organisme se traduisant par une activation plus grande de tous les organes concernés par un éventuel passage à l'action (tonus musculaire, cœur, poumons, foie).

Notre attention peut ainsi être attirée, malgré nous, par des événements inhabituels (un bruit inhabituel, un mouvement brusque, un mot entendu dans une conversation). Mais nous avons aussi la capacité de diriger volontairement notre attention sur des aspects de notre environnement externe ou interne que nous jugeons importants (attention sélective).

Ainsi, selon notre seconde hypothèse, pour réaliser des gestes, les infirmières se concentrent fortement, s'isolent en créant une « bulle de simplicité » ou par autohypnose (Lachaux, 2013) où l’intuition prend le dessus sur la conscience de l’acte.

Nous avons vu que si le processus d'attention ouvre notre esprit aux signaux sensoriels, il nous semble qu’une personne a aussi la capacité d’isoler son attention selon un processus de concentration ou d’attention sélective. Cette capacité permet de fermer notre conscience à tout ce qui peut distraire notre esprit de la tâche (inhibition). L’attention sélective agit comme un isolant pour le cerveau : elle sert à bloquer l'arrivée à la conscience de toute information qui pourrait nuire à la réflexion ou à la réalisation d’une tâche.

La concentration est ainsi l'action qui consiste à tout ramener au centre et serait possible par une inhibition des stimuli distracteurs ne permettant pas de réaliser la tâche. La capacité à rester concentré sur une tâche, ou à se concentrer à nouveau et rapidement après un dérangement facilite la réalisation d’une activité et surtout le rendement intellectuel.

L'attention sélective est un processus qui consomme de l'énergie. L'effort de concentration varie en fonction des exigences de la tâche et de sa durée. Plus la tâche est complexe,

nouvelle, difficile, et plus l'effort à fournir est grand. Plus le temps s'allonge et plus l'effort à fournir pour rester concentré est important.

Cette attention endogène serait d'origine intentionnelle et est issue du sujet. Elle est liée à son projet (désir, intérêt…). Cette attention, qui peut prendre le relais de l'attention exogène, est volontaire et contrôlée par le sujet tant dans son orientation que dans sa durée.

Les auteurs différencient plusieurs types d'attention :

- Attention sélective : le stimulus, sur lequel le sujet se focalise, est choisi. Le reste est négligé.
- Attention soutenue : maintien de l'attention pendant un temps donné.
- Attention partagée : elle est répartie entre plusieurs stimuli.
- Attention auditive ou visuelle : les attentions visuelle et auditive sont des « unités » cognitives isolables. En effet, l'attention visuo-spatiale est indépendante de l'attention auditivo verbale, ce qui permet à une personne de supprimer les stimuli comme le bruit pour se concentrer sur un geste très précis.

Ce temps d'isolement de l'attention est nommé « fenêtre attentionnelle » ou faisceau attentionnel (Posner, 1980). Il permet que les informations externes à cette fenêtre ne fassent l'objet d'aucun traitement et ne puissent interférer dans un traitement plus central...

Selon les auteurs, l'étude de l'attention sélective en psychologie propose deux focales :
- selon une conception traditionnelle de l'attention sélective, l'accent est mis sur la cible. L'attention va se focaliser sur la cible, ce qui va faciliter le traitement attentif et donc dissiper le distracteur.
- selon une conception dite nouvelle datant de 1990, l'attention va d'abord se focaliser sur le distracteur. Il faut donc inhiber ce distracteur afin de supprimer son influence sur la cible. Dans la majorité des cas, il s'agirait d'une inhibition active, consciente, intentionnelle pour réaliser l'action.

Ce mécanisme s'oppose à un autre mode d'attention dit « attention flottante » qui correspond à un état d'activation cérébrale non orienté vers une source particulière, comme la « rêverie » non contrôlée (ou contrôlée par le subconscient), et l' « l'hypnose » (contrôlée par un agent externe).

4.7.1 L'économie de soi

Selon Honoré (2011), l'acte de soin devrait toujours avoir un sens. Le soignant, par sa réflexion réagit aux situations en étant attentif afin de déceler des aspects inattendus d'une situation de soin, pour découvrir ce qu'elle a de particulier et procéder à un ajustement des actes, pouvant parfois remettre en question à la fois son rôle et sa manière habituelle d'agir.

Mais selon lui, les soignants perdent de vue ce sens du fait que les actes s'enchaînent de façon répétitive, conditionnés par un certain apprentissage et donc des automatismes. L'impression de non-sens peut également venir de l'organisation du travail avec des aspects arbitraires, l'isolement, le temps alloué pour l'exécution de leur soin, l'utilisation de certains médicaments ou matériels.
Ils rentrent dans une certaine activité « passive ». L'origine des intentions et des décisions à laquelle ces actes se rapportent est oubliée ou non prise en considération. Le soignant pourrait être remplacé par n'importe qui entraîné à agir de la même manière dans la même indifférence sur le sens des actes. Il s'efforce de rétablir ce qu'il considère comme normal au regard de ses tâches et dans le respect des règles. Le sens de l'action est bloqué par une interprétation unique des situations, en référence à un modèle accepté comme immuable et à des significations inscrites dans des catégories considérées comme définitives. Le geste est réalisé de manière identique sans réellement tenir compte de la personne et de ses besoins.

Néanmoins, Honoré (Ibid.) explique que pour que le soignant soit créatif, sa réflexion nécessite un certain degré de liberté et d'autonomie que son établissement, la procédure, la prescription ou lui-même n'autorisent pas toujours. Cela révèlerait chez les sujets un certain nombre de dimensions subjectives composant l'« aliénation » selon Rosner (1974) : impuissance (powerlessness), impression de non-sens (meaninglessness), anomie (normlessness), isolement social (isolation), extranaéité par rapport à soi-même (selfextrangement).

Selon Lewin (1947a), les habitudes sociales ou les coutumes représentent une force supplémentaire qui existe pour garder un système global dans un état stable (que Joule et Beauvois, 1998, qualifient de « gel cognitif »), et ce quelques soit les forces additionnelles impliquées pour tenter de déséquilibrer le système. Pour Lewin (1947b), cette force est

directement liée à la valeur que les individus accordent aux normes du groupe et préserve l'illusion de liberté dont croit jouir l'individu. Cette résistance au changement ne peut donc être altérée que si la valeur que les individus accordent à la norme du groupe est elle-même remise en cause.

Nous l'avons vu, la relation à l'autre impose une mise à l'épreuve et une certaine incertitude quotidienne ne favorisant pas la recherche d'équilibre évoquée précédemment. Les recherches de Fréderic Saujat (2004) sur les jeunes enseignants sont intéressantes car elles abordent l'idée d'économie de soi pour trouver ce fameux équilibre. Il évoque en reprenant certains concepts de Ria (2009), le fait que les acteurs créent leurs « mondes propres » en intégrant des critères de viabilité personnels significatifs comme le confort/inconfort, le degré acceptable d'émotions, le seuil de tolérance à l'incertitude des situations, le degré de mise en péril de leur statut, le seuil de tolérance au stress et à la fatigue, etc.

De fait, ils redéfinissent ce qu'ils pensent devoir faire et être en mesure d'accomplir dans les conditions d'exercice qui sont les leurs et dans l'environnement de travail qu'eux-mêmes définissent. Ainsi, chacun trouve ses propres compromis, plus ou moins louables, plus ou moins efficaces, se constituant ainsi des « îlots de relative stabilité professionnelle » quitte à être dans une certaine « passivité » dans son activité.

Cette idée est aussi reprise dans le concept d'« *usage de soi* » qui est le résultat d'un arbitrage entre « l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres » (Schwartz, Durrive, 2003). Elle évoque la double singularité d'une situation de soin : un soignant qui doit réaliser un soin prescrit (dont il n'est pas toujours d'accord avec la manière de faire) pour le bien-être voire la survie d'un malade, tout en devant se préserver lui-même physiquement et psychologiquement, notamment au regard de ses valeurs.

Schwartz distingue les valeurs des normes. « *Les normes sont concrètes, et les renormalisations résultant du débat des normes expriment des traductions précises et donnent lieu à des choix de comportements observables. Les valeurs se rendent perceptibles ou s'occultent dans ces choix, mais elles sont toujours présentes comme médiatrices dans les relations entre le corps-soi et ses milieux. Nous sommes tous en proie à un univers de valeurs et nous ne pouvons pas faire autrement. Nous connaissons tous le coût d'avoir à agir selon des normes en désaccord avec notre évaluation. Nous retrouvons ici une affirmation ergologique fondamentale : l'activité humaine est un « retravail » permanent d'un univers de valeurs. Par « retravail », on peut comprendre redéfinition et rehiérarchisation*. »

Ainsi, un soignant pour se préserver, choisit sa manière de vivre avec l'autre en hiérarchisant ses valeurs selon son degré d'incorporation. Ce degré découle de l'intégration de ces valeurs aux normes/pratiques de santé qui le régissent. L'accomplissement d'un geste qui ne correspond pas à ses valeurs ou qui le rebute, impose d'identifier des stratégies de protection et notamment de se couper de ses réflexions et émotions.

4.7.2 Les bulles de simplicité

« *Un organisme doit pouvoir, pour résoudre un problème, percevoir, capturer, décider ou agir de plusieurs façons pour s'adapter au contexte, compenser des déficits, affronter des situations nouvelles, mais pour avoir à sa disposition un répertoire de solutions, il ne faut pas qu'il soit plongé dans la complexité*. » (Berthoz, 2009, p.23). Faire face à cette complexité peut imposer d'inhiber des informations ou des actions pour pouvoir mieux agir.

Ainsi, nous l'avons vu, pour arriver à cibler son attention dans un environnement à multiples stimuli, une personne doit nécessairement programmer son attention soutenue dans le temps qu'elle aura choisi afin qu'elle soit suffisamment soutenue. Selon Lachaux (2013), cette programmation est fondamentale car elle permet une attention intense à un moment opportun. Elle permet de définir des *bulles de simplicité* pendant laquelle la personne s'autorise à ne se concentrer que sur une seule activité sans courir aucun risque émotionnel. La personne met entre parenthèses tous ses objectifs sauf un, la tâche du moment. Son système exécutif est prêt à signer un contrat tacite, spécifiant pendant un temps donné ce à quoi il doit faire attention et ce qu'il peut ignorer. Ce contrat l'autorise à fermer momentanément les yeux sur une partie du monde et à mettre en sommeil la plupart de ses objectifs à long terme. Ce qui est important d'habitude, ne l'est plus. Ces bulles correspondent à une forme très légère d'autohypnose dans un temps limité et défini au départ. Dans les cas extrêmes où la tâche à réaliser est très difficile, *« l'activité de ces régions « inutiles » peut même jusqu'à s'annuler, c'est-à-dire jusqu'à atteindre le niveau qui serait le leur si elles n'étaient pas stimulées.* » *(Ibid*., p. 134)

Cependant pour y arriver, la personne aura dû définir une stratégie, où elle aura déterminé ce qui lui est utile dans ce cadre et ce qui devra attirer son attention. Elle pourra même visualiser très rapidement ce qu'elle souhaite faire pendant la bulle dans le cadre de son activité mentale, avant de lancer le compte à rebours ; elle passe en revue ses objectifs pour vérifier qu'elle n'a rien oublié. Les évènements extérieurs, les stimuli qui n'auront pas été pris en

compte lors de cette stratégie n'auront qu'un faible pouvoir de distraction et aucune répercussion sur la tâche lors de ce moment défini. « *Cela procure un apaisement à la personne car elle vit dans un micromonde, une version simplifiée de la réalité* » (Lachaux, Ibid.), comme un bon petit soldat qui obéit à des ordres, sans se compliquer la vie.

Ce lâcher-prise réflexif peut permettre l'apparition de l'intuition.

4.7.3 L'intuition

Les infirmières disent utiliser parfois leur intuition pour réaliser un geste intracorporel. L'intuition est-elle une attention isolée spécifique ou est-elle le corolaire d'une bulle de simplicité ?

La dimension analyse-intuition dans les comportements humains est confirmée par les questionnaires comme le Cognitive Style Index (CSI) mis au point par Christopher W. Allison et John Hayes (2000, 2012), professeurs à la Business School de l'université de Leeds (Royaume-Uni) ou le Myers Briggs Type Indicator (MBTI) proposé en1962 par Isabel Briggs Myers et Katherine Cook Briggs. Ces questionnaires sont des outils d'évaluation psychologique déterminant le type psychologique d'un sujet, notamment si les personnes utilisent davantage leur intuition ou leur cognition dans leurs actions.

De fait, tout le monde ou presque a un jour eu une intuition - un raisonnement inconscient qui pousse à agir. On aura par exemple l'intuition que telle idée ou action, tel sentiment, est juste, sans qu'on sache pourquoi ou comment. A première vue, l'intuition pourrait se définir comme le fait de savoir quelque chose sans avoir aucune idée de pourquoi on le sait. Cela reste différent de la pensée, de la logique ou de l'analyse (Encyclopædia Universalis, 1998). C'est un mode de connaissance différent de la capacité d'abstraction à la base du découpage utilitaire que nous faisons de notre expérience. C'est savoir sans savoir. L'intelligence, en effet, n'est pas la seule forme de la pensée.

La nature de l'intuition est difficile à exprimer, et inspire depuis des siècles des recherches et des questionnements dans les domaines des sciences sociales mais aussi des sciences dites dures.

Le psychiatre suisse Carl Gustav Jung (1921) dans sa théorie des types indique que l'intuition fait partie des grandes dimensions psychologiques. Il distingue en effet « *quatre fonctions psychiques » : le type Pensée, le type Intuition, le type Sentiment et le type Sensation, que chacun possède à des degrés différents. En effet, « pour s'orienter dans le champ du conscient, il faut constater que quelque chose existe (sensation), en connaître la signification (pensée), en apprécier la valeur (sentiment), et percevoir d'où cela vient et où cela va (intuition)* ». Sa théorie des types psychologiques repose sur la notion de préférence entre deux polarités. Pour ce qui concerne la dimension perception – comment nous percevons les choses – certains sont de type intuition, d'autres sont de type sensation (les cinq sens). L'intuition représente donc une des polarités de notre mode de perception.

Il en est de même pour Rupert Sheldrake (2016), biologiste, spécialiste en biochimie, qui indique que nous avons accès à l'intuition par notre ressenti qui capte les informations se trouvant dans ce que qu'il appelle le *champ morphogénétique*. En questionnant notre intuition, nous obtenons ainsi des réponses (le plus souvent sous forme d'images) propices à une traduction directe, symbolique et métaphorique donnant du sens à l'information reçue. Ainsi, l'intuition nous adresse des explications par une image fuyante ou évanouissante ou un symbole pour communiquer des informations condensées et résumées plus de 10 milles fois plus rapidement que le ferait le langage articulé de notre mental rationnel et logique.

Le philosophe français Henri Bergson (1934) insiste sur le fait qu'il existe d'autres facultés de connaissance qui se rapportent directement à la réalité : l'instinct et l'intuition. L'instinct est comme une intuition qui aurait tourné court et l'intuition comme un instinct qui se serait intensifié et dilaté jusqu'à devenir conscient et susceptible de s'appliquer à toutes choses. Son opération s'effectue dans un mouvement hors de soi pour se transporter vers l'objet et y pénétrer. Elle demande un effort spirituel intense car elle exige de s'écarter de toutes les habitudes de pensée, les notions familières, les connaissances acquises. Chaque acte d'intuition est un commencement absolu, une tension singulière pour rejoindre une réalité à chaque fois unique et par conséquent inexprimable. De fait, écouter son intuition, c'est un effort et non une faculté supra-intellectuelle. Il s'agit d'écouter la partie sage de soi qui sait déjà, qui dit sa vérité, simplement, sans juger ni blâmer. L'expérience intuitive s'oppose à la pensée d'entendement qui agit dans l'immédiat pour en imposer l'existence et l'essence. Il n'est pas besoin de connaître auparavant les critères de la réalité pour la reconnaître ; c'est elle-même qui les révèle dans sa spécificité. Par le seul fait d'apparaître, elle pose son

objectivité. Il s'agit ainsi d'un développement en profondeur de notre relation à nous-même, d'un retour ultime vers soi-même et vers ce que nous sommes authentiquement, retour s'effectuant sans intermédiaires. C'est entrer dans une pensée plus profonde et se reconnecter avec soi-même. Il est d'ailleurs à noter qu'une étude de 2013 publiée dans la revue Perspectives on Psychological Science a montré que la pleine conscience - définie comme "le fait de prêter attention à l'expérience présente sans aucun préjugé » - serait une excellente façon d'exploiter l'intuition car elle permet de se débarrasser du bavardage mental.
Pour la phénoménologie, à travers Husserl (1961), Scheler (1936) et Hartmann (1981), l'intuition, c'est aussi la saisie immédiate du réel de son environnement pour ce qu'il est à travers ce qu'il apparaît être, le « phénomène ».

Husserl (1961) dans ses Recherches logiques suivi de Martin Heidegger (1993) introduisent la notion d'*intuition catégoriale*. Il s'agit d'une abstraction *idéatrice* ou *généralisante*, qui isole la personne à partir d'une intuition sensible, mais ce qu'elle isole n'a plus rien de sensible. Autrement dit, ce dont on fait abstraction dans le cas de l'abstraction idéatrice, c'est justement ce qu'il y a de sensible dans l'intuition sur la base de laquelle se produit l'abstraction.
Les objets catégoriaux sont donc le résultat soit de la mise en relation de « parties » et de « tous » sensibles, soit de l'abstraction à partir d'une intuition.

Cette idée est aussi reprise par Arthur Koestler, physicien et écrivain anglais (1964) qui précise que le déclic créateur appelé *bissociation* est une synthèse intuitive immédiate entre deux zones qu'il nomme *matrices*. Les deux matrices sont là, mais distantes l'une de l'autre, soit par le champ des disciplines, soit par le temps. C'est l'intuition qui les saisit ensemble et qui perçoit entre elles un lien caché. C'est lié à un processus psychologique de régression, à une levée des contrôles intellectuels, à un glissement vers un équilibre mental plus primitif, une sorte de « débranchement » des connexions habituelles. « *Découvrir, c'est bien souvent dévoiler quelque chose qui a toujours été là, mais que l'habitude cachait à nos regards*. »

Le chercheur en psychologie Gary A. Klein (2004) a montré que chez les pompiers, dans les situations d'urgence, les chefs, qui doivent parfois prendre des décisions très importantes sur des intuitions, ne mettent pas en balance plusieurs choix mais examinent une seule solution plausible et la « simulent mentalement » pour voir si elle fonctionne. Si c'est le cas, ils la mettent en pratique, dans le cas contraire ils modifient leur plan ou passent à un autre plan. Ces différents plans seront élaborés à partir de leur expérience personnelle ou des récits qui

leur ont été faits d'expériences similaires. Cet exemple est repris par le psychologue et économiste Daniel Kahneman (2012) qui indique qu'une intuition juste tient à deux conditions : un environnement régulier et donc prévisible et le fait que la personne qui a l'intuition a une connaissance suffisamment longue de cet environnement grâce à une longue pratique. Selon le chercheur Herbert Simon (1975) : « *la situation fournit un indice ; cet indice donne à l'expert un accès à une information stockée dans sa mémoire, et cette information, à son tour, lui donne la réponse. L'intuition n'est rien moins que de la reconnaissance* ».

Ainsi, les différents auteurs s'accordent à dire qu'il ne s'agit pas d'une coïncidence, mais une autre façon d'arriver à des conclusions véridiques. Ce serait une manière rapide d'évaluer une situation en la mettant en rapport avec des situations similaires déjà connues. Ainsi, l'intuition serait une espèce de pressentiment qui n'est pas produit par la conscience ou les raisonnements, mais plutôt par les expériences antérieures et les émotions qui leur sont associées. Les expériences que nous faisons en permanence entrer dans notre inconscient nous permettent ainsi d'aiguiser notre intuition par une certaine image intermédiaire entre la simplicité de l'intuition concrète et la complexité des abstractions qui la traduisent.

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 4.7

Notre attention favorise l'ouverture de tous nos sens à la réalité externe mais aussi interne. Or certaines affordances peuvent empêcher la réalisation d'une tâche ou mettre à mal le soignant car ces informations lui imposent une ambivalence, notamment par rapport à ses valeurs. Pour néanmoins réaliser leur activité, certains acteurs se protègent d'une manière consciente ou inconsciente en ne cherchant plus à s'interroger sur le sens de leur action et en agissant d'une manière dite « passive ». D'autres redéfinissent leurs tâches au regard de certains critères qui leur sont propres, favorisant le sentiment d'« économie de soi ». Le concept de « bulle de simplicité » est également évoqué pour aborder une attention sélective intense coupant l'individu de toute réflexion et émotion.

Ce lâcher-prise permettrait de faire la place à l'intuition.

L'intuition est un mode de connaissance, de pensée ou jugement, perçu comme immédiat (au sens de direct) ; selon les acceptions, c'est un processus ou une faculté de l'esprit. Le domaine de l'intuition est large : il concerne aussi bien la connaissance proprement dite (représentation ou perception du monde) que les sentiments (sur les choses) ou les motivations (à agir).

L'intuition semble être immédiate du fait qu'elle paraît opérer sans user de la raison, et est généralement perçue comme inconsciente : seule sa conclusion est alors disponible à l'attention consciente. L'intuition n'opérerait pas par raisonnement : elle ne serait jamais la conclusion d'une inférence, du moins consciente et permettrait de faire fi également de ses sensations et émotions. Elle apporte ainsi de nombreux bénéfices lors d'une situation et notamment de la clarté face à des situations complexes ou confuses, la capacité à décider plus sûrement et plus rapidement et de fait, une certaine augmentation de la confiance. Elle permet de percevoir des choses qui ne sont pas visibles au premier coup d'œil. L'intuition est donc une forme d'intelligence qui vient s'ajouter à l'intelligence rationnelle, l'intelligence émotionnelle, l'intelligence somatique, voire l'intelligence collective.

Elle favoriserait en ce sens la réalisation d'un geste intracorporelle remplaçant l'automatisme dans un geste complexe.

Il sera intéressant d'identifier quelles sélections opèrent les infirmières pour réaliser leur geste et quelles stratégies elles utilisent pour s'économiser et faire face à d'éventuelles dissonances, notamment au regard de ce que leur impose leur établissement, leur service et le malade.

4.8 – Les micro-cultures du geste intracorporel

Nous avons déjà évoqué l'importance de l'environnement d'un soignant dans sa posture au regard de l'importance des dimensions sociales, culturelles et didactiques dans son métier.

Ainsi, au fil des expériences professionnelles, s'opère un processus de construction de normes pour soi mais aussi de normes partagées dont la pertinence repose sur des critères d'efficacité mais aussi nous l'avons vu, de protection ou d'économie de soi.

Ainsi, notre troisième hypothèse est qu'il existe des micro-cultures d'activités différentes au sein des services lors des gestes intracorporels et que celles-ci sont parfois indicibles pour les pairs. Cela correspond à l'expertise de savoir faire des choses rapidement sans savoir expliquer ce que l'on mobilise.

4.8.1 La construction de normes implicites contextuelles

Chaque établissement, chaque service, chaque salle/chambre constitue un contexte de soin singulier lié à un environnement, à un public, à une équipe médicale et administrative. Ainsi, on peut considérer que les actions menées dans le cadre des différents projets de soin, le travail d'équipe, les discussions formelles et informelles à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement/du lieu de soin, favorisent la construction de « normes implicites contextuelles» (Van Zanten, 2004) en tant que règles communes et partagées. Pour cette raison, elles sont constitutives de « micro-mondes » ou « micro-cultures ». Liu (1981) précise d'ailleurs que la technologie et la rationalisation des tâches sont des variables favorisant les micro-cultures.

Selon la définition de Jacques (1951) reprise par Michel Liu (1981), « *La micro-culture de l'entreprise correspond au mode de pensée et d'actions habituels et traditionnels plus ou moins partagé par tous ses membres et qui doit être appris et accepté, au moins en partie par les nouveaux membres pour qu'ils soient acceptés dans l'entreprise* ».
Sainsaulieu (1972) utilise le concept de « *normes culturelles* » comme les « *représentations mentales de la façon dont on doit se conduire dans telle ou telle situation* ».

Les normes culturelles qui correspondent à des représentations sociales contextuelles favorisent la création de rôles sociaux (fonction identitaire) et la régulation du fonctionnement informel d'une équipe. Elles donnent aux acteurs une compréhension, une visibilité, une prescription en leur proposant des connaissances pratiques, une certaine logique et de fait un sens et une légitimité à leurs actions. Cela induit une certaine confiance du groupe et une certaine stabilité (Moscovici, 1961). Ces règles précises créent une certaine éthique, conduisent à impulser une dynamique au groupe, favorisent le travail et l'esprit d'équipe. Cela permet aux membres de l'équipe de s'identifier à leur groupe. Comme l'évoque Roger Mucchielli (2007) : « *c'est sentir les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens* », ce qui est aussi un moyen de satisfaction, de reconnaissance et de valorisation pour les membres de l'équipe. Mais cette micro-culture comporte aussi la contrainte que chaque individu doit apporter sa pierre à l'édifice. Un seul élément peut mettre en péril l'équilibre globale sur laquelle elle repose ou au contraire représenter un élément de stabilité, un gage de cohésion qui renforce les liens inter-personnels.

Ainsi, Liu (1981) évoque également le rôle structurant des normes culturelles pour permettre la pérennité d'un groupe à travers la variation des membres qui le composent mais aussi un rôle instrumental dans le fait qu'elles se traduisent par des procédures non explicites. Ces normes modèlent en effet de manière inconsciente le comportement des acteurs comme le démontrent les expériences de psychosociologie expérimentale sur la dynamique de groupe.

Il est intéressant de noter que ce processus régit les relations entre les acteurs même s'il peut aller à l'encontre de consignes formelles d'une organisation de travail planifiée par l'établissement (normes institutionnelles ou didactiques). Ainsi, à l'utilisation d'une même technologie et une organisation similaire peuvent correspondre des micro-cultures et des comportements différents.

Selon la théorie développée par Lave et Wenger (1991), l'apprentissage d'une activité sociale se construit à travers la participation d'un acteur à la pratique collective de la (ou des) communauté(s) à laquelle (auxquelles) il appartient. Ainsi, l'acquisition de savoirs, de techniques, de gestes sont des mécanismes sociaux qui se construisent au travers de processus de participation et sont inscrits et rattachés à une pratique. Les mêmes auteurs, avec le concept de « participation légitime périphérique », mettent en évidence des zones

d'acculturation plus ou moins formalisées où passe tout prétendant à une pratique sociale. Cette zone permet d'expérimenter les différentes facettes d'une pratique.

La construction de l'activité professionnelle des acteurs est ainsi le produit d'une combinaison de facteurs et d'attitudes personnels en lien avec des situations institutionnelles, relationnelles, professionnelles. Ainsi, ce processus est à la fois individuel et collectif, à la fois singulier et générique d'une communauté, dans notre cas celle de soignants. Il est à noter que cette micro-culture peut être le fait d'un faible nombre de personnes au sein de l'équipe comme un binôme d'infirmières. La persistance de leur propos dans la durée ou la force de leur innovation dans un contexte donné peut favoriser la création d'une nouvelle norme et l'acculturation des autres acteurs sans qu'ils s'en rendent compte.

Ces normes peuvent aussi se figer et créer des dysfonctionnements. Ces dysfonctionnements peuvent être corrigés mais peuvent parfois perdurer. Cela peut provoquer des tiraillements ou un sentiment de décalage d'un acteur qui est pris dans des tensions paradoxales, un effet de double contrainte (Bateson, 2008), une certaine aliénation. Il peut se sentir enfermer dans des contradictions comme le fait de devoir être efficace dans un rythme qui ne nous semble pas approprié. Cela crée des dissonances cognitives et affectives (Festinger, 1957) et cela impose des stratégies pour maintenir sa cohérence personnelle ou éviter les circonstances identifiées comme sources de dissonances.

Notre hypothèse est que certaines normes institutionnelles et contextuelles participent à la construction du geste intracorporel de l'infirmière. Sa légitimité professionnelle et sa dextérité dans la réalisation de son geste se construisent le plus souvent sans situation aménagée, au gré des différents services dans lesquels elle a travaillé qui ont chacun leurs propres normes culturelles, un environnement particulier, des événements et des interactions avec les malades. Cela peut se traduire par des consensus, des accords avec les micro-cultures observées au sein du service mais aussi des tensions et des oppositions. Ces interactions et parfois ces chocs culturels (Liu, 1981) reconfigurent les mondes propres des infirmières et favorisent la transformation de leurs manières d'être et d'agir en tant que soignant. Ce processus n'est ni cumulatif ni linéaire. Il relève d'une dynamique complexe que les soignants ne sont pas toujours capables d'exprimer car comme dit précédemment, cela peut être inconscient.

Ainsi, l'apprentissage n'est pas toujours une relation entre des experts et des néophytes mais peut être collaboratif et distribué entre pairs (Brown & Duguid, 1991 cités par Berry, 2008). Ainsi, reprenant ce modèle de l'apprentissage, la construction de l'activité professionnelle des infirmières et de leur geste serait la conséquence de leur participation à une communauté de pratique (pratique enseignante). La construction de leurs gestes proviendrait également d'une forme d'interactions sociales informelles avec les autres soignants et les malades tout le long de leur pratique dans divers services.

Nous pensons également que la réalisation du geste intracorporel est en lien avec l'autonomie que l'établissement donne, la dynamique et la confiance entre collègues au sein d'une même équipe et l'autorisation que s'accorde une infirmière à changer sa pratique en fonction du sens qu'elle y accorde.

4.8.2 La réalisation d'un geste sur-mesure

Les comportements imposés par la micro-culture s'expliquent par la nécessité pour des acteurs ayant à leur disposition des moyens donnés (technologie), de les faire fonctionner suivant des impératifs et des règles fixées (organisation du travail) mais aussi au regard de leur environnement ou d'une préoccupation ergonomique. Ils doivent ainsi inventer des conduites pour assurer les prescriptions médicales demandées par les médecins qui comme nous l'avons vu ne sont pas toujours précises ou ne correspondent pas à la réalité du malade. Pour cette raison, la micro-culture résulte aussi de l'innovation des individus qui en assurent le fonctionnement et qui au fur et à mesure peuvent transmettre leur savoir, un changement de comportement d'une manière explicite ou implicite à leur stagiaire ou leurs collègues.

Ainsi les rapports entre la micro-culture et les comportements des individus sont à la recherche d'un équilibre homéostatique (Von Bertalaffy L. (1973) à l'intérieur des marges d'autonomie/de liberté laissées par la technologie et l'organisation du travail (espace, temps et activités). Les acteurs cherchent à modifier leurs comportements pour s'adapter à la situation nouvelle ou pour la contester en créant un nouvel équilibre micro-culturel. Cette adaptation peut se faire en mode déclaratif ou d'une manière cachée. Elle peut provoquer des conflits au regard de normes culturelles définies par le groupe, notamment en termes de territoire d'activité. Les soignants sont contraints de faire face à l'ambivalence que leur procure un dépassement de leur rôle propre ou d'une norme culturelle pour répondre à leurs

besoins/valeurs ou ceux du malade. Cela crée des enjeux de pouvoir et de risques alors que ces questions représentent de grands paradigmes dans leur structure.

Or nous avons vu que le fait d'autoriser la modification des lignes par rapport au rôle propre grâce à une confiance au sein d'une équipe et l'instauration d'analyse de pratique, notamment pour aborder des difficultés communes à une équipe, favorise l'autonomisation des personnes et le changement de comportement (Obertelli (dir) & al., 2015).

Ainsi, la réalisation d'un geste intracorporel se situe à la fois dans des dimensions de didactique professionnelle et de micro-culture mais aussi de dimensions personnelles qui font que ce dernier reste toujours singulier et unique. Ce geste, réalisé par un soignant qui a sa propre singularité, est de fait sur mesure pour répondre à chaque fois aux spécificités d'un soin adapté à un malade singulier dans un contexte donné et.

Or, notre hypothèse est que l'ensemble des paramètres régissant ce geste n'est pas toujours conscientisé ni par les pairs, ni par le soignant lui-même qui peut avoir du mal à les expliquer. Seuls les paramètres conscientisés pourront faire l'objet d'un apprentissage et pourront, s'ils sont jugés efficaces, être amenés à rentrer dans les normes didactiques ou culturelles de l'équipe. A contrario, tout ce qui est de l'ordre de l'implicite, de la singularité de la personne qui réalise le geste n'est pas valorisé malgré le fait que cela peut être un paramètre important dans l'accomplissement de sa tâche. L'appréhension de cette singularité est rarement évoquée dans les soins alors qu'elle renvoie de fait à la compréhension d'un « tour/coup de main » tel que celui d'un artisan. C'est la reconnaissance d'une intelligence pratique, rusée et créative, décrite par Détienne & Vernant (1974), dans un espace de contraintes temporelles qui oblige l'acquisition d'un rythme soutenu et l'intégration de savoirs de situation et l'art de combiner.

En reprenant les définitions de Schwint (2005), nous définissons le savoir de situation comme une capacité de construire, à partir d'une connaissance précise de la situation pratique, une démarche essentiellement inductive. Cela nécessite de recourir à un savoir globalisant, c'est-à-dire réunissant différents aspects de la connaissance (théorie et pratique, conception et exécution…), mais aussi appréhendant les phénomènes et les choses dans leur globalité.

L'art de combiner met en exergue deux qualités centrales de l'artisan : la création de « combines » (solutions produites par l'artisan) et la capacité de combiner, c'est-à-dire d'associer, d'agencer, de prévoir, de préparer « un coup », de saisir l'occasion, de se

débrouiller à tout prix pour trouver une solution, de ruser avec les partenaires de la situation, d'exercer un certain pouvoir sur les objets, les matières, le corps.

Ces savoirs consistent ainsi à créer, formaliser et agencer les meilleures solutions, au regard de la singularité du malade selon une démarche inductive et expérimentale, afin qu'elles forment un processus intégré et rythmé de pratiques de soin, aboutissant à une absence de visibilité de l'acte pour l'observateur même s'il est de la profession.

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 4.8

Chaque collectif a ses propres normes même si la technologie utilisée et l'organisation semblent similaires. Les normes culturelles d'une structure sont souvent implicites mais modèlent fortement le comportement des acteurs pour réguler un groupe dans la réalisation de son activité et favoriser l'arrivée des nouveaux membres. Un geste intracorporel peut donc être conditionné par une micro-culture imposant des conditions de travail spécifiques.
Cependant, une micro-culture peut néanmoins laisser des marges de manœuvre pour permettre à une infirmière de s'autoriser à réaliser un geste « à sa sauce » pour répondre à la fois à ses besoins de recherche d'équilibre (ergonomie, économie de soi, valeurs…) et agir de manière singulière pour proposer un geste spécifique « sur mesure » correspondant à la singularité du malade. Ce geste correspond à un « tour/coup de main » qui oblige l'acquisition d'un rythme soutenu, l'intégration de savoirs de situation et l'art de combiner, peu visibles pour un observateur.

5. CINQUIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

5.1 Perspective épistémologique et démarche de recherche

5.1.1 Une approche d'inspiration phénoménologique

Nous avons présenté dans les premières parties de ce travail, le contexte et le cadre théorique de l'intitulé de notre thèse sur lesquels nous nous appuyons dans cette démarche de recherche. Ce cadre qui, de par l'écriture se présente comme la première étape de la démarche, a été en fait élaboré dans un aller-retour entre les observations et les entretiens réalisés sur nos terrains d'activité et d'investigation ainsi que nos lectures. Nous allons présenter la méthodologie sur laquelle s'est appuyé ce travail de recherche.

Avant de débuter, il nous faut préalablement définir le cadre de l'investigation, par une réflexion épistémologique sur la conduite de la recherche. Ceci nous permettra ensuite de préciser quelles ont été les modalités de recueil et d'analyse des données par une explication de la méthodologie adoptée.

Les sciences humaines et sociales en général partagent le même objet : l'étude de la vie de l'homme en société. Il nous semble donc intéressant de les utiliser dans leur diversité pour répondre à notre questionnement.

Nous avons souhaité adopter une approche phénoménologique afin d'explorer la manière dont l'expérience d'un geste intracorporel a été ressentie et comprise par l'infirmière qui l'a vécu et conscientisé. Cela permet un éclairage micro et contextualisé.

Cette orientation propose d'identifier les facteurs importants pour le sujet, au regard de sa singularité et du sens qu'il y met afin d'analyser et de comprendre les faits. Il s'agit notamment d'identifier tout ce qui apparaît comme significatif dans les perceptions, les représentations, les sentiments et les actions des acteurs sociaux mais aussi dans leurs non-dits. La recherche est orientée vers la compréhension de la réalité à partir des points de vue des acteurs eux-mêmes car ceux-ci sont considérés comme les auteurs de la réalité sociale qui ne peut exister indépendamment de la pensée, de l'interaction et du langage humains. Ainsi, les auteurs affirment que le sujet « construit » l'expérience sociale (Berger & Luckman, 1987) par des interactions humaines (Blumer, 1969 ; Goffman, 1973), dans le cadre d'activités langagières (Bateson, 1977) et d'activités réflexives (Schön, 1994). Le sujet fait aussi appel aux identités dans lesquelles il veut s'affirmer pour faire face à un système défini par la rationalité instrumentale (Dollfus, 1997 ; Lévy, 1996).

La phénoménologie conceptualise aussi le corps comme ouverture originelle au monde (Merleau-Ponty, 1945 ; 1964 ; 1996) et défend la place de l'agent, son initiative dans le cours

de l'action en révoquant la seule observation de ces agissements.

Le geste intracorporel réalisé par l'infirmière est ainsi abordé du point de vue des représentations mais aussi des compétences incorporées. Ces compétences sont une mine de ressources pour mieux comprendre ce qui se passe en tant que chercheure mais aussi en tant que formatrice de soignants.

Les gestes professionnels des infirmières s'inscrivent dans une telle complexité qu'il est intéressant de les considérer aux regards des cognitions et émotions en interaction avec un environnement singulier. L'infirmière fait sans cesse face à de l'inédit, de l'imprévisibilité et doit ajuster son geste et sa parole. Cet ajustement mobilise des savoirs tacites, incorporés parfois perçus comme intuitifs qu'il convient d'interroger et de documenter.

Dans cette perspective, nous nous inscrivons dans la démarche de recherche que décrit Bordeleau (2005, p. 115) :

« *Vivant une expérience singulière face à un fait, un événement ou un phénomène particulier que nous voulons connaître le mieux possible, nous nous mettons en mode d'époché, c'est-à-dire de suspension de jugements naïfs, précipités ou partisans. Nous observons minutieusement les objets perçus, la qualité de nos perceptions et la rencontre que nous faisons avec eux. Nous construisons les éléments d'une connaissance scientifique de quelque chose de subjectivement vécu, c'est-à-dire que nous élaborons un réseau conceptuel qui puisse maintenir un lien présentiel dans la distance ou la distinction entre nous comme sujets de connaissance et les objets, en nous mettant en mode réflexif et interactif. Finalement, nous revenons explicitement et autrement, c'est-à-dire plus éclairés, aux faits, événements ou phénomènes considérés* »

Nous ne souhaitons pas faire l'économie d'un questionnement sur notre posture de chercheure, et afin de favoriser leur mise en débat, nous viserons donc à mettre en lumière (autant que faire se peut) nos options, et les implications subjectives que nous percevons quant à l'objet de cette recherche. Ainsi, nous allons, d'une part, préciser quelle place nous occupons en tant qu'acteur social, et ce en quoi ceci éclaire le point de départ de cette recherche ; et d'autre part, tâcher d'expliciter le positionnement à l'aune duquel les phénomènes observés seront situés.

5.1.2 La question de la subjectivité de la chercheure

Dans les premières parties de cette thèse, nous avons expliqué comment est née l'interrogation qui traverse l'ensemble de ce travail de recherche. Celle-ci a, bien entendu,

évolué au fil des cinq années qui lui ont été consacrées, parallèlement à une activité de formatrice au sein de différentes institutions de santé. Cette partie sera davantage consacrée à notre positionnement en tant que chercheure.

La construction d'une « juste distance » dans l'élaboration d'un modèle d'intelligibilité de la pratique (Barbier, 2001), conduit le chercheur à interroger sans cesse sa posture dans ce qui sera observé, entendu, interprété, analysé, théorisé.
Il nous semble que si l'oubli de la subjectivité est coûteux, son déni l'est aussi. Il est important de se connaître, non seulement pour éviter les dénis – l'illusion naïve de la liberté, de l'indépendance et de l'objectivité –, mais surtout pour pouvoir se méfier de soi et de ses interprétations. Néanmoins, comme nous avons pu le montrer pour les infirmières, nous sommes nous aussi empreinte d'un certain nombre de représentations conscientes ou inconscientes. Il y aura donc toujours un gouffre entre cette connaissance de soi qui doit être systématiquement questionnée et une position de neutralité scientifique qui ferait abstraction de ce que l'on est, de nos choix ou de ce qui nous a été imposé consciemment ou non. Pour cette raison, nous considérons que les chercheurs ont intérêt à affronter la question de la subjectivité : non pas à s'y résoudre faute de mieux, mais pour penser cette dernière comme une chance, à la condition de l'aborder avec objectivité. Certains auteurs parlent d'éthique de subjectivité et d'éthique d'objectivité car subjectivité et objectivité *obligent*. Elles obligent à un travail réflexif qui implique le refus de tout déni, comme nous venons de le voir. Elles obligent également à répondre à un double défi : celui de penser la subjectivité aussi objectivement que possible et celui de penser l'objectivité en faisant place à la subjectivité.

Nous pensons être assez intuitive et de fait, nous sommes aussi très consciente qu'au-delà de la méthodologie mise en œuvre, nous aspirons à une certaine liberté dans nos choix et nous pensons essentiel de tenir compte de nos intuitions. De plus, nous pensons avoir besoin d'expérimenter les choses, les techniques, les outils en termes d'apprentissage pour nous les approprier.

Nous sommes aussi très consciente, de par notre métier, que les individus n'entendent pas la même chose lorsqu'une personne se raconte. Pour cette raison, nous ne questionnerons et ne reformulerons certainement que les propos des infirmières qui font sens pour nous ou sur lesquels nous arrivons à faire des liens lors de l'interview.

Mucchielli (2005, p. 8) formule d'ailleurs l'idée d'une « *équation personnelle de l'observateur* » : « *on se rend compte de plus en plus, avec le recul du regard historique sur l'élaboration des sciences et de leurs résultats, que la "réalité" étudiée par les sciences, est une construction intellectuelle qui dépend des prérequis conceptuels et théoriques pris comme référentiels. On découvre que l'on ne peut pas ne pas avoir de référentiel pour percevoir et analyser les phénomènes* ». Même si les aspects méthodologiques de traitement des données limitent la subjectivité, l'ensemble de la méthode, comme les moments particuliers de recueil et d'analyse des données, sont donc sous-tendus par des présupposés épistémologiques et des choix théoriques. Cela signifie ainsi que chaque observateur perçoit l'objet étudié avec des catégories de pensée qui lui sont propres, et celles-ci lui permettent de donner une forme, un sens à ses observations, tout en excluant les autres mises en forme possibles. Aussi, nous sommes consciente que toute abstraction, toute théorisation correspondant à la création ou à l'utilisation de catégories constitue en cela une « *réduction de l'activité*, et en conséquence une *certaine simplification de ce qui est perçu* » (Couturier & Huot, 2003, p. 112). Néanmoins, si d'aucuns pensent que la part de subjectivité qui joue dans l'observation menée conduit à ce que cette dernière n'ait pas de valeur scientifique, nous pensons, pour notre part que nous ne pouvons pas avoir une approche qui vise la « neutralité », mais que nous nous devons d'avoir une certaine prise de recul. Pour ce faire, il nous semble possible et souhaitable d'approcher son objet selon différents points de vue théoriques, ce qui permet de relativiser et d'interroger les catégories de pensées utilisées. Mais nous sommes néanmoins très au fait que ces catégories ne peuvent être considérées comme neutres, ou comme correspondant à une dénomination et une classification définitive.

De par notre formation, nous pensons avoir développé des capacités d'observation et d'écoute active qui nous permettent de percevoir des éléments qui ne sont pas toujours conscientisés chez nos interlocuteurs ou d'autres observateurs. L'implication ici du chercheur sur le terrain pourrait convoquer ce que de Sardan nomme une posture « *d'empathie et d'imprégnation* » (2008, p. 19). Nous pensons aussi être en capacité de faire des liens assez rapidement entre ce que nous entendons lors de plusieurs entretiens et ce que nous avons pu lire des auteurs. Comme nous l'avons précédemment indiqué, nous travaillons beaucoup avec la technique de la reformulation du verbal et du non verbal, ce qui nous permet de vérifier nos interprétations et éviter généralement de nous faire de fausses idées. Nous sommes également attentive au fait que les acteurs n'abordent que ce qui est lisible pour eux dans leurs discours et ce qui a fait pour eux une expérience. Notre rôle est donc d'identifier ce qu'ils n'ont pas toujours conscientisé et d'appréhender l'origine de leur discours en le reformulant et en l'analysant

selon les principes de l'approche centrée sur la personne (Rogers, 1961, 2002), de la Communication NonViolente (Rosenberg, 1999) et des travaux de l'économiste chilien Max-Neef (1982) qui a analysé neuf familles de besoins humains fondamentaux : Subsistance, Protection, Affection, Compréhension, Participation, Oisiveté, Création, Identité et Liberté.
Il s'agit ainsi d'identifier ce qui correspond à des traces de leur subjectivité (valeurs, besoins, mécanismes de pensée) dans leurs discours et quel(le) rôle/positionnement/posture (petite fille, femme, infirmière, maman, technicienne…) endosse l'infirmière lors de cette énonciation. Même si la reformulation favorise la création de confiance et la prise de conscience par les personnes interviewées de ce qu'elles énoncent, nous considérons aussi que notre rôle de chercheure est de réaliser une analyse éthique qui va au-delà des apparences, des idées reçues, des rôles idéaux, des comportements atypiques, des façons de parler simplifiées, s'appuyant sur des prêts à penser dominants qui ne sont plus questionnés. Ce sont ces dysfonctionnements qu'il nous semble intéressant de mettre au jour pour participer à des approches plus respectueuses de la complexité des choses et des êtres.

Par conséquent, l'objectif dans cette recherche n'est pas de nous « défaire » de cette subjectivité (ce qui nous paraît de toute façon impossible en ce qui concerne la perception d'objets sociaux, liés au symbolique et donc à des catégories qui ne peuvent prendre valeur d'absolu), mais d'investiguer des domaines que nous-mêmes ou d'autres n'iraient pas chercher a priori.

Prenant acte de cette part subjective, et la considérant de surcroît non comme un obstacle à la connaissance, mais comme source de compréhension, nous visons alors à expliquer les modalités de notre démarche et les différentes étapes qui jalonnent notre parcours de recherche. Cette description permet d'ailleurs de limiter la subjectivité pour tendre vers plus de rigueur. La réflexivité qu'elle soutient permet d'explorer, autant que faire se peut, « l'impensé » de la recherche : ses propres présupposés, les « évidences », qui sont autant d'hypothèses implicites à questionner. N'étant pas infirmière, nous avons pu mesurer tout l'intérêt, lors des entretiens de recherche, de l'adoption d'un regard « naïf » s'étonnant de ce qui n'étonne pas les acteurs ou leur faisant évoquer des sujets qu'ils n'oseraient pas aborder avec un autre soignant, et voulant bien les suivre dans leurs explications par la reformulation. Ainsi, si nous demandons à une infirmière d'expliquer ce qu'elle veut dire « par-là », nous sommes assez frappée par l'étonnement, les hésitations que suscite une telle question. Le discours assez « lisse », assuré, de qui maîtrise son sujet, devient alors beaucoup plus

complexe et témoigne des enjeux qui sous-tendent un lieu commun ou une ambivalence. Le fait qu'une infirmière ne puisse pas répondre ou indique qu'elle n'y avait pas pensé, peut permettre aussi de lever des impensés.

Parmi les diverses formes d'interprétation que propose Paillé (2006), nous avons opté pour celle qui renvoie aux travaux de Dey (1999), Glaser et Strauss (1967), à savoir l'interprétation « ancrée ». Nous avons ainsi utilisé des concepts et des modèles théoriques, de moyenne portée, pouvant être transférés aux situations que vivent les infirmières lors de leurs gestes intracorporelles, par abstraction progressive, selon une démarche inductive. Nous essayons de confronter l'état de nos analyses par rapport à l'état de l'art, aux données que nous recueillons, en fonction des réflexions que nous suggère cette comparaison.

L'interprétation est tout à la fois un processus et un résultat à savoir que le chercheur interprète, pense avec les situations analysées, leurs contingences, leurs logiques d'action. Ainsi, une interprétation attribue au chercheur le pouvoir de faire voir.

Pour cette raison, la difficulté, bien souvent, n'est pas de trouver des explications, mais de s'en défaire pour ouvrir au questionnement ce qui ne l'est plus ; les moments où nous avons eu le sentiment d'y parvenir ont été très riches. Interroger de cette manière sa perception et son interprétation subjective, dans et par la rencontre d'une personne peut conduire à découvrir l'empreinte de croyances collectives qui recouvrent des enjeux sociaux et professionnels, l'imprégnation intime des représentations sociales qui délimitent les catégories contribuant à construire la réalité sociale et à orienter leurs conduites. Ce travail de recherche nous aura apporté une part de compréhension de ce nouage étroit entre le subjectif et le collectif.

Nous avons tâché d'expliquer ici, la perspective selon laquelle nous avons abordé les questions éthiques qui traversent l'objet de notre recherche. Ces préalables étant posés, nous pouvons à présent développer le cadre méthodologique sur lequel s'est appuyée l'investigation menée.

5.2 Cadre méthodologique

Dans le cadre de cette thèse et selon les concepts présentés précédemment, nous nous intéresserons aux activités mentales des infirmières pour réaliser un geste intracorporel et non à leurs mouvements. Nous souhaitons mettre en valeur le sens du discours qu'elles portent sur leur tâche, sur le malade, sur elles-mêmes en situation, mais aussi ce à quoi elles ne peuvent se soustraire ou qui n'a pas été préalablement réfléchi.
Pour questionner l'inconscient, cela impose une recherche qualitative qui permet de creuser le vécu et les interprétations que les infirmières se font de leur intervention sur autrui.

5.2.1 Une recherche qualitative hypothético-déductive et inductive

La recherche qualitative se présente généralement sous la forme d'une construction souple et progressive de l'objet d'étude. Elle permet de combiner plusieurs techniques de collecte et d'analyse des données ainsi que de s'ajuster aux caractéristiques et à la complexité des phénomènes humains et sociaux. Comme l'affirme Drapeau (2004, p. 125) : « *L'avantage de la recherche qualitative est de reconnaître l'aspect subjectif comme faisant partie intégrante de la recherche. À mesure que la recherche progresse, l'idée d'origine est réadaptée à la réalité de l'objet d'étude et se précise, se définit et se solidifie, en s'appuyant sur la réalité évolutive de la problématique* ».

Néanmoins, la production des connaissances est possible dans les trois conditions suivantes : 1) la valorisation de la subjectivité comme espace de construction de la réalité humaine ; 2) la revendication de la prise en compte de la vie quotidienne comme lieu permettant de comprendre la réalité socioculturelle ; 3) l'intersubjectivité et le consensus comme stratégies pour accéder à une connaissance valide de la réalité humaine. Il s'agit de montrer les ajustements réalisés et la complexité des phénomènes humains et sociaux.

Ainsi, la recherche qualitative favorise une description du vécu quotidien et des interactions socio-culturelles. Cette description étant conçue comme le premier degré de l'interprétation, elle impose d'expliciter le discours pour arriver à un second degré, plus profond.

La recherche qualitative permet donc de questionner directement les acteurs qui vivent au plus près le geste étudié mais aussi de s'attarder sur leurs représentations et les logiques qui le

conditionnent. Elle met en valeur la subjectivité des chercheurs et des sujets dans un contexte qui cherche à normaliser les activités et les discours.

Mais, nous pensons qu'il est illusoire de chercher l'induction exclusive. Toute démarche de compréhension implique des moments de déduction logique. De fait, nous avons entamé cette recherche en émettant une question de recherche et des hypothèses en référence à un cadre théorique préexistant. Mais à la lecture des entretiens et au moment de la production de sens, l'approche inductive permet de créer de nouvelles catégories d'analyse. Ainsi, entre les deux extrémités de la déduction pure et de l'induction, nous avons essayé de mener une méthodologie pour dégager les significations centrales parmi le discours des infirmières en lien avec la recherche. Notre approche va résulter d'un enchaînement d'étapes itératives : un premier classement thématique selon des catégories d'analyse préexistantes à partir de nos hypothèses et l'état de l'art, puis un second classement qui modifie les modèles préexistants pour proposer de nouveau éléments théoriques.

De par une approche hypothético-déductive mais aussi une approche inductive, notre recherche permet d'identifier, d'un processus singulier, des processus communs que l'on retrouve auprès de chaque infirmière lorsqu'elle réalise son geste professionnel.

5.2.1.1 L'analyse de discours comme support de la prise en compte de la complexité du phénomène étudié

Partant de la problématique que nous avons définie, centrée sur les représentations professionnelles d'un geste intracorporel dans le champ de l'intervention en santé, nous avons choisi de les étudier en nous appuyant sur l'analyse du discours des infirmières. Les données discursives sont en effet une modalité privilégiée d'étude de l'ensemble des représentations, des « systèmes d'interprétation » (Jodelet, 1989) qui contribue à organiser le sens donné aux agissements des infirmières.

Néanmoins, pour toutes les raisons évoquées précédemment, nous devons appréhender l'expérience des infirmières par des approches « multimodales » au regard de leur discours.

Notre interprétation ne sera pas purement psychologique (visant à décrypter les représentations et motivations des infirmières interviewées). Elle s'appuiera également sur la connaissance du monde de ces soignantes (système de valeurs, insertion sociale, compétence technique...) et non exclusivement sur la connaissance de leur personnalité.

Ainsi, nous devons questionner ce discours car nous ne pouvons pas toujours nous fier à ce que les gens disent de ce qu'ils font, car une personne ne fait pas toujours ce qu'elle pense faire ou peut nous présenter un discours qui va davantage correspondre à ce qu'elle pense que l'on attend d'elle selon une sorte d'« image d'idéal » (Barbier, 2006).

Nous devons également distinguer ce qui va correspondre à un discours sur leur apprentissage et qui relève, nous l'avons vu, des dimensions sociales, culturelles et institutionnelles du soin et de la didactique professionnelle avec l'utilisation d'un « nous » ou d'un « on ». Il s'agit aussi de regarder ce qu'elles mettent en œuvre de manière plus ou moins automatique mais aussi tenir compte des situations qui leur semblent en rupture avec leur pratique et les stratégies qu'elles mettent en place pour s'en « débrouiller ». Nous devons également identifier ce qui relève davantage de leur subjectivité que nous avons abordée dans les dimensions personnelles et dans le fait d'être confronté à une organisation, un malade et un corps dans le cadre d'une prescription médicale.

De fait, nous savons que les représentations professionnelles se situent à l'intersection des dimensions collective et individuelle, car elles en sont une articulation. Pour investiguer ce nouage, le recueil d'un discours « de surface » ne suffit pas : une telle exploration implique l'analyse d'un discours où se développe dans sa spécificité et dans sa complexité la pensée d'une personne. C'est pourquoi le recueil de données qualitatives, et la faible directivité de la production discursive apparaissent comme indispensables à l'étude de cette articulation.
Nous ne cherchons donc pas à isoler un facteur pour en observer les effets sur un phénomène donné, mais à partir d'une observation détaillée de la complexité d'un geste et des représentations que les infirmières en font. Nous essayons de repérer les différents aspects qu'il comporte, et tentons de les comprendre dans un système incluant les représentations, les conduites et leur contexte dans lequel se développent des comportements d'adaptation avec le malade.

L'un des enjeux majeurs de l'analyse est à notre sens, dans ce contexte, d'identifier des réactions de défense d'une identité professionnelle positive vis-à-vis d'une chercheure qui interroge leur pratique – même si ce questionnement est conduit avec bienveillance. De manière générale, les entretiens peuvent être envisagés comme une démonstration, par les

participantes, de la pertinence et/ou de la légitimité de leur action dans le contexte d'intervention qui est le leur. Nous souhaitons investiguer les comportements mis en œuvre dans la pratique, en cherchant à identifier les conceptions que ces praticiennes ont d'une action pertinente et/ou légitime, les tensions existantes entre ces conceptions, le contexte institutionnel et la réalité vécue dans la pratique, ces enjeux favorisant le déploiement d'une dialectique autour de ces questions, et c'est précisément ces tensions, cette dynamique complexe, qui nous intéressent.

5.2.1.2 Une démarche à visée compréhensive

Notre formation à l'éducation thérapeutique et plus particulièrement l'approche centrée sur la personne de Rogers (1961, 2002) et la communication NonViolente (Rosenberg, 1999) puis l'utilisation de l'entretien d'explicitation de Vermersch (1994 ; 2011) nous a amené tout naturellement à adopter une approche compréhensive. La technique de reformulation requiert une activité particulière par une écoute active. L'encouragement à parler s'entend chez nous dans nos onomatopées, nos phrases qui interrogent ou expriment la surprise, l'étonnement, nos reflets. Nous participons au récit de leur expérience, de façon gestuelle, mais aussi en questionnant nos hypothèses de par notre interprétation de leur discours parfois, pour essayer de faire produire du sens au-delà du monologue (se raconter), ou d'une présentation du geste parfait.

Partant du cadre épistémologique tracé précédemment, une telle démarche peut fonctionner dans la mesure où il y a une visée de mise en travail de la subjectivité. Le cadre d'analyse doit rester ouvert et évolutif, afin de permettre un aller-retour entre les observations faites et la compréhension qui peut en être produite. La première partie de ce travail, selon une approche hypothético-déductive, nous a amené à tracer des axes de recherche et à formuler trois hypothèses. Mais l'analyse des entretiens s'est échafaudée au regard des catégories que révèlent les discours des infirmières, comme le souligne Poupart (1981, p. 426) :

« D*ans ce type de recherche [qualitative], le terrain d'étude n'est pas pré-structuré, ni opérationnalisé d'avance. Le chercheur se doit de se plier aux conditions particulières du terrain et d'être à l'écoute des dimensions qui pourraient s'avérer pertinentes. Même s'il doit élaborer une problématique de recherche qui cerne bien son objet d'étude et critiquer les présupposés théoriques sous-jacents à toute recherche, le cadre d'analyse de son étude ne lui est pas fourni d'emblée : il s'élabore en cours de route par le questionnement incessant des données. Le schéma d'analyse s'effectue donc en cours et en fin de recherche* ».

Ainsi, les hypothèses de travail se sont affinées à l'issue d'un premier temps d'investigation. Elles se sont ancrées après l'analyse des résultats obtenus par les entretiens d'explicitation et semi-directifs au regard de l'analyse théorique développée dans la première partie de notre thèse mais aussi au regard d'inductions que de nouvelles catégories ont pu révéler.

5.2.2 Le mode de recueil de données

Comme précédemment indiqué, notre approche de l'objet de recherche a évolué, au fil de cette investigation et s'est constituée en quatre temps.

1	2	3	4
Ce que les soignants disent de leurs activités de soins et de l'éducation thérapeutique	Accès au geste intracorporel	Analyse des résultats	Validation des conclusions
20 entretiens exploratoires dans le cadre d'une recherche précédente	12 entretiens d'explicitation complétés (Vermerch, 1994, Faingold, 2013) par des entretiens semi-directifs	Analyse de contenu (Bardin, 2011) et 10 questionnaires analysés par le biais du logiciel Survey Monkey	Transmission des résultats aux personnes interviewées Vérification des résultats auprès des personnes que nous formons à l'ETP

Figure 3 : les niveaux de l'action

Nous avons mené une phase exploratoire de recherche, au tout début de ce travail de doctorat (2014) et une seconde phase de recueil de données conduite sur une population plus spécifique que sont les infirmières (2015-2017) qui nous ont permis d'identifier des hypothèses et de les vérifier.

Ainsi notre recherche a démarré au cours de nos entretiens réalisées auprès de soignants dans le cadre de la recherche du Crf-Cnam (Obertelli (dir.), Pouteau, Haberey-Knuessi, Dancot, Le Roux, Llambrich, 2015), mais nous dirons aussi dans le cadre de nos formations où les soignants évoquent leurs activités et leurs difficultés de faire de l'ETP au moment des soins. Si ces premières pistes de recherche concernaient principalement, voire uniquement, les enjeux relationnels, nous avons petit à petit élargi le champ d'investigation au contexte dans

lequel s'inscrit l'interaction entre l'infirmière et le malade, mais aussi l'arrière-plan culturel, sociétal et historique sur lequel se dessine leur rencontre. La première phase de recueil de données a été décisive de ce point de vue.

Dans la seconde phase, notre rôle en tant que chercheure est de tenter de rejoindre les infirmières « sur leur terrain », pour essayer d'adopter le regard qu'elles posent sur leur geste, autant que faire se peut. Nous avons choisi le recueil de productions langagières auprès d'un nombre restreint d'infirmières. Cependant, cela leur a permis de développer leur pensée dans le cadre d'un entretien que nous avons conduit de manière peu directive sous l'influence des concepts prônés par Carl Rogers (1961, 2002). Ainsi, l'ordonnancement et la réduction des informations s'opèrent lors de ces entretiens, de manière involontaire, du fait des limites de la perception, de la sélection et de l'organisation automatiques et inconscientes liées à nos catégories de pensée, etc. Néanmoins, ces entretiens laissent aux infirmières, dans le choix des aspects qu'elles souhaitent évoquer, davantage d'espace pour leur intersubjectivité qu'un questionnaire.

Cette seconde phase exploratoire nous a permis de repérer les principaux axes de résultats qui se dessinent de leurs discours et de décliner nos hypothèses sur des points plus précis et des dimensions supplémentaires. Elle nous a permis de recueillir des verbatim et de les proposer aux infirmières lors d'une troisième phase d'investigation afin de vérifier nos interprétations Cela nous a permis de confirmer ou d'infirmer nos premiers résultats auprès des infirmières déjà interviewées.

La quatrième phase a été de transmettre nos résultats finaux et notre conclusion aux infirmières pour validation.

Ainsi, la construction du modèle d'analyse s'est voulue progressive et collaborative, et la méthode d'investigation employée, a permis un aller-retour, tout au long de la recherche. Le recueil des données vise à une sélection minimale par la chercheure des données retenues, pour laisser une part plus grande, dans cette sélection d'informations, aux infirmières auxquelles nous nous intéressons.

Le fait de les questionner de nouveau sur nos résultats permet de créer une nouvelle intersubjectivité, en tant qu'intelligibilité commune. Cette rencontre intersubjective ne peut avoir lieu que si les infirmières sont en mesure d'exprimer leur point de vue, subjectif et complexe sur nos résultats. C'est uniquement dans cette quatrième phase, celle de l'analyse

des données finale, que nous avons réduit volontairement l'ensemble des données recueillies pour en évoquer uniquement les grandes étapes et les dimensions du geste.

5.2.2.1 Le choix de deux types d'entretien : explicitation et semi-directif individuel à visée explicative

Pour aborder cette problématique, il nous a semblé intéressant d'utiliser dans la première partie de notre entretien avec l'infirmière, la méthode de l'entretien semi-directif à visée biographique avec questions ouvertes et reformulation sur des moments qui semblent importants dans le parcours de l'infirmière, notamment pour connaître sa formation, les stages réalisés et les services dans lesquels elle a travaillé. Cela nous a permis d'apprécier les cultures dans lesquelles elle a été immergée. Il s'agit d'analyser leur discours sur leurs valeurs, besoins, priorités. C'est un moment qui est aussi important pour permettre au soignant de se raconter, de le valoriser dans son parcours, pour notamment créer de la confiance.

Puis dans une seconde partie de l'entretien, nous avons souhaité utiliser la méthode de l'entretien d'explicitation (Vermerch, 1994) afin de recueillir le vécu des infirmières, notamment la méthodologie complétée par Nadine Faingold (2013) sur la quête de sens pour aborder le vécu d'un geste technique intracorporel.

Nous aurions pu réaliser des entretiens d'autoconfrontation mais le choix s'est porté sur l'entretien d'explication pour plusieurs raisons :

- éthiquement, il nous a semblé difficile de filmer un moment de soin si délicat que ce soit pour l'infirmière ou le malade. C'est un acte qui n'est pas anodin notamment pour les infirmières qui ont l'habitude d'être évaluée sur leur geste technique. Le fait d'être filmées peut leur procurer un stress supplémentaire et une façon d'être qui est plus de l'ordre du respect des recommandations que du réel de leur activité. Or la recherche ne vise pas à savoir si elles agissent correctement en fonction des recommandations mais plutôt d'identifier leur style professionnel et le sens de leurs actions.

Il existe déjà des films sur internet où des soignants se filment pour montrer leurs gestes techniques dans le cadre de travaux pour les élèves infirmiers ou dans le cadre de formations-recommandations. Nous pouvons voir un soignant centré sur son soin et un malade qui est présent sans être vraiment là. Nous ne souhaitions pas aboutir à cet état de fait car notre idée

est notamment de ne pas rendre le malade davantage « absent ou objet » dans le cadre de cette recherche.
- concernant l'organisation, il nous semblait complexe de filmer ces activités de soin car ils débutent avant l'entrée du soignant dans la chambre ou dans le lieu où sera réalisé le geste. Il n'est donc pas suffisant de positionner une caméra fixe. Filmer un soignant tout au long de son activité est compliqué car on peut être amené à filmer d'autres acteurs et cela nécessite des accords spécifiques de l'établissement, de passer devant un comité d'usager…
- notre idée est également de travailler sur l'invisible de l'activité et plus particulièrement sur les activités mentales des acteurs. L'autoconfrontation nécessite de faire choisir les acteurs sur des moments qui leur semblent importants. Or, travailler sur la recherche de sens nécessite que l'intervieweur canalise son entretien sur des moments qui lui semble nécessaire de questionner et qui n'interpellent pas toujours les acteurs.

A contrario, il nous semblait que la psychophénoménologie, fondée par Vermersch, permettrait de mieux prendre en compte le point de vue du sujet qui a vécu la situation et de s'intéresser à ce que l'infirmière a effectivement fait au moment de l'action, afin de mieux comprendre comment elle agit et à quoi elle est attentive au moment où elle fait son geste intracorporel, notamment pour identifier les scripts mentaux et les micro-décisions.
Cette posture épistémologique nécessite, pour le chercheur, de ne pas projeter sa propre interprétation sur ce qui est décrit par le sujet. C'est pourquoi, nous utilisons aussi l'entretien d'explicitation qui permet d'obtenir des descriptions très détaillées des actes mentaux et de la réalisation des gestes effectués en situation. Cette technique d'entretien spécifique favorise le déploiement du déroulement de l'action, et notamment de la succession de prises d'information et de prises de décision en situation. Elle permet de « *gratter fin et en profondeur, à un instant donné, pour mettre au jour les détails dans le déroulement de l'action* » (Mouchet, 2014). Cette méthode permet ainsi d'accéder aux « détails » verbalisés lorsque l'infirmière est en position de parole incarnée - quand elle recontacte son vécu passé – certaines actions élémentaires étant pré-réfléchies. Par le « réfléchissement », provoqué par l'évocation, le sujet prend conscience des micro-actions qu'il a réalisées, dont des prises de décision dans l'instant.
Le modèle T.O.T.E. dit de l'« effectuation », issu de la programmation neurolinguistique et repris par Vermersch (1994) et par Faingold (2011) pour définir les processus mentaux, analyse la relation fonctionnelle indispensable entre la prise d'information et l'exécution. Cette technique permet d'appréhender les comportements en les décomposant jusqu'à obtenir

des opérations et des tests exprimés en termes de système de représentations sensorielles. Vermersch (1994) donne un exemple : « *Je veux sortir de cette pièce. Pour ce faire, je dois atteindre la porte et saisir la poignée pour l'ouvrir. J'ai une représentation interne de cette action, une image de l'apparence de la porte lorsque je serai à proximité et que je sentirai le contact de la poignée métallique. J'ai également un souvenir corporel (une sensation kinesthésique) de ce que je ressentirai lorsque je tournerai la poignée et sentirai la porte s'ouvrir vers moi. Cet ensemble de perception forme mon objectif. Il est concret et se compose d'un ensemble de perceptions sensorielles : images, sensation kinesthésique et peut-être un son si je sais le bruit de cette porte quand on l'ouvre. Dès que cet objectif est présent en moi et que je veux l'atteindre, la stratégie peut commencer. D'entrée de jeu, je perçois une évidence, je n'ai pas encore atteint mon objectif. Je vois la porte à distance et cette perception ne correspond pas à celle de mon objectif. C'est le test d'entrée, le premier T du TOTE. Je vais donc agir et initier une opération (O du TOTE), en l'occurrence je vais me déplacer en direction de la porte. Durant cette opération ou cette séquence d'opération, j'effectue un test entre ma perception de la situation présente et de celle que je veux atteindre. A un moment donné, je serai assez près de la porte et le test sera satisfait. C'est le second T du TOTE. Je peux alors mettre fin à cette stratégie et en sortir (Exit du TOTE). Cet exemple issu de l'enseignement illustre une micro prise de décision en situation qui permet d'atteindre son sous-but (vérifier la main de prédilection de l'élève), en agissant sans induire la réponse de cette dernière ».* En synthèse, cela nécessite d'adopter le schéma de Faingold (2011) pour analyser l'activité du soin intracorporel selon deux étapes successives et complémentaires :

1) Prise d'information – identification

2) Prise de décision – effectuation.

Nous avons choisi de nous former auprès d'elle pour appréhender au mieux cette méthode même si nous concevons que notre expérience en la matière peut être considérée comme insuffisante et que des experts de l'entretien d'explicitation auraient peut-être fait mieux et accéder à des éléments encore plus précis que les nôtres.

Pendant l'entretien d'explicitation, il s'agit dans un premier temps de laisser l'infirmière raconter un moment de son choix puis dans ce second temps, de la guider en la questionnant sur ce qu'elle se dit, ce qu'elle observe, ce qu'elle ressent quand elle fait son geste, ce qu'elle interprète et ce qu'elle réalise. Il s'agit notamment de reformuler de manière à montrer que nous avons compris, et de porter son attention sur ce qu'elle se dit, ce qu'elle observe, ce qu'elle perçoit et ce qu'elle fait. En cela, nous souhaitons identifier ce qui relève d'invariants

de l'agir professionnel, ce qui se rapproche des routines des gestes de métier mais aussi ce qui est plus subjectif et les moments d'absence de routines comme symptomatiques des dimensions masquées de la pratique de l'infirmière.

Au moment de l'explicitation, le corps de l'infirmière se met en mouvement et rend certains micro-gestes observables. Il peut être nécessaire de les questionner : le gestuel qui accompagne le dire, le regard, la posture du corps, le rythme qui varie de lent à rapide, les prédicats sensoriels qui expriment ce qui est vu, senti et écouté.

A travers la narration d'un événement significatif, nous pensons que nous pourrons avoir accès à une partie de la construction de sens qui seront opérés lors du geste intracorporel (Rodriguez, 2011). L'utilisation de l'entretien d'explicitation nous semblait a priori opportune pour éclairer les logiques d'action des infirmières notamment dans le cadre des micro-gestes invisibles par l'observation, En cela, l'enjeu scientifique est notamment d'identifier si nos choix méthodologiques sont judicieux pour construire un modèle d'intelligibilité de la pratique des infirmières lors d'un geste technique.

L'expérience de nos premiers entretiens nous a conduit à modifier quelque peu notre méthodologie et les conditions de réalisation de nos interviews. Ainsi, dans le champ des sciences de l'éducation et de la formation, il est toujours intéressant de se questionner sur les conditions qui permettent d'identifier et d'interpréter le vécu de l'expérience et de la mise en communication de ce vécu par les acteurs (Barbier, 2013). Cette question est d'autant plus intéressante quand il s'agit de rendre compte de la singularité de l'activité des sujets en situation d'action sur autrui/sur soi ainsi que des significations élaborées à l'occasion de cette dernière.

5.2.2.2 Les conditions d'interview des infirmières

Dans l'idée de favoriser la confiance de l'infirmière, nous avons institué des petites règles d'entretien (durée d'1H, prise de note et enregistrement validés par consentement) dans le lieu qui lui semble le plus adapté. Nous lui avons répété notre posture de non-jugement et non évaluative de l'activité du soignant en précisant que n'étant pas nous-même infirmière, nous serions de toute manière dans l'incapacité de le faire. Nous avons expliqué également que ce qui nous intéressait, ce n'était pas de savoir si elles réalisent leur activité selon les recommandations mais au contraire d'apprécier leur style.

La première partie de l'interview sur les moments qui semblent importants aux infirmières dans leur parcours s'est déroulée sans difficulté. Les infirmières étaient contentes de se raconter, de parler de leurs éventuelles difficultés mais aussi de valoriser leurs expériences.

Pour ce qui concerne plus particulièrement la seconde partie de notre interview sur le geste, nous avons dû modifier notre question initiale. Notre consigne était de choisir, dans un premier temps, un geste invasif de leur choix qui s'est bien passé pour elles, qu'elles ont réalisé récemment et de nous le raconter pas à pas d'une manière très précise. Nous pensions qu'elles choisiraient une situation marquante dans l'exercice de leur activité.

Cette consigne a évolué au fur et à mesure de nos entretiens. En effet, comme le propose Nadine Faingold (2013) pour faciliter l'entretien et rester dans un vécu positif, afin de ne pas mettre en difficulté l'interviewé, nous étions partie dans l'idée de faire choisir à l'infirmière un geste technique invasif qui s'est bien passé pour elle.
Nous nous sommes rendue compte au bout de trois entretiens que cette précaution était finalement plus néfaste et déconcertante pour les infirmières qu'aidante. Nous percevons ainsi notamment qu'un geste technique n'est jamais véritablement bien vécu ou que cela n'intéresse pas les infirmières de nous raconter un geste routinier.
Les termes intrusifs et invasifs, que nous avons également testés, dans l'idée d'éclaircir notre demande, ont été aussi questionnés par les infirmières, et en ont déstabilisé certaines. Nous nous sommes donc aperçue que d'utiliser simplement le terme de geste technique qu'elles ont réalisé suffisait à les conduire à ce qu'elles nous parlent d'un geste intracorporel.
L'idée de les faire partir de la prescription du médecin est venue également de leur discours où nous avons constaté que leur geste démarrait non pas en présence du malade mais qu'elle préparait cette activité à la lecture de la prescription.
Il est intéressant de noter aussi que deux infirmières nous ont parlé d'un geste technique qu'elles ont réalisé en tant qu'assistante d'un médecin, malgré notre consigne de départ.
Enfin, les infirmières ne nous racontaient pas forcément un geste récent mais davantage un geste dont elles se souvenaient en termes de difficulté. Elles ont pu aussi évoquer l'expérience du même geste mais racontée à partir de plusieurs malades ou des gestes différents pour nous faire part de leur expérience.
Ces interviews nous ont également fait prendre conscience de la nécessité pour nous de passer à nouveau dans un mode d'entretien semi-directif lorsque nous leur demandions de préciser ce qu'elles se disent ou ce qu'elles ressentent lors de l'intrusion du corps. En effet, nous nous

sommes rendue compte que les infirmières étaient en difficulté pour énoncer ce qu'elles percevaient lors de la réalisation de leurs gestes et qu'elles sortaient de leur position incarnée. Cela nous a permis de mettre en évidence un des résultats importants de cette recherche.

La troisième partie de notre entretien en mode semi-directif est consacrée à l'évocation des hypothèses que nous avons identifiées si nos discussions ne nous ont pas amené à les aborder. Cela a été aussi l'occasion d'aborder d'une manière plus précise certains résultats qui nous semblaient sortir des premiers entretiens.

5.2.3 Constitution et présentation de notre échantillonnage

5.2.3.1 Les sujets interviewés

Nous avons choisi de porter notre regard, dans un premier temps, sur des infirmières et infirmiers, qui exercent au sein de divers services hospitaliers ou en libéral, formés ou non à l'éducation thérapeutique.
Le choix des personnes interviewées s'est réalisé par le biais de connaissances ou par le fait que nous les avons formés à l'éducation thérapeutique. Nous leur avons proposé d'y participer par le biais d'un groupe d'échange de soignants sur internet, par le bouche-à-oreille et lors de nos entretiens dans le cadre de notre recherche initiale ou lors de nos formations. Ainsi, le fait que certains nous connaissent, a permis de faciliter le recrutement et nos échanges par l'absence de peur d'être jugés.

Nous avons pu obtenir l'accord de dix infirmières et deux infirmiers. Nous allons les présenter dans l'ordre où nous les avons rencontrés :

C. est célibataire. Elle a 47 ans. Elle a obtenu son diplôme en 1994. Elle a travaillé au sein d'un service infectieux, puis en urologie et en néphrologie pendant 6 ans. Elle est aujourd'hui infirmière salariée dans un centre municipal de santé. Elle s'est formée en éducation thérapeutique en 2014. Entretien le 14 janvier 2015.

L. est célibataire, âgée de 21 ans. Elle a terminé ses études d'infirmière en 2014 et elle fait des remplacements en intérim, notamment au sein d'un SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) et dans un centre municipal de santé, ce qui lui permet d'aborder de nombreux

gestes techniques. Elle a reçu une initiation à l'ETP dans le cadre de ses études en IFSI – Institut Français de Soins Infirmiers. Entretien le 14 janvier 2015.

M. est mariée et a un enfant. Elle a obtenu son diplôme en 2008. Elle a travaillé en intérim pendant 6 mois, notamment en néonatalogie qu'elle n'a pas aimé. Elle a travaillé au sein du service de néphrologie pendant 4 ans, puis en salles de la chirurgie cardiaque. Elle est aujourd'hui infirmière coordinatrice ETP au sein d'un service de cardiologie. Elle a obtenu un DU (Diplôme universitaire) ETP en 2014. Entretien le 12 mai 2015.

M.C. est mariée et a deux enfants. Elle a obtenu son diplôme en 1999. Elle a travaillé au sein de services de diabétologie, de gérontologie et de cardiologie. Elle est aujourd'hui préparatrice des consultations Echocardiographie Trans-Oesophagienne au sein d'un service de cardiologie à la suite d'une maladie professionnelle. Elle n'est pas formée à l'éducation thérapeutique. Entretien le 12 mai 2015.

R. est marié, âgé de 55 ans et a 2 enfants. Il est diplômé depuis 1995 mais il a précédemment été aide-soignant pendant 12 ans, ce qui selon ses propos lui permet d'avoir une relation plus à l'écoute des malades par rapport à ses collègues. Il exerce en tant qu'infirmier hospitalier au sein d'un service de cardiologie depuis plus de 8 ans. Il n'est pas formé en éducation thérapeutique. Entretien le 13 mai 2015.

F.L. est divorcée et a deux enfants. Elle a 52 ans. Après des études et une activité dans le tourisme et le secrétariat pendant 10 ans, elle a repris ses études d'infirmière et obtenu son diplôme en 1999. Elle a travaillé dans différents services hospitaliers d'un même établissement : maternité, gériatrie, pneumologie, gastroentérologie, neurologie et cardiologie en restant au maximum 6 ans dans le même service. Elle a également exercé le rôle de coordinatrice ETP de 2010 à 2013. Elle a obtenu un master d'éducation thérapeutique en 2011. Elle exerce aujourd'hui en tant que formatrice et infirmière libérale. Entretien le 16 juillet 2015.

F.F. est mariée et a deux enfants. Elle a 52 ans. Elle a obtenu son diplôme en 2005. Elle a exercé 4 ans dans un service de psychiatrie, puis 4 ans en libéral, 3 ans en soins à domicile en tant qu'infirmière coordinatrice, 1 an en intérim, 1 an en foyer d'accueil médical. Depuis avril 2017, elle exerce en EPHAD (Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes). Elle a obtenu un master d'éducation thérapeutique en 2011. Avant d'être infirmière, elle a été animatrice en centre de vacances et éducatrice scolaire auprès d'enfants

sourds. Elle se dit plus être dans le relationnel mais se considère aussi très compétente dans la réfection de pansements. Entretien le 25 juillet 2015.

F.P. est mariée et a deux jeunes enfants. Elle a 41 ans. Elle a obtenu son diplôme en 2002 et a travaillé dans différents services de plusieurs établissements, notamment digestif, maternité, réanimation. Elle est infirmière de nuit dans un service de réanimation chirurgicale polyvalente depuis 7 ans. Elle a choisi d'exercer de nuit pour pouvoir prendre plus de temps avec les malades et avoir davantage de responsabilités. Elle n'est pas formée à l'éducation thérapeutique – Entretien la 15 décembre 2015.

A est mariée et a trois jeunes enfants. Elle est âgée de 33 ans. Elle travaille depuis dix ans dans le même établissement mais dans différents services : services d'onco-gériatrie puis de soins palliatifs puis le service de médecine - HDJ (Hôpital de jour) spécialisé en chimiothérapie afin d'avoir des horaires fixes pour l'éducation de ses enfants. Elle a obtenu un Master d'ETP en 2013. Entretien le 10 mars 2016.

C. vit avec un conjoint et a trois enfants. Elle a 41 ans. Elle a obtenu son diplôme d'infirmière en 2002. Elle a exercé 3 ans en intérim dans tout type de services, psychiatrie compris. Puis, elle est rentrée dans un établissement au sein d'un service de chirurgie en exerçant dans un bloc opératoire. Par la suite, elle a poursuivi dans le même établissement au sein du service de médecine - HDJ (Hôpital de jour) spécialisé en chimiothérapie pendant 10 ans. Elle y a développé un programme d'ETP et une consultation infirmière chimiothérapie orale en tant que coordonnatrice ETP. Au cours de cette période, elle a obtenu un Master en ETP en 2013 et un Master Infirmière de pratiques avancée (IPA) en 2018. Elle exerce aujourd'hui en tant que cadre transversal et IPA dans le département d'oncologie médical. Entretien le 10 mars 2016.

A. vit en concubinage. Elle est âgée de 29 ans. Elle a obtenu son diplôme en 2014. Elle a exercé dans 2 établissements au sein d'un service de suppléance, ce qui la conduit à travailler dans de nombreux services : urgences, réanimation, gériatrie, neurologie, néphrologie, médecine interne, oncologie, ORL (Oto-Rhino-Laryngologie), chirurgie urologique, orthopédique et digestive, neurochirurgie et psychiatrie. Elle est aujourd'hui infirmière dans un service de diabétologie et dans une unité polyvalente court séjour depuis plus d'un an et demi, ce qui correspond à son plus long contrat. Elle s'est formée en éducation thérapeutique en 2017 (40H ETP). Entretien le 17 mai 2017.

A. est célibataire et vit avec sa famille. Il est âgé de 42 ans. Il a obtenu son diplôme en 2001. Il a été pigiste/photographe pour un journal. Ensuite, il a été animateur avec des enfants puis avec des adultes handicapés physiques et des personnes malades mentalement. Il a fait de l'intérim dans divers services de médecine, de chirurgie, urgences, soins intensifs, réanimation aussi bien dans le privé que le public. Il est aujourd'hui infirmier dans le service de transplantation pulmonaire depuis 7 ans. Il s'est également formé en éducation thérapeutique en 2017 (40H ETP). Entretien le 22 mai 2017.

Ces entretiens ont été réalisés sur une période de 30 mois de janvier 2015 à mai 2017. Ils constituent le matériau principal de notre recherche pour étudier le discours sur les pratiques et les activités mentales. Les premiers entretiens nous ont permis d'entrevoir quelques invariants. Les derniers entretiens nous ont permis de préciser les principaux résultats entrevus lors des précédents entretiens.

5.2.3.2 Les difficultés rencontrées

Nous souhaitions au départ interviewer des infirmières appartenant seulement à deux services hospitaliers ainsi que des professionnels libéraux. Cependant, cela n'a pas pu se faire dans ces circonstances. En effet, la première difficulté a été d'avoir accès à des infirmières qui acceptaient de parler d'un geste technique invasif. Notre thème, qui semble simple, reste difficile à aborder car les infirmières semblent craindre un regard critique sur ce qu'ils ou elles réalisent et invoquent un manque de temps. Pour cette raison, nous n'avons pas réussi à obtenir un échantillonnage très conséquent dans les deux services pré-sentis au départ de notre recherche.

Nous avons également subi quelques gênes au moment des entretiens, notamment lorsqu'ils se réalisaient, à la demande des soignants, dans leur service. Malgré le fait que leurs collègues étaient avertis de notre présence et des raisons de nos échanges, certains n'ont pu s'empêcher de nous interrompre. Il nous a semblé que cela correspondait à de la curiosité ou une manière de faire comprendre à la personne interviewée qu'il fallait qu'elle revienne travailler. Nos échanges se sont donc interrompus quatre fois d'une manière précipitée.

Une troisième difficulté est apparue également car certains soignants ne finissaient pas leur phrase lors des entretiens. Nous nous sommes permise de ne pas intervenir à chaque fois pour

ne pas les couper dans leurs explications. Néanmoins, certains mots manquants auraient facilité notre interprétation et la précision des perceptions des personnes interviewées. Le langage parlé ne correspondant pas à un langage écrit, les onomatopées et quelles fautes de français ont également été légèrement modifiées sur la retranscription des verbatim pour en faciliter la lecture.

Un problème technique a également mis à mal notre recherche. Nous avons réalisé un certain nombre de nos entretiens par le biais de notre téléphone portable. Celui-ci étant tombé dans l'eau des toilettes, nous avons perdu six verbatim précis. Nous avons donc pu utiliser uniquement nos notes et notre mémoire.

Nous avons également dû faire face à l'absence de conscientisation des émotions des infirmières lors de l'intrusion du corps et d'un vocabulaire imprécis pour décrire ce qu'elles vivaient lors de leurs gestes. Cela nous a imposé de changer de techniques d'entretien mais aussi, au regard des concepts de neurosciences présentés dans notre cinquième partie, déduire certains résultats à partir des indices présents dans leur discours.

Enfin, nous n'avons pas toujours eu de retour de certaines infirmières sur nos premiers résultats ce qui nous a obligé à questionner d'autres infirmières par le biais d'une recherche quantitative au regard de verbatim pris dans le discours des infirmières. Or, une recherche quantitative ne permet pas de vérifier des éléments non conscients. D'autre part, les résultats que nous avons trouvés en lien avec les activités mentales ont semblé pour certaines trop abstraits, n'ayant pas eu accès aux concepts sur lesquels ils se fondaient. Certaines infirmières ont donc évoqué des difficultés de compréhension, or la technique du questionnaire ne permet pas d'échanger sur leur ressenti. Nous leur avons cependant présenté nos résultats finaux et notamment notre conclusion qui a recueilli leur accord. Notre « décortiquage » leur a permis de prendre conscience des dimensions de leur geste et de certaines situations.

5.2.4 Le mode d'analyse des données

Nous rappelons que dans une démarche d'intelligibilité, nous cherchons à comprendre les dimensions actives lors de la réalisation d'un geste intracorporel.

Nous avons fait le choix de traiter nos matériaux selon trois modalités qui se complètent. Chaque outil ne se suffit pas en soi mais leur articulation va permettre d'interroger plus finement les activités mentales opérées par les infirmières.

5.2.4.1 Analyse de contenu

Après la réalisation des entretiens, nous avons retranscrits ceux qui nous restaient. Puis, nous avons relu attentivement chaque retranscription et notes pour mieux prendre conscience de l'ensemble du corpus.

Au regard de leur discours, nous avons recherché différents éléments qui faisaient sens pour les infirmières, la manière dont elles évoquaient leur métier, leurs soins et leurs gestes. Cela nous a permis au fur et à mesure des entretiens d'identifier des similitudes dans leurs verbatim. Nous avons également, au regard de nos hypothèses mais aussi de l'état de l'art les concernant, confirmé ou infirmé nos affirmations provisoires. Ainsi, les fonctions heuristiques et d'administration de la preuve concernant l'analyse de contenu ont été utilisées afin de renforcer nos interprétations. Nous avons également cherché à identifier les émotions, besoins et valeurs sous-jacents aux ressentis des infirmières au travers de leurs discours en termes de manque ou d'excès afin de décaler notre regard vers une autre signification, un autre message que ce que l'on pourrait entendre, en utilisant la pratique de « la logique d'inférence » (Bardin, 2011). Les dimensions qui ressortent de cette analyse nous ont permis d'appréhender et de préciser « les attributs de la réalité étudiée », à savoir ce qui compte vraiment pour elles dans leur rôle d'infirmière et dans leur geste intracorporel (Grawitz, 1993). L'analyse des indicateurs et leur interprétation résultent d'un questionnement et d'une construction, à partir d'une confrontation avec les discours des interviewées mais également dans le souci de respecter le statut de leur parole.

Ainsi, l'analyse de contenu des verbatim sous forme de contingence a constitué un premier maillage nous permettant d'identifier et de classer les thèmes qui revenaient dans chacun des discours des infirmières. Selon Bardin (2011), l'analyse de contenu qualitative et thématique est particulièrement adaptée dans le cas de corpus réduits, car elle permet d'établir des catégories plus discriminantes. Les analyses centrées sur le contenu cherchent à mettre en évidence le sens du discours à travers les signifiés qu'il comporte : "*L'objectif de l'analyse de contenu thématique est la recherche de catégories dans un discours ou un texte, ce qui*

correspond à la réorganisation sous forme résumée de ce qui est dit" (Moliner, Rateau & Cohen-Scali, 2002, p. 94).

Il était aussi nécessaire d'analyser le « discours » à propos d'un geste intracorporel en opérant une distinction entre ce qu'évoque l'infirmière sur ce qu'elle pense qu'elle devrait être/faire et sur ce qu'elle est/fait réellement. Nous avions dans l'idée de mieux comprendre la professionnalité d'une infirmière et ce qui la pousse à agir au regard de ses représentations et en quoi elles influencent son geste intracorporel. Cela permet d'identifier les différences de discours entre leur identité collective et leur identité individuelle (Clot, 2000). Pour cette raison, nous avons recherché dans leurs discours les traces de subjectivité (Kerbrat-Orecchioni, 2006) dans le but de donner à voir ce qui correspondait réellement à ce que ressentaient les infirmières lors de leur geste. Pour ce faire, nous nous sommes appuyée sur des notions fondamentales de linguistique afin d'identifier, dans nos matériaux, les traces de langage pouvant être associées à cette singularité, avec notamment l'utilisation du « je » lorsque les infirmières sont en évocation et l'utilisation « nous », « on » lors d'un discours de circonstance. Les travaux d'Amossy (2010) indique dans l'analyse de l'emploi de certains pronoms personnels, que le « je » reflète une image singulière adressée à un autrui. Charaudeau (1992, p. 122), désigne le « je » comme désignant « explicitement un locuteur unique ». Selon cet auteur, le « je » porte « sa propre identification » et indique par là même que « tout ou partie de l'énoncé qu'il produit, qu'il s'agisse d'actions ou de qualifications, doit être rapporté au locuteur ». Le « Nous » est *a contrario* un pronom personnel polysémique. Ainsi, toujours selon Charaudeau, le pronom « nous » désigne d'emblée un « locuteur multiple ». Charaudeau (*Ibid*., p. 130) renvoie du reste le pronom « on » à « tout le monde », à savoir que ce « on » désigne alors « *un tiers collectif qui englobe une totalité avec effet de généralisation que l'on trouve dans les maximes ou les proverbes* ». L'auteur précise par ailleurs que le « *locuteur se trouve impliqué dans ce « on » à moins qu'il ne cherche à s'en démarquer* ». Le « on » peut ainsi intervenir à l'occasion où le sujet veut « *se persuader ou rendre évident aux yeux de l'interlocuteur que son comportement est justifié par le fait que tout le monde agit de la même façon et dans les mêmes circonstances* » (Charaudeau, 1992, 148). Dans cette recherche de subjectivité, nous avons également identifier les verbes utilisés d'action ou factifs permettant d'identifier un sentiment, un comportement ou une opinion. Une attention particulière est prise pour les verbes falloir, devoir, employés avec les pronoms personnels « il » à la forme impersonnelle, « on » quant à la nature de la subjectivité du fait

du caractère injonctif qu'ils révèlent. Cette distinction nous a notamment permis d'identifier des éléments de la « matrice de l'agir professionnel » de l'infirmière (Jorro, 2006).

Nous avons également tenu compte de la granularité de l'action (Vermerch, 1994) afin de séquencer le déroulement du geste et d'identifier le niveau de fragmentation de l'action. Il s'agit de déterminer sur quel critère des changements de tâches s'opèrent (changement de but, lieu, temps, outils, état). Cela nous permet de spécifier la manière de la réaliser et les motivations qui conduisent à ce comportement.

Nous exposons ici les quatre étapes de ce travail d'analyse en procédant à « un effort de rationalisation et de construction » (Bachelard, 1993, p.17).

- La première étape a consisté à identifier, à partir de ces entretiens semi-directifs, des thèmes et des indicateurs qui allaient permettre d'enclencher le processus d'analyse des données. Le discours de chaque infirmière a été découpé en respectant le déroulé du discours et numéroté sous forme de verbatim, souvent de petits paragraphes considérés comme ayant une unité de sens, le tout présenté sous forme d'un tableau Excel. Chaque paragraphe a fait l'objet d'une analyse mettant en valeur ce qui pouvait en ressortir d'important. La grille de codage a posteriori basée sur le cadre théorique a évolué selon un processus itératif pour correspondre au corpus des données. Ainsi, des sous-rubriques ont été constitué au regard des représentations et des émotions significatives concernant le parcours professionnel ainsi que la conduite et le vécu du geste intracorporel selon des règles implicites de soins qu'elles ont exprimées. Cela nous a permis de créer des catégories à partir desquelles nous avons réalisé l'analyse de nos résultats.

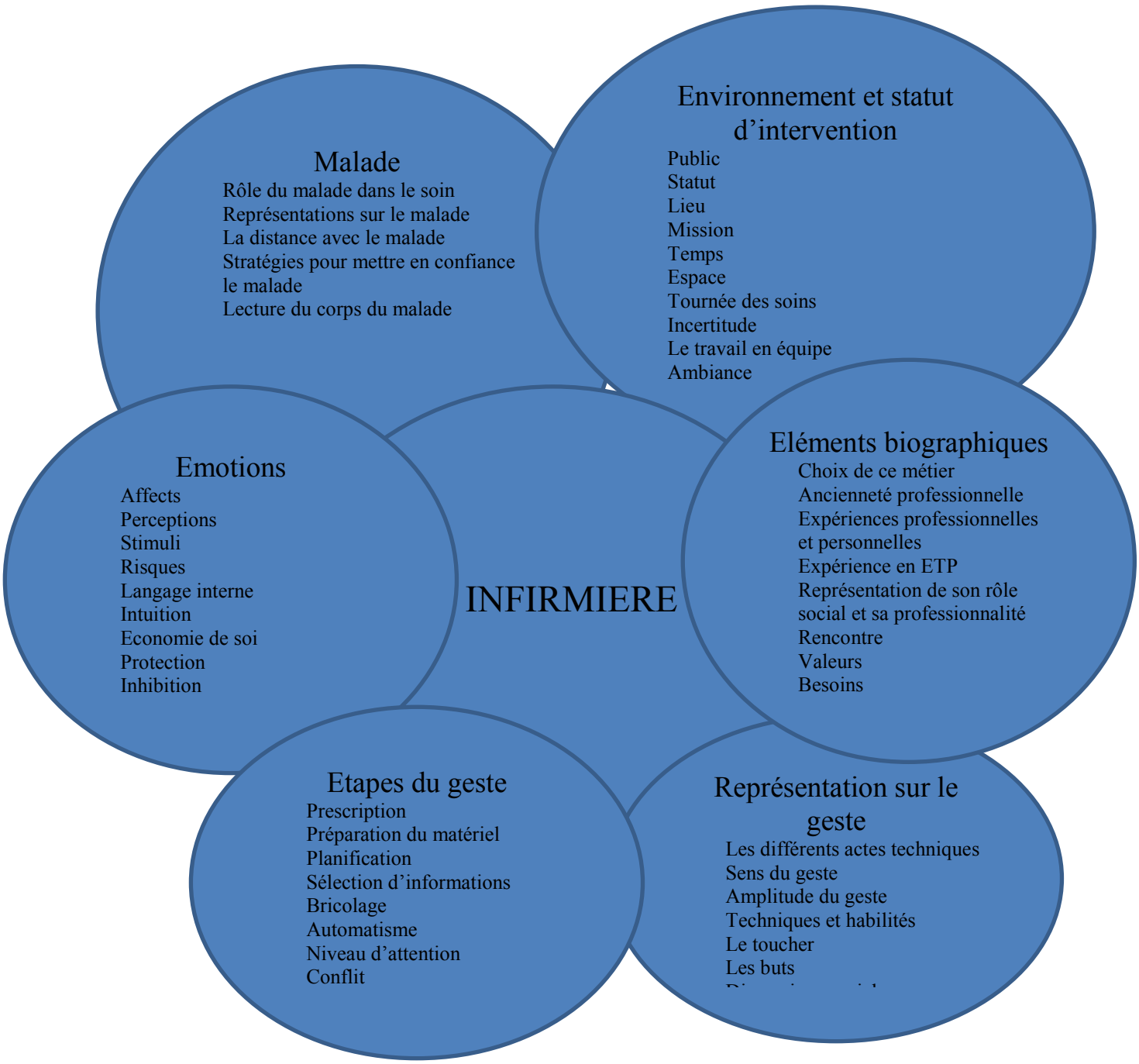


Tableau 1 : Construction de notre protocole de recherche

- La seconde étape a permis d'identifier les thèmes qui revenaient dans le discours des infirmières. Au regard d'une grille générale constituée après l'analyse de l'ensemble des discours (Cf. Tableau 1, Annexe 2), nous avons pu dégager les convergences et les divergences qui caractérisent le raisonnement clinique des infirmières lors de leur geste. Cela a donné lieu aux premières configurations des relations entre les recommandations sociales, didactiques et ce que cela implique dans leur geste, la question de la professionnalité et des spécificités individuelles, les grandes étapes d'un geste. Cela a permis de rédiger des synthèses donnant à voir des profils et styles des infirmières, telles qu'elles se présentent.

- S'en est suivie la troisième étape, où j'ai repris les verbatim des infirmières pour en extraire les éléments concernant les activités mentales opérées lors du geste, notamment au regard des quatre phases cognitives de l'activité (Heckhausen, 1986 ; Heckhausen & Gollwitzer, 1987 ; Achtziger & Gollwitzer, 2008) pour en déduire « le cérémonial du geste technique intracorporel ». Nous avons aussi analysé les motivations à agir (Fenouillet, 2016) à la réalisation de leur geste intracorporel au regard des émotions, besoins, valeurs qui en ressortent.

- La quatrième étape a consisté à rédiger, sous forme de synthèse, l'ensemble des résultats perçus. Cela nous a permis de préparer la première étape de la rédaction de notre partie 6 et de choisir ce que nous allions transmettre aux infirmières pour vérifier nos interprétations. Nous avons en effet couplé cette analyse du discours avec une approche statistique dite objective des matériaux discursifs saillants issus de cette analyse.

5.2.4.2 Proposition d'un traitement statistique des données

Nous avons souhaité présenter nos résultats globaux aux infirmières interviewées dans le cadre d'un entretien semi-directif. Au regard du nombre de résultats identifiés et après un essai auprès d'une infirmière qui ne s'est pas avéré concluant dans le temps imparti en raison d'une non connaissance des concepts utilisés et des facteurs inconscients présentés dans les résultats, nous avons choisi de leur proposer de répondre à un questionnaire en ligne avec l'outil d'analyse Survey Monkey. L'idée était de maintenir un travail collaboratif comme nous l'avions évoqué avec elles lorsqu'elles ont accepté de participer à notre recherche et de

vérifier ou non si l'approche quantitative allait infléchir ou pondérer l'interprétation de nos résultats. Nous avons identifié les résultats les plus marquants afin de les vérifier auprès des infirmières. Nous avons repris un résultat, associé généralement à un verbatim énonciatif, qui correspond à une affirmation très concrète. L'utilisation du verbatim a pour objet d'obtenir un effet perlocutoire de la déclaration et d'aider davantage les infirmières à se projeter du fait de l'utilisation du « je ». Nous avons demandé aux infirmières de se positionner sur une centaine d'affirmation (mentionnée par la lettre Q) au regard de la typologie de réponses suivantes qui cherche déterminer la subjectivité de la réponse.

Je ne comprends pas l'affirmation	Je me retrouve dans cette affirmation	Je le fais/pense très souvent dans une journée	Je le fais/pense de temps en temps (1 à 2 fois par mois)	Je le fais/pense très rarement (1 à 3 fois par an)	Je ne me retrouve pas dans cette affirmation	Je ne suis plus concernée	Je ne l'ai jamais fait	Je ne l'ai jamais pensé	Je n'en ai jamais entendu parler	J'ai vu une IDE le faire	J'ai entendu une IDE dire le faire/le penser	J'en ai entendu parler lors de mon expérience professionnelle	J'en ai entendu parler à l'IFSI	Quels sont vos commentaires ?

Seules dix infirmières nous ont répondu. L'ensemble de l'analyse figure dans l'Annexe 3. Elle conforte les hypothèses et la plupart des résultats que nous allons énoncés dans notre partie 6. Les résultats utilisés sont précisés avec le numéro de la question. Cependant, les résultats où l'inconscient du geste prédomine ne permettent pas d'obtenir une validation complète. Cela nous autorise néanmoins à valider notre seconde hypothèse concernant cet état d'inconscience. Nous considérons que le moment de l'intrusion dans un corps correspond à une situation indéterminée (Dewey (1938a) repris par Bourgeois (2013) où le sujet ne saisit pas le lien entre ses actes et leurs conséquences comme évoqué dans le chapitre 2.1.3.

Néanmoins, pour chercher à vérifier ce résultat, nous en avons discuté auprès d'infirmiers que nous formions. Ils confirment ainsi que lorsque le geste est facile et habituel, ils sont dans un mode automatique et peuvent s'ils le souhaitent échanger avec un malade pour créer de la confiance. Cependant le geste et la tournée des soins priment sur les autres besoins du malade ou ils ne s'autorisent pas à toujours écouter par peur de pouvoir répondre aux demandes singulières des malades. En revanche, lorsque le geste est difficile, ils doivent se centrer à la fois sur leur tâche mais aussi sur eux-mêmes pour répondre à des dimensions, que nous allons évoquer dans nos résultats, pour pouvoir le réaliser.

Nous avons transmis nos résultats finaux et la conclusion aux infirmières interviewées. Seules quatre nous ont répondu en confirmant qu'elles s'y retrouvaient mais que cela leur permettait aussi de prendre conscience de certaines dimensions de leur geste.

6. SIXIEME PARTIE : NOS RESULTATS DE RECHERCHE

Les résultats de la recherche s'attachent à mettre en évidence les représentations que les infirmières ont sur le geste, les malades et sur elles-mêmes ainsi que les règles implicites de soins qu'elles expriment. L'écriture cherche à produire une reformulation du contenu énoncé sous une forme condensée et formelle, illustrée par des verbatim. Cette analyse a permis de circonscrire davantage le contexte présenté dans le second chapitre de cette thèse et d'appréhender à un niveau micro les dimensions cachées et implicites de la pratique infirmière qui émergent lors d'un soin intracorporel en situation d'intervention sur autrui.

6.1 L'apprentissage du métier d'infirmière

6.1.1 Une profession consentie mais un rôle social ambivalent

6.1.1.1 Une envie commune d'aider

Les infirmières et les infirmiers que nous avons interviewés ont tous choisi ce métier pour se sentir utiles, pour aider : « *Du coup, je sers à quelque chose* ». Ce qui ressort à l'unanimité dans leurs discours est l'importance de la relation à l'autre dans leur choix professionnel.
Le terme « vocation » n'est pas employé mais une infirmière explique « *j'ai vraiment rencontré des personnes qui m'ont fait découvrir leur passion plus qu'un métier* ».

Malgré différentes représentations de leur métier que nous aborderons dans les paragraphes suivants, les infirmières ont toutes en commun le fait de percevoir leur activité comme un devoir, une obligation au service du malade : « *effectivement dans notre métier, des fois on fait des trucs, comme dans notre quotidien, les prises de sang, cela fait mal mais bon, voilà, il y en a quasiment tous les jours, c'est un mal pour un bien, c'est nécessaire, cela va permettre d'avancer pour lire les résultats tu vois* » même si cela peut causer des désagréments pour le malade. L'enquête qualitative confirme à la majorité que les soignants pensent au bien-fondé de leur geste pour le malade (Q83).

Nous pouvons d'ailleurs constater une certaine fierté dans leur discours tant dans la réalisation du soin mais aussi dans l'idée d'aider le malade à dépasser ces tourments *: « me savoir moi, l'acteur principal, en tout cas, celui qui a permis à la personne de faire le soin et de l'aider à l'accepter et de le faire jusqu'au bout, malgré la souffrance, la crainte, la peur et tout ça, de me dire que je suis l'initiateur de ça, donc c'est vraiment un sentiment de joie* ».

Une infirmière a aussi pris conscience que ce métier lui offrait la possibilité de réparer des blessures personnelles : « *on ne choisit pas un métier par hasard. Quand on s'oriente sur le soin, c'est pour souvent réparer, c'est pour guérir une souffrance que l'on a de soi-même* ».

En synthèse, nous pouvons confirmer qu'embrasser le métier d'infirmière est motivé par le souhait d'aider autrui et confirmerait que l'un des buts de toute activité humaine serait de rechercher un maximum d'utilité (Atkinson, 1964).
Mais malgré les difficultés qu'elles peuvent rencontrer dans l'exercice de leur métier, il leur permet aussi de répondre à un certain nombre de motifs internes (Hull, 1954 ;

Atkinson, 1964 ; Carver & Scheier, 1982) qui leur sont propres même s'ils sont parfois inconscients : sécurité financière, contact, échange/partage, agir/contribuer, reconnaissance, émotions positives. Nous ne sommes donc pas dans l'engagement sans motivation extrinsèque comme le propose le concept de Meyer & Herscovitch (2001).

6.1.1.2 Des profils professionnels variés

Nous identifions également que les représentations du métier d'infirmière sont très variables.

Certaines infirmières donnent leurs représentations d'une « *bonne* » infirmière : « *c'est quelqu'un qui a eu la possibilité de voir des choses, de faire des liens et d'anticiper et c'est ce que j'essaye de faire tous les jours* ».

Leur regard sur certains aspects de leur métier, l'organisation où elles travaillent, leur spécialité ou le public dont elles s'occupent ou se sont occupées, les conditionnent à adopter une certaine identité professionnelle : « *Après ce qui a de bien dans le métier d'infirmière (...), il y a tellement de possibilités de travail, il y a les soins techniques, il y a les soins relationnels, il y a les soins éducatifs, il y a tellement de choses, il y a la prévention, tellement de choses où l'on peut retrouver plusieurs personnalités* ».

Certaines évoquent qu'elles aiment plus particulièrement les gestes techniques, d'autres que la relation au malade est très importante. Pour être en cohérence avec leurs représentations de leur rôle, elles sont amenées à choisir un certain parcours ou des services en particulier afin d'être en cohérence avec leurs souhaits « *J'ai trouvé ma place* ».

Ainsi, les infirmières choisissent leur orientation professionnelle en fonction de leurs appétences « *j'aime bien la réa, c'est très technique, il y a des gestes et tout cela, mais euh, aussi parce que l'on est toujours occupé, il y a toujours du travail la nuit* ». Elles souhaitent aussi répondre à leur besoin de changement : « *j'ai découvert plein d'autres spécialités en réa et cela a l'avantage, c'est que comme il y en a beaucoup plus, c'est à ce moment-là, j'ai pas l'impression de ne pas être dans la routine car on a différents malades, on a beaucoup de digestif, un peu de maternité, traumatisés crâniens, les péritonites, plus digestifs, tout ça, les grosses infections, donc c'est un peu plus large, donc on se lasse moins, avec ces spécialités* ».

Mais elles prennent aussi généralement les postes qui sont au recrutement en choisissant un lieu de travail à proximité de leur domicile ou sur le territoire où elles souhaitent s'installer (en rejoignant quelques fois leur conjoint), en se pliant aux horaires professionnels parfois atypiques. Puis, nous comprenons que c'est au fil des ans que peut émerger le besoin ou l'envie de rechercher des horaires mieux adaptés à la vie personnelle, notamment avec l'arrivée des enfants. Cela provoque de nouveaux changements de postes.

Pour ces raisons, toutes ont travaillé en moyenne dans cinq services différents avec souvent de l'intérim en début de carrière : *« j'ai bossé, j'ai valdingué dans pas mal de services, en intérim et vacataire dans plein de services ».*

Ainsi, la plupart des infirmières interviewées ont appris ou vu un très grand nombre de gestes techniques car elles ont été employées dans des services où la technique est très présente comme les urgences, le service de réanimation, en oncologie ou en néphrologie : « *je fais de la réa chir polyvalente, donc là, je fais vraiment plein de spécialités et de gestes différents* ». Elles évoquent aussi que le fait de travailler de nuit ou en intérim leur a imposé d'être polyvalentes et autonomes. D'autres, par choix, évoquent le fait de préférer travailler plutôt dans des services ou des organisations où le geste invasif est moins présent comme les services de psychiatrie, de soins palliatifs, de diabétologie, à domicile pour favoriser le côté relationnel ou éducatif de leur métier. Certaines expliquent aussi les raisons de leur impossibilité de travailler dans certains services : « *Mais un jour, en enlevant une perf de chimio, il y a une goutte qui est tombée sur le sol mais cela a brûlé le sol, (...), je me suis dit mais ce n'est pas possible et après je n'ai plus pu et je suis partie.* » ou « *moi, la pédiatrie, j'en suis incapable* ».

Les compétences et aptitudes des infirmières ne sont donc pas similaires et dépendent de leurs expériences : « *il y a des filles qui ne connaissent pas les gestes, moi le fait d'avoir été partout, (...), moi directe, je sais comment il faut faire le protocole ».* Elles expriment d'ailleurs le fait que certaines sont devenues plus expertes dans certains gestes.

L'étude quantitative confirme que les soignants pensent à l'unanimité que derrière le métier d'infirmière se côtoie une multitude de rôles et de postures (Q1).

Nous percevons d'ailleurs qu'à un même poste, elles peuvent endosser des rôles différents : *« je suis une infirmière référente, je peux l'aider. Moi, mon travail sera mis un peu en*

parenthèse mais tant pis, c'est pour les patients, voilà. En fonction de qui est là, ton rôle change ». Pour certaines, elles peuvent passer dans une même journée d'assistante d'une collègue à enseignante auprès d'étudiants. Elles peuvent également se remplacer si elles ne se sentent pas être capables de faire certains gestes ou d'accompagner certains patients.

D'autres racontent qu'elles ont aussi évolué dans leur profession. Elles ont pu être des techniciennes dans leurs premières années mais elles préfèrent aujourd'hui se consacrer à l'éducation du patient ou la coordination d'un projet comme un programme d'ETP. Une autre évoque aussi sa maladie professionnelle qui remet en cause sa capacité à faire certains gestes techniques. Certaines évoquent le sentiment de tomber dans une certaine monotonie avec la répétition des gestes « *je pique, je dépique, je pique, je dépique* » ou ne plus se sentir en cohérence avec leurs valeurs. Elles expliquent aussi que ce changement était nécessaire pour redonner un sens à leur métier : « *je commençais à être dans la répétition des gestes, et je me questionnais beaucoup moins et j'avais l'impression de moins apprendre, même si on a toujours à apprendre, mais je commençais à bien connaître cette pathologie ».*
Certaines racontent que ce choix est une évidence mais que certaines collègues ne les comprennent pas, « *tu ne devrais pas quitter les soins, tu es douée* » car la technique leur semble un aspect valorisant qui peut être oubliée et que « *l'accompagnement du malade, c'est plus tout à fait du soin* ».

En synthèse, nous percevons ainsi qu'au sein d'une même profession, les infirmières parlent et vont incarner leur activité selon différentes interprétations et souhaits, chacune mettant un sens ou des priorités distinctes à son action en termes d'intérêt (coût/bénéfice), en termes de désirabilité et de faisabilité (Heckhausen, 1986 ; Heckhausen & Gollwitzer, 1987 ; Achtziger & Gollwitzer, 2008). Bien entendu, l'ancienneté dans ce travail et les expériences accumulées favorisant des apprentissages (Bourgeois, 2013) jouent aussi un aspect important dans la définition de leur métier. Les plus anciennes semblent s'être stabilisées dans une spécialité qu'elles maîtrisent ou cherchent un second souffle alors que les plus jeunes professionnellement sont davantage à la recherche de nouvelles expériences, d'apprentissage de nouveaux gestes, de nouveaux services, d'appartenance. Ainsi, derrière le métier d'infirmière se côtoie une multitude de rôles et de postures qui sont fonction de la temporalité de la soignante selon un cycle de vie professionnel (Huberman, 1989) mais aussi du regard qu'elle porte sur son identité professionnelle (Wittorsky, 2008) et sur le rôle du patient dans les soins (Tourette-Turgis, 2013).

6.1.1.3 Un certain regard sur le rôle du patient

Le discours des infirmières démontre qu'elles ne posent pas le même regard sur la participation des malades aux soins, ce qui crée des postures qui sont différentes : *« le geste est toujours identique mais ma manière d'être est peut-être différente ».*

Certaines expliquent que le patient doit être coopératif, faire ce qu'on lui dit afin de faciliter leur geste. D'autres considèrent qu'il a un rôle actif : « *on forme une équipe (...), il voit qu'il a un rôle aussi car je lui dis, c'est pas juste moi, si vous ne le sentez pas, il faut me dire aussi peut être que je fais moins bien que je pourrais faire* ».

La majorité des soignants, dans l'étude quantitative, confirment vouloir rendre le malade acteur en lui demandant ses préférences (Q72).

D'autres évoquent aussi que certains soignants sont moins à l'écoute des patients ou moins doux : *« moi au moins, je me dis que je ferai attention au patient, je me dis qu'il vaut mieux que cela soit moi qui le fasse, tu vois »* et qu'ils peuvent accepter de réaliser des gestes intracorporels difficiles pour eux, de remplacer un collègue pour favoriser le bien-être du patient.

Chez certaines infirmières, on entend le besoin d'être dans la maîtrise de leur geste pour créer de la confiance auprès du malade mais cela leur impose la nécessité de gérer leurs émotions : « *c'est pour ça on parlait d'émotions à la base, c'est pour cela que je suis venue là, c'est qu'elle, je l'ai vue, elle avait de l'émotion, elle ne se sentait pas bien, pas en confiance, elle avait l'impression d'être nulle, alors qu'elle était loin d'être nulle »*. Afin de ne pas perdre leur contenance, cela impose à certains soignants de conserver une autorité.

En synthèse, nous pouvons identifier que le regard porté sur la place du malade dans ces soins est en lien avec les représentations des infirmières et qu'il est un facteur qui conditionne la réalisation du geste intracorporel. En effet, elles agissent en fonction de ce qu'elles s'attendent d'un malade (Tourette-Turgis, 2013), de leur acceptation de la transaction, de leur capacité d'adaptation avec ce dernier et d'aborder des thèmes où elles n'ont pas de solutions. Nous percevons également que leur capacité à gérer leurs propres émotions (Richard, 2004) et leurs sentiments d'efficacité personnelles (Bandura, 2003) sont

aussi des variables qui agissent sur leur posture et la réalisation de leur geste. Il s'agit de variables qu'elles analysent ou qu'elles utilisent pour leur permettre d'atteindre leurs buts et de correspondre à l'identité professionnelle qu'elles se donnent en tant qu'infirmière dans une action conjointe avec le malade (Sensevy, 2011).

6.1.1.4 Des objectifs similaires

Parmi les buts des infirmières, on entend à l'unanimité « *J'ai deux objectifs dans mon geste, tout à fait* » : à la fois un geste pour soigner mais aussi un geste pour créer de la confiance. Cela est confirmé par l'étude quantitative (Q3).

Ainsi, parmi les facteurs d'un « *travail bien fait* », elles souhaitent notamment devoir toujours se montrer professionnelles afin de créer de la confiance chez le patient car les premiers gestes sont considérés comme primordiaux sur le regard du patient par rapport à l'ensemble de l'équipe « *la confiance car c'est souvent dans les premiers gestes, ce n'est pas les premières paroles, enfin si mais c'est aussi les gestes, la confiance ».* Cela faciliterait également les soins selon la majorité des soignants au regard de l'étude quantitative (Q5), d'un point de vue physiologique : *« Il fallait montrer que j'étais l'experte, pour qu'elle se détende et bien les veines se détendent aussi. Oui, cela y joue beaucoup ».* Le fait de ne pas réaliser ce soin aussi bien que l'infirmière l'aurait souhaité l'amène à penser qu'elle va perdre la confiance du malade : *« Oui, parce que j'ai voulu montrer que cela allait, cela va le faire et tout et cela ne l'a pas fait, donc j'ai peur de perdre ce climat de confiance ».*

Comme nous l'avons évoqué, ce professionnalisme est aussi accompagné d'un souhait de la part d'une minorité d'infirmière de préserver une certaine autorité sur les malades (Q16) « *c'est pas juste d'être gentil, c'est d'être professionnel, les patients, c'est ce qu'ils attendent, parce que sinon, ils vont prendre le dessus sur nous* ». Elles disent devoir démontrer une certaine assurance dans leur geste : *« Alors moi, je me suis valorisée parce que j'ai senti qu'il fallait que j'en envoie et donc j'ai dit, non mais ne vous tracassez pas madame, (...) je pique très régulièrement, on m'appelle en général pour piquer, voilà alors que c'était pas spécialement le cas mais il fallait en faire des caisses.* ». Elles racontent aussi pour ces raisons être conditionnées à trouver impérativement une solution *« on nous apprend à penser pour les autres ».* La question de la pudeur et de l'intimité est également évoquée par certaines soignantes *: « Oui, c'est gênant. Et bien, déjà, je ne connais pas la personne et je ne*

sais pas comment elle est vis-à-vis de son image, de sa pudeur. Oui la pudeur, et je pense que la dame, c'est pour cela aussi que je me suis dit bon je ne vais pas encore l'embêter pour qu'elle plie bien ses jambes car je me suis dit, c'est peut-être bien de la pudeur. »
Néanmoins, elles évoquent pour la plupart le fait qu'elles ne doivent pas montrer leurs émotions même face à des gestes qui peuvent relever de l'intime d'un malade *: « Mais, c'est vrai que quand j'ai eu des hommes, des jeunes, cela ne me dérange pas mais je sens qu'il y a une petite gène, et j'essaie de ne pas le paraître car je n'ai pas à être gênée ».* Cette affirmation est pourtant moins présente dans l'enquête quantitative. Nous reviendrons d'une manière plus approfondie sur cet aspect.

Un autre facteur très présent dans l'ensemble de leur discours concerne la question de la propreté : « *de par mon expérience, l'asepsie, elle ne se réfléchie même plus, elle est présente. Je ne suis plus en train de me dire, est-ce que j'ai touché quelque chose ou pas, maintenant, je sais que je me dis que c'est bon, je me fais confiance* ». On entend que c'est un facteur enseigné à l'école et que les infirmières s'attachent aussi à le communiquer auprès de leurs étudiantes : *« ouais, ça c'est clair, s'il y a quelqu'un d'autre, s'il y a une étudiante, je vais encore plus vérifier, plus dans l'asepsie que dans mon geste, j'ai plus confiance dans le geste que dans l'hygiène ».* Cela peut transformer également leur geste, même si ce n'est qu'une minorité des soignants (Q22), notamment le fait de rester à tout prix dans le corps même si c'est douloureux et ne pas en sortir tant que le geste n'est pas finalisé *: « c'est obligé parce qu'il faut savoir que si on retire entièrement, il faut tout changer car on déstérilise* ».

Le rythme occupe une place privilégiée dans le discours des infirmières : *« je vais peut-être pas rentrer directement et en plus, je vais devoir déstéréliser, donc je vais devoir changer de matériel et donc prendre un temps, et elle est comme cela, elle se demande ce qui se passe, donc c'est plus ça en fait et puis c'est aussi du temps ».* Nombreuses considèrent que si le geste n'est pas réalisé rapidement cela créée une pression à la fois pour elle et pour le patient *: « elle peut perdre un temps, et bien cela va avoir des conséquences sur le geste ».* La question de « *finir son tour* » dans un temps qu'elles ont planifié préalablement est notamment assez présente (Q12) « *c'est vrai, il faut être honnête, on a un temps et dans ma tête aussi, si je me loupe et bien inconsciemment je me dis, ah mince, et moi qui doit faire ça, je dois faire ça, faire ça* ».
Les aléas qui se présentent de façon conjoncturelle, participent à leur ressenti concernant l'intensité de leur travail. C'est du matériel qui dysfonctionne, une commande qui n'a pas été

faite à temps, du matériel ou des médicaments périmés, l'absence de stock, des examens qui se font attendre, un soin délicat qui ne se passe pas très bien et qui prend beaucoup plus de temps que prévu, une entrée ou une sortie, un décès dans le service…C'est la multiplicité des aléas et le caractère relativement imprévu de ces derniers qui vont rompre le rythme des tours et obliger à des accélérations jugées plus ou moins préjudiciables aux soins et en particulier aux soins relationnels. Aux yeux des infirmières, c'est le temps passé avec et à l'écoute des patients qui devient la variable d'ajustement : « *« Je prends le temps dans le moment s'il faut le prendre mais on me dit tu peux aller poser la sonde, j'y vais, je le fais et on en parle plus. Je veux que la patiente soit vite soulagée. Il faut que cela soit vite fait le truc. »*

Par ailleurs, la réalisation du geste dans un rythme donné est un résultat qui procure un certain plaisir chez la plupart des infirmières (Q13). Si tous les gestes s'enchaînent, l'infirmière est dans une certaine satisfaction : « *Oui, et puis j'aime bien être assez rapide moi ».*

La temporalité est aussi en lien avec une certaine éthique de responsabilité envers leurs collègues. Certaines énoncent l'importance qu'il n'y ait pas de choses « *en retard* » à faire à la fin du poste, qu'elles ne se déchargent pas de leur travail en le diffèrant sur l'équipe qui prend la suite. Cet objectif – celui de finir – est extrêmement déterminant dans le rapport au temps des soignants et cela peut créer un certain stress. En tout cas, elles énoncent le fait de laisser un service en ordre, des chariots propres, des tours achevés ou l'ensemble des consultations réalisées, des transmissions claires ; avoir pris sa part dans des tâches d'intérêt collectif, c'est autant de choses qui sont à achever dans le délai imparti de leur rôle. Ainsi, il semble qu'en général, les infirmières ne partent pas parce que c'est l'heure mais parce que le travail est fini à moins qu'elles aient une priorité plus importante comme aller chercher leurs enfants. Comme tout à chacun, les infirmières ont besoin d'identifier des résultats de leurs actions. Ce travail dans le temps leur permet également d'obtenir la reconnaissance de leurs collègues et de leur hiérarchie qui porte sur le faire, c'est-à-dire sur le travail visible, quantifiable.

En synthèse, les verbatim des infirmières confirmés par l'étude quantitative (Q2) permettent d'identifier que l'infirmière essaye de correspondre à une identité professionnelle selon des attendus génériques de leur métier. Ils reprennent à la fois des invariants favorisant la qualité de leur geste technique (la sécurité, l'hygiène, l'asepsie) mais aussi des invariants encourageant une posture permettant de créer de la confiance

systémique auprès du malade (une certaine autorité, une assurance dans leur geste et dans leur discours, la proposition de solutions, le respect de la pudeur ou de l'intimité des malades, la gestion de leurs émotions). De ce fait, nous percevons que leur geste revêt à la fois une forme sociale et une forme symbolique.

La question du rythme est également un facteur prépondérant car il conditionne également les stratégies pour faire face à la tâche sans dégrader sa performance (Amalberti, 1993). C'est une variable qui est considérée au même grade que les invariants de qualité du geste, car il est responsable d'un stress ou d'une réassurance à la fois chez le malade et le soignant. C'est aussi une dimension importante dans le fait de démonter son intégration à un travail d'équipe car elle est rendue visible par certains résultats.

Tous ces invariants caractériseraient selon elles le professionnalisme de l'infirmière et permettent de mieux comprendre la valeur de leur geste selon l'approche en situation de Anne Jorro (2006). Ces tâches principales (Richard, 2004) correspondent à la dimension culturelle de l'agir professionnel « infirmier ». Elles participent à la création de la matrice d'un geste intracorporel. Ainsi, ces facteurs externes (contraintes chronologiques et séquentielles) créent des buts et des logiques d'enchaînement et d'exécution des tâches nécessaires à la réalisation d'un geste intracorporel. Ils participent à la caractérisation des micro-gestes infirmiers et de l'explication des ajustements qu'elles réalisent. On peut considérer que pour poursuivre ces logiques, le temps passé avec et à l'écoute des patients devient une variable secondaire d'ajustement car il ne fait pas parti des phénomènes attentionnels en situation et peut être en contradiction avec les invariants génériques. L'écoute du malade peut être abandonnée pour faire face à la tâche principale dans une temporalité définie, voire urgente (Spérandio, 1972).

6.1.2 Un travail en équipe

En dehors de la question du rythme, le travail d'équipe est une notion qui revient régulièrement dans le discours des infirmières car il a plusieurs vocations mais il peut aussi provoquer de la souffrance.

6.1.2.1 Une réassurance

De par leur évocation, plusieurs infirmières ont exprimé le fait que leur geste s'accompagnait d'un travail d'équipe qui lui aussi a pour objectif de créer de la confiance *: « il y a un soin, et qu'elle me dit, tu veux que je vienne avec toi, je dis oui, parce que je me dis, on ne sait jamais, elle a dit qu'elle était là. Et donc quand ce sont des gestes comme ça, je suis contente, parce*

la personne, le patient, se sent bien, il se sent entouré ». Toujours dans la même optique, il est aussi essentiel pour certaines, de montrer au patient qu'elles ne sont pas indispensables et que d'autres peuvent faire le soin à leur place « *C'est important car cela montre à chacun l'importance qu'ils ont et en même temps, c'est aussi pour montrer que tu n'es pas indispensable. (...) tu vas voir que d'autres peuvent le faire et tu verras que si demain, je ne suis pas là, et bien d'autres pourront le faire. (...) Je vais le faire, tu vas voir comment je fais mais tu sais que je ne suis peut-être pas la personne qui le fait le mieux enfin et que en même temps, l'équipe moi, j'aime bien, je demande comment cela a été et cela me permet de m'améliorer et puis cela permet d'apprendre aux autres, cela nous permet d'apprendre. Et je trouve que c'est important pour le patient de se sentir investi dans la chose quand je dis on forme une équipe, j'y inclue le patient ».*

Ce travail favorise aussi une certaine réassurance chez l'infirmière *« et en plus, du coup, comme moi, je me suis aussi sentie entourée et bien cela ne peut que bien se passer et en plus la personne qui est venue m'aider, elle est contente de m'avoir aidée (...) moi, je dis beaucoup, c'est un travail d'équipe »* et répond à son besoin de partage et de pouvoir s'identifier à une certaine communauté.

Les infirmières parlent aussi beaucoup de leur besoin de se sentir épaulées si elles sont en difficulté : « *je pense que c'est mon tempérament, j'ai pas besoin d'avoir des copines absolument dans mon boulot, je m'entends plus ou moins bien avec certaines et mieux avec d'autres, je n'ai pas de grands, grands rapports mais je sais que si j'ai un souci, ils viennent m'aider* ».

Elles évoquent toutes un principe « *mais si elle n'y arrive pas, à un moment, il faut savoir aussi donner la main, c'est ce que l'on dit dans un geste invasif* ».

Néanmoins dans leur discours, on entend que ce n'est pas systématiquement mis en place même si elles sont conscientes que cela faciliterait leur geste ou éviterait que le malade souffre. Différentes raisons sont évoquées : « *A ce moment-là, j'ai voulu demander à une collègue de m'aider et en même temps, je ne l'ai pas fait car je me suis dit, elle sera occupée. (...) En fait, ce sont des collègues nouvelles donc bon. (...) Des collègues anciennes, je ne sais pas, je ne sais pas, cela dépend avec qui l'on travaille. (...) Non, c'est plus un réflexe. Avant je travaillais de nuit et ce n'est pas pareil car on n'est plus en binôme, et puis j'aurai posé une sonde, elle m'aurait accompagnée direct mais c'est aussi parce que ce sont des aides-*

soignantes qui aiment beaucoup apprendre. (…). Et après, j'aurai demandé, je suis sûre que les filles seraient venues et puis après j'étais dans le geste, je n'avais plus envie de sortir et j'étais concentrée dedans ». On peut percevoir que même si une certaine logique didactique impose aux infirmières de demander de l'aide, elles ne se l'autorisent pas toujours et des priorités se révèlent.

Leurs discours permettent d'identifier des organisations très variables où le travail d'équipe est nécessaire mais où l'esprit d'équipe n'est pas toujours présent.

Nous percevons notamment que si l'équipe présente dans le service est jeune ou s'il y a la présence de beaucoup d'intérimaires ou que l'équipe présente n'est jamais la même, il est plus difficile pour les infirmières de convoquer l'expérience des plus anciennes ou de créer des relations de confiance car ces situations sont vécues comme insécurisantes. Certaines expriment aussi le fait qu'elles ne demandent pas d'aide alors qu'elles en auraient besoin : pour aller plus vite, par peur de déranger, mais aussi parce que cela peut les couper dans la planification de leur geste ou parce qu'elles sont dans leur bulle (ce que nous verrons plus tard).

Néanmoins, le fait de former des collègues volontaires est un facteur de motivation pour un travail d'équipe et pour qu'elles s'autorisent à demander de l'aide.

En synthèse, le travail d'équipe sert à créer de la confiance auprès du malade en lui montrant que chaque membre est professionnel, est en capacité de d'accompagner le malade et de remplacer un collègue. Il permet aussi de créer une certaine réassurance auprès des infirmières. Cependant, leurs discours permettent d'identifier que si le travail d'équipe est important, l'organisation et la composition des équipes sont différentes d'un service à un autre, ce qui peut modifier le script de leur geste. C'est davantage un esprit d'équipe qui permet aux soignants de demander de l'aide lorsqu'ils se sentent en difficulté, même si nous comprenons qu'il existe d'autres empêchements à faire comme le fait de garder un certain rythme ou respecter ce qui a été préalablement planifier/visualiser lors du geste.

6.1.2.2 Une modalité d'apprentissages et de partage

Le travail d'équipe participe à un certain nombre des apprentissages des infirmières : « *tout le monde se rend compte que c'est comme cela à l'hôpital et on en discute, tiens, cet après-midi, je vais faire ce pansement-là, toi, t'en a déjà fait, t'en penses-quoi, et puis bon, si tu veux je viens avec toi, oui si cela te dérange pas, oui à quelle heure, il y a un échange et tout.* »

En effet, toutes évoquent le fait qu'elles ont appris par imitation ou immersion en regardant/entendant leurs collègues faire/expliquer certains gestes *« Puis, il y a des habitudes, partout, je pense, à la base, il y a une infirmière qui a dû dire qu'elle faisait ce geste de telle ou telle manière et donc cela fonctionnait bien, les gens étaient contents, les collègues ont voulu faire pareil, ils ont imité, ils ont fait pareil ».* Il peut aussi exister une sorte de compagnonnage entre elles : « *vu qu'ils voient que j'ai un savoir, ils vont me demander, je vais participer même si moi-même, je ne l'ai jamais fait mais, j'ai vu, j'ai entendu et j'ai été très curieuse donc cela va les mettre en confiance, ce n'est pas moi qui fait le geste mais ils vont se sentir épauler* ». On peut percevoir qu'il existe des liens d'apprentissage mais aussi d'entraide entre collègues qui s'entendent bien « *Elle l'a loupé, elle a réessayé, ça n'a pas été et donc je lui ai dit stop, c'était une fille qui voulait apprendre, on avait fait des trucs, et on s'entendait très bien car l'une et l'autre on se donnait des conseils, et tout et je lui ai dit regarde* ». Cela peut permettre de créer des micro-cultures de gestes entre quelques collègues en supplément de la micro-culture du service.

Certaines évoquent aussi le fait qu'elles se mettent souvent à la place de leur collègue quand elles sont à leur côté. Elles vivent le geste comme si c'était elles qui le faisaient *« ma collègue, elle n'était pas bien, je le sentais»* ou « *C'est le médecin qui fait le geste mais c'est comme si c'était moi* ». Pour preuve, deux infirmières dans un même service, mais lors d'un entretien différent, ont choisi d'évoquer un geste intracorporel (une endoscopie) qui était réalisé par un médecin alors qu'elles n'intervenaient qu'en tant qu'assistantes pour soutenir le malade.

Le travail d'équipe conditionne aussi les apprentissages implicites des infirmières et notamment par le biais de cultures de service. Cela créé des ambiances de travail, des représentations et des conditionnements chez les infirmières : *« Le fait d'avoir fait du pool, il fallait acquérir une rigueur, rapidement car on n'a pas les habitudes du service, donc, il fallait se donner une rigueur pour ne rien oublier et pour bien faire et pour pas être mal vu car sinon, ça va vite, c'est toujours la fille du pool qui fait mal et pas la fille du service, et*

donc je me suis forcée à mettre une rigueur ». Travailler en équipe correspond ainsi à adopter un certain discours, des codes et des comportements, travailler avec le matériel présent dans le service, parfois à l'encontre de bonnes pratiques. Or certaines situations ne sont pas toujours comprises par les nouvelles venues mais elles leur imposent néanmoins de changer leurs pratiques, leurs étapes dans la planification de leur geste : *« moi, j'étais habituée dans d'autres services, c'était la priorité, je regardais si j'avais de quoi aspirer, parce que de peur qu'un patient fasse une fausse route, là c'est même plus ma préoccupation alors que cela arrive, je trouve cela fou que le cadre ne sache pas combien il y a d'aspi dans le service alors que pour moi, je serai cadre avec le chariot d'urgence, il y a des priorités aussi, là, non* ».

Dans un autre ordre d'idées, une infirmière évoque les propos de nature sexuel tenus par certains médecins lorsqu'ils demandent à une infirmière de faire une injection, *« voilà il va en parler en disant, bon et bien tu vas t'éclater, ou tu vas voir que l'autre te la sente enfin des choses un peu, bon* ». Selon ses propos, les fantasmes sur la sexualité, les blagues graveleuses ou les relations sexuelles entre collègues sont assez présents dans certains services. Cela participerait aux besoins de rire, de souffler ou de trouver du réconfort pour faire face aux difficultés du quotidien et à la mort. On peut identifier une équivalence avec la catégorie nommée « *le groupe de type festif* » déjà présenté qui « *se protège de l'extérieur en survalorisant le lien social à l'intérieur de la brigade* » (Obertelli, Mathieu & Durkheim, 1999). Cependant des propos ou des ambiances peuvent créer aussi de la souffrance.

Ainsi, certaines précisent que le travail d'équipe n'est pas toujours simple, même s'il est souhaité. Cela peut provoquer des tensions. Une infirmière explique quelle ambiance elle rencontre dans son service : « *on est dans un milieu de filles, il y a toujours des ragots, des trucs, et ça, c'est le problème, ça je pense, et moi cela m'énerve les ragots, donc je ne m'emmêle pas* » et elle poursuit en évoquant l'histoire d'une collègue : « *elle a 20 ans de plus que moi, elle est encore plus vieille que moi en carrière mais elles étaient déçues par certaines personnes, qui à partir d'une certaine heure, elles ont un poil dans la main, ne l'ont pas trop aidée, et donc pas très cool, car elles sont plus en train de papoter, il faut vraiment crier à l'aide s'il y a besoin, quoi mais elles te voient bosser toute la nuit et elles, elles restent dans leur fauteuil, cela ne les dérange pas des fois, mais bon, cela dépend des caractères de chacun et tu ne peux pas, je dis, il faut prendre ce que l'on a, mais surtout ne pas se prendre la tête car cela ne sert à rien, cela n'avance pas, et après on ne prend plus de plaisir à son*

travail (...), elle (sa collègue) avait été surprise par les comportement de certaines infirmières et au point, à se demander si elle n'allait pas changer de poste ». Nous percevons que l'ambiance d'une équipe reste primordiale et favorise ou non la pluridisciplinarité et la qualité des soins mais aussi conditionne certaines postures d'infirmières. Elle peut également correspondre par certains aspects à une violence symbolique (Bourdieu, 1980) existante d'une manière implicite dans certains services.

La réalisation du soin est aussi en lien avec l'ambiance entendue dans un couloir. Si les infirmières perçoivent des bruits comme les sonnettes, un va et vient incessant dans le service, cela peut leur imposer d'être plus rapides dans leur geste et prendre moins de temps avec les patients.

Le regard que portent les soignants sur ce qu'ils attendent de leur collègue et de la prise en compte de leur tempérament jouent aussi sur le fait qu'ils soient touchés par cette ambiance et donc sur leur posture de travail : « *je viens pour travailler, si on me fait la tête, on me fait la tête, si on me parle, on me parle, si on est joyeux, on est joyeux, moi, aussi, j'essaye d'être constante mais il y aura aussi peut-être des jours, je serai un peu plus fatiguée, un peu plus bougonne, donc, j'essaye d'être à peu près constante dans mon boulot et c'est le principal, voilà* ». Quelques infirmières évoquent le fait que certaines de leurs collègues » *ne voulaient pas changer, ne voulaient pas évoluer* » mais qu'a contrario, elles pouvaient rencontrer des infirmières volontaires et désireuses de transmettre : « *elles sont dans un échange, elles m'apprenaient et vu ma motivation, elles avaient encore plus envie de m'apprendre* ».

En synthèse, le travail d'équipe est un élément essentiel dans l'initiation de gestes infirmiers par imitation et par immersion. Il favorise aussi l'apprentissage de normes implicites d'un groupe dans le cadre d'une culture de service mais aussi du fait de connivences entre quelques soignants. Cela crée une certaine dynamique de groupe dont les résultats sont plus ou moins favorables à la création d'une ambiance sereine ou au contraire détestable. La réalisation des gestes et l'adoption d'une certaine posture sont ainsi les résultantes d'une succession de micro-cultures et de sous-cultures de bricolage en action.

6.1.2.3 Un lieu de prise d'autonomie et de responsabilité

Au-delà des collègues paramédicaux, la relation de confiance avec les médecins et les internes joue aussi un rôle prépondérant dans l'ambiance du service et la capacité des infirmières à pratiquer leurs soins : « *Cela dépend des médecins, voilà, c'est vachement dépendant des médecins (...) Dans un service, j'avais que des médecins chefs, médecin chefs qui avaient 40-50 ans donc eux ils savent tout, ils sont médecins, c'est normal, ils ne sont plus internes, dans la pratique, il y en a qui sont plus ou moins bons, il y en a qui sont très bons en théorie, mais nuls en pratique, voilà, comme toute personne ».* Elle poursuit en expliquant comment elle obtient la confiance des internes *:* « *on rigolait car on voyait assez rapidement qu'ils ne nous faisaient pas confiance, qu'ils nous, qu'il y avait un rapport qui n'était pas là, qui n'était pas super sympa, et tout ça et finalement, on les réveillait tout le temps, et donc (rire) pour leur demander la moindre chose parce qu'on voyait qu'ils n'avaient pas confiance en nous, donc on les appelait, donc à un moment, ils comprenaient, qu'il fallait peut-être qu'ils nous fassent un peu plus confiance, parce que les autres collègues qui nous faisaient confiance, eux, ils n'étaient pas réveillés, donc ils comprenaient facilement l'intérêt (rire) de nous faire confiance ».* On perçoit ainsi que la confiance est aussi une question de priorisation des besoins d'un individu et dans le cas des internes : obtenir du repos et une certaine économie de soi.

Au regard de leurs discours, les infirmières sont unanimes dans le souhait que les médecins leur fassent confiance, notamment car elles sont conscientes d'être davantage en relation avec les malades : « *bon, voilà, moi je ne suis pas du genre à me mettre en avant, (...) quand j'appelle et je dis qu'il y a un truc qui ne va pas, j'aime bien que l'on prenne en compte, ce que je dis (...) donc je ne suis pas médecin aussi, mais au vue de mon expérience, j'ai vu c'est ça ou ça, qu'il faut faire plutôt que ça ».* Beaucoup disent ne pas avoir une grande confiance dans certains médecins. Certaines expliquent encore une fois ce qu'elles mettent en place pour se faire entendre : *« je l'ai tellement embêtée, que j'ai été obligée (rire), j'ai insisté pour qu'elle appelle d'autres médecins, qu'elle appelle truc, car je savais que mon patient n'allait pas bien, qu'il y avait un truc qui n'allait pas, j'ai vraiment insisté un peu plus parce que voilà, tu sais que, elle me dit on verra ça demain, à non, à non, on verra ça ce soir (rire), donc vraiment il y en a tout de suite, il faut vraiment donner des arguments très forts pour pouvoir avoir quelque chose, pour obtenir quelque chose d'eux et il y en a d'autres qui voient que tout de suite, ils voient que c'est grave et des fois, ils ne peuvent pas tout savoir, donc on appelle le*

chef, et je sais que certaines collègues, je ne l'ai jamais fait, elles sont passées derrière l'interne pour appeler le chef, normalement c'est à l'interne d'appeler le chef ».

De par leur discours, nous comprenons aussi que certaines disent choisir un type d'activité ou un service, comme le fait de travailler la nuit ou en libéral ou en pool, pour favoriser une vie familiale mais aussi afin de leur permettre d'adopter un comportement plus en correspondance à la représentation qu'elles se font de leur métier, et parfois de répondre à leur besoin d'autonomie : « *le milieu de la nuit mais finalement, cela me convient très bien du fait qu'il y ait moins de bruit, que l'on ait plus de responsabilités, on est tout seul des fois sur certains trucs mais il y a toujours les collègues comme on est en réa aussi à côté, mais on n'est pas pressé par les médecins, à droite à gauche, on gère notre patient et on appelle vraiment si on a besoin, on est un peu plus autonome* ».

En synthèse, la notion de confiance entre infirmières mais aussi avec les médecins est régulièrement abordée, notamment pour évoquer leur besoin de réciprocité, de coopération et d'autonomie dans leur soin, d'avoir plus de responsabilités dans leur prise de décision et d'aller parfois au-delà de leur rôle propre. Le choix de leur service ou de leurs horaires peut s'expliquer notamment par cette recherche.

6.1.2.4 Une reconnaissance

La plupart des infirmières se sont spécialisées dans certains publics, gestes ou postures et leurs collègues font appel à elles en cas de besoin car elles ont acquis une certaine expertise : « *j'ai toujours mes traumatisés crâniens que j'adore (rire) (...) souvent mes collègues se moquent de moi, tiens tu as encore un petit traumatisé, j'aime bien. (...). C'est ça qui est bizarre, c'est que les traumatisés crâniens, mais les collègues, c'est avec eux qu'ils ont plus de mal, c'est une prise en charge plus lourde, qui est plus lourde psychologiquement, parce que souvent, ce sont les plus jeunes et malheureusement, moi, je me suis habituée car il n'y avait que ça* (dans son ancien service) ».

Les infirmières évoquent aussi l'importance pour elles que l'on écoute leur perception pour le bien être du patient et donc la reconnaissance d'une certaine expertise par les membres de leur équipe et en particulier les médecins : « *par contre, quand j'appelle et je dis qu'il y a un truc qui ne va pas, j'aime bien que l'on prenne en compte ce que je dis ».* Comme tout à chacun,

elles ressentent le besoin d'être valorisées sur leurs compétences techniques mais aussi leur capacité d'observation et d'anticipation acquise par l'expérience. Une infirmière en parlant des internes explique « *parce qu'ils ont aussi moins d'expérience dans certains domaines et en plus, il y a certains internes, qui sortent tout juste, qui commencent tout juste, donc ils ne peuvent pas tout savoir et c'est normal et en plus, nous on a le ressenti, on est avec le patient, les médecins ils passent juste de temps en temps et ils les voient de loin, et nous on ressent plus les choses, s'il y a un truc qui ne va pas, on le ressent un peu plus, on ne note pas que des chiffres, on est là aussi devant le patient, on voit un truc qui ne va pas, il a l'air moins bien. Cela m'est arrivé une fois et je m'en souviendrai toujours, un très très bon médecin et franchement, c'est un très bon médecin et donc dès que l'on l'appelait, il venait il n'y a pas de souci, et je lui dis, il y a un patient, je le sens pas, il ne va pas bien, il fatigue, et puis il a été le voir et il me dit oui, ils se fatigue, il tousse, il avait des gros problèmes cardiaques, et je lui dis, il va s'épuiser, il me dit non, il a été le revoir, il m'a dit, cela devrait aller, et il s'est couché. Une heure après, (...) je l'ai appelé en catastrophe car il était en arrêt respiratoire suite à un effort, il a été à la selle, c'était l'effort de trop, et il se fatiguait, je pense que ce monsieur est mort car il avait de trop gros antécédents, le médecin est venu, on l'a intubé et tout et puis après, il m'a dit j'aurais dû t'écouter* ».

En synthèse, l'expérience des infirmières leur permet d'acquérir des compétences tant dans leur geste que dans leur capacité d'observation et d'anticipation, ce que certaines évoquent comme « sentir les choses ». Elles ressentent le besoin que cette expertise soit reconnue, et plus particulièrement par les médecins. Elles ont besoin que ces derniers aient confiance en elles pour s'autoriser à aller plus loin dans leur geste et répondre à leurs attentes de coopération, de réciprocité, d'appartenance.

6.1.2.5 Une réaffirmation de ses valeurs

Le travail d'équipe permet aussi aux infirmières d'identifier les valeurs auxquelles elles sont attachées en tant que personne et soignante.

Certaines évoquent la difficulté de faire face à l'acharnement thérapeutique de leurs collègues : « *je me suis énervée contre les médecins quand ils s'acharnaient aussi parce que des fois on se dit, bon c'est foutu, mais les médecins ils s'acharnent car malheureusement il a 20 ans.* » même si c'est toujours difficile de laisser mourir un malade *« on peut aussi le lui*

laisser des chances mais ils ne se rendent pas compte aussi que la famille, elle doit récupérer quelqu'un (un traumatisé crânien) qui n'est plus du tout la même chose, (...) après je ne suis qu'une simple infirmière, donc ils ne m'écoutent pas forcément (rire) mais donc quand je suis énervée, je le dis, je le dis assez rapidement au médecin, alors je leur dis mais pourquoi s'acharner et puis moi, cela me soulage mais après, c'est à eux de faire leur choix, et tout ça, mais c'est pas, je sais que pour les médecins, c'est hyper dur de gérer tout ça et puis les familles qui veulent toujours… ».

En synthèse, nous pouvons percevoir que se jouent aussi au sein d'une équipe, la liberté d'exprimer ou non des émotions, des conflits de valeurs, des responsabilités différentes et le rôle des demandes des familles dans le soin du malade.

Nous entendons dans certains discours que des équipes n'offrent pas la possibilité d'exprimer ses ressentis devant des situations pénibles. La réserve est de rigueur même lorsqu'une infirmière se sent très émue par la souffrance ou l'agonie d'un malade. Pour être jugée comme une infirmière professionnelle, elle doit demeurer inébranlable. Or on entend aussi que l'infirmière demeure un être humain qui vibre avec ce que vit le malade et certaines s'autorisent à l'exprimer. Cela crée une perception de son rôle, des postures qui peuvent être différentes mais aussi des incompréhensions dans les relations entre soignants.

6.1.3 Un métier d'expériences singulières

L'évocation des expériences des infirmières démontre qu'elles doivent constamment faire face à des situations qui peuvent paraître similaires mais qui sont au regard de l'environnement de la journée, dynamiques et parfois inédites, ce qui explique la complexité de leur métier.

On comprend que les gestes sont très peu enseignés à l'école, mise à part des protocoles comme l'asepsie : *« Comment cela s'est passé, bon forcément, à l'école il n'y a pas de cas concrets, donc tu ne l'apprends qu'en stage. »* ou *« Pour la sonde, c'est surtout de ce que j'ai appris dans les services même si on l'a vu un peu et puis par mon expérience aussi. »*

Nous percevons aussi dans leur discours que ce qui leur a été enseigné à l'école ne correspond pas toujours à la réalité, à la singularité des personnes et qu'elles ont dû apprendre « *sur le tas* » : « *c'est des livres qui disent (...) faut faire comme-ci, comme ça. (...) les livres, c'est bien, il y a les grandes lignes, mais il y a quand même la personne, mais je n'ai jamais trouvé un livre qui correspondait à une personne ».*

Outre le geste, la relation à l'autre est aussi apprise par l'expérience car elle est encore une fois peu enseignée : « *moi, je crois qu'à l'école d'infirmière, il devrait nous faire une formation, une formation, je ne sais pas comment dire cela, mais en tout cas, travailler sur l'empathie, on devrait avoir une heure d'empathie tous les jours, enfin toutes les semaines au moins (...) on devrait avoir des cours pour mettre la distance, pour travailler l'empathie, mettre de l'empathie consciente en tout cas* ». Certaines infirmières évoquent certaines difficultés à ce sujet : *« des personnes trop sensibles ont du mal à garder de la distance au moment des soins et à mettre la juste distance et d'autres personnes sont un peu trop dans le régal de se faire des soins techniques ou que cela leur est égal de faire mal ou pas* ». Revient dans le discours de certaines soignantes l'apprentissage de demeurer inébranlables face à la souffrance du malade.

Ainsi, nous percevons à la lecture de leur verbatim que leur regard sur leurs soins est conditionné par les représentations qu'elles ont acquises de par leurs expériences sociales, culturelles, institutionnelles et pour certaines dès leur enfance : «*je ne suis pas certaine à 100 % que l'allopathie peut guérir les gens (...), c'est toujours par rapport à mes croyances, c'est ce truc allopathique, ce n'est pas forcément bon, cela va guérir une chose et cela va en détruire une autre.(...) je me rappelle ma grand-mère, elle allait tous les jours voir le médecin et elle revenait tous les jours avec un sac de médicaments énormes (rire) et elle lisait tous les effets indésirables et elle jetait tout le sac de médicaments à la poubelle et je me disais bon, (rire) et les effets indésirables, il y en a un tas. ».* Une majorité de soignants n'ont pas toujours confiance dans l'allopathie (Q19). Ces constructions ont un impact très fort sur leurs gestes et sur la relation au patient, comme nous le verrons tout au long de la présentation de ces résultats.

Certains gestes peuvent être appris pour la première fois sur des personnes inconscientes : *« Alors là, c'est une question, je ne serai pas la première fois. C'est possible que cela soit sur un patient qui n'était pas conscient quoi, c'est possible parce que j'ai un vague souvenir d'un*

patient à qui je devais poser une sonde en urgence ». On peut s'interroger si l'apprentissage d'un geste intracorporel dans ces conditions favorise la pratique d'une réification du corps mais aucun soignant ne l'a évoqué. Seul l'infirmier dont les verbatim ont été énoncés précédemment aborde le fait qu'il ait lu des études démontrant que le malade malgré son coma peut ressentir des sensations mais est en incapacité de les extérioriser.

Ainsi, ce métier s'acquière par l'accumulation de nouvelles expériences : « *le geste, tu le développes et tu l'améliores avec le temps, donc c'est comme pour les prises de sang, (...) il y a des bases mais avec l'expérience en fait, tu expérimentes sur le temps des trucs ».* Les infirmières renouvellent sans cesse leurs compétences par la singularité des gestes et des relations qu'elles nouent avec les malades (Q8) : « *c'est curieux mais ce que l'on appelle l'expérience quoi, avec l'expérience, chaque individu nous a permis de nous rendre compte de quelque chose, de bien ou moins bien et du coup, on les retient et donc le patient que l'on voit après en fait, il bénéficie de tout le savoir que l'on a accumulé, toutes les choses que l'on a réajustées en terme de façon de faire et tout, et donc, comment on dit, en termes de réussite du soin, je pense qu'avec le temps et l'expérience, du coup tu vois le pourcentage de réussite, chez moi, il augmente, tu vois.* »

Ces expériences permettent d'acquérir des connaissances et créer des connexions neuronales favorisant l'anticipation face à des aléas : « *je suis en capacité de créer des liens quand je dis de savoir des choses, c'est ça, et faire des liens, j'ai tout de suite trouvé. Là-dessus, j'ai de la chance, c'est la mémoire visuelle, tout ce que j'ai vu, je retiens et c'est vrai que dans mon activité, cela aide. Même s'il y a des choses que je n'ai jamais fait, des protocoles et autres, je vois directement où cela amène, je fais des liens, j'anticipe tout cela et donc cela me permet d'aller plus vite, de mieux faire et de mettre en confiance le patient* ». Une infirmière évoque le fait que cette capacité est pour elle essentielle « *pour moi en tant qu'infirmière, le plus dure, c'est de tout comprendre, de faire les liens, les pathologies, le mental aussi, tout ça* ». Elle considère que la réalisation d'un geste est essentiellement une capacité à suivre un protocole : « *un geste, (...) c'est juste un protocole, c'est comme monter un meuble, il y a peu de chance que l'on se loupe si on fait étape par étape* ». Elle dit : « *Je veux apprendre à mes étudiants, c'est quand on pose une sonde, il y a plein de chose derrière et donc je veux qu'ils me parlent de tout cela et pas le geste. C'est tout le sens, la procédure plutôt que le geste. ».* Cependant et nous l'avons déjà évoqué, leur discours démontrent que la réalisation d'un soin est en lien direct avec le lieu où est appris et ou s'exerce ce soin. Or les recommandations de

bonnes pratiques d'un soin ou d'un geste divergent d'un service hospitalier à un autre. De même, nous percevons que le geste ne correspond finalement pas à la simple mise en place d'un protocole.

C'est pourquoi, les gestes d'une infirmière à une autre, peuvent être différents même ceux qui peuvent être enseignés à l'école. Cette différence peut être due à leur apprentissage mais également au sens qu'y mettent les infirmières : « *par exemple, moi je nettoie bien une première fois et c'est tout. Il y en a, elles passent encore un coup alors qu'elles sont toutes en stérile et moi non, parce que je trouve que c'est source d'erreur. Remettre une compresse, on va peut-être retoucher sans le vouloir, cela va toucher la fleur vaginale et voilà, il y aura peut-être des microbes et voilà, donc ça c'est vrai, quand elles sont à plusieurs, elles le font* ». On peut identifier également que selon les conditions de travail ou l'entourage de l'infirmière, elle peut accepter que son geste diffère *« si j'ai mon aide-soignante, elle peut le faire, mais moi toute seule, je ne le fais pas, je désinfecte tout bien après* ». Ainsi, chaque infirmière réalise des gestes singuliers alors qu'ils peuvent sembler identiques pour les non-initiés ou que certains soignants et formateurs pensent qu'il s'agit uniquement de faire des liens au regard d'un script.

En synthèse, le métier d'infirmière s'acquière essentiellement par des expériences singulières auprès des malades qui sont généralement peu abordées à l'école. L'accumulation de ces expériences leur permet de créer du sens et des gestes qui leur sont propres. Il s'agit donc de gestes sur mesure mais dont les différences sont parfois peu visibles. Considérer la réalisation d'un geste comme le seul fait de suivre un script enseigné et avoir une capacité à faire des liens est un leurre.

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 6.1

Nous pouvons retenir que toutes les infirmières choisissent leur métier pour aider, se sentir utiles dans la société. Elles ont aussi toutes un double objectif : la réalisation de leur soin mais aussi l'instauration d'une confiance auprès du malade pour le bien de ce dernier. Pour cette raison, elles endossent une identité professionnelle avec des invariants génériques de ce métier en pensant répondre ainsi à des comportements spécifiques attendus par le malade, son entourage, son équipe et l'institution où elles exercent. Cette identité collective est assurée par des rhétoriques d'action spécifiques qui fonctionnent comme des modes partagés de construction de sens autour de l'intervention de soin. Ainsi, elles souhaitent toutes devoir se montrer professionnelles. Les aspects énoncés pour favoriser ce professionnalisme sont : respecter l'asepsie dans leur soin, représenter une certaine autorité et expertise, proposer des solutions au malade, savoir faire face à l'impudeur et la souffrance en cachant leurs émotions et réaliser leurs soins selon un certain rythme pour finir leur tournée/consultation à l'heure.

Elles ont ainsi chacune une représentation de leur métier qui peut sembler identique mais on perçoit néanmoins que leur profil professionnel leur est propre. Outre l'identité collective, elles ont leur propre éthos au regard du sens qu'elles mettent dans leur métier, leur regard sur le malade ou les priorités qui sont les leurs. Leurs représentations et leurs expériences, leurs appétences pour un rôle (cure ou care) et des services, leur ancienneté et leur vie familiale finalisent la forme de leur métier et conditionnent la réalisation de certains gestes et l'engagement dans une certaine posture.

Un autre aspect important du métier d'infirmière est le travail d'équipe. Il crée une certaine culture, des normes implicites. Or la réalisation d'un soin est aussi en prise directe avec le lieu où s'exerce ce soin. La composition du groupe, l'organisation, l'ambiance et les pratiques médicales sont très variables d'une institution à une autre. Le travail d'équipe est favorable lorsqu'il permet d'unir les soignants dans des buts communs, notamment le développement de la confiance, une stabilité d'intervention et une relève dans un système où la mouvance du personnel est courante. Ce travail collaboratif peut permettre une certaine dynamique de groupe, une sécurité, un sentiment d'appartenance, une pluridisciplinarité, une répartition des tâches selon les compétences et les expertises, une certaine attention pour limiter les négligences individuelles. Il permet de répondre à un certain nombre de besoins comme le partage, les apprentissages, la réassurance, la prise d'autonomie, une évolution personnelle et

professionnelle. Il participe à la motivation d'exercer en tant qu'infirmière. Reconnaître et recourir aux compétences de chacun est un bon moyen de favoriser la solidarité dans l'équipe. Néanmoins, comme dans toute structure, le travail d'équipe est aussi source d'inconvénients qui peut provoquer aussi de la souffrance. Elle semble être présente quand l'équipe est constituée d'une juxtaposition de soignants formés par les aléas de l'institution sans tenir compte des complémentarités de personnalité, de formation et d'expérience. Il n'y a pas d'esprit d'équipe, de discipline de groupe, la communication est défaillante et le respect des autres est faible. Des conversations personnelles trop longues, des désaccords ou des rivalités entre soignants, notamment d'ordre hiérarchique, une certaine indisciplinarité, la disparition de moments de communication en commun entretiennent ce climat tendu.
On perçoit ainsi que le travail d'équipe exerce plusieurs fonctions : une réassurance, un lieu d'apprentissage et de partage, un lieu de prise d'autonomie et de responsabilités, un lieu de reconnaissance mais aussi de réaffirmation de valeurs. Mais, il peut aussi provoquer une certaine souffrance. Les aspects relationnels sont très importants dans une équipe mais cela peut créer aussi des situations de tension très fortes.

Outre une accumulation de micro-cultures, le métier d'infirmière s'acquière par un apprentissage en situation auprès des malades favorisant l'accumulation de nouvelles expériences singulières et la création de gestes qui leur sont propres. Ces gestes sont conditionnés par leur histoire personnelle, la manière dont elles vivent les soins qu'elles exercent. Outre le fait de correspondre à leur métier, les infirmières cherchent aussi à répondre à certaine identité personnelle en agissant parfois d'une manière cachée, chacune ayant des priorités qui lui est propre.
Toutes ces expériences produisent dans le cerveau des infirmières des connexions neuronales leur permettant de planifier leur geste, d'anticiper les aléas et de créer des gestes sur mesure au regard de l'environnement qu'elles rencontrent.

6.2 Du passage d'un geste prescrit à la réalisation d'un geste sur mesure

6.2.1 La tournée des soins

Dans l'organisation du travail des infirmières, le médecin prescrit les soins (et examens) et le personnel infirmier est chargé de les administrer tout au long de sa « journée » de travail. La forme prise par la prescription médicale va participer au rythme de la journée. Ainsi généralement, les infirmières notamment hospitalières prennent connaissance - après le «*passage de relais*» - des soins qu'elles vont devoir effectuer.

Chaque service hospitalier a des priorités en termes de soins, ce qui conditionne aussi le stock en matériel. Pour les infirmières hospitalières, cela peut nécessiter de préparer leur chariot de soins. Débute alors leur premier tour. Il correspond au premier jalon. Un second tour puis parfois un troisième tour vient poser le cadre de leur travail. Les tours peuvent se ressembler dans les contenus des actes ou au contraire différer. Il n'y a pas de règles concernant le nombre de tours. Il semble dépendre des habitudes prises au sein du service et de l'intensité des soins (un tour toutes les deux heures en réanimation). Dans le monde du travail soignant, les tours séquencent la journée. On commence sa journée par « le premier tour » et on termine par un « dernier tour ». L'objectif de ces tours est défini préalablement. Le 1er tour peut être celui des médicaments tandis que le second est consacré aux pansements ou aux gestes invasifs, le troisième s'il reste du temps à de l'éducation ou du relationnel *« Par exemple, moi, je suis dans le principe, ma journée, j'ai tout cela à faire donc je ne vais pas dans différents créneaux, je vais tout faire en un certain temps parce que je sais que j'ai le temps, je ne vais pas me prendre des petites pauses, et ensuite quand tout sera fait, je prendrai le temps pour des choses moins techniques ».* Dans ce cas, chaque tour correspond à un type de soins. Mais les tours peuvent aussi – selon les services et les types de soins – se répéter et correspondre essentiellement, par exemple, à des prises de constantes et à l'administration de traitements. On perçoit que les habitudes de tour sont différentes d'un service à un autre *« il y a des services, alors les gestes sont les mêmes, mais les habitudes sont différentes par exemple, les soins ont fait à cette heure-là ou cela à cette heure-là* ». Le temps du relationnel est très peu évoqué et semble rarement inclus dans les tours. Ces tours conditionnent aussi le temps des pauses.

Pour les infirmières en ambulatoire ou à domicile, le rythme de travail est aussi conditionné par un planning avec des horaires de consultations, où un retard entraîne du stress pour le soignant car il sait qu'un malade l'attend à un certain horaire.

En synthèse, nous percevons que l'organisation de la tournée fait partie du quotidien des infirmières. Elle consiste à définir la priorité entre leurs tâches, à décider du temps à passer à chacune, à décider éventuellement de l'abandon d'une tâche.
Leur tournée correspond à l'abstraction et la planification de leur journée faite de représentations anticipatrices hiérarchisées (plans) pour guider leur activité. Cette planification est réalisée selon une attitude d'évaluation positive ou négative de la situation, la perception de la pression sociale de leur institution et le contrôle perçu que les infirmières estiment avoir sur leur comportement/leur geste et la possibilité de choisir le moment opportun pour réaliser leurs actions.

Nous avons vu que chaque geste intracorporel est singulier au regard de la prescription demandée, de l'environnement/ambiance de travail, du lieu où se déroule le geste et de la relation entre soignant et malade. Le discours des infirmières démontre néanmoins qu'elles respectent toutes un certain nombre de schémas pour y parvenir et qu'elles sont toutes conscientes qu'elles visionnent des étapes préalablement dans leur tête : *« pour moi, c'est primordial d'avoir des étapes et d'anticiper, cela me permet que si une étape, je ne l'avais pas prévue et bien j'ai le temps car j'ai anticipé sur autre chose, sur une autre étape ».* La réalisation d'un geste intracorporel est favorisée par une préparation mentale spécifique de déroulement des étapes de l'intervention à la lecture de la prescription.

6.2.2 A la lecture de la prescription

Les infirmières interviewées réalisent généralement leur geste intracorporel dans le cadre de la prescription « *Il me faut d'abord la prescription* ». Leur geste débute au moment de sa lecture avec un processus de simulation mentale (Q76) : *« Maintenant, j'ai le réflexe de tout contrôler, de voir mon soin dans ma tête, on prend ça, on fait ça, on fait si, après je fais ça, quand je fais ça, bon voilà, bon et donc il ne me manque rien, donc je peux me mettre mes gants ».* Cette hypothèse est confirmée par l'ensemble des infirmières de l'enquête quantitative (Q10). Elles se représentent ce geste sur le malade et toutes les étapes du soin : « *je sais que l'aiguille déjà, elle est longue, donc je sais que cela fait mal* ». Elles expliquent

toute la création du process de la pratique du geste demandé en identifiant l'ensemble des étapes comme le matériel dont elles auront besoin « *Je lui ai demandé est-ce que tu veux une sonde en particulier* ». Elles anticipent également la position du corps du malade mais aussi le leur et les gestes qu'elles doivent opérer.

Une très grande majorité des infirmières qui ont répondu à l'enquête quantitative confirment qu'en fonction des étapes de leur geste, elles portent leur attention sur différents paramètres/stimuli (Q77). Ainsi, au regard de ce qui leur est demandé, elles doivent anticiper ce qu'elles doivent identifier, préparer avant et après leur geste au regard d'un script mental. On perçoit notamment qu'elles y mettent un sens et que leur soin doit répondre à une certaine logique *: « Ce n'est pas le fait de poser la sonde qui est le plus important, c'est de comprendre à quoi cela sert de la poser, donc il y a plein de choses derrière tout cela. Par exemple, si l'on pose une sonde d'alimentation, il y a tout ce qui est autour du geste qui est important, plutôt que de dire, je vais vous poser cela dans le nez, cela va passer dans la gorge, avalez. On met cela mais qu'est-ce que l'on vérifie, on l'a posée au bon endroit, parce que si tu mets un liquide dans les poumons, cela permet quoi, donc il faut faire une radio, donc qu'est-ce qu'il faut prévoir quand on pose une sonde, c'est de prévoir une radio, la radio, il faut qu'elle soit vue, donc il faut anticiper tout cela pour pouvoir lui mettre son alimentation, on lui met une alimentation, parce qu'il est dénutri, donc s'il est dénutri, c'est qu'il y a autre chose, est-ce que dans les veines, il peut être aussi déshydraté donc voilà, et puis ces pieds, il y a un risque d'escarre, donc on regarde son corps ».*

Ces solutions sont en partie disponibles, puisque standardisées (matériel existant, une procédure enseignée ou apprise par l'expérience, la connaissance d'une position du corps ou du geste qui lui convient le mieux). Les infirmières ont de fait la capacité de construire, à partir de leurs représentations et de leurs connaissances, la situation pratique exigée selon une démarche de planification, de type inductive en recourant à un savoir global, mais aussi en appréhendant les aspects du geste intracorporel dans sa globalité, notamment par rapport à l'émotion que cela peut provoquer : « *(Cette boule au ventre) elle apparaît dès que je vois la prescription et je me dis, voilà il faut que je fasse la piqure et je me dis, voilà, il faut que je me prépare (rire)*». Elles préparent ainsi leur geste mais aussi leur comportement externe et interne.

Elles imaginent aussi le moment de l'intrusion selon le geste à réaliser, qu'elles ont catégorisé selon les difficultés qu'elles perçoivent au regard notamment de l'urgence, du matériel à utiliser, du malade, des effets secondaires. Une infirmière évoque les éventuels risques d'une

surdose « *le biprofénide, si on en met trop du produit, on peut avoir des hémorragies* », de l'évolution possible de la situation et des scripts en identifiant des limites « *au bout de 3, j'arrête* » ou au regard de stimuli pré-identifiés.

La part d'improvisation est pour certaines réduite à son minimum. L'instabilité ordinaire du travail, les aléas de la préparation du matériel sont presque totalement maîtrisés.

Pour d'autres, c'est moins le cas en raison des changements qui sont liés à l'organisation de leur service et du fait qu'elles travaillent dans différents services. Ainsi, deux infirmières racontent que la planification de leur geste sera différente en fonction des médecins qui ont prescrit les soins et que parfois, elles doivent répondre à la demande de quatre médecins dans une même tournée et qui ont tous des exigences particulières.

Elles évoquent aussi que le prescrit est parfois imparfait. Les prescriptions débouchent sur des techniques à appliquer sans toujours tenir compte de la singularité des personnes présentes ou du matériel à leur disposition.

La plupart des infirmières lisent le dossier médical du malade. Une infirmière formée à l'éducation thérapeutique évoque néanmoins le fait qu'elle s'autorise à faire autrement pour éviter tout jugement et toute routine liée à ses représentations : « *J'essaye de pas du tout projeter ce qui va se passer en fait ou ce que je vais rencontrer avec un patient et je m'aperçois avec les années que je ne regarde jamais le dossier du patient, (...) cela apparaît presque antiprofessionnel dans la profession. Mais en revanche, moi, je vois bien quand on regarde le dossier du patient, on se fait une idée, on se fait une représentation du patient et donc après on a du mal à en sortir quoi. (...) Je n'ai pas peur de lui dire que j'ai oublié ou j'y étais plus. Mais je me dis, la prise en compte de l'ici et maintenant, elle est authentique quoi, ça c'est important. Donc je regarde le dossier mais après coup. Donc, tu vois, c'est un détail qui est important pour moi.* »

Cette simulation est plus ou moins réfléchie selon l'habitude du geste. *« Eh bien, il y a des endroits, cela devient quand même une routine, où on ne se dit plus rien. »* Notamment, tout ce qui est en amont du geste peut être considéré comme automatique si l'infirmière le réalise très souvent et que ce geste ne pose pas de difficultés particulières ou si elle ne doit pas faire face à un aléa. Une infirmière explique que lorsqu'elle est dans un poste où elle doit poser des

packs auprès de malades qui viennent pour une chimiothérapie, son travail en continu ressemble à « *un travail à la chaîne* » et que la préparation du matériel se fait dans un mode automatique.

A contrario, le fait de moins réaliser un geste ou qu'il y ait une difficulté qui ressort dans la simulation du geste impose à l'infirmière une certaine réflexion : *« oui, surtout maintenant que je ne le fais plus aussi souvent, avant c'était automatique (...) maintenant, j'ai besoin que ce soit clair dans ma tête, cela me permet de prendre du temps pour réfléchir et pas faire d'aller-retour ».* C'est important pour elles de bien préparer leur matériel car elles ont notamment en tête la nécessité de ne pas perdre de temps dans leurs allers-retours et de conserver leur geste et matériel stériles pour éviter les infections *« parce que c'est en stérile, donc si je dois rebouger et puis ce jour-là, je sentais que j'allais avoir personne pour m'aider »* car elles doivent tout recommencer en l'absence d'une assistante.

Ainsi elles évoquent l'importance de pouvoir compter sur une collègue dans la planification de leur geste : « *C'est-à-dire que dans le service où il y a une seule infirmière, elle va se dire bon, c'est moi ou moi, donc plus de pression mais aussi plus de confiance* ».

On entend aussi que les infirmières planifient un endroit précis qui les coupe de certains stimuli « *même aux urgences, c'est flou, il y a du monde partout, mais mon geste, il y a un endroit où c'est délimité pour moi. Et moi, cet endroit, c'est mon plateau* ». Cet endroit leur permet de se focaliser sur leur geste « *quand je regarde son bras, c'est comme si je le scannai dans un rectangle afin d'identifier le bon endroit où je vais piquer* ». Cette affirmation a été validée par une majorité d'infirmière (Q86).

L'ensemble de ce geste est à ce point planifié qu'une majorité évoquent un moment opportun dans leur tête pour la réalisation de leur geste (Q87) : « *je sais que c'est maintenant* » et que certains aléas peuvent les couper dans le déroulé de leur action : « *cela m'agace si je dois tout ranger. Voilà, je me dis déjà il faut que je range son adaptable, je mets où ses bouquins, alors que moi, j'arrive pour faire mon geste et cela me coupe un peu ».*

En synthèse, grâce à ses connaissances déclaratives (valeurs, représentations, normes…) et procédurales, l'infirmière, à la lecture de sa prescription, planifie son geste dans un niveau

macro. Elle anticipe ce qu'elle doit identifier comme variables favorisant ou non son geste, ce qu'elle doit préparer avant et après son geste.

Ainsi, nous percevons que son geste intracorporel est sous-tendu par des buts et des variables génériques mais qui sont eux-mêmes sous-tendus par un contrôle volitionnel (Ajzen & Fishbein, 2007), c'est-à-dire que l'infirmière cherche à savoir si elle a les moyens de pratiquer sa prescription comme elle l'entend. Si les variables sont peu évolutives, sa planification est moins réflexive et elle a le sentiment d'être dans un mode automatique.
De fait, l'infirmière possède différents types de scripts dont certains sont des habitudes qui nécessitent peu de ressources cognitives et de sensations.
Dans des situations moins maîtrisées, cela nécessite pour elle d'établir des priorités entre des buts contradictoires ou éventuellement la constitution de scripts intermédiaires lui permettant de nombreuses interprétations en fonction de la situation et la diminution d'exigence sur certains objectifs afin de pouvoir s'acquitter de sa tâche. Le geste révèle donc aussi une dimension d'opérationnalité.

Dans la planification de son action, le matériel médical est un autre facteur générique du métier d'infirmière.

6.2.3 La préparation du matériel médical

La préparation du matériel médical est un moment important qui peut se faire avant l'entrée de l'infirmière dans la salle mais aussi devant le malade. Le fait que le matériel soit disponible, facilement accessible et que l'infirmière le connaisse va faciliter le geste. A contrario, cela peut créer des aléas dans la planification projetée par l'infirmière ainsi que des représentations et des émotions supplémentaires : « *Dans le service d'urologie, il y a tout le matériel accessible donc on ne va pas faire des allers retours alors que dans un autre service, en fonction du contexte, si on doit faire un geste qu'on n'a pas l'habitude, et bien déjà, on ne va pas avoir le matériel car ce n'est pas prévu dans les stocks donc après on va essayer d'avoir le matériel (...) oui, j'ai le matériel mais est-ce que j'aurai la bonne sonde, est-ce que cela va bien fonctionner (...), il y a des choses que l'on utilise plus ou moins dans notre pharmacie. On ouvre, on a peut-être du périmé.* (…) *on va peut-être oublier des choses donc cela va faire des allers-retours, et donc le patient va le ressentir, l'infirmière va le ressentir, nous on va voir autre chose et donc cela va compliquer le geste* ».

Comme nous l'avons vu précédemment, quand les infirmières ont une grande habitude du matériel et que les conditions sont favorables à ce qu'elles s'étaient imaginées, elles disent pouvoir réaliser cette tâche sans réelle concentration et parlent d'automatismes : *« avant, c'était tellement instinctif, j'en faisais tout le temps, par exemple les sondes urinaires à gogo, que je ne réfléchissais même plus, touque touque touque, je prends, j'y vais, c'était rare que j'oubliais quelque chose ».* Pendant ce moment, certaines s'octroient la possibilité de parler avec le malade si elles sont dans la pièce.

Néanmoins, si ce geste est très risqué et que le matériel nécessaire est sophistiqué ou si elles en ont peu l'habitude, elles doivent passer dans un mode d'attention spécifique identique à celui qu'elles doivent pratiquer au moment de la réalisation du geste technique et leur laissant peu de place à une autre distraction comme la conversation avec un malade.

En synthèse, la disponibilité ou l'indisponibilité du matériel dont elle a l'habitude, joue dans la planification du geste de l'infirmière et dans sa confiance en elle à maîtriser les risques de son geste. On peut percevoir qu'elle peut activer des automatismes de façon pré-réfléchie dans des situations aux contours relativement connus, lorsqu'elle prépare son matériel sans toucher le malade, ce qui lui permet d'être en communication avec ce dernier.

6.2.4 La rencontre avec le malade

Nous l'avons vu précédemment, la posture des infirmières auprès des malades peut être différente. Nous percevons dans leurs discours, deux type de relations : 1) le patient est passif et l'action de l'infirmière est uniquement la conséquence directe de son observation et de son interprétation immédiate *« en gros, j'ai dit à la patiente directement, non mais écoutez madame, voilà comment on va faire, je sens que vous êtes stressée, que cela vous angoisse »*, 2) les hypothèses de l'infirmière sont issues de la clarification de la situation à partir de l'expression du malade, au regard d'un réel questionnement par une écoute active pour faire verbaliser ce qui existe chez le malade ou ces demandes afin de développer des stratégies d'adaptation à sa situation.

Ainsi, certaines infirmières formées à l'éducation thérapeutique essayent de prendre du temps pour comprendre le malade et l'autoriser à s'exprimer sur son vécu : »*Et j'essaye aussi d'être attentive car je m'aperçois que pour plein de raisons, les gens, ils viennent à l'hôpital de jour, il y a du monde, il faut qu'ils gardent la face, etc. et souvent, il y a beaucoup de zones de vulnérabilités ou des choses importantes doivent être dites et qu'ils ne s'autorisent pas à dire ou des choses comme cela et j'essaie d'être attentive à cela en fait, à ne pas passer auprès de quelque chose d'important, parce que je pense que c'est nous qui devons donner l'autorisation aux gens de se confier. C'est à dire que voilà, il n'y a que nous qui puissions leur dire vas-y je t'écoute, tu peux y aller et que si on n'est pas capable d'exprimer cette disponibilité-là, les gens ils ne peuvent pas s'exprimer, il y a trop de facteurs, soit environnementaux et d'ailleurs quand ils s'expriment, c'est que cela déborde, c'est déjà trop tard en fait et donc, il faut se rendre disponible et l'exprimer assez tôt, ça je vois bien.* ». Elle exprime aussi qu'elle change de posture en fonction de ce qu'elle perçoit afin de s'adapter aux besoins des malades : « *là tout de suite, on bascule sur le risque de mort et là tout de suite, cette personne-là, je sais qu'il faut avoir un temps d'accompagnement, ça je le sais, et donc je me formate autrement dans ma façon de faire, tu vois* ».

Certaines infirmières évoquent aussi le fait de vouloir rencontrer le malade afin de préparer leur matériel et leur geste. D'autres selon les circonstances, n'en ont pas le temps ou la capacité comme un geste effectué à domicile pour la première fois. Leurs représentations du malade se créent à la lecture du dossier médical ou au regard des propos de leurs collègues.

Elles réalisent toutes ainsi une sorte de diagnostic : » *quand je suis en salle par exemple, la chimio IV, où c'est à la chaîne, tout ça, en fait dès que je vais voir les gens, je vais leur dire bonjour, tout ça, dès le début, (...) et là je m'aperçois, je lui pose un peu mes questions clés* ». Cet instant leur permet de se faire un avis sur le patient et d'identifier quel comportement elles doivent adopter : *« mais écoutez madame, voilà comment on va faire, je sens que vous êtes stressée, que cela vous angoisse. (...) je sentais que la dame, il ne fallait pas trop lui laisser le choix, car elle était instable, elle changeait tout le temps d'avis, il fallait que je sois stricte quoi et il y a des patients où il faut être comme cela alors que d'autres, faut les laisser. Ils ne vont rien dire, et puis l'on voit et là faut leur demander si vous avez une veine que vous préférez et là, oui, ils nous disent où il faut piquer ici. Bon oui, ils avaient tout à fait raison alors qu'elle, elle chipotait ».*

Une infirmière explique qu'elle a appris les différents besoins des patients de par son expérience, notamment aux urgences *: « alors, je ne sais pas si cela s'explique mais (silence), je sais pas, c'est peut-être qu'aux urgences, j'ai tellement eu de patients différents, que cela m'a donné des…, j'ai compris à force ».* Elle évoque également ses représentations et le choix de son comportement : *« J'ai des patients qui sont centrés sur eux, qui expriment plein, plein de choses mais...cela exprime qu'ils sont angoissés ou autres, mais c'est des personnes qu'il faut maintenir, en fait, il faut les reconditionner un petit peu. Donc c'est eux qui disent, pas ci, pas-ça mais en fait, de les rassurer, de leur dire, je vous ai entendu, je vous entends, mais faites-moi confiance, c'est un peu les structurer, et eux je sens qu'en général, c'est comme cela qu'il faut aborder la chose. Si on leur laisse trop d'ouverture et bien, ils vont faire n'importe quoi (...) alors que d'autres patients, qui sont plus introvertis, mais on sent qu'ils connaissent les hôpitaux parce que voilà, par leur pathologie, ils se connaissent et on le sent, ils disent, j'ai ci, j'ai ça, qu'ils ont été souvent à l'hôpital, ils te laissent regarder, mais c'est compliqué, et on voit presque rien, je me permets de leur demander, est-ce qu'il y a un endroit où les gens ont plus de facilité. Après, il y a des gens, ils ont l'impression qu'ils connaissent l'hôpital, ils sont extravertis, oui mais non on me pique là au labo alors que non, c'est pas le même geste, c'est pas le même truc, ce ne sont pas les mêmes circonstances, et tout ça, il faut savoir remettre un cadre, ces personnes ont besoin d'un cadre, je trouve ».* Certaines infirmières invoquent ainsi le besoin de maîtriser leur geste et de ne pas toujours agir par rapport à ce que demande le malade *« Ca peut ne pas bien se passer parce que c'est eux qui maitrisent la chose alors que dans un geste, c'est quand même à l'infirmière de maitriser le geste et pas à eux* ».

D'autres prennent aussi conscience qu'elles ont des représentations par rapport à leurs soins, des sensations et qu'elles s'attachent à faire des choses en conséquence : *« moi, je la sens vraiment bien cette veine, alors peut-être que je vais me tromper, je m'en excuse mais on va tenter ».* Mais certaines perçoivent que cela ne correspond pas toujours aux besoins des patients : *« Parce que des fois, on fait des trucs, on se dit, c'est la suite logique mais le patient n'est pas censé être au courant que c'est la suite logique et puis c'est vrai que l'on a aussi nos représentations et on se dit des fois que oui, alors mince, je dois faire ceci à ce patient-là alors que le patient, c'est pas le geste le plus compliqué, lui il s'en moque, enfin il s'en moque, c'est pas ce qui lui fait le plus peur. Par exemple une sonde pour un homme, bon vous êtes sûr, allez aux toilettes ? Sinon, je vais devoir vous sonder alors que pour des patients, ils ont tellement mal qu'ils disent mais sondez-moi et on n'en parle plus quoi ».*

Certaines expliquent aussi qu'elles doivent faire face à des représentations de certains malades sur leur métier comme le fait qu'elles doivent être à leur disposition comme s'ils étaient à l'hôtel ou qu'elles doivent faire face à des propos ou attitudes violentes ou inconvenantes « *oui, c'est l'infirmière qui couche avec le médecin, avec le patient enfin, c'est l'infirmière qui couche avec tout le monde et qui n'a rien sous sa blouse (rire) et ça c'est encore des choses que l'on peut encore entendre* » .

Après cette rencontre, certaines infirmières disent se parler pour préparer ce geste : « *je pense quand même dans ma tête, je me dis, cela le gonfle, ce n'est pas du tout le genre de public que l'on a habituellement, pour autant il est là et donc je me dis, si ce mec il est là, c'est qu'il y a quelque chose, il est pas venu pour rien, tu vois, donc tu vois, je pense cela et donc là, lui je ne vais pas le lâcher, et donc je suis rentrée en lui disant du coup, qu'est-ce qui vous amène.* »

La plupart des soignantes évoquent le fait qu'elles mettent en place des stratégies pour détendre l'atmosphère : « *On va discuter du tout-venant, je vais m'autoriser à dire des conneries.* » et pour ne pas aborder le soin « *Je lui parle de ses vacances afin qu'elle ne pense pas aux soins* ».

Certaines disent faire attention au vocabulaire qu'elles utilisent « *A oui, et bien les patients des fois, ils, déjà on utilise un vocabulaire qu'ils ne comprennent pas donc ils vont penser à autre chose de ce que l'on va faire, donc quand on commence le geste, cela se voit qu'ils ne comprennent pas et qu'ils sont perdus* ». Mais le fait de prendre du temps pour expliquer le soin afin de créer la confiance les coupe dans la planification de leur soin : « *c'est aussi voilà, on arrive, on est sûr de nous, alors qu'eux ne sont pas sûres de vouloir ce que l'on va leur faire, ils sont un peu indécis, ils ne savent même pas trop ce qu'ils font là des fois, donc c'est vrai que cela on le ressent (...) Moi, des fois, j'aime bien ressortir de ça et me dire, est-ce que la patient a compris à quoi cela sert et tout parce que c'est tellement une routine pour nous que j'aime bien expliquer quoi, je vous fais ça mais il y a un but (...) mais cela me sort de ma routine* ».

Comme vu précédemment, certaines expliquent endosser des rôles en fonction des malades : *« C'est tout ce qui l'entoure, ma parole, ce que je dis, des patients qui font des blagues mais je n'ai pas spécialement envie de rire mais bon, je vais faire oui, oui bien sûr et puis voilà, alors*

que d'autres vont m'intéresser, je suis curieuse de la suite de ce qu'ils vont me raconter alors je dis racontez-moi, mais après je pense toujours faire le même geste. C'est la posture qui est différente ».

En synthèse, nous l'avons vu pour engager une attention exogène et prêter attention au malade et à son environnement, cela nécessite que la personne sorte de ses automatismes, notamment de pensées et adopte des scripts singuliers pour chaque malade. Ainsi l'inhibition d'automatismes peut être assimilée comme une gestion de priorités de buts. Parmi ces buts, les infirmières peuvent énoncer le fait de mieux comprendre les besoins des malades (empathie et écoute active), créer de la confiance. Cela peut aussi être le besoin de sortir l'infirmière de ses routines et de trouver un autre sens à ses soins techniques. A contrario, certaines expliquent la nécessité de ne pas toujours écouter le malade pour rester maître de leur geste. Nous percevons que les infirmières doivent éprouver un certain intérêt (Deci & Ryan, 2002) pour leur activité pour qu'elles le priorisent, dépassent les obstacles et changent leurs pratiques.

6.2.5 Le coup d'œil de l'infirmière

Cette rencontre est aussi un moyen d'observer la pièce où auront lieu les soins.

Ainsi, les infirmières évoquent le fait de chercher à savoir si elles sont dans de bonnes conditions pour réaliser leur geste, notamment au regard des bonnes pratiques de soin : « *D'y aller, cela m'a permis vite fait d'observer la chambre (...) Est-ce qu'il y a du bazar sur la table, est-ce qu'il y a de la lumière, est-ce que la dame, elle a l'air d'être conciliante, mobile, la voisine, est-ce que je dois la faire sortir ou juste mettre le paravent, plein de petits détails qu'à force on regarde. (...) J'ai l'habitude de regarder à droite à gauche. On me l'a enseigné car dans la démarche de propreté, il faut que la table soit vide, propre et puis avoir de l'espace ».* Au moment où elles y rentrent, on perçoit qu'elles scannent le lieu où elles doivent réaliser le soin sur le malade mais aussi la salle pour identifier d'éventuelles difficultés par rapport à ce qu'elles se sont imaginées. Les infirmières sont toujours aux aguets afin d'inventer des procédés ingénieux. Elles ont pour ce faire un certain « *coup d'œil* » tout au long de la préparation et de l'opération du geste « *Là-dessus, j'ai de la chance, c'est la mémoire visuelle, tout ce que j'ai vu, je retiens et c'est vrai que dans mon activité, cela aide* ». Cela leur permet notamment de poser un diagnostic rapide sur la situation qu'elle voit ou d'ajuster leur geste lors de son déroulement : « *Et bien j'avais compris que en gros elles*

étaient profondes mais elles étaient fines et en fait, je ne sais pas mais, j'ai commencé au pli du coude pour que cela soit plus simple mais au pli du coude, je pense qu'elle devait tourner et dès que j'y allais, et bien j'enfonçais un peu trop alors que pourtant, c'est la base quoi et l'autre là, j'ai senti en fait que je pensais que les profondes étaient mieux pour elle, cela allait permettre, en fait, il fallait mettre un cathéter pour récupérer, pour faire des prises de sang, et en fait les profondes chez elle, elles pétaient à chaque fois et donc j'ai essayé un bras, j'ai essayé l'autre bras, et je me suis mais non, en fait, il ne faut même pas aller vers ses veines là, il faut aller sur les superficielles et donc là, j'ai pris une superficielle, je l'ai eue du premier coup, j'ai eu tous mes tubes, cela s'est super bien passé et voilà ».

Cela consiste ainsi à repérer les indices, donnant des informations importantes pour qu'elles soient en capacité de le réaliser, en fonction de composantes en lien avec des contraintes universelles ou mécaniques, mais aussi selon la validité des stimuli notamment des détracteurs qu'elles choisissent *« je vois directement où cela amène, je fais des liens, j'anticipe, à qu'est-ce qui pourrait fausser tout cela et donc cela me permet d'aller plus vite, de mieux faire et de mettre en confiance le patient »,* ce qui est confirmé par l'ensemble des infirmières dans l'enquête quantitative (Q9). Outre les recommandations, on perçoit dans leurs discours qu'elles vérifient si les conditions sont adaptées à leurs préférences personnelles *« c'est quand même beaucoup plus agréable d'avoir de l'espace. Si on a l'espace adéquat, on va, on va mieux faire, enfin je pense que c'est plus clair, c'est moins fouilli et on va mieux voir les choses et donc on va mieux agir.* ». Un certain nombre de facteurs propres à chacune est évoqué : le fait d'être droitier ou gaucher, l'importance du placement de leur plateau, certaines s'autorisant à le mettre sur le lit, le fait de pouvoir être à la hauteur du patient, l'importance de monter ou descendre le lit, l'absence de famille ou d'un autre soignant…Par exemple, une infirmière évoque le fait qu'elle est droitière et qu'elle préfère réaliser son geste en se mettant à gauche du patient mais cela nécessite de vérifier que le bras du patient et l'exiguïté de la pièce lui permettent ce choix ou a contrario, visualiser comment elle va pouvoir faire différemment.

Ces indices sont très variés et font intervenir l'ensemble des sens, soit au regard de la globalité de la situation, soit à la faveur d'éléments spécifiques : « *Et bien je sais pas, je la vois comment elle est, si la peau est tendue, dure, épaisse, si la veine elle bouge, si elle fait des noeuds, il y a plein plein de facteurs ».* Cela peut être la condition d'utilisation du matériel, la position et les spécificités du corps du malade. Ils ne sont pas toujours

identifiables par l'infirmière mais sont présents par le sensible, l'inconscient, l'invisible, l'implicite. Au regard de leur discours, elles utilisent toutes, les verbes d'action comme « voir » et « sentir » : « *Vous voyez c'est aussi notre métier d'infirmière, on le sent, on le perçoit, on l'a travaillé* ».

Certaines infirmières s'autorisent également à dire à leur patient leur préférence. Elles évoquent encore la recherche de confiance auprès du malade : « *je comprends, mais faites-moi confiance* ».

Ce coup d'œil va créer des représentations qui vont jouer aussi sur l'appréhension du geste et peut développer une certaine émotion « *Déjà, si c'est flou dans la chambre, et bien cela peut être flou dans ma tête. Moi je visualise, je visualise le geste, mais peut être que s'il y avait peut-être pas mal de petites choses autour d'elle, cela m'aurait perturbée* ». On perçoit l'importance des différents stimuli à gérer et de leur rôle dans la réalisation du geste.

On comprend ainsi qu'elles sont animées par une certaine procédure et que des règles culturelles sont présentes dans leur planification mais au-vu des circonstances, elles peuvent être difficiles à appliquer. La majorité évoque le fait qu'elles s'autorisent à faire différemment des recommandations, confirmant les thèses d'Yves Clot (2000) sur le réel de l'activité. Une infirmière va prioriser certains choix qui vont lui sembler plus faciles à appliquer : « *si elle n'y arrive pas, à un moment, il faut savoir aussi donner la main, c'est ce que l'on dit dans un geste invasif mais là, descendre dans un service ou aller en face, là, c'est une démarche* ». Pour certaines, la peur du regard de leur collègue sur leur geste ne va pas les autoriser à demander de l'aide : « *pour certaines collègues, elles vont dire moi, je n'ai pas envie que l'autre sache que je ne sais pas faire ça* ».

On découvre également que quand des aléas viennent modifier cette visualisation lors de leur diagnostic, mais aussi, on le verra dans les paragraphes suivants, au moment de l'intrusion, elles sont gênées : « *il faut être honnête, cela m'agace si je dois tout ranger. Voilà, je me dis déjà il faut que je range son adaptable, je mets où ses bouquins, alors que moi, j'arrive pour faire mon geste et cela me coupe un peu* ». Ces stimuli les distraient de leur action et elles cherchent à les oublier pour poursuivre leur action.

Néanmoins, associée à leur coup d'œil, on perçoit que l'infirmière utilise l'imagination mentale pour définir et anticiper les situations, comme si elle était dans un monde virtuel afin d'identifier des solutions. En effet, au regard de leurs propos, on identifie qu'elles ont préalablement visualisé dans leur tête leur geste à l'aide notamment d'un schéma corporel comme une projection de surface qu'elles ont assimilée. Certaines disent « *scanner* » d'une manière minutieuse l'endroit précis du corps où sera réalisé leur geste. Plusieurs d'entre elles ont aussi évoqué que cela leur arrivait de « *piquer à l'aveugle* » car elles ne voyaient pas la veine et elles devaient agir rapidement. Elles savent qu'elles doivent piquer à cet endroit car elles visualisent la veine du malade dans leur tête ; elles considèrent que les veines se situent au même endroit dans le corps humain : *« Je vois ou j'imagine, je fais les deux. J'ai déjà eu le cas aux urgences, où c'était, il fallait aller très vite parce que c'était un état de choc, les veines elles font fute, on les voit de moins en moins et c'est de plus en plus compliqué à piquer et cela m'est déjà arrivé de ... il y a la base dans un corps humain, tout le monde est fait pareil, et de réfléchir et d'y aller, cela n'est pas très bien, c'est que l'on dit mais en même temps, cela fonctionne, cela a marché donc à chaque fois, je me dis, il y a plein d'infirmières qui font ça, en même temps, j'ai bien fait de le faire parce si j'avais cherché peut-être que je l'aurais jamais eue, parce que je faisais que cela. ».* Nous percevons aussi que cette pratique n'est pas enseignée et n'est pas perçue comme professionnelle par certaines infirmières, mais néanmoins quelques-unes se l'autorisent car elles perçoivent, par leur pratique, que cela fonctionne.

En synthèse, nous percevons que l'orientation de l'attention des infirmières est encore une fois induite par des buts, qui sont mis en jeu dans une situation d'orientation visuo-spatiale (Posner, 1980) ou au niveau temporel. Grâce à un certain coup d'œil, elles se focalisent sur l'apparition d'éléments saillants qu'elles ont pré-planifiés pour définir leur diagnostic et élaborer leur tâche. Ces affordances sont très nombreuses mais sont en lien avec les invariants génériques, notamment la propreté, la sécurité, le respect de la pudeur ou de l'intimité des malades. Ce ne sont pas les caractéristiques physiques des stimuli qui comptent mais le sens que l'infirmière y met. En effet, on comprend aussi que certains stimuli recherchés proviennent de besoins singuliers de l'infirmière mais aussi de contraintes universelles ou mécaniques comme la position des corps.

Il est à noter également que certains de ces affordances peuvent aussi perturber l'infirmière dans la planification de ses soins. Ainsi, on peut percevoir des distracteurs

externes comme le bazar, le bruit, le bavardage ou les plaintes, la lumière, les veines qui roulent… et des distracteurs internes : les pensées ou les images de notre langage interne, les émotions mais aussi les sensations comme la faim, le froid, la fatigue… Ils créent des ruptures du cours de la pensée et de la réalisation du soin et imposent à l'infirmière soit de les inhiber ou de passer dans un mode de particularisation.
Ces distracteurs s'ils semblent trop importants peuvent ainsi démobiliser une infirmière, voire lui faire renoncer à respecter certaines normes culturelles pour atteindre ses résultats. On note aussi que les infirmières peuvent faire face à l'absence d'affordances auxquelles elles s'attendent, comme le fait de ne pas voir les veines d'un malade. Cela peut les pousser à utiliser une image mentale du corps qu'elles ont assimilée par le biais d'un schéma corporel.

6.2.6 Un tour de main

Associé à leur « coup d'œil », les infirmières ont aussi un certain « *coup de main* ». Elles l'utilisent pour un geste efficace, précis, qu'elles effectuent afin d'atteindre « *le bon endroit* ». Certaines évoquent l'apprentissage d'une réelle dextérité, habilité dans leur main, leurs doigts qui leur permet de sentir les singularités du corps d'un malade qu'elles doivent contourner ou dépasser : « *on sent que c'est tellement étroit que l'on sent une petite résistance* » ou « *je sens qu'il a les veines qui roulent* » ou au niveau de la gorge « *je sens la butée et je sais que je dois aider le patient a accepté de déglutir* ». Elles ont développé des impressions sensorielles qui les guident dans leur soin.

Cela nécessite d'adapter leur geste afin que cela soit le plus simple et le plus efficace pour chaque situation. Elles adoptent des sortes de combines (adaptation d'un matériel/corps ou d'une procédure) qui sont assemblées pour créer une nouvelle procédure au regard de la singularité du malade, ayant un degré satisfaisant d'efficacité.

L'ensemble des soignants dit avoir acquis une « *technique* », un « *truc* », « *C'est un geste que je maitrise* », une certaine manière de faire qui leur est propre pour réaliser leur geste. Certaines infirmières disent préférer certaines techniques même si cela n'est pas habituel dans leur service notamment au regard d'une certaine logique ou d'une recommandation médicale qui leur semble bonne : « *c'est bête, mais j'ai une manière de piquer où je me sens plus à l'aise. C'est ça et quand on me dit toujours de piquer au pli du coude et je leur dis mais non,*

moi j'ai fait les urgences, et le pli du coude, c'est le dernier moment et en plus, moi, cela m'énerve les infirmières qui piquent jamais, qui font au pli du coude et qui loupent, et bien cela bousille la veine, alors que faire la main, tu loupes, tu montes, tu montes, et moi, je suis partie de ce principe là parce qu'aux urgences, on privilégie souvent les mains parce si on loupe, on peut reprendre au-dessus ».

Nous pouvons dire que nous sommes en présence de gestes professionnels construits au fil de sa pratique par l'infirmière dans sa relation aux malades et des usages qu'elle a rencontrés. L'ensemble des soignants dans l'enquête qualitative (Q8) évoque que chaque patient leur a permis de prendre conscience de quelque chose et de développer leur habileté. Ces gestes intègrent les gestes du métier mais les mobilisant d'une façon particulière, en mettant en place un processus d'ajustement et de régulation. Ils se construisent au regard des variations développées dans l'interaction et selon un environnement particulier. Ils sont aussi dépendants de la représentation du geste notamment par rapport à l'intrusion dans l'intimité du corps mais aussi de la confiance que l'infirmière acquière par sa pratique et du sens qu'elle y met. Ainsi, l'infirmier interviewé explique « *j'ai l'impression que j'ai un geste pas abouti mais presque en tout cas tu vois, qui me permet de me sentir beaucoup plus confiant, sûr de moi donc c'est ça qui fait, tu vois, que même si je n'aime pas le soin, ce n'est pas comme si je le faisais pour la première fois tu vois, je connais l'anatomie et je sais, les gestes les plus souvent efficaces et productifs* ». Certains soignants interrogés par l'enquête qualitative le confirment également (Q7).

L'infirmier explique également la singularité de ses gestes : « *On a chacun nos techniques mais elle n'est pas forcément perceptible* ». Il développe : « *On a des petites variantes quoi, tu vois il y en a qui préfère, je ne sais pas, commencer par telle ou telle chose, ou piquer de telle ou telle façon ou mettre un cathéter en haut mais pas en bas, c'est des conneries mais dans l'ensemble on n'échappe pas à la progression des soins qui doit avoir les mêmes étapes mais je te dis pour voir les variations, il faut vraiment suivre les gens sur un temps donné* ». Il poursuit en expliquant qu'il a acquis sa technique par des petits changements qu'il opère au fur et à mesure afin de faire le moins de mal au patient : « *le geste tu le développes et tu l'améliores avec le temps, donc c'est comme pour les prises de sang, j'ai une façon de piquer, je ne saurai même pas l'expliquer pour que la plupart du temps, pour que cela ne fasse pas mal au patient, cela ne marche pas à 100 % mais c'est une technique, c'est pareil pour la sonde naso-gastrique, il y a des bases mais avec l'expérience, tu expérimentes sur le temps*

des trucs ». Une infirmière raconte qu'elle l'a acquis aussi en faisant des erreurs : « *d'avoir eu des mamies, où c'était compliqué, où elles avaient mal ou si on ressort, il y a du sang, donc on sait très bien que l'on a été un peu trop brusque ou alors que c'était tellement étroit ».* Ainsi, le fait d'avoir répéter ce geste dans une multitude de situations leur a permis de répondre à la variabilité du geste et d'aboutir à une logique de refaire autrement. Les infirmières confirment ainsi à l'unanimité la singularité de leur geste (Q6). La majorité évoquent aussi qu'elles peuvent avoir recours à une part d'improvisation et d'intuition (Q15), même si certaines se questionnent sur le fait que cela soit professionnel. Sous l'effet de son expérience, le corps de l'infirmière anticipe avant de recevoir les données sensorielles. Cette intuition forgée par l'exécution de nombreux gestes similaires favorise une vision positive du geste, une certaine confiance en elle et la réalisation du geste adéquat. Cela fait naître la conception d'une pratique.

On perçoit également que la plupart des infirmières savent qu'elles ont développé une technique mais elles ne sont pas en capacité d'expliquer les spécificités de leur geste *:* « *Cela aurait été un homme, je t'aurai dit oui car j'ai des petites manières à faire pour sonder mais…, si pour une femme, j'ai un petit truc, (...), je tiens la sonde d'une manière pour être sûre d'aller au bon endroit (...) souvent les gens ils se trompent, ils vont dans le vagin, et j'ai une petite manière pour aller au bon endroit (...) c'est comment la tenir, la peau* ». Le mouvement très fin de la main favorise la construction de la schématisation du corps du malade dans leur tête et la réalisation du geste. Mais cela peut demander parfois à l'infirmière de s'y reprendre en plusieurs fois « *non, je suis désolée madame, si vous me permettez d'en faire une troisième, parce que là j'ai compris comment elle fonctionnait, je me suis faite avoir, je me suis peut être faite trop confiance, je lui dis cela clairement, mais là, j'ai vraiment envie parce que je sens, j'ai peur qu'en passant la main à ma collègue, elle fasse comme moi, elle se loupe alors que moi, ça y est, j'ai compris ».*

D'autres infirmières disent pouvoir enseigner leur geste : *« il y a des infirmières, cela fait longtemps qu'elles sont infirmières, mais je leur montre, et je leur dis, non retarde, fais comme cela, ça j'aime bien donner des conseils. J'essaie de le faire le plus simplement pour que cela ne soit pas mal pris, mais en général les gens sont contents, car cela leur permet de progresser, j'aime bien donner des astuces ».*

Cette technicité les autorise à être plus autonome *:* « *il y a des trucs que je peux gérer toute seule par rapport à d'autres infirmiers, parce que j'ai plus d'expérience, c'est normal, je m'affole moins vite, je pense* ». Cela leur apporte également un certain plaisir lorsqu'il est réussi, un sentiment d'efficacité, de puissance notamment lorsque le geste était difficile *« c'est vraiment un sentiment de joie quoi. Du coup, j'ai servi à quelque chose (…). La personne m'a fait confiance et du coup, c'est vachement gratifiant tu vois, parce que quelque part, il y a cela, tu vois. Elle t'a fait confiance et ta patiente va en tirer des bénéfices, et quelque part, tu es l'initiateur de cela »*. Le vocabulaire utilisé tourne autour de l'esthétique du geste. Nous pouvons identifier également que, comme évoqué par Apter (2007), les infirmières passent, pour réaliser leur geste intracorporel, par des émotions négatives puis par des émotions positives. Dans l'exemple évoqué, nous pouvons identifier un mode *paratelic*, le plaisir venant essentiellement du résultat et non de l'activité elle-même. De part la bimodalité maîtrise/sympathique, l'infirmière est ici avant tout dans le mode maîtrise, elle cherche la puissance et pour cela elle ne peut être centrée que sur elle. Dans ce mode, les autres ou les objets sont considérés de la même manière, ils permettent d'aboutir à quelque chose.

Nous comprenons aussi que certaines infirmières gradent leurs gestes selon les difficultés qu'elles perçoivent dans la réalisation du geste mais aussi les risques que cela peut engendrer chez le patient soit physiquement, soit en termes de perte de confiance : *« c'est quelqu'un qui avait une très grosse corpulence et donc pour piquer, c'est très compliqué. C'est plus compliqué parce que déjà, on sent moins les veines et c'est déjà plus profond, donc déjà les personnes, on voit peu, on met un temps à chercher et plus on met du temps, plus les gens ils se stressent, plus les veines, c'est compliqué. En fonction des personnes, il y a des gestes plus ou moins difficiles, plus ou moins longs à faire, donc on est plus concentré, donc on passe moins de temps à discuter avec la patiente, donc elle, elle commence à…, nous on commence à être dans notre bulle sans le vouloir, ah oui d'accord et là en plus, première veine, je loupe et là énorme bleu. Je ne me sens pas bien. Au début, pas un énorme bleu mais je sens que cela va devenir un bleu, je le sais parce que la veine a sauté et je vois qu'elle marque rapidement».* Plus le geste est difficile, plus il dure dans le temps, plus il semble difficile pour les infirmières car au regard des représentations négatives qu'elles y mettent, cela leur créé des émotions qu'elles ont de plus en plus de mal à contenir.

Nous identifions également que ce tour de main évolue aussi lorsqu'elles changent de service : « *je vais demander : c'est quelle sonde que tu utilises, et je redemanderai : vous avez une*

nouvelle technique parce que moi, c'est comme ça ». C'est aussi pour cette raison qu'une infirmière nous raconte qu'une infirmière intérimaire ne connaît pas l'ensemble des habitudes de son service : « *Alors qu'une infirmière qui est en intérim et qui ne sait pas du tout, et bien elle ne va pas oser demander au patient comment c'est fait d'habitude, (...) et bien cela va avoir des conséquences sur le geste*. »

Ainsi, nous percevoins que les gestes infirmiers ne sont pas identiques. Ils dépendent de l'apprentissage des infirmières, de leurs expériences singulières et des habitudes du service dans lequel elles travaillent. Ils évoluent tout le long de la carrière de l'infirmière avec l'apport des connaissances de collègues, l'apprentissage de nouvelles recommandations de bonnes pratiques, leur confrontation à une culture de service et l'aboutissement de leur expérience.

En synthèse, les infirmières ont acquis un « tour de main », des habilités, des techniques qui leur sont propres au fur et à mesure de leurs apprentissages, des micro-cultures de service et de la confiance qu'elles engrangent. C'est ce qui recouvre leur capacité à sentir les choses. Ces gestes sont réalisés selon des logiques didactiques mais aussi en fonction du sens qu'y mettent les infirmières et des résultats attentdus. Ils sont d'ailleurs gradés au regard des représentations du corps (Avron 1996), des difficultés perçues et des risques encourus par le malade et la soignante. Ils apportent des émotions antinomiques comme un certain stress, une souffrance mais aussi du plaisir lorsque le geste leur semble abouti ou lorsque que le résultat attendu est atteint. Ces attentes peuvent apporter une certaine puissance mais impose une auto-centration de l'infirmière, les malades sont nécessairement réifiés pour aboutir à ce résultat (Apter, 2007).

Les spécificités de leurs gestes sont peu conscientes et indicibles pour les non-initiés mais également pour la plupart de leurs collègues.

6.2.7 Des routines à l'art de la bricole

Les infirmières évoquent à la majorité (Q11) un certain automatisme lorsqu'elle prépare le geste et le matériel d'une prescription dont elles ont l'habitude de réaliser dans un environnement qu'elles connaissent et qui évolue peu . La planification de leur geste devient une sorte de routine lorsqu'elle atteint un degré de régularité et d'intériorisation, notamment

corporelle, au point d'être considérée presque comme un automatisme, car elle ne nécessite plus, pour l'infirmière, qu'elle prenne du temps pour y réfléchir. La construction des différentes étapes et des relations très intenses entre la situation, le matériel et le corps travaillé, favorise une sorte d'intériorisation, incorporation du geste. Cela découle d'un long processus de construction, de précision, de création, de mémorisation des réponses face aux différentes expériences singulières rencontrées : « *A ce moment-là, je pense aux meilleures façons que j'ai pu faire, aux fois où j'ai été le plus efficace pour faire la même chose* ».

Mais, nous l'avons évoqué précédemment, les infirmières abordent aussi le fait que cette routine peut disparaître si le geste est réalisé moins souvent ou si elles doivent jongler entre des prescriptions variées, un environnement changeant ou si elles travaillent dans différents services. Ainsi, cette routine n'a pas une forme véritablement stable ou achevée de la pratique. La schématisation de leur plan et donc de leur logique peut varier en fonction de l'environnement où elles travaillent et des nouveaux apprentissages. Cela nécessite un minimum de présence et d'interventions de la part de l'infirmière pour maintenir le contrôle de l'opération, eu égard à ses attentes de résultats, aux risques et stimuli choisis, mais aussi pour apporter quelques légères modifications et réactions à la situation. Par exemple, une infirmière évoque ce qu'elle met en place lorsque son geste n'atteint pas le résultat souhaité : *« je fais tout le geste afin que tout se passe bien et là, j'y ai été sauf que cela ne venait pas parce qu'il n'y avait pas d'urine, donc j'ai juste décalé un peu ».*

Nous ne pouvons donc pas parler d'automatisme ou de comportement machinal mais davantage d'une expertise en action, un habitus suffisamment intégré pour être effectué d'une manière régulière mais qui demande de nouveau une attention sélective si l'environnement diffère quelque peu.

Nous l'avons vu, les infirmières doivent parfois modifier ou combler les manques de la prescription afin que leur intervention soit opérationnelle. Cela impose qu'elles « *bricolent* » et qu'elles improvisent face à l'imprévu et à l'inédit, qu'elles doivent faire face aux spécificités d'une prescription, à l'inadéquation du matériel ou des locaux, aux peurs, aux douleurs ou à la singularité du corps du malade mais aussi à leurs propres représentations, ce qui peut créer de la perte d'efficacité ou des compromis. Elles doivent réajuster leurs gestes et réinventer en permanence au regard de la réalité qu'elles rencontrent.

Cet état est d'autant plus important lorsque les infirmières réalisent leur geste intracorporel. Elles utilisent leur « intelligence » engagée dans la pratique pour faire face aux imprévus et parer au regard des différents stimuli qui leur apparaissent. Elles se réapproprient ce qui leur fait sens et elles interviennent en fonction du déroulement selon une logique d'adaptation, voire d'improvisation et d'intuition. Dans un contexte marqué par les difficultés, le changement, l'incertitude, elles sont dans l'obligation d'être créatives.

Elles cherchent à obtenir un certain équilibre entre leur matériel, le corps du malade, leur corps, les stimuli et émotions provenant de l'environnement ou d'elles-mêmes à un moment précis leur permettant de réaliser leur geste dans une contrainte de travail et de rythme.

Ainsi, l'infirmière reste vigilante, attentive, concentrée, créative. Ce qui confirme aussi notre hypothèse : « une infirmière prépare son geste sans être en capacité de prévoir le risque de l'intrusion car chaque acte intracorporel est singulier du fait de la personne et de l'environnement ».

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 6.2

Le geste des infirmières débute au moment de la lecture ou de l'écoute de la prescription médicale. Ce geste est analysable en termes d'interactivités, c'est-à-dire qu'elles agissent en ajustant leurs actions et en modifiant leur comportement/geste au regard de ce qu'elles perçoivent ou interprètent du malade et de l'environnement où se situe le soin.

L'apprentissage, la réalisation et le vécu d'un geste intracorporel imposent l'acquisition de compétences, notamment pour faire face à des enjeux ou des obstacles qui sont invisibles aux non-initiés et qui ne sont pas toujours conscientisés par les acteurs eux-mêmes.

Elles acquièrent des habilités manuelles spécifiques (tour de main) mais aussi des habilités d'analyse (coup d'œil) et d'adaptation pour faire face aux épreuves externes (difficultés du terrain) mais aussi internes (émotions/sentiments) et ce, afin de trouver les stratégies leur permettant d'atteindre leurs buts (soins et confiance) et de trouver un certain équilibre.

Ce geste devient automatique s'il est réalisé dans un environnement connu et peu mouvant mais nécessite une attention sélective dès que l'infirmière perçoit des détracteurs dans son action. Le geste réclame une pluralité d'attentions à la faveur d'un visuel large ou d'un visuel très restreint. Il peut aussi nécessiter un lâcher-prise favorisant le relais de l'intuition lorsque l'utilisation de la vue n'est plus possible. Chaque geste est ainsi singulier pour faire face à l'imprévu et à l'inédit. L'infirmière a acquis des capacités à passer d'un mode décisionnel à un autre, entre raisonnement et intuition.

6.3 Un équilibre entre prendre soin de l'autre et prendre soin de soi

6.3.1 S'imaginer ce que peut penser ou vivre le malade

Nous l'avons déjà présenté, en milieu hospitalier, il est fréquent d'entendre le conseil suivant : « *Face à un diagnostic grave ou lors d'un décès, il faut rester professionnel* ». Cela sous-entend rester impassible et être stoïque. L'idéal voudrait que le soignant ne montre pas ses sentiments et qu'il ne se laisse pas emporter par eux. Or, nous l'avons vu, les soignants, à la majorité, ne sont pas indifférents à la portée des gestes intracorporels qu'ils réalisent sur les malades (Q17) et s'imaginent à l'unanimité ce que peut ressentir le malade lors du geste (Q29).

Leurs représentations peuvent être fonction de l'intrusion que cela provoque chez eux « *d'être un peu plus intime avec la personne car quand on fait un geste, on est seule avec la personne, il est un peu à nu, même si ce sont que ses veines, ce sont ses veines quoi »* et envers le malade : « *instrusif c'est quand on rentre dans la bulle du patient, quand on est trop proche de lui, quand on rentre dans son intimité sans qu'il nous ait donné son autorisation* ».

Cette liberté de choix des patients est quelque chose qui revient dans le discours des soignants, notamment si le soignant n'a pas toujours confiance dans l'allopathie » *je ne suis certaine pas à 100 % que l'allopathie peut guérir les gens (...) ce n'est pas forcément bon, cela va guérir une chose et cela va en détruire une autre. »,* ce qui validé par une majorité de soignants (Q19). Il en est de même par l'affirmation de l'infirmière (Q20), qui explique qu'elle fait une différence dans le fait que le patient prenne ses médicaments « *en per os* » en les avalant de sa propre initiative ou qu'elle lui injecte un produit. Une minorité d'infirmière (Q24) considèrent que la notion de liberté de choix pour le patient n'est pas la même : « *oui, parce que ce que je vais injecter, c'est moi qui vais l'injecter, autrement je lui donne dans la main et il le prend tout seul (rire), c'est pas pareil* ». Ainsi, une infirmière poursuit en expliquant qu'elle fait une distinction dans ses gestes qui l'obligent à enlever et à mettre des choses dans le corps du patient *« je me mets à la place du patient et en même temps aussi, alors bon une prise de sang, à la limite, ça va, car en même temps, là je prends et je n'injecte rien, mais quand c'est injecter du produit, il faut que je vois tout le circuit du produit dans le*

corps, les effets, les machins, enfin tout, c'est (...) pour une prise de sang, je prends, je ne vais pas lui injecter un produit qui peut lui faire mal (rire), je prends juste ». Le fait qu'une majorité de soignants voient le circuit du produit est confirmé par l'étude quantitative (Q18).

La position des corps créé aussi des représentations sur l'autonomie du patient chez quelques infirmières (Q25) : « *je me sens au-dessus de lui effectivement et lui il est inférieur oui. (...) Déjà quand je lui donne, je lui parle et je me mets au niveau de son visage alors que quand je fais la piqure, déjà, c'est souvent dans les fesses, déjà (rire), il est sur le ventre, il ne me voit pas, et voilà, je vais le piquer, il ne peut rien faire le pauvre* ». Certaines essayent d'y remédier en faisant attention à la hauteur de leur corps par rapport au malade « *moi, cela me dérange, de ne plus être au même niveau, moi la relation à l'autre, on est au même niveau quoi, j'ai beaucoup travaillé avec les enfants aussi avant et je me mettais toujours aussi à leur niveau, pour échanger avec eux, je me mettais toujours à leur niveau, peu importe la personne en fait* ».
La majorité des infirmières pensent qu'elles sont au même niveau dans la relation de soin que le patient au regard de leurs valeurs (Q26) et que le confort du patient doit primer sur le soin technique (Q4).

De fait, la majorité des soignants évoque leurs représentations quant à la douleur que provoque leur geste intracorporel et distinguent des gestes plus difficiles (Q21) : « *bien pour injecter, en général, ce sont des intramusculaires, donc c'est quand même, ce qui est le plus douloureux* » ou « *découper toute la nécrose, c'est HYPER douloureux, c'est très algique quand tu fais ça. Bon, souvent les médecins, ils mettent des patchs de morphine ou des choses comme cela mais cela reste très lourd ».* Certaines disent *« Et bien, je ressens la douleur du patient* « comme un effet miroir.

D'ailleurs, certaines avouent (Q23) qu'elles n'aimeraient pas qu'un soignant réalise ces soins sur elles : » *je me dis mais c'est dégueulasse, ça, je n'arriverai jamais à ce que l'on me rentre le tuyau dans le nez jusqu'à l'estomac* ».

Leurs représentations sont aussi en lien avec le risque qu'elles perçoivent pour le malade « *Bon par exemple, le biprofénide, si on en met trop du produit, on peut avoir des hémorragies* » ou « *en enlevant une perf de chimio, il y a une goutte qui est tombée sur le sol mais cela a brûlé le sol ».*

Leur connaissance du malade influence aussi leur relation : « *Oui, voilà, c'est déjà essayer de ne pas me faire de représentation, déjà que je m'en fais énormément, surtout les gens que je connais, quand il y a déjà une histoire, un passif, je sais comment il fonctionne et tout ça, mais voilà, moi, j'essaye d'apprendre des gens, là aujourd'hui, dans l'instant. »*

Certaines infirmières, même si elles sont minoritaires (Q27), évoquent aussi leur sentiment que certains malades vérifient leurs compétences *: « il tournait autour de sa fistule anale, un peu par provoque parce que l'anus, tout ça, c'est difficile à en parler dans les inconscients collectifs, enfin tout ça, pour voir si j'étais à la hauteur et puis, aussi pour, voilà pour voir si j'étais capable de l'écouter, et que je n'étais pas centrée sur la maladie et les traitements, et donc, il me mettait un peu à l'épreuve* ». Au regard de leur expérience et de leur confiance, elles le vivent plus ou moins bien.

Certaines, même si elles sont minoritaires (Q28), abordent le fait qu'elles peuvent se mettre à la place de certains de leurs malades et qu'elles se sentent mal à l'aise lorsque ce ne sont pas elles qui réalisent le geste : « *long silence, je ne sais pas ce que je peux dire, alors cela ne me surprend pas, cela ne me choque pas parce que je le fais. Alors que quand je regarde quelqu'un faire des choses très intimes, cela ne me plait pas trop parce que je ne suis pas dans le geste et que je me mets plus à la place du patient. Voilà, ces douleurs, par exemple regarder des choses à la télé, les infirmiers, cela ne me plaît pas. Par contre, le faire, voir quelqu'un qui ne va pas bien, ça, cela peut l'aider, je ne réfléchis même pas à ce que je suis en train, enfin je réfléchis ».* Ainsi, on perçoit que leurs représentations sur la situation changent au regard du rôle ou de la fonction qu'elles occupent.

En synthèse, les soignants ne sont pas dénués d'émotions et de sentiments. Un certain nombre de stimuli et de représentations réelles ou imaginaires les déclenchent d'une manière automatique.

6.3.2 Faire face à ses dissonances

Les représentations énoncées précédemment provoquent de fortes émotions, des tensions, des frustrations et de l'ambivalence dans leurs actions.

Certaines expliquent qu'elles travaillent dans des conditions qui ne leur semblent pas idéales mais qu'elles sont obligées de faire le soin « *elle n'avait pas ce patch de morphine, elle avait juste du doliprane, je me suis dit, mon dieu, mon dieu, et pourtant, je ne pouvais pas laisser le pansement comme cela, il fallait que je le nettoie ».* La santé du patient prime sur tout le reste.

D'autres reconnaissent, comme précédemment vu, le fait qu'elles refuseraient de prendre certains soins ou médicaments alors qu'elles les pratiquent.

Certaines évoquent aussi les odeurs que leur sont insupportables : «*j'ai fait un soin d'escarre au pied. D'abord, il y avait une odeur hou, horrible »* ou les hurlements *« j'ai commencé et elle s'est mise à hurler (...) alors je me mets dans ma bulle mais c'est plus compliqué de m'y mettre parce que quand je vais m'y remettre, je me dis elle va encore hurler et ça je ne supporte pas, oui* ».

D'autres énoncent qu'elles sont parfois obligées de prendre des positions douloureuses pour réaliser leurs soins *:* «*j'ai compris que c'était un peu de pudeur mais je me suis fait mal au dos mais bon, je me suis dit tant pis, je me fais mal au dos* »

Certaines racontent aussi la difficulté de rentrer dans l'intimité d'une personne « *et puis, c'est pas évident car c'est rentrer dans l'intimité et comme je l'ai dit, j'aime pas me tromper, parce que voilà, être dans le vagin des patientes…* ».

De même, une infirmière explique qu'elle travaille dans un service pour « *récupérer les traumatisés crâniens, 80-90 % on les sauve* », mais qu'elle est consciente que ces soins peuvent « *sauver physiquement mais pas psychologiquement* ». Pour se protéger, elle essaye de penser au positif de son rôle et évite de savoir ce que sont devenus ses patients : « *on va vous rendre votre fils, est-ce qu'il va avoir le même comportement, est-ce qu'il va remarcher, reparler, est-ce qu'il va voilà, ça on ne sait pas, donc moi j'aime bien cette spécialité (...),*

c'est pas encore complètement fermé, (...) après je serai peut-être dégoutée si je voyais mes patients après, voir comment ils ont évolué, je m'en doute sur certains mais pour d'autres, je ne sais pas, et dans ma tête je me dis, oh, il va bien s'en sortir celui-là parce que je n'ai pas l'après coup ».

Ainsi, nous avons pu voir que les paradigmes présentés dans le chapitre 7.1 imposent aux infirmières de jouer un rôle social et d'endosser une identité collective comme l'évoque Goffman (1956). Certaines infirmières expliquent que le changement de vêtement leur permet de distinguer leurs activités et d'endosser un rôle professionnel ou personnel : » *je pense que c'est déjà me changer, me mettre en tenue, voilà dire au revoir aux collègues, j'ai fait mon travail* ».

Ainsi, certaines infirmières se sentent obliger de montrer qu'elles sont professionnelles de par leur tenue, leur posture, leurs propos et leurs gestes (Q35) : *« Il faut que l'on montre que l'on a confiance en soi »* cependant elles évoquent *« mais dès fois, c'est pas trop le cas, on dit l'inverse de ce que l'on pense. C'est tout professionnel de santé. Oui, oui, cela va bien se passer, non mais comment je fais, comment je fais, il est où Wikipédia alors que c'est…, non, mais c'est la vérité ».* Une majorité des infirmières qui ont répondu à l'enquête qualitative disent ne pas toujours avoir confiance en elles lorsqu'elles réalisent un geste invasif (Q36).

De fait, une grande majorité des infirmières avouent jouer un rôle qui crée chez elles des dissonances cognitives et affectives lorsqu'elles ne sont pas en phase avec leurs valeurs (Q37). Mais c'est aussi le cas pour une majorité d'entre elles lorsqu'elles ont le sentiment de ne pas être en capacité de jouer correctement leur rôle, surtout si elles ne réalisent pas leur geste comme elles le souhaitent (Q38) : *« le geste, quand je suis persuadée que cela va se passer de telle manière, que ce n'est pas le cas, cela me frustre, cela m'énerve un petit peu. Oui, parce que j'ai voulu montrer que cela allait, cela va le faire et tout, et cela ne l'a pas fait, donc j'ai peur de perdre ce climat de confiance ».*

Ainsi ces paradigmes peuvent créer chez certains soignants une forte ambivalence, entre ce qu'ils ressentent réellement dans leur for intérieur, ce qu'ils sont en capacité de donner et ce qu'ils doivent paraître ou faire (Q39) : «*je suis lucide et je gère à l'intérieur tout ce qui peut en découler de cette dualité que j'ai* ».

Une infirmière évoque que cette ambivalence l'a entraîné une fois à mal agir : « *je donnais à manger à un monsieur, je savais que c'était très chaud, mais j'étais tellement dans ma routine et j'étais tellement pressée que je lui ai donné, au bout de la deuxième cuillère, quand j'ai vu ses mimiques de douleur sur son visage, je me suis dit, arrête tu déconnes* ».

Une infirmière explique que ces dissonances créent un contexte « *mais c'est aussi un métier, où on retrouve beaucoup de burnout et de soignants qui tombent dans la maltraitance (…). Je pense que le burnout, cela peut nous entraîner dans la maltraitance mais je pense notre capacité à gérer le stress, notre capacité à prendre du recul sur les choses et puis notre côté plus ou moins humain, plus ou moins pervers* ». Cette affirmation est confirmée par une grande majorité des infirmières qui ont répondu à l'enquête qualitative (Q40).

Une infirmière va plus loin et évoque un certain besoin de toute puissance et une violence cachée de certaines personnes : « *beaucoup de soignants basculent dans la maltraitance parce que beaucoup de soignants sont à la limite en fait. Ce côté pervers, effectivement, il y a beaucoup de soignants, qui ont ce côté mais qui est sublimé par le soin, on le sublime en fait, voilà et d'être soignant, cela évite de basculer dans ce…, bon c'est exagéré, c'est pas la peine de psychoter, c'est pas un vrai pervers non plus, c'est juste des signes, (rire), des traces, et beaucoup peuvent effectivement basculer dans ça ».* La moitié des soignants interrogés dans l'enquête quantitative ne se retrouvent pas dans cette affirmation mais cinq pensent qu'elle est réelle (Q42). L'infirmière poursuit en expliquant que « *on est toujours peu à peu à la limite, après c'est un travail sur soi aussi, à savoir, je pense que beaucoup de soignants ne prennent pas ce recul, et ce qui est dommage et après, ce côté pervers, il le règle en faisant des piqures tout le long de la journée et se régalent. Il y en a qui se régalent (…) mais après cela peut être de très bons soignants, s'ils arrivent toujours à rester à la limite* «. Une très grande majorité des infirmières sont d'accord avec cette affirmation (Q43). Certaines infirmières de l'enquête qualitative disent ne pas se retrouver dans le fait de parler de maltraitance mais une deux infirmières disent l'avoir fait, une infirmière dit l'avoir vu et quatre infirmières disent en avoir entendu parler (Q41-Q100).

Elles sont davantage dans la culpabilité (Q45) et une grande majorité disent du coup ne pas avoir de plaisir à faire un geste invasif (Q44) : « *Enfin, moi j'avoue que cela ne m'a jamais apporté du plaisir de faire une injection, moi, j'avoue que je ne vois pas le plaisir à faire mal*

à une personne, moi, je serai plus du coup dans la culpabilité ». Une infirmière raconte d'ailleurs qu'elle a une « *boule au ventre* » qui peut rester tout au long de sa journée de travail : » *elle reste jusqu'au point où je suis mal lorsque je dois faire toute une série (silence)* » et que cela peut parfois l'empêcher de dormir *« tout ce qui est invasif, j'en dors pas la nuit après, enfin j'exagère un peu là, mais oui, je ne peux pas, les soins invasifs, je peux pas. J'ai l'impression de..., j'ai mal à la place du patient donc et pourtant, j'en ai fait des coupes et des escarres ».* Certaines infirmières interviewées disent avoir effectivement cette boule au ventre ou en avoir entendu parlé par d'autres infirmières. D'autres disent ne plus l'avoir (Q46). Certaines confirment également que cela peut effectivement les empêcher de dormir (Q47).

Cette émotion est aussi en lien avec les résultats qu'elles perçoient chez les patients *« Cette boule au ventre disparaît quand la personne m'a dit qu'elle n'a pas eu mal (...) et si la personne me dit qu'elle a eu mal, là, elle reste ».*

En synthèse, nous pouvons penser que les infirmières se complaisent à répondre au complexe de traits conventionnels et s'imposent un certain conformiste (Apter, 2007) pour répondre à un idéal social et à leurs représentations sur leur profession. Cependant, au regard du rôle qu'elles doivent endosser, des gestes qu'elles doivent réaliser, des émotions ou des sentiments qu'elles ressentent, l'ensemble des infirmières évoquent des dissonances (Festinger, 1957) cognitives et affectives. On note néanmoins que leurs interprétations ne portent pas toujours sur les mêmes signes et qu'elles n'attendent pas les mêmes résultats de leurs gestes. Ces frustrations sont telles que certaines essayent de les ignorer, ce qui peut créer une « fatigue compassionnelle », un contexte de burnout ou de maltraitance. L'intérêt du soin prime sur les valeurs du soignant malgré la souffrance qu'il impose au malade et au soignant.

6.3.3 Agir sur le malade et l'environnement

Les infirmières précisent toutes qu'elles ont conscience que certains facteurs facilitent ou non leur geste. Une grande majorité réalise plus facilement son geste invasif lorsqu'elles perçoivent que le patient croit en son bien-fondé (Q50).

Au regard de leurs discours, nous percevons que pour limiter l'intrusion, la douleur et la création d'émotions/sentiments négatifs chez le patient et chez elles, elles essayent de trouver

un certain équilibre en mettant en place des stratégies au regard des limites qui leur sont propres « *En fait, je trouve un équilibre car les soins techniques, j'en fais peut-être un dans la journée, et peut-être même deux dans la semaine (rire) donc c'est vraiment fait très épisodique, c'est vraiment très épisodique* ». Ainsi, certaines choisissent volontairement de réaliser une activité en libéral afin de diminuer les actes techniques trop invasifs. Certaines expriment qu'elles ont ainsi des seuils à ne pas dépasser dans leur tournée (Q48). Une infirmière évoque : « *il y a des moments, bon... quand c'est occasionnel, j'arrive à le gérer, mais il y aurait que des soins comme cela, je démissionnerai de suite, je serai incapable de le faire, là c'est vraiment parce que c'était occasionnel ».*

Ainsi, certaines expliquent également qu'elles refusent de réaliser certains gestes notamment pour beaucoup d'entre elles, auprès des enfants : « *si c'est un enfant, j'en suis incapable, à oui, moi, je ne fais pas de prise de sang à un enfant* ». D'autres racontent qu'elles ne peuvent plus travailler dans certains services : « *je dis cela, c'est une protection et c'est pour cela que je ne pourrai pas faire que ça, que des soins comme cela, j'en serai incapable, travailler en cardio, en réa, aux urgences où on ne prend pas le temps de voir la personne, j'en serai incapable, j'en serai incapable* ».

Une infirmière raconte également qu'elle s'autorise parfois à changer le soin pour le mieux-être du patient : *» mais j'avoue que cela est arrivée de ne pas mettre la dose que le médecin a prescrit derrière et comme le patient croyait ce que le médecin lui a mis, et tout, cela a été aussi bien et cela lui a fait autant d'effets. Donc en fait, je me dis cela, le patient, il y croit, donc je respecte sa croyance et je le fais, je le fais. Par contre, je vais le surveiller, je vais bien le surveiller, ça (silence)* ». Deux infirmières l'ont confirmé dans l'enquête quantitative, les autres ne se retrouvent pas dans cette affirmation (Q49).

Certaines évoquent aussi quelques préférences pour réaliser plus facilement leurs actes. Beaucoup préfèrent être seules : « *je n'aime pas avoir tout le temps quelqu'un car j'ai aussi le tempérament à ce qu'on ne me parle pas à côté, j'arrive moins à m'occuper de mon patient. J'aime bien être toute seule dans la chambre, tranquille avec la personne, pour être sûre, pour être plus efficace, et de bien faire mon travail. Je n'ai pas besoin de parasites, cela ne me réussit pas. J'ai l'impression de moins bien travailler* ».

Une infirmière indique qu'elle demande aussi au malade de ne pas parler pendant son geste *: « En fait, oui, je lui demande de ne pas parler mais par contre, je lui demande de me dire dès que c'est insupportable voilà, de me le dire ».*

Néanmoins, la plupart des infirmières parle au malade avant le geste pour le distraire du soin et certaines n'hésitent pas à utiliser l'humour : « *je parle au patient de quelque chose de positif, toujours, de ses vacances, voilà, pas de sa maladie, pas de ça, je parle de tout autre chose, de ses enfants, enfin de pleines choses, des fois je sors des blagues même et cela le fait rire, je, enfin j'ai beaucoup d'humour au moment des soins, je, je comment le dire, donc voilà, (silence), je ramène la maladie en…, voilà ce n'est qu'un passage, et voilà, on s'en sort. Je ne diminue pas le fait que la malade soit malade mais je relativise et je parle de ce qu'il est encore capable de faire et de ce qui est positif ».* Ils se persuadent mutuellement que c'est un mauvais moment à passer.

Certaines disent aussi prévenir leur geste au patient « *je préviens quand je vais le piquer* ». D'autres, à l'inverse, disent faire leur geste pendant la discussion afin que le patient ne s'en rende pas compte « *et en général, il ne s'aperçoit même pas quand j'ai retiré l'aiguille (rire) donc cela veut dire qu'il n'a pas senti quand je l'ai enfoncée, donc elle est dedans, donc on parle, on parle beaucoup ».* Cette différence d'attitude est à questionner en termes de difficulté de geste et de temporalité du soignant dans l'apprentissage de son geste.

Ces représentations les amènent à agir pour certaines dans un rythme plus rapide : » *Je veux que la patiente soit vite soulagée (…) donc je me dépêche à faire mon soin »* ou à l'inverse, de prendre leur temps dans le soin *: « je reprenais mais elle recriait donc j'ai pris énormément de temps, énormément de temps mais je sais qu'elle avait très très mal, il y a nécessairement des coupures dans le soin ».*

Ainsi, la plupart des infirmières disent faire attention à l'amplitude de leur geste, notamment pour ne pas trop faire souffrir les malades *: « je reste vigilante à chaque injection, de ne pas leur faire mal et de ne pas rentrer directement » ou « je l'ai fait doucement, vraiment «.* Certaines expliquent qu'elles peuvent être rapides pour piquer mais prendre leur temps pour l'injection *: « silence, en général, je touche où je vais piquer et je dis attention, je vais piquer et j'envoie rapide et je n'envoie pas tout doucement. Je pique rapide mais après le produit effectivement, je l'envoie doucement, là je l'ai fait doucement parce que certains produits,*

cela fait mal quand on envoie trop, donc j'appuie doucement ». En fonction, des produits à injecter et de leurs effets, elles agissent différemment.

Le toucher des infirmières est aussi assez présent dans leurs discours : « *et bien pour injecter, (...) je parle beaucoup au patient, je le touche, mais de manière, je l'effleure, je le touche, pour eux, bon voilà ».* Il peut avoir vocation à rassurer mais aussi pour déplacer l'attention du malade : *« j'ai serré très très fort sa main pour déplacer la douleur vers sa main, et en même temps, elle sentait mon contact, donc voilà, du coup elle arrêtait de crier ».*

Une infirmière évoque aussi le fait qu'elle identifie que ces appréhensions sont parfois fausses au regard de ce que peut vivre réellement le malade : *« c'est vrai que l'on a aussi nos représentations et on se dit des fois que oui, alors mince, je dois faire ceci à ce patient-là alors que le patient, ce n'est pas le geste le plus compliqué, lui il s'en moque, enfin il s'en moque, c'est pas ce qui lui fait le plus peur ».* Pour cette raison, une infirmière formée à l'éducation thérapeutique explique qu'elle essaye de vérifier ses interprétations : *« En fait, j'essaie de sentir dans quel état d'esprit c'est en face pour essayer d'être en phase. Mais, je me doute toujours qu'il y ait pu avoir une déstabilisation de l'état, donc je suis toujours vigilante à cela au départ. J'envoie toujours une petite question pour ça quoi pour sonder ça* ».

Une infirmière dit aussi être en capacité d'identifier les émotions/sentiments d'un malade et de faire une distinction entre une émotion contre elle et une émotion d'acceptation du changement : « *il faut la lever sa colère, et je sens qu'elle ne m'est pas adressée, bien évidemment, je ne prends jamais ça pour moi, je sais que je n'y suis jamais pour rien et en tout cas, je me dis que ce n'est pas un signe anodin et qu'il faut le relever* ».

Les infirmières formées à l'éducation thérapeutique cherchent à davantage rendre acteur le malade : « *Je fais attention à ce que je dis, avant je disais aux personnes comment faire maintenant non, alors peut-être qu'il y a encore des loupés, mais de moins en moins quand même, je sollicite plus la personne à chercher ses propres ressources.* »

Une minorité disent qu'elles ne regardent plus le malade pour ne pas paraître indifférentes plutôt que de manifester de la tristesse par leurs yeux qui s'embrument ou une voix qui tremble (Q73). Une majorité de soignants choisissent de quitter la chambre d'un patient

angoissé sous un faux prétexte (Q74) ou de demander à une collègue de les remplacer (Q75) mais l'expérience leur permet de davantage se contenir.

En synthèse, pour être en capacité de poursuivre la réalisation de gestes intracorporels et aller au-delà de leurs frustrations, les infirmières mettent en place des stratégies pour trouver un équilibre entre les bénéfices qu'elles perçoivent et les coûts que cela leur demande. Elles évoquent notamment le fait de choisir l'activité ou le service qui leur convient le mieux au regard de seuils de tolérance qu'elles se donnent (type de service, type de public, nombre de gestes invasifs dans une journée). Certaines osent également exprimer leur choix dans la technique ou la posture qu'elles utilisent même s'il est en contradiction avec la culture du service, la volonté du malade ou le fait de le rendre acteur. Plusieurs énoncent aussi le fait de travailler sur l'amplitude de leurs gestes et de favoriser une relation de confiance en parlant, touchant le malade. Certaines utilisent aussi la distraction par l'humour et par la création d'une autre douleur chez le malade. Quelques-unes cherchent enfin à identifier la réalité de leurs sentiments négatifs en vérifiant leur interprétation auprès du malade. Elles s'autorisent à des gestes ou des pensées inédits.

6.3.4 Agir sur soi

Tout au long de leurs discours, nous percevons que les infirmières identifient des étapes dans la réalisation de leur geste. En fonction de ces étapes, leur attention est focalisée sur différents paramètres. On perçoit que le facteur « malade » est appréhendé avant et après le geste mais qu'il est absent pendant l'effectuation de la tâche : *« Avant le geste, je suis dans l'imagination de ce qu'il ressent alors que quand je fais, je suis dans l'imagination de mon geste pour être dans de bonnes conditions ».* Quatre infirmières ont confirmé cette affirmation (Q78).

Elles confirment à la majorité qu'elles peuvent réaliser un geste invasif malgré une horrible odeur ou les hurlements des patients (Q30). Il en est de même si ce geste leur provoque des douleurs comme le mal de dos (Q31). Une très grande majorité accepte d'effectuer le geste même si elles considèrent que c'est un geste impudique et que c'est difficile pour elles (Q33).

Certaines infirmières disent jouer un rôle qui ne correspond pas à leur vraie personnalité (Q34).

Ainsi, une infirmière explique que comme elle n'a pas la capacité d'agir sur le malade, elle agit sur elle-même *: « j'ai pas d'actions sur elle en fait, que sur moi, je n'ai pas de pouvoir sur elle, voilà, elle crie, elle crie, je n'ai pas…, je ne peux rien faire ».* Elle dit devoir se couper de la relation avec le malade *« oui, tout à fait, je prends du recul, je me détache, (…) et là je suis obligée effectivement de prendre du recul ».* Trois infirmières ont confirmé cette affirmation (Q79 et Q80).

Un des deux infirmiers explique qu'il est notamment important de se fier à son ressenti pour agir aux mieux : « *je me dis, c'est génial, j'ai réussi à faire un truc hyper difficile, parce que je me place vis-à-vis de moi aussi, c'est moi mon repère parce que c'est ce que je connais le mieux en tout cas* ». Une majorité des infirmières ont confirmé cette affirmation (Q81).

Une majorité des infirmières disent utiliser le langage interne et se parler pour se rassurer (Q82). Une majorité se focalise sur les effets positifs du soin sur le malade (Q32). Certaines infirmières expliquent qu'elles se persuadent du bien-fondé du soin qu'elles réalisent car c'est en accord avec ce que demande le malade : « *A faire ce soin, comment j'arrive à gérer, en fait, je me dis, bon, la personne croit à l'allopathie, la personne croit, je regarde le traitement que le médecin a fait, enfin je lis le dossier, (…), bon je me dis, ce produit, effectivement, cela va lui permettre, voilà, de moins avoir mal ».* Certaines évoquent aussi le fait qu'elles se rassurent en énonçant les bienfaits de leurs soins *: « je me dis on ne peut pas le laisser comme cela, voilà, le pied est dans un état pitoyable et la personne, elle a mal, donc il faut faire les soins nécessaires pour qu'il guérisse donc je me dis que ce que je vais faire, c'est pour son bien, elle aura mal certes mais c'est pour son bien, et du coup, à ce moment-là, je me détache de la personne et je ne pense pas à tout ce qu'elle peut souffrir, je ne ressens plus, je suis centrée sur moi complètement et sur mon soin ».* Après coup, certaines infirmières disent aussi se rassurer sur l'intérêt de leur geste en identifiant les résultats de leur soin et ce que cela va leur apporter en termes de bénéfices malgré le coût que cela leur demande : « *La personne m'a fait confiance et du coup, c'est gratifiant tu vois, parce que quelque part, il y a cela, tu vois. Elle t'a fait confiance et ta patiente va en tirer des bénéfices, et quelque part, tu es l'initiateur de cela* ».

Une infirmière explique aussi par son verbatim qu'elle déshumanise la partie du corps sur laquelle elle réalise son geste *: « je reprenais le pied et je savais qu'elle allait avoir mal et qu'elle allait crier, du coup moi, je faisais barrage et donc je me suis dit effectivement elle*

n'est pas attachée à son pied ». Cependant cette affirmation n'a été validé par aucun soignant interrogé dans l'enquête qualitative (Q85). En revanche, une majorité des infirmières valide le fait qu'elles se focalisent sur l'endroit où elles réalisent leur geste (Q86).
Une infirmière se justifie en indiquant que les soignants n'ont pas le choix et que cela est nécessaire pour la réalisation de soins techniques *: « ils rendent le malade objet mais après, ce sont de très bons soignants (...) ils font de très bonnes choses au contraire et heureusement qu'il y en a des comme cela, parce que quand on est dans des services où il y a que de la technique comme en réa, où il n'y a que des choses comme cela, même en dialyse où elles ne s'occupent que de la machine en fait. Donc, il y en a besoin de ces gens-là pour faire ces soins-là* (…) *je pense qu'il faut être détaché de la personne pour pouvoir faire un soin parce que si on ressent la souffrance du patient, on ne peut pas le faire, enfin, je ne pense pas ».* Le corps est ainsi transformé en artefact pour pouvoir réaliser le soin.

Une infirmière explique : « *par contre, quand on le rend trop objet, si on n'a rien à coté qui nous permet de rentrer dans un côté plus humain, je pense que c'est là où les personnes arrivent au burn out et décompensent et peuvent aller vers la maltraitance si vraiment, il n'y a rien d'autre* ». Elle raconte qu'elle a dû faire une thérapie à la fin de ses études pour être en capacité de poursuivre son métier.

Ce qui a été intéressant de noter c'est qu'au moment de l'explicitation du geste intracorporel, tous les soignants ont arrêté d'être dans l'évocation « *j'ai cette boule au ventre qui me bloque, (silence), non je ne peux pas analyser »* Ils sont passés dans un mode réflexif « *A oui, c'est marrant, je m'en rends compte quand je t'en parle »*. Ils sont capables d'évoquer ce qu'ils font avant le geste et les résultats qu'ils attendent et qu'il vérifient pour savoir s'ils ont bien fait leur geste, mais ils ne peuvent évoquer ce qu'ils ressentent pendant le geste : *« je mets du coup de la distance, je ne vois plus la personne en fait, je regarde que l'endroit où je dois faire le soin et comme je sais qu'il est très algique, après non, je ne le fais pas et je pense aussi que c'est difficile pour moi de le faire, voilà tous ces soins, car la personne reste une personne quoi ».* Quatre infirmières ont confirmé qu'elles planifiaient un endroit précis pour se couper de certains stimuli (Q84).

Beaucoup ne se savent pas expliquer ce qui se passe (Q88). Certaines infirmières disent être centrées sur le lieu de leur soin et ne plus rien voir « *Je vois que l'escarre, je ne vois plus rien*

autour » et mettre de la distance (Q89). Cependant une grande majorité des infirmières pensent ne pas mettre de distance et disent continuer à voir le malade (Q89).

Trois soignants évoquent néanmoins l'idée de se centrer sur eux lors de leur verbatim et utilisent le terme de bulle : « *Je me mets dans une bulle, je me barricade, je m'emmure en fait, je ne ressens plus rien, plus d'émotions, enfin j'exagère un peu mais c'est pour imager un peu mais je mets une distance, je m'isole de la personne et je ne ressens plus ce qu'elle ressent. Mais c'est un temps qui ne peut être que très court, parce qu'il suffit que la personne crie ou verbalise, voilà, cela me casse ça et donc du coup, je suis obligée de reprendre, de revenir vers elle, lui parler, silence ».* Une autre infirmière évoque : « *Ah, non, non, je n'ai plus aucune sensation (...) non, vraiment enfermée, je ne ressens plus (silence), c'est comme si j'étais dans une bulle en dehors du temps et de l'espace, voilà je suis, voilà, plus rien n'existe, je suis vraiment centrée sur moi* ». Ces affirmations ne sont pas validées par les sept autres infirmières interrogées lors de l'enquête (Q90-Q91).

Néanmoins, plusieurs soignants évoquent et valident le fait qu'ils développent une certaine respiration qui leur permet de lâcher prise sur leurs émotions et sensations (Q92) : « *je suis centrée sur moi dans le sens où je pense à ma respiration ou je pense à un bien-être intérieur ».* Une infirmière évoque que pendant cette respiration, elle *« essaye de ne pas culpabiliser, de ne pas, en fait, je suis en plein lâcher-prise en fait, mais cela dure tellement peu de temps mais c'est comme un lâcher prise où le monde n'existe plus, et il n'y a plus que moi, moi et j'essaye de…, d'être tellement détendue à l'intérieur de moi, qu'il n'y a pas d'angoisses, ni de…, oui c'est vraiment moi et je me dis que ce que je fais de toute façon, et bien c'est pour le bien du patient ».* Une très grande majorité des soignants de l'enquête ne se retrouve pas dans cette affirmation (Q93).

Certaines visualisent mentalement le chemin du matériel dans le corps : « *J'ai un moi qui réifie la verge et un autre moi qui visualise le passage de la sonde jusqu'à son arrivée dans la vessie afin de garder un rythme, une force mentale qui guide la sonde* ». Cette affirmation est validée par cinq infirmières qui ont répondu à l'enquête (Q94). Nous identifions que l'infirmière qui évoque son soin a une capacité de se créer une image mentale qui lui permet de ne plus être en lien avec ses propres ressentis mais cependant, l'absence de sensation, ne lui permet pas de mettre des mots sur ce qui se passe. Cinq infirmières ont validé le fait

qu'elles sont en capacité de se créer cette image mentale sans réellement voir le corps du malade (Q95).

Au regard de leurs propos, il semble aussi que cet état soit différent d'une concentration « *non, je ne suis pas centrée dessus mais je la vois quand même, je la vois la veine »* ou *« alors, je n'ai pas besoin d'être hyper concentrée pour faire ce soin mais je me centre sur moi, je me recentre sur moi surtout sur un soin d'escarre où il y a l'odeur en plus, il faut que je…, il ne faut plus que je sente rien, il ne faut plus que je n'entende rien sinon je ne peux pas faire le soin, donc ce n'est pas possible, donc c'est des temps qui sont quand même très très courts, c'est l'espace de quelques minutes, même pas cinq minutes, voilà je fais le soin, du coup je suis assez rapide mais je reste efficace quand même, voilà, je ne reste pas discuter, je fais le soin et…* (long silence). »

Nous pouvons ainsi nous questionner sur le fait qu'il s'agisse d'un automatisme. Une infirmière l'évoque « *je n'ai pas réfléchi à cela mais cela doit être automatique sans doute* ».

Une infirmière explique que cet état lui permet d'être compétente et ne pas ressentir la douleur du malade : « *c'est de pouvoir faire le soin, de pouvoir faire le soin, sinon j'ai tellement mal que je serai incapable de (rire) de lui faire, sinon je ne serai pas du tout compétente quoi ».*

Une autre évoque l'absence de culpabilité *: « En fait, si je pense à tout cela, je ne peux faire les soins, à ce moment-là effectivement, bon j'exagère car c'est pour illustrer, mais on est dans un…, je suis dans un moment de non culpabilité, je culpabilise mais je n'ai plus aucune culpabilité ».*

Nous l'avons perçu dans les précédents propos. Cette centration ne dure généralement que quelques secondes car les soignants disent revenir à l'écoute de leur patient *: « je m'arrête régulièrement pour reprendre contact avec la personne, voilà et après je reviens sur le soin ».*

Une infirmière évoque le fait qu'elle choisit préalablement les stimuli qui la font sortir de cette centration : « *oui, alors les cris du malade vont me faire sortir mais pas la sonnerie de mon téléphone par exemple, car je me suis dit avant que cela pouvait attendre* ». Cette affirmation n'a été validée pas aucun soignant lors de l'enquête (Q96).

Les trois infirmières qui ont évoqué la bulle, disent aussi sortir de cet état pour vérifier que leur geste est réussi (Q97).

A contrario, d'autres soignants évoquent aussi que certains distracteurs permettent difficilement à la personne de se centrer sur elle *« oui, elle apparemment, c'était parler et moi cela me gênait car je pouvais pas rentrer dans ma bulle* » ou « *là en autre, il y a vraiment une odeur très insupportable, donc je peux tenir quelques instants mais pas trop longtemps, longtemps, donc au bout d'un moment, l'odeur devient tellement insupportable que, bon, je ne sens plus l'odeur pendant quelques secondes mais dès que l'odeur revient…* ».

Cependant, nous pouvons percevoir qu'en cas de danger de mort pour le patient, une infirmière peut rester dans cet état longtemps et peut avoir du mal à en sortir. Trois infirmières ont validé cette affirmation (Q98). Une infirmière raconte ainsi que le fait de se décentrer du soin pour demander de l'aide dans une situation d'urgence n'a pas été possible pour elle. Elle a eu besoin d'une tierce personne pour le faire : *« Non, au contraire, j'étais tellement impliquée pour le sauver que je ne pouvais pas faire autre chose que d'aspirer, je ne pouvais pas arrêter pour appeler. Donc moi, je restais concentrée là-dessus, alors qu'elle, elle a dit mais tu veux juste de l'aide. Oui, appelle, oui, parce que je ne pouvais pas faire les deux.* » Au moment de cette centration sur elle-même, elle ne peut plus communiquer avec autrui.

En synthèse, pour faire face à la violence des dissonances cognitives et affectives et gérer leurs émotions, l'ensemble des infirmières mettent en place trois types de mécanismes conjoints pour agir sur elles : 1) un mécanisme régulateur de schématisation corporelle (réification du corps du malade, visualisation mentale/imagination créatrice) pour soutenir la réalisation du geste 2) un mécanisme de centration sur soi (langage interne, respiration provoquant une autohypnose) 3) un mécanisme d'inhibition (bulle de simplicité) favorisant le lâcher-prise sur leur environnement et l'absence de toute présence de sentiments, notamment de culpabilité. Ce dispositif d'inhibition est levé par des détracteurs (le bavardage, les odeurs, les cris) mais il peut durer longtemps si la vie d'un malade est en danger. Il s'agit d'une habitude encodée, non enseignée et qui est rarement consciente chez les infirmières. Elles ont du mal à la décrire faute de sensations et de vocabulaire adapté à cet état.

SYNTHESE GENERALE DU CHAPITRE 6.3

Face à leurs représentations de leurs soins et des sentiments que cela provoque, les infirmières doivent trouver un équilibre entre prendre soin du patient et s'économiser. Elles doivent agir sur elles pour pouvoir agir sur le malade.

Elles mettent en place des stratégies inédites sur leur environnement afin de réguler l'intensité de leur activité, la relation avec le malade et les représentations de leur rôle.

Pour agir sur elles-mêmes et faire face à la violence de leurs dissonances cognitives et affectives, elles utilisent conjointement, comme un « moi » divisé, des mécanismes de défense : un mécanisme de régulation par schématisation corporelle (réification, vision mentale), un mécanisme de centration (autohypnose) et un mécanisme d'inhibition (bulle de simplicité).

Cette force psychologique invisible (inhibition) est très peu réfléchie en l'absence d'apprentissages spécifiques lors des formations initiale et professionnelle des infirmières, de sensations et de vocabulaire adapté pour décrire cet état. C'est l'expertise de pouvoir faire des choses rapidement sans savoir ce que l'on mobilise.

7. SEPTIEME PARTIE : INTERPRETATION ET PERSPECTIVES

Cette septième partie de notre thèse cherche à interpréter les résultats présentés précédemment au regard de nos hypothèses et des références théoriques mobilisées.

Dans un premier chapitre, nous reprendrons les concepts utilisés sur les activités mentales pour présenter les étapes et les composantes de la planification et de la réalisation d'un geste intracorporel.

Les concepts d'identité professionnelle et personnelle seront utilisés pour aborder le professionnalisme de l'infirmière dans un second chapitre.

Dans un troisième chapitre, nous mettrons en évidence les conflits de valeurs et d'opérationnalité avec lesquels les infirmières doivent bricoler et la diminution d'exigence sur certains objectifs que cela peut entraîner.

Dans un quatrième chapitre, nous aborderons les compromis que doivent réaliser les infirmières pour atteindre leurs quatre objectifs principaux : soigner le malade et créer de la confiance systémique en arborant un certain professionnalisme dans un temps délimité par leur tournée de soin.

Le cinquième chapitre évoquera le co-contruit de confiance utilisé pour limiter les dissonances cognitives et affectives ressenties par les infirmières lors de l'effectuation de leurs compromis.

Le sixième chapitre nous permettra de mettre en évidence les caractéristiques invisibles d'un geste intracorporel et notamment la nécessité pour les infirmières d'effectuer un travail psychique personnel pour prendre soin d'un malade.

Dans le dernier chapitre, nous identifierons de quels manière ces résultats peuvent avoir une utilité sociale et scientifique. Nous verrons plus particulièrement à quoi ils peuvent servir dans le cadre de formations et d'analyses de pratiques.

7.1 Les étapes de planification et de réalisation d'un geste intracorporel

Nous avons pu percevoir à travers les résultats détaillés dans notre chapitre 6.2 et ses sous-chapitres que notre première hypothèse : « *La réalisation d'un geste intracorporel nécessite une préparation mentale spécifique de déroulement des étapes de l'intervention à la lecture de la prescription* » est confirmée. En effet, nous affirmons que selon une planification (Richard, 2004) en **quatre phases cognitives** (Heckhausen, 1986 ; Heckhausen & Gollwitzer, 1987 ; Achtziger & Gollwitzer, 2008), les informations stipulées sur la prescription sont analysées et interprétées au regard d'un ensemble de connaissances procédurales mais aussi d'un grand nombre de représentations en lien avec les différentes dimensions que nous avions déjà présentées (sociales, historiques, culturelles, didactiques et personnelles).

Ainsi, lors d'une **première phase dite prédécisionnelle**, les infirmières ont la capacité de construire, à partir de leurs représentations et de leur connaissance, la situation pratique exigée.

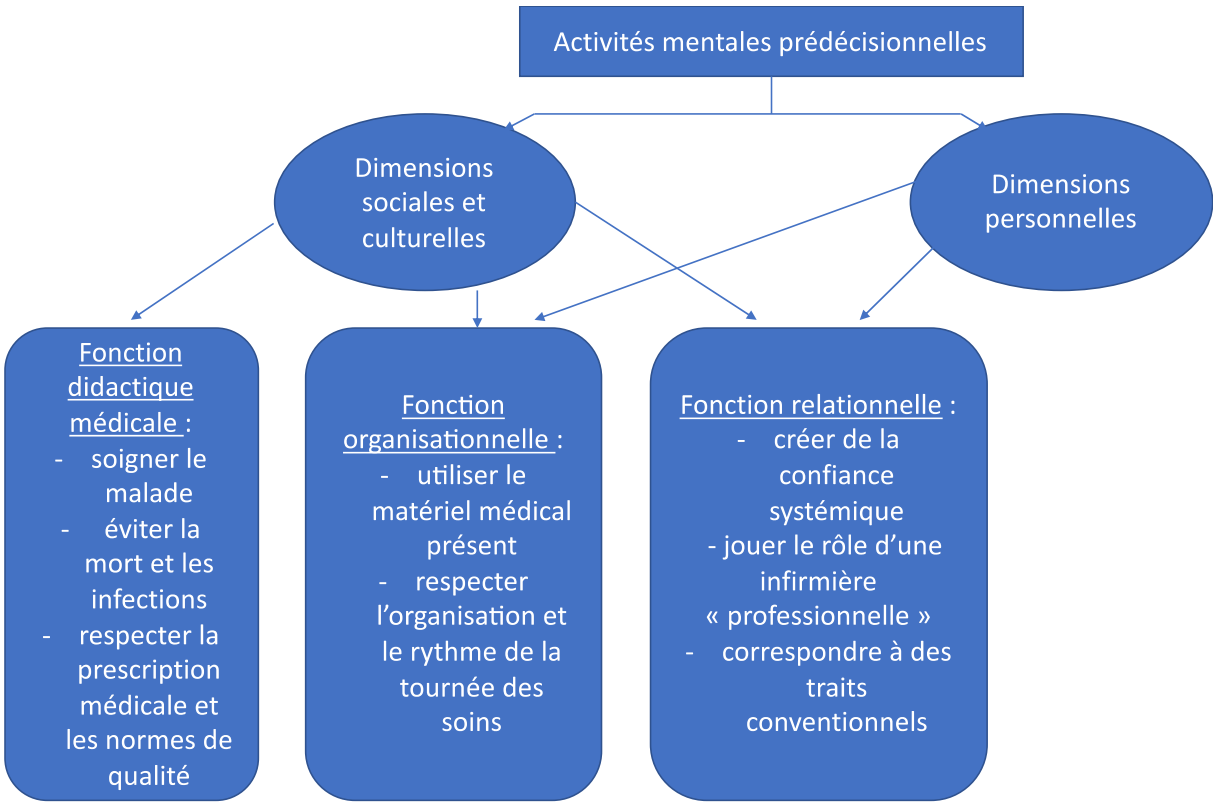


Figure 4 : Thèmes identifés dans le discours des infirmières

Nous avons pu établir que leur geste intracorporel était planifié selon des buts génériques correspondant à des invariants de la profession d'infirmière : soigner le malade au regard de la prescription, du matériel médical exigé et des normes de qualité dans le temps imparti par leur tournée de soins. Les infirmières souhaitent également créer de la confiance systémique (Haberey-Knuessi, Obertelli, 2017) tout en arborant un certain professionnalisme (chapitre 7.2) qui correspond à leurs représentations de leur rôle selon des traits conventionnels mais qui sont également en lien avec leur capacité à faire face à leurs peurs, leurs temporalités du moment et les résultats qu'elles attendent de leur geste.

Si la prescription est suffisamment lisible en termes d'écriture et intègre les informations qui permettent à l'infirmière de réaliser son geste, cette dernière peut planifier par ordre de priorité les tâches à accomplir, en anticipant ce qu'elle doit identifier comme variable favorisant ou non son geste : l'urgence, les difficultés, risques et effets secondaires du geste, ce qu'elle doit préparer avant et après son geste, comme le matériel dont elle aura besoin, la position du corps du malade mais aussi le sien et les gestes qu'elle doit opérer. Son soin répond à une certaine logique didactique de type inductive dans sa progression en recourant à un savoir global, réunissant les différents aspects de son apprentissage, mais aussi en appréhendant les aspects du geste intracorporel dans sa globalité, notamment par rapport à l'émotion que cela peut provoquer et le temps que cela peut nécessiter. Ces solutions sont en partie disponibles, puisque standardisées au regard de scènes et de scripts (Tomkins, 1979) créés à partir de l'assemblage d'une famille de scènes que nous avions évoqué dans le chapitre 4.5. Cela permet aux infirmières de se constituer des règles individuelles utilisées pour prédire, interpréter, répondre ou contrôler, mais aussi pour créer d'autres scènes au regard de l'environnement où elles se situent.

Cependant, cette phase est complétée par **une seconde phase dite pré-actionnelle** où la planification du geste se poursuit mentalement au regard de l'environnement et plus particulièrement des dimensions organisationnelles présentes au moment du soin que nous aborderons dans le chapitre 7.3.2. Les infirmières cherchent à savoir si elles ont les moyens de pratiquer leur prescription comme elles l'entendent par rapport au matériel présent dans le service, l'urgence et l'environnement du soin, l'équipe présente, des spécificités médicales, psychologique et corporelles du malade, les risques et les effets secondaires spécifiques au malade ainsi que le moment du geste dans l'organisation de leur tournée de soin. Ainsi, leur

planification est réalisée selon une attitude d'évaluation positive ou négative de la situation, la perception de la pression sociale de leur institution et le contrôle perçu que les infirmières estiment avoir sur leur comportement et leur geste. Les infirmières délibèrent aussi à cette occasion sur les motivations à agir en termes d'intérêts (coût/bénéfices), désirabilité, faisabilité, résultats escomptés sur du court ou long terme, temporalité, risques, confiance en elles.

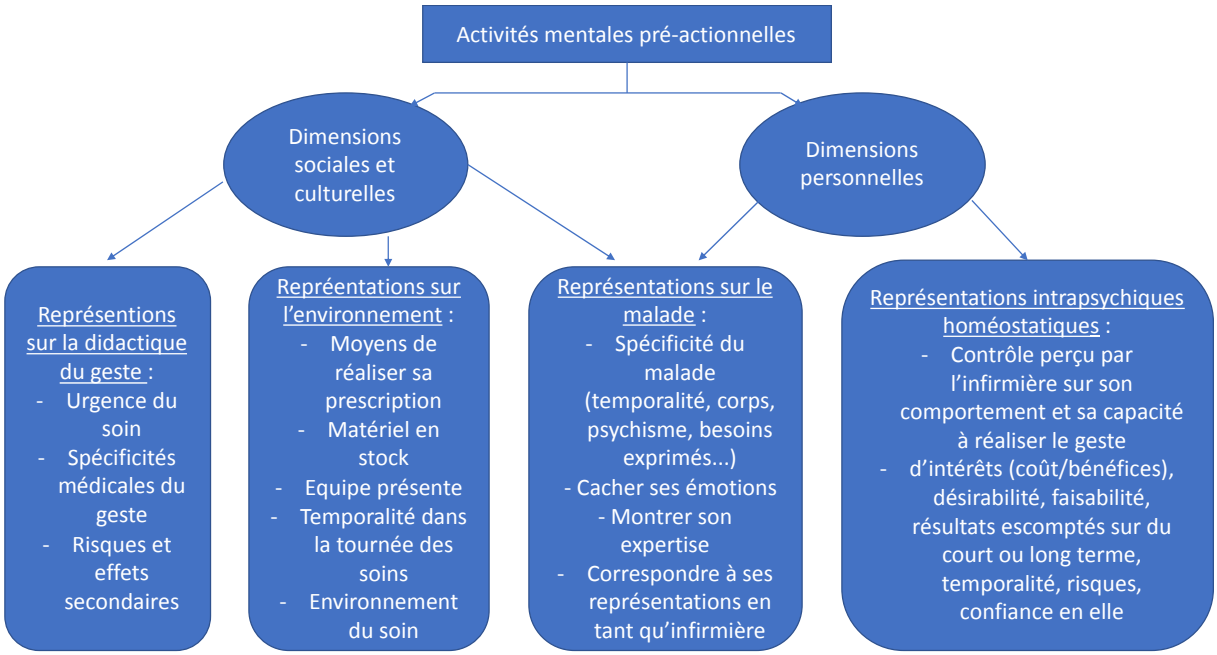


Figure 5 : Activités pré-actionnelles de l'infirmière lors de la préparation de son geste intracorporel

En récupérant des informations en mémoire et selon leurs représentations par rapport à ce qu'elles pensent que l'on attend d'elles et ce qu'elles pensent devoir/pouvoir faire, elles élaborent des buts et définissent des priorités de buts avant de réellement réaliser le geste. Elles planifient également l'endroit précis du soin. L'ensemble de ce geste est à ce point planifié qu'une grande majorité des infirmières évoquent un moment opportun dans leur tête pour le réaliser.

Dans la **troisième phase dite actionnelle** au moment de la réalisation d'un geste intracoporel, nous identifions que le geste est sous-tendu par un contrôle volitionnel (Ajzen & Fishbein, 2007), c'est-à-dire que l'infirmière cherche à savoir si elle est en réel capacité de réaliser son geste comme elle l'a planifié. Or chaque geste est singulier du fait du corps et des réactions du

malade mais aussi de l'environnement où est réalisé le soin. Des distinctions ont pu être identifiées selon les sujets interviewés concernant leurs représentations sur les tensions identifiées et la manière de les surmonter au regard de leurs expériences et de la temporalité professionnelle et personnelle où elles se situent (Huberman, 1989).

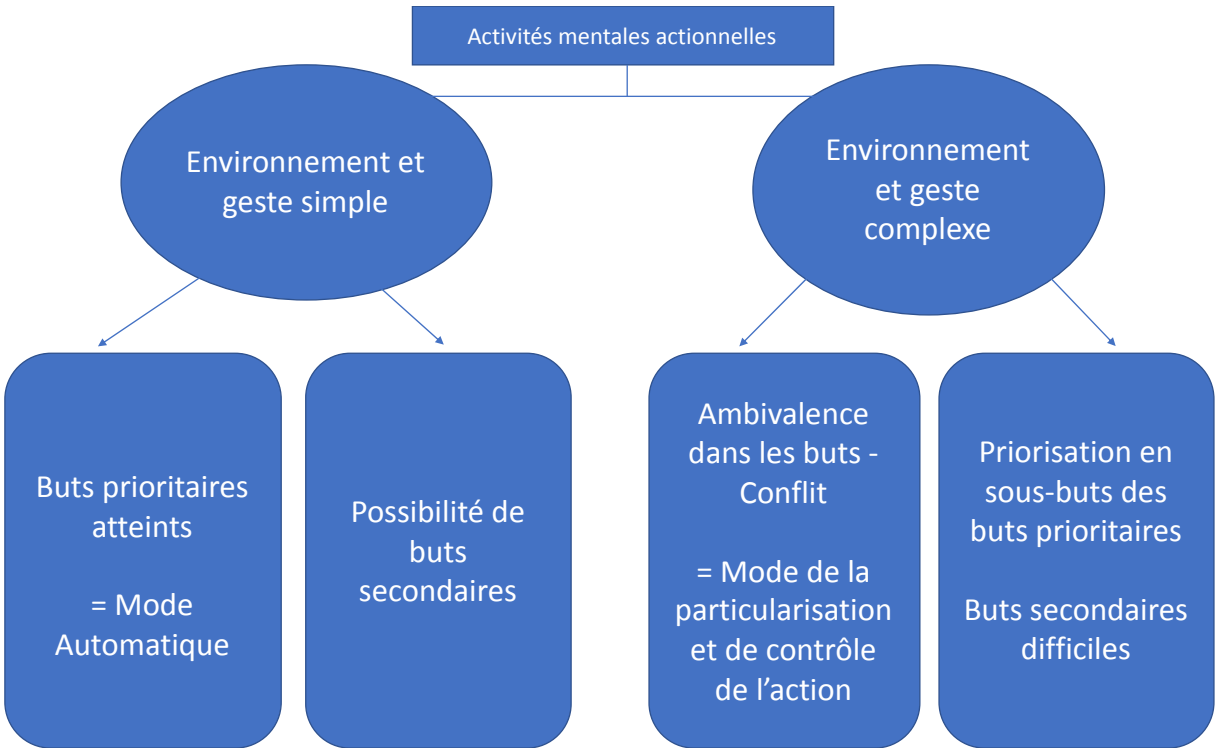


Figure 6 : Activités actionnelles de l'infirmière lors de la préparation de son geste intracorporel

Si les variables des prescriptions médicales et l'organisation de la structure sont peu évolutives, si les aléas de la préparation du matériel sont presque totalement maîtrisés, si le geste est réalisé très régulièrement et s'il ne pose pas de difficultés, la part d'improvisation à ce stade est réduite à son minimum. Les scripts mentaux nécessitent peu de ressources cognitives et de sensations, ce qui favorisent des habitudes. La planification du geste étant peu réflexive, les infirmières ont le sentiment d'être dans un mode automatique et ce travail en continu peut ressembler à « un travail à la chaîne ». Cela leur permet de répondre à des buts secondaires comme tenir compte des priorités des malades. Cependant, cet objectif dépend aussi des représentations des infirmières quant à leur rôle par rapport à l'écoute du malade, le fait de le rendre acteur ou s'autoriser à écouter des thèmes où elles n'ont pas forcément de solutions à proposer.

Néanmoins, si ce geste est très risqué et que le matériel nécessaire est sophistiqué, le malade a des spécificités corporels/comportementales ou si les infirmières en ont peu l'habitude, elles doivent passer dans un mode d'attention spécifique. Nos résultats confirment également que les infirmières préparent leur geste sans être en capacité de prévoir ce qui va réellement se passer lors de l'exécution de ce dernier car chaque acte intracorporel est singulier du fait de la personne et de l'environnement. Elles doivent donc passer dans un mode de particularisation (Richard, 2004) et de contrôle de leur action en trouvant des stratégies d'ajustement au regard de différents facteurs et affordances : priorité de but, contexte environnemental, public cible, le risque de l'intrusion. Dans ces situations moins maîtrisées, cela nécessite pour elles d'établir des priorités entre des buts contradictoires (Richard, 2004) ou éventuellement la constitution de scripts mentaux intermédiaires leur permettant de nombreuses interprétations en fonction du contexte. Cela peut leur imposer la diminution d'exigence sur certains objectifs pour répondre à des logiques spécifiques du fait d'une orientation sélective de l'attention. Cela leur impose d'établir des priorités entre des buts contradictoires. Par exemple, si l'infirmière privilégie le critère de rythme dans la réalisation de son geste, elle sera amenée à choisir une technique plus rapide à exécuter mais moins appropriée au regard de la souffrance du malade ou de l'aseptie des soins. Nous évoquerons ces dimensions d'une manière plus précises dans le chapitre 7.3.2. mais nous pouvons en présenter un schéma.

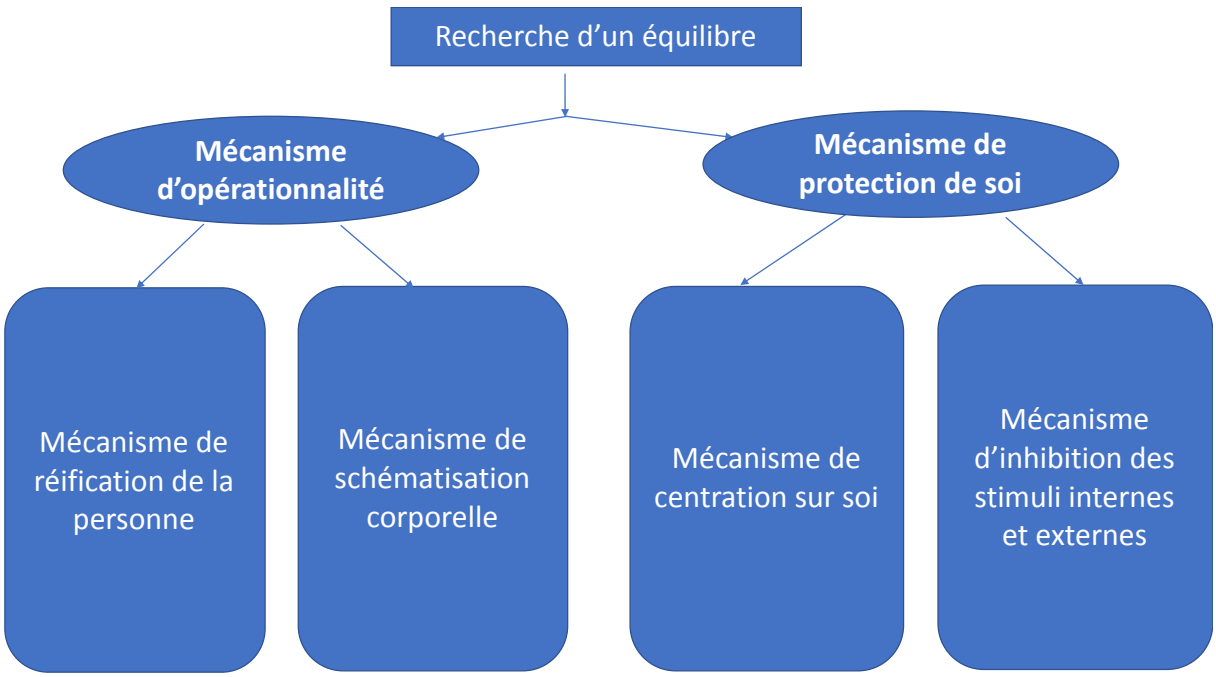


Figure 7 : Les dimensions en intériorité d'un geste intracorporel sur autrui

Ce qu'il faut en comprendre c'est que contrairement à ce nous pourrions observer ou ce qu'elle souhaite montrer, une infirmière ressent des émotions ou des affects lors de la préparation de son geste et lorsqu'elle est en interaction avec un malade. Au moment de la planification de son geste, ces émotions ont une fonction d'activation psycho-physiologique qui prépare et soutient son action. Mais au moment du geste à proprement parlé, l'infirmière a l'obligation d'agir sur elle-même pour pouvoir agir sur le malade. Elle met en place des stratégies régulatrices peu conscientes *pour trouver un équilibre.* Ces ajustements lui permettent d'être opérationnelle mais aussi de se protéger. Nous avons pu identifier quatre types de stratégie :

- *un mécanisme de réification de la personne : l'infirmière se focalise sur le lieu de l'intrusion du corps selon une attention soutenue visuo-spatiale (Posner, 1985)*
- *un mécanisme de schématisation corporelle :* l'infirmière est capable de voir l'intérieur du corps *sous forme d'image favorisée par un lâcher prise ou une intuition*
- *un mécanisme de centration sur soi :* l'infirmière s'*autohypnose par une certaine respiration et langage interne positif*
- *un mécanisme d'inhibition des stimuli internes et externes : l'infirmière se coupe de toutes émotions et stimuli au regard d'une bulle de simplicité ou fenêtre attentionnelle (Lachaux, 2013 et Posner, 1980)*

Cela explique le fait que les infirmières ne soient pas en capacité d'avoir un échange et une écoute des priorités du malade lors de leur geste car leur forte attention laisse peu de place à d'autres distractions afin de pouvoir s'acquitter de leur tâche. L'écoute attentive et la discussion deviennent possibles uniquement lorsque le geste est totalement maitrisé.

Ce que nous avons pu également mettre en exergue est qu'il existe des conflits de frontières et de valeurs lors de la réalisation d'un geste intracorporel entre 1) les conceptions disciplinaires des infirmières qui imposent un rôle social idéal (comment on me définit) - 2) leurs conceptions personnelles qui correspond au rôle auto-prescrit (ce que je veux être) (Dubar, 1994, Larouche, 2012) et le rôle réel qu'elles sont en capacité de tenir (ce que je peux faire dans la situation donnée). Cela confirme le fait que les infirmières opèrent une distinction

entre l'idéal professionnel et la réalité du terrain (Clot, 2000) lors de la réalisation de leur geste.

Nos résultats démontrent également que les infirmières doivent trouver un équilibre entre une identité collective (Wittorski, 2008) et une identité personnelle. Leur geste leur impose une négociation entre leurs « parties de soi » (Faingold, 2013) et les scripts mentaux qu'elles engagent, ce que nous aborderons plus précisément dans le troisième chapitre de cette partie.

Enfin, dans la **quatrième étape dite phase post-actionnelle**, l'infirmière mesure les résultats de son geste (Weiner, 2006), au regard de ses représentations et scripts mentaux identifiés précédemment mais selon trois attributions : le locus, la stabilité et la contrôlabilité. Si le résultat n'est pas satisfaisant, alors le but n'est pas désactivé et elle va chercher à l'atteindre au cours d'une nouvelle tentative. Elle peut aussi diminuer ses prétentions ou chercher à l'obtenir autrement, notamment en faisant appel à une autre collègue. Nous identifions que ces résultats sont en lien avec les représentations de l'infirmière sur le niveau du geste à atteindre, leur espérance de succès, les seuils qu'elles se donnent (j'arrête au bout de 3), sur les besoins ou valeurs internes (Herzberg, 1971 ; Hull, 1954 ; Atkinson, 1964 ; Carver & Scheier, 1982) auxquels elle cherche à répondre notamment se sentir utiles et obtenir du plaisir. Or, lors de cette phase post-actionnelle, dans ce mode paratélic, les personnes ou les objets sont considérés de la même manière car ils permettent d'aboutir à quelque chose. C'est une troisième explication qui permet alors de comprendre la difficulté de rendre sujet le malade lors d'un soin technique.

Pour faciliter la compréhension du grand nombre de nos résultats se rapportant à ces quatre phases, nous nous proposons de les synthétiser sous la forme d'un tableau, puis d'en discuter les résultats importants au regard des grands principes que se donnent les infirmières (professionnalisme), de l'ambivalence entre la gestion des risques, la création de confiance et le temps de la tournée des soins. Nous prendrons le temps également de rendre visible les dimensions d'un geste qui expliquent la difficulté pour elles d'adopter une posture éducative favorisant le fait que le malade soit sujet de ses soins.

Figure 7 : Activités actionnelles de l'infirmière lors de la préparation de son geste intracorporelle

	Activités mentales																						
Tâches	Prédécisionnelles				Pré-actionnelles										Actionnelles							Post-Actionnelles
	Actions élémentaires	Logique d'action	Prise d'information		Priorisation des facteurs externes			Priorisation des facteurs internes			Opérationnalité					Exécution						
			Identification	Mémorisation	NOUS : les infirmières selon nos identités collectives			MOI : l'infirmière selon mes identités personnelles								Interprétations et price de décisions			Stratégies			
			Conscient	Inconscient	Facteurs externes imposés dans la réalisation du soin : finalités et résultats attendus	Valeurs professionnelles et capacités énoncées pour l'organisation du système de santé	Valeurs professionnelles et capacités énoncées pour le malade	Valeurs morales de conduite et de compétences orientées vers l'autre	Valeurs de carrières et d'épanouissement orientées vers soi	Déterminants qui apportent de la satisfaction et la perception des résultats	Facteurs d'opérationnalité Motivation à agir Passage du Rubicon				Limites internes	Inconcients/ Automatiques	intermédiaires	contrôlée	Comportements visibles	Comporetments peu visibles	Lâcher prise inconscient	Evaluation au regard des critères définis lors de la planification
					Connaissances procédurales (sens, logique, programmes comportementaux pour effectuer l'action...) = Trame idéal du soin			Connaissances déclaratives (valeurs, représentations, normes) + Emotions + Affects			intérêts (coût/bénéfice)	désirabilité	faisabilité	Court ou long terme		si le geste est connu et réalisé très régulièrement	si le geste est connu mais réalisé peu souvent ou dans des conditions modifiées	si le geste est nouveau ou pratiqué rarement				
Réaliser un geste intracporel	Ecoute ou lecture de la prescription	Abstraction et planification de la situation afin d'en favoriser sa compréhension et son interprétation	Informations mentionnées dans la prescritpion qui favorisent une activité - Lisibles ou illisibles	informations mémorisées ne provoquant pas de décisions d'actions	Représentations sur le geste - Représentations sur le matériel à utiliser - Représentation sur le lieu du soin	Représentation sur le médecin prescripteur	Représenttions sur le malade	Envie d'aider autrui - Etre équitable avec tous les patients - Rendre acteur le malade	- Estime de soi - Salaire - Se sentir utile (Atkinson, 1964) - Appartenance à un groupe - Correspondre à un idéal professionnel - Interagir avec autrui - Obtenir l'approbation et la reconnaissance d'un groupe - Avoir des relations positives avec un groupe - Coopérer avec un groupe - Se sentir utile - Accomplissement ou sensation d'avoir bien réalisé son travail - Responsabilité - Avancement (Herzberg, 1971) - Recherche d'efficience et d'un certain accomplissement (Atkinson, 1964) - - Sentiment d'accomplir quelque chose Harmonie, cohérence et congruence dans leurs représentations cognitives de ce que les infirmières font en terme de rationnalité	Réaliser le geste selon des normes de qualité et un temps donné en créant de la confiance chez le malade - Sens - Logique - Capacité à perdurer ce rôle dans le temps - Recherche d'une certaine liberté d'actions	Compréhension ou incompréhension du choix du médecin	Priorité du geste par rapport à d'autres soins	Prescription illisible ou incomplète - Changement de procédure - Facteurs conjoncturels propres au service comme l'absence de soignants en nombre suffisant - Absence de précisions suffisantes ou d'éléments nécessaires (patch antidouleurs...) pour réaliser le geste selon les recommandations - Contraintes physique intinséques à la tâche (Absence matériel, taille matériel au regard du corps, absence dans stock, absence soignant ...)	Limite temporelle permise pour la réalisation de la tournée - Chevauchement de tâches qui se contredisent	Physiologie Fatigue Autres priorités	Récupération en mémoire de savoir et savoir-faire - Recherche des affordances - Elaboration de sous-buts	Récupération en mémoire de savoir et savoir-faire - Contrôle environnemental - Recherche des affordances au regard des contraintes du gestes et du contexte et environnement Recherche des conflits de routine	Récupération en mémoire de savoir et savoir-faire Contrôle environnemental - Recherche des affordances	Donner l'information exigée par la loi et les recommandations médicales Eduquer Distance Direction du regard Expression du visage Qualité du toucher Amplitude du geste Posture Engagement dans le corps - Palpation - Parole - Geste - Ton - Regard sur un champs resteint - Silence du soignant	Traitement des informations sensorielles, environnementale, langagière - changement de procédures et scripts mentaux - Certains critères peuvent être abandonner pour faire face à la tâche dans la temporalité définie (Spérandio, 1972)	Gestes internes du corps : respiration, clignement des yeux,	Réaliser le geste selon des normes de qualité et un temps donné en créant de la confiance chez le malade - Tâches inutiles ou secondaires sont délaissés en l'absence de temps - Buts incompatibles dans une fenêtre temporelle étroite
	Connaissances ou représentations incorporées par une expérience antérieure		Représentations anticipatrices hiérarchisées au regard des invariants : soigner le malade, éviter la mort et les infections, les normes de qualité, matériel médical utilisé dans service, organisation et rythme de la tournée des soins Anciennes expériences en lien avec une prescription identique	Représentations mémorisées inconsciemment provoquant pas de décisions d'actions	Respect des principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession. - Responsable de ses décisions et de ses actes - Savoir réaliser le geste - Respecter la prescription et le bon usage des médicaments prescrits - Respect des règles d'hygiène - Eviter les risques - Faire les liens - Stabilité de la cause et du succès des résultats escomptés (Weiner, 1984)	Confraternité et assistance dans l'adversité - Respecter le secret professionnel - Respecter les heures et l'organisation de la tournée de soin - Assurer la continuité des soins - Normes qualité - Travail en équipe - Loyauté - Eviter les différents médicaux	Respect de la vie humaine, de la dignitié et de l'intimité du patient - rôle du malade dans un soin technique - Devoir de porter assistance à un malade et préserver sa sécurité - Devoir d'agir en tout circonstance dans l'intérêt du malade - Etre équitable et non discriminant avec tous les patients - Créer de la confiance systémique - Informer le malade	Représentation sur le médecin prescripteur - Représentations sur le geste : douleur, difficulté au regard du patient - Représenttions sur le malade	Représentations sur son rôle et sur son professionnalisme - Représentations et affects sur soi - Représentations et affects sur sa capacité à réaliser le geste - Appartenance à un groupe - Reconnaissance Se sentir utile Accomplissement ou sensation d'avoir bien réalisé son travail - Reconnaissance du travail bien fait - Sentiment d'efficacité personnelle (Banduras, 2003) qui permet de se surpasser - Sentiment d'accomplir quelque chose Harmonie, cohérence et congruence dans leurs représentations cognitives de ce que les infirmières font en terme de rationnalité	Gestes techniques appréciés	Représentions sur le regard des autres Représentation sur son engagement dans le geste Eviter les risques sur le malade et sur le soignant	Représentation de son rôle ou de celui d'un autre au regard de son geste ou de ce qui peut l'accompagner Mieux que ce soit moi plutôt qu'un autre soignant Représentation du geste ou des effets du produit injecté	Représentations sur ses compétences, habilités, singularité de la personne du geste - gestion du temps - disponibilité du matériel - ergonomie du matériel - Démarche avec une cohérence interne à la personne - Evaluation des résultats bons ou mauvais - Tâches les plus faciles à réaliser - résultat escompté Représentation de jusqu'où elle s'autorise à aller « Au bout de 3, j'arrête »	Irrévocabilité de l'acte et de ses conséquences Instabilité de la cause et du succès des résultats escomptés (Weiner, 1984) - Choix d'un moment qui favorise un certain équilibre dans le geste	Gestes non maîtrisés : peur - Faire ce qui semble le plus facile	Répertoires de métaconnaissances utiles en terme de processus de contrôle pour réaliser le geste - Planification : représentations anticipatrices cognitives hiérarchisées sous forme de programme de l'action en termes mnémoniques (plan idéal) pour guider l'activité intérêts (coût/bénéfice) Eviter les risques Eviter les infections - coût liberté - coût intégrité - coût énergie - coût routine - coût temps - coût argent (libéral)	Une tâche à la fois - Démarche constructive en adoptant une solutation qui a déjà donné un résultat ou démarche déducative ou démarche inductive avec formulation d'hypothèses - Production d'inférences - Elaboration de priorités de buts au regard de : - risques infections - risques douleur - coût liberté - coût intégrité - coût énergie - coût routine - coût temps - coût argent (libéral) - Elaboration d'attentes de résultats - Prise de décision - Ordonnancement des tâches dans le temps selon Buts compatibles dans une fenêtre temporelle étroite	Une tâche à la fois - Particularisation : - démarche constructive en adoptant une solution qui a déjà donné un résultat ou démarche déducative ou démarche inductive avec hypothèses Elaboration de priorités de buts au regard de : - risques infections - coût liberté - coût intégrité - coût énergie - coût routine - coût temps - coût argent (libéral) - Elaboration d'attentes de résultats - Prise de décision - Ordonnancement des tâches dans le temps selon Buts compatibles dans une fenêtre temporelle étroite	Expression ou discours à l'attention du malade pour expliquer sa posture ou son geste - Humour	Discours interne - Compétence qu'estime avoir l'infirmier - Incapacité à anticiper et à imaginer les possibles -	Ecoute active ou Inhibition du discours interne	Représentations sur un geste bien fait ou satisfaisant par rapport aux risques - Représentation sur tâches inutiles, difficiles ou secondaires - Représentations sur ses seuils/limites
	Perceptions du soignant			Physiologie du corps du soignants. Temporalité du moment	Affects sur le geste, la technique, le matériel, le lieu	Observation, Ambiance perçue Affects sur le médecin prescripteur et équipe	Affects sur le malade	Affects sur le geste, la technique, le matériel, le lieu Gérer dissonances cognitives	Gérer dissonances cognitives Gérer les affects et émotions	Se sentir capable de réaliser l'action (confiance en soi) - Capacité à percevoir ses résultats - Recherche plaisir, satisfaction personnelle au vue de résultats prédéfinis	Perception de la pression du groupe qui incite ou qui décourage	Contrôle motivationnel - Plaisir ou mécontentement à réaliser un geste	Confiance en soi Bonnes perceptions par le toucher, le coup d'œil, sentir les choses motivation - logique internes - percetions - se sentir capable	Contrôle perçu sur leur geste et la possibilité de choisir le momentpour le faire - Choix d'un moment qui favorse un certain équilibre chez la personne	Mécanise de défense de défense - Temporalité de la personne - Ne s'autorise pas à faire le geste - Ne sait pas faire le geste - Souhaite conserver une liberté d'action - Représentation de jusqu'où elle s'autorise à aller « Au bout de 3, j'arrête » - Perte de fluidité ou d'efficacité - Attention continue prolongée trop	- Orientation sélective de l'attention par une vision globale ou une vision restreinte	Capacité à percevoir que ce qu'il met en place est inadapté et anticipation - Chercher les stimuli/affordances au regard de leur perceptions (auditives, sensitives, visuelle, palpatoire) - Singularité du corps de la personne - Singularité des stimuli de l'environnement - Orientation sélective de l'attention par une vision globale ou une vision restreinte Chercher visuelleent la cible Définir le lieu exact de la pénétration	Capacité à percevoir que ce qu'il met en place est inadapté et anticipation - Chercher les stimuli/affordances au regard de leur perceptions (auditives, sensitives, visuelle, palpatoire) - Singularité du corps de la personne - Singularité des stimuli de l'environnement - Orientation sélective de l'attention par une vision globale ou une vision restreinte Chercher visuelleent la cible Définir le lieu exact de la pénétration	Comportements visibles du soignant en termes d'émotions (non verbale) - Respiration	Travail émotionnel Incapacité à géer son stress - Seuil émotionnels (Izard,1991) - Influence de ces émotions sur la cognition, l'action et le processus homéostatique du soignant (Cannon, 1939) - Sentiment de honte, de culpabilité - Imagination - Dissonances cognitives et affectives dues à une incohérence (Festinger, 1957)	Capacité d'inhibition des stimuli internes et externes (bulle de simplicité) Intuition Régulations implicites : attention, fatigue, besoins vitaux	Incapacité à anticiper et à imaginer les possibles - Incapacité à géer son stress (Taylor, 1974) - Perte de fluidité ou d'efficacité - Attention continue prolongée trop longtemps - Simuli trop forts comme l'odeur ou les cris Stimuli qui font sortir le soignant de sa bulle de simplicité

7.2 Le professionnalisme des infirmières

7.2.1 Le rôle d'une infirmière

La réalisation d'un geste intracorporel renvoie à ce que Barbier (2006) définit comme un phénomène d'intériorisation où le sujet construit des complexes cognitivo-affectifs identifiés par l'auteur comme des images identitaires.

En effet, nous l'avons vu tout au long de l'analyse du discours des infirmières, qu'elles exercent leur métier au nom d'un certain professionnalisme et donc d'une certaine identité professionnelle ou image idéale de l'infirmière confirmant ainsi la définition de l'identité de Barbier (2011, p.75) comme « *une représentation ou image globale liant les représentations ou images que construisent les sujets autour d'eux-mêmes dans les différents espaces d'activités dans lesquels ils se trouvent présents*. » Mais ce professionnalisme est une image singulière de l'infirmière sur elle-même.

Ces images identitaires se créent à l'occasion de leur histoire et notamment, lors de mises en relation par les personnes entre plusieurs représentations d'elles-mêmes. Ces différentes mises en relation produisent des effets émotionnels postifs ou négatifs selon qu'il s'agit de congruence ou de tensions/dissonances (Barbier, 2006).

Tout d'abord, cela renvoie à la mise en relation entre une « image du soi actuel » et celle du « soi souhaité». Il existe également la mise en relation de l'« image que se fait un sujet de l'image qu'autrui a de lui et de l'image du « soi actuel ». Puis, la mise en relation entre l'« image que se fait un sujet de lui-même » issue de « l'image qu'il veut donner à autrui et de l'image qu'il se fait de l'image qu'autrui a de lui ». C'est l'« image de soi pour soi sur soi » (Bombaron, 2017).

Barbier (2006) précise également que ces constructions constituent un processus continu, les images subissant des changements liés à l'évolution des situations et des expériences du sujet. Cette notion de processus continu renvoie par conséquent au concept de dynamique.

En effet, ces affects identitaires peuvent surgir de manière provisoire ou durable selon que l'infirmière « s'engage ou non dans de nouvelles activités en réaction à ces affects ». Dans le cadre de cette thèse, nous avons ainsi constaté ce phénomène. Elle peut développer une

grande variété d'activités pour répondre aux émotions développées par ces mises en relation qui peuvent s'effectuer avec les nouvelles images de son environnement – collègues, supérieurs hiérarchiques, malades – ainsi que de ses activités et d'elle-même.

Barbier (2006) confirme qu'un individu doit gérer pour un temps donné un équilibre instable entre les différentes images de lui-même. Ces images identitaires contribuent alors à dessiner des dynamiques identitaires, répondant à des besoins internes de la personne : promotion, préservation, réserve, restauration et individuation.

7.2.1.1 Un équilibre entre identité collective et identité personnelle

Les infirmières cherchent effectivement à s'inscrire dans une identité collective socio-professionnelle (Wittorski, 2008, p.195) en « *cherchant à revendiquer une place et à se faire reconnaître dans l'espace social* » mais en lien avec le lieu et la culture où elles exercent. Cette identité collective leur permet de répondre à des valeurs/besoins de carrière et d'épanouissement personnel : se sentir « utiles », avoir un sentiment d'appartenance à un groupe, être socialement indispensables et donc l'obtention d'une reconnaissance. Pour cette raison, nous avons vu qu'elles jouent un rôle en correspondance avec les attentes spécifiques de leur structure au regard d'une micro-culture.

« *Il y a identité collective parce que les membres s'identifient à quelque chose de commun, c'est à dire le même qui constitue ce quelque chose de commun n'est pas une similitude totale, mais partielle. Ce qui cimente une identité collective c'est à la fois la représentation commune que les membres se font des objectifs ou des raisons constitutives d'un groupement et la reconnaissance mutuelle de tous dans cette représentation* » (Wittorski, Ibid, p.196)

Ainsi, l'identité collective est favorisée lorsque leurs valeurs morales de « bonne » conduite mais aussi des compétences orientées vers l'autre sont similaires avec celles admises socialement par le système de santé : l'autonomie, la dignité de la personne, l'intégrité, le bien-être physique et moral, la sécurité, la justice, l'équité, le respect, l'apport d'aides et de solutions. Or les identités collectives relèvent de dynamiques en changement perpétuel dont on ne peut observer l'état qu'à un instant donné. Berque (1978, p.14) note ainsi que l'identité collective relève à la fois de « *la continuité et de la transformation* ». Nous avons pu

identifier que l'identité collective d'une infirmière évolue en fonction de la structure où elle travaille.

D'autre part, nous avions indiqué dans notre état de l'art, que la pratique infirmière s'échafaudait selon différentes conceptions infirmières (Cf. Chapitre 2.3 : Le soins en interaction p. 41). Mais, selon Pepin et al. (2010), l'infirmière choisissait une conception unique de son rôle qu'elle offre à la population et qu'elle avait tendance à s'y tenir.

Pour amender cette affirmation, il nous semble important de distinguer le rôle professionnel de l'identité professionnelle. En effet, dans ses travaux sur l'identité professionnelle des infirmières, Fagermoen (1997) explique qu'il est nécessaire de distinguer le rôle professionnel qui fait référence à des attributs ou des caractéristiques qui permettent de situer le professionnel dans son contexte social, - de son identité professionnelle qui doit faire référence à la perception personnelle de l'infirmière vis-à-vis de son rôle, sa philosophie de l'art de soigner au regard de ses valeurs et ses croyances qui guident sa pensée, ses actions et ses interactions avec le patient (dimensions sociales, historiques, culturelles et didactiques).

De fait, selon Dubar (1994), il existe deux processus identitaires : une dimension biographique avec la construction d'une « identité pour soi » et une dimension institutionnelle avec la construction d'une « identité pour autrui ». Les formes identitaires se situent donc à l'intersection des constructions biographiques voulues (identité que je me donne) et des processus relationnels de reconnaissance par autrui, plus subis (identité que l'on me reconnaît) d'où la présentation de notre tableau.

Ainsi, le rôle professionnel s'enseigne dans un programme de formation mais il fait aussi référence aux actions posées par un groupe de professionnels et est basé sur les attributs, valeurs et comportements dictés par les standards d'une organisation professionnelle (Fagermoen, 1997 ; Morris & Faulk, 2007). Pour ces raisons, nous l'avons vu, les infirmières essayent de correspondre à un rôle professionnel qu'attendent d'elles la société et le système de santé avec des invariants comme la sécurité, l'asepsie, la proposition de solution, le respect de la pudeur et de l'intimité des malades dans un rythme donné par les "tournées de soins". Nous percevons également que le fait de devoir se montrer professionnel pour créer de la confiance crée également une posture spécifique des infirmières. De plus, par leur diplôme

d'état aujourd'hui sans spécialité, le système de santé exige aussi d'elles une certaine polyvalence.

Le cadre imposé par les dimensions sociales, historiques, culturelles, didactiques (Brière-Guénoun, 2016) que nous avions énoncés dans notre état de l'art, les conditionnent à adopter une certaine idée de ce professionnalisme. Ainsi, le rôle professionnel est « ce qu'on dit que je suis » ou « comment on me définit » dans mon métier leur permet de se situer par rapport aux autres individus (Dubar, 2010).

Cependant, nos résultats montrent aussi que leurs représentations de ce que doit être une infirmière « idéale » mais aussi un « bon patient » conditionnent leur posture envers les malades. Ainsi, nous percevons que l'identité professionnelle personnelle d'une infirmière peut néanmoins reprendre le dessus sur l'identité sociale attendue et qu'elles peuvent s'autoriser à ne pas respecter tout à fait les paradigmes de l'organisation du système de santé pour prioriser des comportements qui leur semble plus opportuns en lien avec des valeurs. Elles peuvent aussi chercher à répondre à des besoins, des limites conscientes ou inconscientes qui leur sont propres. Nous nous situons à un niveau individuel, même si l'activité peut être réalisée collectivement.

Pour cette raison, notre tableau de l'analyse d'un geste intracorporel représente deux types de colonnes : « NOUS : les infirmières selon nos identités collectives » et « MOI : l'infirmière selon mes identités personnelles ».

En effet, nous avons pu percevoir que lors d'un geste intracorporel, les infirmières sont dans une dualité permanente entre le « Nous » et le « Moi », ce qui explique leurs différents points de vue sur le geste et des priorités de buts disparates. Leur objectif commun d'être « une bonne infirmière » est ainsi une chimère car elle ne correspond à aucune vérité ; une profession n'est qu'« un système d'activités en évolution permanente, un construit et non un donné » (Tourmen, 2007).

Tourmen (Ibid) définit les professions comme des formes historiques d'organisation sociale, d'attribution d'identité et d'organisation du marché du travail. À ces trois dimensions (organisation professionnelle, identité et marché du travail), nous pouvons ajouter une quatrième qui, selon Descolonges (1996) est constitutive d'un métier : l'art (capacité créatrice) ou l'ensemble des savoir-faire spécifiques qui impose une invention renouvelée. En

l'occurrence, nous avons pu démontrer un sens de l'observation, un tour de main prenant en compte la singularité de la situation et une gestion de soi-même spécifiques à cette profession.

Cependant, nos résultats montrent que la professionnalité d'une infirmière ne peut-être qu'une représentation, un fil « conducteur », une conception mais en rien un statut figé. Or, au regard de nos résultats, il est considéré pour beaucoup d'infirmières comme un idéal à atteindre, ce qui nous le verrons, crée des dissonances cognitives, affectives mais aussi des limites aux changements.

7.2.1.2 Une identité gestuelle et langagière

Nos résultats ont pu identifier que leurs représentations de cette identité professionnelle étaient très variables (Hughes, 1958) mais que leurs compétences l'étaient aussi.

Selon Zarca (1988) repris par Wittorski (2008), l'identité de métier s'exprime dans les gestes qui constituent un langage spécifique bien éloigné des procédures formelles. « *Le geste du métier implique un rapport à une gestuelle déjà constituée dans laquelle sont pris ceux qui la transmettent. Ainsi, une esquisse de geste technique signifie, à qui en possède le sens pratique, tel ou tel affect, telle interrogation ou telle réponse, tel conseil ou tel ordre... en tout cela l'identité se forge par la gestuelle et s'y exprime* » (opus cité, p.254). De même, l'identité de métier se caractérise aussi par une « langue de métier ».

Ainsi, le développement du rôle professionnel et le professionnalisme se rapportent aussi à la manière dont le professionnel exécute son travail (Fagermoen, 1997 ; Mackintosh, 2006 ; Öhlen & Segesten, 1998). L'identité de métier s'élabore sur la base d'une culture de métier qui se transmet par les gestes et l'oral au regard d'une identification mimétique.

Nous avons vu que l'activité des infirmières est soumise à de multiples variations et contraintes dues à leur environnement mouvant et imprévisible, elle nécessite de nombreuses adaptations aux situations rencontrées. Ainsi, leurs gestes et langages s'acquièrent par l'accumulation d'observations et d'expériences qui créent des capacités de logique, des capacités d'adaptation, des capacités de perception, des capacités de gestion des émotions pour constituer les compétences professionnelles d'une infirmière.

Nous pouvons aussi confirmer que les pratiques des infirmières résultent d'une approche en situation (Anne Jorro, 2006).

Selon les ergonomes, qui étudient « le travail en train de se faire » et ses conditions, l'activité professionnelle est définie comme l'exécution d'une série d'actions et « les représentations qui l'accompagnent et qui la guident ». Elle correspond à l'ensemble de ce qui est réalisé hic et nunc par les individus : les processus de réalisation du travail dans les conditions réelles, ses résultats, et a fortiori l'activité mentale nécessaire pour les obtenir.

Ainsi pour définir une activité, les ergonomes utilisent des critères et des indicateurs permettant de caractériser les spécificités des emplois ou des postes et notamment de rendre compte de l'ensemble des tâches qui les constituent et de leur évolution. La méthode d'analyse la plus connue en France est sans doute la méthode ETED (Emploi Type Étudié dans sa Dynamique) élaborée dans le cadre des travaux de Nicole Mandon (2000). L'« emploi type » se définit par la spécificité d'un rôle socio productif : le champ d'intervention sur le processus de travail auquel l'emploi type contribue de façon principale (« ce qu'il fait », ses « attributions »…) ; le positionnement d'interface (relations avec les autres acteurs) ; la spécificité des démarches : données prises en compte, exigences du travail et finalité globale.

Mandon parle de « cœur de métier », à savoir un ensemble relativement permanent d'attributions de base ou de tâches (données par la hiérarchie et par les individus eux-mêmes), enchaînées en une logique de production. À ces activités de base peuvent s'en ajouter d'autres (ou excroissances de certaines étapes) dans la diversité des postes réels. La diversité des cas, est restituée dans le descriptif à travers la notion de variabilité de l'emploi type (effets des circonstances locales sur l'emploi et élasticité qui renvoie aux individus et à ce qu'ils font de leur emploi).

Or, nos résultats nous ont permis de montrer que ces caractéristiques étaient effectivement très présentes et importantes mais qu'elles conditionnaient les représentations sociales de certains professionnels dans un schéma restrictif. Elles ne permettent pas de rendre visible la diversité de la profession, l'exhaustivité et la singularité des activités des infirmières ainsi que leurs compétences spécifiques.

Ainsi, dans les faits, le rôle social de l'infirmière correspond davantage à un idéal qu'à une réalité car les infirmières doivent faire face à un ensemble de facteurs en lien avec l'organisation du système de santé, le souhait d'un certain rendement et d'uniformité. Il doit

aussi intégrer le changement de comportement des malades, davantage acteurs, s'autorisant à revendiquer des besoins, notamment de services hôteliers que les soignants considèrent ne pas être de leur fait.

7.2.1.3 Une multiplicité de postes avec des tâches invisibles

Nous avons vu qu'il n'existe pas un métier d'infirmière mais des métiers très variés au regard de la spécialité qu'elles ont choisie. Ainsi, les infirmières peuvent endosser divers postes dans une même structure ou dans un même service. En effet, le rôle de l'infirmière et les standards, valeurs que l'on attend d'elle, sont variables d'un service à un autre en raison de la micro-culture du service, ce qui confirme notre troisième hypothèse.

Or, selon une revue de la littérature d'Öhlen & Segesten (1998) énoncé par Catherine Larouche (2012) dans sa thèse, la conceptualisation de l'identité professionnelle des infirmières est souvent réduite à la tâche et aux opérations décrites à partir de comportements observables plutôt qu'à partir de la perception de leur identité et des compétences invisibles qui y sont associées, notamment par la spécialisation dans un domaine et l'utilisation d'équipements techniques (Deppoliti, 2008).

Or, nous avons pu démontrer que la pratique de ce métier leur impose un certain nombre de compétences et de capacités : s'adapter, mémoriser, faire les liens et anticiper, un tour de main, un sens de l'observation, des capacités sensorielles développées... qui ne sont que très peu valorisées.

Pour compléter notre hypothèse, nos résultats démontrent qu'il existe aussi des sous-cultures de gestes dans un même service. En effet, nous avons pu identifier que des infirmières acceptaient de transmettre leurs « *astuces* » acquises par expérience dans leurs précédents services à d'autres soignants avec qui elles s'entendaient bien. Ces « tour de main » ne concordent pas toujours avec les habitudes du service ou avec les recommandations officielles mais correspondent davantage aux résultats d'une ingéniosité sur le terrain et d'un bricolage (Lévy Strauss, 1962), voire d'un certain braconnage (De Certeau, 1981) si les infirmières souhaitent introduire dans leur pratique des valeurs qui leur sont propres.

7.2.2 Les identités professionnelles négociées

De fait, toujours selon le cadre théorique de Dubar (2010), l'identité possède une double composante : soit l'identité pour autrui que nous venons de développer, mais aussi l'identité pour soi. Cette dimension personnelle fait référence à « ce que je veux être ». Elle est garante de la constance de l'identité d'un individu dans le temps (Dubar, 2010) comme évoqué précédemment en termes de « mêmeté ».

Dans notre travail, l'identité professionnelle se rapporte aux besoins et valeurs personnels que possède l'infirmière, qui guident son choix de carrière, sa pratique, ses réflexions et sa philosophie de soigner. En effet, nous percevons qu'outre le fait de correspondre à cet idéal, être infirmière permet aussi de répondre à certains nombres de motifs internes (Hull, 1954, Atkinson, 1964, Carver et Scheiner, 1982) qui lui sont propres mais qui sont parfois inconscients. Nous ne sommes donc pas dans l'engagement sans motivation intrinsèque comme le propose le concept de Meyer et Herscovitch (2001). Les infirmières cherchent à répondre de toute évidence à leurs appétences, leurs valeurs, leurs besoins singuliers qu'elles peuvent retrouver dans le rôle social comme nous l'avions évoqué précédemment.

Les appartenances volontaires (professionnelles, organisationnelles) mais aussi celles héritées de son éducation familiale et culturelle façonnent la construction de l'identité professionnelle (Larouche & Legault, 2003). Cependant, ces appartenances peuvent se modifier au fil du temps lorsque les valeurs et conceptions actuelles de l'infirmière sont remises en question et éventuellement critiquées par des représentations nouvelles. Ainsi, l'identité professionnelle de l'infirmière est avant tout un processus qui, perpétuellement, se fait et se défait. Kaddouri (2006a), se référant à des travaux antérieurs (Lipianski, 1992 ; Broda, 1990), définit ainsi l'identité « *non pas comme la somme juxtaposée ou le résultat cumulatif de l'ensemble des expériences d'une vie mais comme étant « en constant devenir* ».

De fait, Fagermoen (1997) et Öhlén et Segesten (1998) s'entendent pour affirmer que l'identité se développe d'une part, lors des interactions sociales et d'autre part, par l'intériorisation personnelle des valeurs de la profession.

Nous avons constaté que la formation continue et la mise en place de projets au sein des services comme l'éducation thérapeutique, le suivi de la maltraitance, la certification...

favorisent ainsi ce changement d'identité professionnelle par l'acquisition de nouvelles conceptions du soin.

Nous avons vu également que les représentations des infirmières sur ce qu'elles doivent faire évoluent également de par leurs expériences, leur ancienneté mais aussi en fonction de la temporalité professionnelle où elle se situe. Même si nous ne pouvons pas en faire une analyse très précise, nous pouvons confirmer que nous retrouvons « des cycles de vie professionnel » énoncés par Huberman (1989) chez les infirmières et des phases de socialisation énoncées par Hétu (1999) qui créent des identités professionnelles distinctes.

L'acquisition de nouvelles techniques ou des règles implicites d'un service ou la réalisation d'un projet de vie favorisent un changement de posture. Certaines infirmières cherchent aussi à sortir de leurs routines ou redonner du sens à leur métier en faisant des changements de carrière.

Ainsi, le discours des infirmières nous a permis de relever que le métier d'infirmière est sous-tendu par une succession de buts personnels plus ou moins conscients et des variables génériques qui évoluent en fonction des temporalités de chacune. Cela conditionne la réalisation et la décomposition de leurs activités au regard de différents scripts distincts. Ainsi, en fonction du contexte et du rôle qu'elles se donnent, elles adoptent une certaine posture, un « *système cohérent de pensées, d'émotions, et de comportements associés* » qui relèvent à la fois de leurs représentations de leurs différentes identités professionnelles mais également des « parties de soi » ou « état du moi » en tant qu'enfant, adulte, parent (Berne, (1971).

Pour ces différentes raisons, nous confirmons que les infirmières n'ont pas une identité professionnelle unique mais en développent plusieurs en utilisant le concept d'analyse transactionnelle (Berne, Ibid). Le fait qu'elles utilisent pour réaliser leurs soins des représentations acquises dès leur enfance ou lors de leur rôle de mère mais qui sont en transaction avec leurs représentations sur leur identités professionnelles par exemple, peut aussi nous amener à penser que nous sommes en présence des « co-identités du sujet » de Vermerch énoncé par Nadine Faingold (2013). Les infirmières utilisent ainsi différentes attitudes, postures corporelles et relationnelles, en fonction d'un contexte et d'une interaction singulière avec un malade, qui résultent du fruit de leur transaction entre le rôle

professionnelle qu'elles pensent devoir jouer et de ce qu'elles voudraient être au regard de leur expérience personnelle en tant qu'enfant, adulte, parent. Il serait également intéressant de vérifier, par de l'observation en situation, si ces co-identités ne sont pas vérifiables par l'utilisation d'une intonation de voix distincte.
L'identité de l'infirmière est ainsi une combinaison de rôles, de postures et de compétences même si dans leurs discours, les infirmières tentent de maintenir une continuité professionnelle de l'expérience vécue.

Ainsi, les infirmières arborent l'identité collective requise au regard des différentes images d'elles-mêmes en fonction des espaces d'activité dans lesquels elles se trouvent (Barbier, 2011, p.75) en lien avec des expériences personnelles « *comme des constructions représentationnelles et discursives opérées par des sujets sur eux-mêmes et/ou par d'autres avec lesquels ils sont en relation, les unes et les autres étant en étroite interaction* » (Barbier, 2006, p. 22).

De fait, nous avons identifié que les co-identités professionnelles des infirmières sont également en lien avec les contraintes de terrain : (1) ambivalence et confrontation de valeurs/besoins/priorités et (2) l'opérationnalité de la prescription dans un temps donné ainsi que les stratégies qu'elles peuvent ou qu'elles s'autorisent ou ne s'autorisent pas à mettre en place.

7.3 Les compromis nécessaires pour faire face à la réalité de terrain

Selon le modèle proposé par Gohier et al. (2001) repris par Larouche (2012), un individu construit son identité professionnelle également par la prise de conscience des contraintes de son environnement professionnel. D'ailleurs, Donohue-Porter et al. (2011) invitaient déjà les enseignants à ne pas enseigner les conceptions infirmières comme des faits indiscutables ou une vérité absolue. Ainsi, nous avons vu que la différence de discours entre les infirmières du domaine clinique et les enseignantes infirmières incitent quelques étudiantes à délaisser l'usage de conceptions infirmières enseignées qu'elles perçoivent comme peu utilisées en pratique et abstraites.

Pour cette raison, certaines conceptions ou tâches peuvent rester « annexes » dans l'ensemble de ce qui est demandé à un acteur comme l'écoute des priorités ou expériences du malade. À l'inverse, certaines tâches s'inscrivent dans leur poste alors qu'elles ne devraient pas explicitement y consacrer du temps comme commander ou rechercher du matériel médical.

De fait, nos résultats ont montré que pour mettre en place un certain nombre de ces valeurs, des stratégies et du bricolage sont nécessaires afin d'optimiser l'utilisation des conceptions infirmières en pratique.

L'activité de l'infirmière est rendue possible mais est à la fois limitée par des prescriptions, ou tâches, dans une organisation et une tournée de soins qui lui donnent un cadre. Nous percevons dans nos résultats que les infirmières doivent continuellement s'adapter à leur environnement et qu'elles essaient de faire au mieux avec leur réalité « *si je décide de réaliser le soin, il faudra que je fasse au mieux avec ce que j'ai.* ».

Elles sont parées à toute éventualité pour pouvoir faire face à des aléas et réaliser leur soin mais cela nécessite qu'elles fassent un certain nombre de concessions au regard de recommandations de bonnes pratiques ou de valeurs professionnelles ou personnelles.
De fait, nous avons pu identifier que certaines valeurs prônées par des infirmières étaient soit en contradiction avec l'organisation exigée par le système de santé, soit qu'elles n'étaient pas toujours réalisables du fait de logique d'action. En effet, l'identité personnelle favorise dans ce

cas un sentiment de différence par rapport aux représentations collectives : « *Avec cette distinction entre identité personnelle et identité sociale, on se trouve dans le conflit entre l'individuel et le social » (Deschamps et Devos, 1999, p.152).* L'identité détermine à la fois son originalité par rapport aux autres acteurs mais aussi sa *« mêmeté »,* au regard ce que la soignante souhaite conserver comme immuable dans son comportement/représentations dans le temps.

Nous percevons également que les infirmières réalisent leur tâche selon des logiques qui leur sont propres au moment de leur action avec encore une fois des priorités de but que d'autres pourraient juger inconvenant (exemple : priorité de rester dans le geste intracorporel pour des raisons d'hygiène, limiter les infections et de ne pas perdre de temps alors que le patient souffre) mais le choix du patient n'a pas été questionné non plus (préfère-t-il souffrir « un bon coup » ou que le soignant s'y reprenne si besoin en plusieurs fois ?).

Ces remises en question provoquent alors une « crise identitaire » en raison de dissonances (Festinger, 1957) cognitives et affectives. Cela leur impose la construction d'identités professionnelles dites négociées (Gohier et al. (2001)) et que certaines n'acceptent pas toujours. Nous avons pu identifier également que ce déséquilibre pouvait provoquer un épuisement professionnel et des arrêts de travail, une perte de sens, de la maltraitance et des burn-out.

Ces identités sont donc un compromis entre les contraintes rencontrées sur le terrain et les intérêts personnels du professionnel (Gohier et al.,2001).

Pour aborder ce compromis, nous souhaitons présenter quatre thèmes en lien avec les tâches énumérées régulièrement par les infirmières.

7.3.1 Les contradictions et dissonances dans les tâches communes des infirmières

« *Une tâche correspond à l'ensemble des buts et procédures prescrites, aux performances exigées et aux normes de qualité, mais aussi à l'environnement physique de réalisation du travail dans un contexte* ». À une tâche correspondent des objectifs, des moyens et des conditions de réalisation : elle est prescrite, c'est un modèle du travail. Comme le souligne Leplat (1997), la tâche prescrite décrit de façon « canonique » d'effectuer le travail et dépend de la représentation que s'en fait son concepteur.

Nous l'avons évoqué lors de la présentation des dimensions sociales, culturelles et institutionnelles du soin en interaction (Brière-Guénoun, 2016) puis de nouveau lors de nos résultats, la profession d'infirmière est effectivement encadrée par des éléments de prescription provenant de diverses institutions : le système médical, l'école où l'infirmière a suivi ses études (IFSI), les établissements, les services où elle a travaillé ainsi que les règles implicites associées à ces lieux, le supérieur hiérarchique dénommé cadre infirmier et la prescription des médecins.

Nous pouvons relever qu'un certain nombre de facteurs sont imposés aux infirmières pour davantage répondre aux besoins d'uniformité d'une organisation, aux recommandations médicales, que de rechercher une réelle volonté de répondre aux besoins et attentes des malades. Cette recherche de conformité ne tient également pas compte des capacités des infirmières. La pénibilité des tâches oblige à une coopération au sein des équipes de sorte que le collectif prend le dessus sur l'individuel. La singularité des infirmières mais aussi des patients n'est pas prioritaire : elle est donc peu écoutée et valorisée.

7.3.1.1 La hiérarchisation des tâches dans un temps limité

Nous l'avons évoqué dans l'état de l'art, la gestion des ressources humaines au sein des hôpitaux devient plus resserrée et les responsables des ressources humaines cherchent à calculer au plus juste les effectifs et les compétences nécessaires dans les services de soins afin de limiter les coûts liés à l'hébergement et à la mobilisation de personnels qualifiés pour un même patient. Tout ceci conduit à définir de nouveaux espaces de travail et de nouveaux référentiels (Mossé, 2000).

Cela a pour effet notamment chez les infirmières de développer une certaine autonomie dans la définition de leurs actions à entreprendre pour un patient et son entourage et des réorganisations de leur travail : modes de redistribution des activités, modifications de la priorité des tâches, réagencement des compétences entre les infirmières et les autres personnels de soins (Acker, 2005).

Ces déplacements ont souvent pour origine le nouveau cadre temporel de la prise en charge des patients défini par la tournée de soins conditionnée par la brièveté de plus en plus grande des séjours hospitaliers. En effet, les établissements ont regroupé les patients non seulement selon la spécialité médicale mais aussi selon le temps de séjour programmé. La gestion des patients s'effectue en flux tendu car ce raccourcissement de la durée de séjour a pour corollaire une augmentation des flux de patients soignés dans un même service. De plus, chacun de ces patients a besoin, à peu près au même moment, de soins spécialisés et des surveillances qui y sont liées. C'est pourquoi, aujourd'hui, certaines réorganisations des activités médicales et soignantes peuvent être entreprises sur le seul critère de la durée de prise en charge (Lapointe, 2000 ; Bourgeault, 2001).

Nous avons pu entendre qu'une certaine pression à travailler plus vite gagne l'ensemble des services avec pour mot d'ordre « *aller à l'essentiel*, *faire au plus vite* ». Or lorsque les effectifs de personnels soignants sont trop justes (en raison d'une pénurie, d'un resserrement voulu ou d'absences prolongées), le temps disponible pour mener à bien l'ensemble des tâches renforce la contrainte à travailler plus vite ou à faire le minimum vital. Ce cadre temporel conduit à une redistribution de l'importance relative de certains types de travaux et donc de l'engagement des personnels dans les tâches à réaliser (Acker, 2005).

Pour cette raison, nous avons pu percevoir que les infirmières doivent redéfinir une partie de leurs actions en mettant en balance les différents types de soins requis par les patients dans un temps donné, les tâches qu'elles souhaitent développer pour donner une visibilité à leurs actions et les tâches supplémentaires qui leur incombent (Acker, Ibid).

Ainsi, nous l'avons vu, la première variable évoquée en termes d'objectifs par les infirmières est la réalisation d'une tournée dans un temps imparti. Elle est prépondérante car elle

conditionne les priorités de sous-buts de l'infirmière dans ses activités (notamment s'ils sont contradictoires), à décider du temps à passer à chacune d'entre elles.

Nous avons confirmé également que la cadence, le rythme de leur tournée conditionne les stratégies de l'infirmière pour faire face à ses activités et notamment ses gestes intracorporels. De fait, le rythme imposé ou que s'imposent les infirmières, joue aussi sur la diminution d'exigence sur certains objectifs afin que les infirmières puissent s'acquitter de leur tâche ou éventuellement de l'abandonner. Pour cette raison, nous avons pu percevoir dans nos résultats que l'écoute active du malade était un sous-but rarement compatible avec la cadence d'une tournée car elle prend du temps et qu'elle n'était pas prioritaire au regard de buts plus importants comme les normes de qualité que nous évoquerons dans le paragraphe suivant. Cela tend à gommer la variabilité des situations personnelles des patients et ne pas distinguer leurs besoins et réactions à la maladie, à la douleur et aux traitements.

Nous l'avons vu, l'attention aux problèmes personnels et sociaux du patient, l'aide à leur apporter constituent un souhait des infirmières et une dimension centrale des soins (Acker, 1997) mais la standardisation des séjours et leur brièveté font naître des tensions inhérentes à la gestion de la singularité à grande échelle (Minvielle, 2000). Les infirmières disent ne plus avoir le temps nécessaire de mettre en œuvre des actions de soins qui les satisfassent non seulement dans le cadre prévu du traitement médical, mais aussi au regard des besoins d'un patient qu'elles perçoivent en étant quotidiennement à ses côtés.

Ainsi, les demandes de certains patients de prolonger un peu plus leur séjour à l'hôpital parce qu'ils ne se sentent pas prêts à rentrer chez eux, notamment dans les services de très court séjour, peuvent aujourd'hui être considérées comme des exigences déplacées. Le coût de la journée d'hôpital est alors mis en avant. La mise en balance des demandes des patients et des demandes de l'institution penche généralement en faveur de cette dernière, sans que les valeurs humaines du soin ne soient mobilisées et ainsi ne fassent l'objet d'une réflexion collective de la part des infirmières (Acker, 2005).

De même, comme évoqué lors de nos résultats, nous nous apercevons également que le temps nécessaire pour l'exécution d'un geste intracorporel est fonction d'un nombre important de conditions dont la somme ou la répétition peut faire allonger ou diminuer considérablement le temps alloué d'un tour à l'autre.

La nécessité de prendre en charge les patients dans un temps plus limité et les problèmes qui en découlent, conduisent les infirmières à entreprendre de nouvelles tâches qui ont pour objet d'assurer la fluidité organisationnelle du travail.

La plupart des infirmières évoque le rythme comme une contrainte, un coût qui peut se traduire par un certain stress imposé par des pressions de performance, de rentabilité. Son incidence sur leur fatigue nerveuse est incontestable car nous l'avons vu, ces actes répétitifs exigent souvent beaucoup d'attention et de précision. Il peut l'être aussi en termes de fatigue musculaire. Ces états de fatigue peuvent provoquer de l'absentéisme, voire de l'épuisement professionnel.

De fait, nous l'avons évoqué dans nos résultats, le temps que passe une infirmière à exécuter une tâche peut varier dans des proportions importantes pour différentes raisons. Dans la pratique, il n'existe jamais deux soins rigoureusement identiques. En général, le choix de la méthode de travail n'est pas libre (prescription et matériel imposé), mais l'expertise n'est pas identique et à production égale, on remarque que les infirmières emploient leur temps de façon très différente car chaque infirmière a un rythme qui lui est propre au regard de leurs représentations et logiques d'activité par rapport à leurs tâches. Par exemple, certaines travaillent vite et prennent de longs repos, alors que d'autres prennent moins de temps de repos mais travaillent plus lentement ou plus à l'écoute du malade, d'autres ne prennent pas de temps de repos mais s'autorisent à partir à une certaine heure ou à prendre plus de temps avec certains patients, d'autres ne terminent leur activité que lorsqu'elles ont atteint leurs résultats, quitte à faire des heures supplémentaires.

Ainsi, nos résultats ont démontré que les infirmières n'avaient pas les mêmes représentations, perceptions « de temps » ou de « cadence» et qu'elles n'y mettent pas non plus les mêmes valeurs : réaliser sa tournée selon certaines normes de qualité, être minutieuses, être rigoureuses, ne pas laisser leurs collègues faire leur travail à leur place, réaliser leur activité dans un certain ordre, faire les mêmes activités pour tous les patients, se sentir utiles et en mouvement, avoir un geste rapide ou lent selon la situation, gérer la douleur, se préserver, prendre du temps pour écouter le patient mais aussi pour se ressourcer/partager...

C’est en réalité très difficile de mesurer le temps de travail d’un geste intracorporel en raison de la variété des tâches et de l’environnement mais aussi parce qu’un geste n’est pas qu’un acte physique, c’est aussi un acte intellectuel à la recherche d’un équilibre.

Il est aussi à noter que tout geste met en jeu des réflexes, des facultés intellectuelles ou mentales que les individus n’ont plus toujours à un certain âge (Sartin, 1970) ou que les individus n’ont plus envie de faire s’ils considèrent que cela correspond à un effort trop important.

Cette complexité du phénomène et l'apparence inconciliable des différentes définitions et approches du rythme lors du geste conduisent à conclure à l’impossibilité d’identifier le temps nécessaire à ces tâches. A ce titre, il nous semble qu’il ne peut être considéré comme un bon indicateur de performance comme cela a déjà été identifié dans les activités industrielles (Sartin, Ibid).

Pourtant, un nombre d’actes à réaliser dans un temps imparti reste un critère de qualité, de performance au sein des structures de santé et valide/consolide la reconnaissance d’un « travail bien fait », d’un « bon professionnalisme ». Nous expliquons ce phénomène dans le fait que la réalisation d’une tournée à temps semble être l’un des rares résultats (les signes, les preuves) admis par tous car elle reste un indicateur observable et visible par la hiérarchie, les collègues de travail, le malade et l’infirmière. Pour cette raison, nous avons pu voir qu’elle conditionne aussi la bonne intégration d’une infirmière à un collectif et à un travail d’équipe.

Nous avons identifié également que l’ensemble des infirmières nomme un moment adéquat pour réaliser leur geste et que pour certaines, le fait de réaliser ce geste à cet instant leur permet aussi d’obtenir un plaisir, quitte à sacrifier d’autres sous-buts.

C’est pourquoi, le rythme personnel des infirmières est très singulier même s’il est parfois « corrigé » par des normes du groupe qui ne leur conviennent pas toujours. Néanmoins, elles cherchent toutes à correspondre au rythme qu’elles pensent devoir atteindre. Et pour cela, elles se fixent des seuils à atteindre ou à respecter mais aussi qui les limitent dans leurs actions « Au bout de 3, j’arrête ». Cela conditionne aussi une certaine réassurance à la fois chez le malade et l’infirmière si l’activité est bien réalisée dans le temps attendu par les acteurs.

Ainsi, nous pouvons confirmer que l'expérience de l'action collective favorise l'investissement affectif des infirmières dans la réalisation de leur soin. En effet, le coût que peut provoquer un rythme soutenu s'équilibre par les bénéfices secondaires que peuvent en percevoir les infirmières sur la reconnaissance de leur activité. En effet, les sentiments identitaires positifs issus de l'expérience de mobilisation de compétences collectives créent un sentiment d'appartenance à une entité collective spécifique, un sentiment de cohérence interne avec ses valeurs d'utilité, un sentiment de différence par son expertise, un sentiment de valorisation de l'intra-groupe, un sentiment de confiance ainsi qu'un sentiment de puissance collective. L'identité collective de l'infirmière est ainsi caractérisée à la fois par les schémas et systèmes d'actions collectifs produits par et dans les groupes mais aussi par les sentiments ou affects qui y sont liés. Cependant, cela a pour conséquences de ne pas questionner des habitudes organisationnelles au sein des structures.

De fait, nous percevons chez certaines infirmières que ces dimensions d'écoute et d'accompagnement commencent à être reportées en amont ou en aval de l'hospitalisation proprement dite, faute de temps pour les déployer pendant le séjour. Elles évoquent des consultations infirmières ou des suivis téléphoniques pour assurer des tâches indispensables d'éducation/accompagnement et de surveillance de l'évolution des patients.

Dans les services où les patients restent un peu plus longtemps, certaines tâches d'information et d'éducation – explications, formation des patients aux gestes à maîtriser pour pouvoir les assurer eux-mêmes, conseils d'hygiène, de diététique –, se déploient tout au long du séjour, dispensées au fur et à mesure des rencontres, répétées si besoin à la demande des patients ou parce que les infirmières considèrent que le patient n'a pas assez bien intégré certains points. Ces activités ne rentrent pas toujours dans le planning des infirmières, ce qui leur impose de travailler bénévolement chez elles pour la préparation. Ces activités sont également effectuées par périodicité ou ne sont réalisées que si l'infirmière en a le temps, ce qui est peu souvent le cas. Nous avons également perçu que certaines infirmières en raison de leur valeur de travail en équipe, ne s'autorisaient pas à prendre ce temps par peur du regard de leurs collègues ou dans le souhait de ne pas leur donner du travail supplémentaire en termes de soins.

Il faut noter aussi qu'à côté des tâches d'information et d'éducation, anticipées, définies et contrôlées par les infirmières, s'ajoutent des informations de toutes sortes à dispenser à la

demande, croissante, des patients et de leurs proches, qui portent aussi bien sur la façon dont sont délivrés les soins, sur les techniques médicales ou le mode de fonctionnement de l'institution.

L'écoute et l'accompagnement des patients qui a pour objet de les aider dans l'expérience qu'ils font des différentes dimensions de la maladie : acceptation du diagnostic et de l'ordonnance médicale, perturbations de leur vie personnelle et sociale en raison des conséquences de la maladie et des traitements… constituent en soi une conception infirmière centrale. Les techniques, les postures sur la réalisation de ces tâches sont aujourd'hui enseignées en formation initiale et continue. Cependant l'engagement des infirmières dans ces démarches varie en fonction de la nature des pathologies et des traitements mis en place, en fonction de la durée de présence du patient, de l'appréciation par les personnels soignants des besoins du patient dans ce domaine, de la charge de travail, ainsi que de la possibilité de partager ou non avec les membres de l'équipe de soins les difficultés qui s'y rapportent.

Là encore, les contraintes de temps et leur charge de travail les rendent moins disponibles pour une écoute plus libre, pour laisser au patient la possibilité de poser ses questions. La répétitivité des tâches de soins à assurer, ne facilite pas non plus une posture d'ouverture à l'autre. Certaines hésitent aussi à s'engager dans des relations « sans lendemain » avec des patients qui vont sortir effectivement le jour même ou le jour suivant.

Enfin, lorsque le patient est appelé à rester un temps assez long dans un service, les infirmières apprennent mieux à connaître le malade, une relation de confiance et le développement d'une connaissance mutuelle se créent. Un gain de temps sur la compréhension des besoins, des représentations, des priorités du malade, est obtenu et favorise l'acceptation de la maladie et des changements qu'elle conditionne.

Mais ce temps investi dans l'écoute, les projets de réhabilitation, de réinsertion sociale (aider un patient mutilé à reprendre contact avec les membres de sa famille, ses amis) est un temps qui ne peut être prédéfini et n'est absolument pas valorisé car il se déploie en fonction des interactions avec le patient et son entourage, tout au long du séjour. Mais les infirmières sont aussi en difficulté car elles ont parfois le sentiment de prendre le rôle d'une psychologue et ne s'autorisent pas à creuser les besoins des malades par peur d'être intrusives. Certaines souffrent de ne pas être, elles-mêmes, accompagnées, soutenues, réassurées – dans une

situation en miroir – lorsque l'équipe dans laquelle elles s'insèrent ne permet pas de partager ces hésitations, les difficultés éprouvées pour entendre des questions… Le fait d'écouter sans donner de conseil et de solution est également difficile car elles ont parfois le sentiment de ne pas être utiles, elles ont peur que les malades manquent d'informations et ne sachent pas quoi faire. Les contraintes organisationnelles et l'absence de rémunération à l'acte de ces temps se font également sentir de plus en plus et les infirmières avouent avoir du mal à accompagner le malade sur des projets à long terme. Or, par nos expériences de formatrice, cela remet en cause la possibilité pour les soignants d'accompagner le changement d'habitude des malades qui nécessite souvent une prise en charge a minima de 3-6 mois.

En synthèse, le rythme soutenu de la réalisation des activités infirmières est imposé par la nouvelle organisation des soins, ce qui les oblige à prioriser leurs tâches. Néanmoins, le rythme qu'elles choisissent d'opérer est aussi conditionné à leurs représentations et leurs capacités physiques et mentales du moment. Cela peut créer chez certaines infirmières des dissonances cognitives et affectives. Celles-ci sont néanmoins mises en balance ou peu évoquées du fait des effets secondaires bénéfiques de l'exercice de ce rythme soutenu. Il s'agit du seul indicateur réellement visible de leur activité qui produit une valorisation, une reconnaissance, une intégration dans une équipe mais aussi un certain plaisir à réaliser un soin dans un temps que l'on s'est donné. Cet indicateur est aussi important si les infirmières pensent qu'il permet de créer de la confiance avec le patient et montrer leur expertise.

Une hospitalisation prolongée ou une prise en charge régulière modifie les représentations des infirmières et favorise un changement de priorités en faveur de la singularité du malade.

7.3.1.2 La qualité des soins : une représentation sociale et personnelle

Nos résultats ont démontré que le rythme intervient sur la décomposition des tâches (Amalberti, 1993) mais que la réalisation du geste curatif et préventif selon des normes de qualité supplantait néanmoins le temps. Ainsi, les tâches liées à la distribution des médicaments, à la surveillance des constantes, aux soins pré et postopératoires, à la surveillance des effets secondaires des traitements, à la réfection des pansements, à la

surveillance des plaies… représentent les tâches centrales des infirmières, quels que soient le service et la durée d'hospitalisation et leur réalisation ne semble pas être mise en balance avec d'autres tâches, même dans un contexte de temps compté.

Le travail de surveillance de l'état du patient et de son évolution continue aussi à occuper une part importante du temps de travail des infirmières. Cela est d'autant plus important dans un contexte de formatage de la durée de séjour, car si le patient doit sortir le jour prévu pour laisser la place à un autre, tout retard entraînant en conséquence un report d'entrées programmées et une redéfinition des plannings, il faut aussi pouvoir le laisser sortir en toute sécurité (Acker, 2012).

Ainsi, les verbatim des infirmières confirment ce que nous avions identifié dans l'état de l'art : leur objectif principal est de réaliser le geste prescrit « *le soin avant tout* » pour le « *bien du malade* » et ce d'autant plus s'il est vital et à réaliser dans « *l'urgence* ».
Dans ces moments, leur concentration se porte sur la réalisation de l'acte et elles ne sont plus en capacité de penser à autre chose. Le discours des infirmières démontre qu'elles ont le sentiment d'être placées en situation d'assistance à personne en danger et, de ce fait, aucune limite à la réalisation du soin n'est envisagée. Leur geste est donc imprégné d'une dimension curative et de réparation, qui les autorise à entrer d'une manière autoritaire dans l'intimité d'un sujet sans chercher à identifier ses besoins.

Cependant, là encore, les infirmières n'ont pas les mêmes représentations de ce qui est bien pour le malade, de ce que doit être un geste de qualité. Ces représentations proviennent de leur apprentissage des pratiques professionnelles mais aussi de leurs expériences personnelles. Or leur comportement/geste varie en fonction de ce qu'elles s'en disent.

Ainsi, nos résultats nous ont permis aussi de démontrer que le fait d'imposer un geste intracorporel intrusif voir agressif à un malade crée aussi chez certaines infirmières des dissonances. Cette question est d'autant plus forte lors de l'injection de produits dont les infirmières se questionnent sur les effets secondaires. C'est pour cette raison qu'elles préfèrent à l'unanimité que le patient prenne « librement des médicaments » plutôt que ce soit elles qui l'injectent et que quelques-unes prennent des dispositions pour modifier les dosages de médicaments ou favoriser une prise en charge moins médicamenteuse.

Néanmoins, elles peuvent aussi être dans l'ambivalence, car nous l'avons déjà évoqué, ces actes techniques leur permettant aussi de se prouver une certaine utilité, de se dépasser pour une « bonne cause », leur procurent une certaine fierté, une reconnaissance. Là encore, cette activité leur apporte des bénéfices personnels.

Nos résultats nous ont permis également d'identifier que leur tâche comprend aussi un but préventif, à savoir éviter les risques et les complications connues des maladies et des traitements comme les infections. Ainsi, au-delà de la réalisation de leur geste, les infirmières doivent respecter des attendus génériques de leur métier qui conditionnent leur objectif et la qualité de leur geste technique. La réforme des pratiques de soin mentionnée dans le manuel d'accréditation pour la qualité des soins de la Haute Autorité de santé – HAS -et l'Organisation mondiale de la santé - OMS - énoncent les variables de sécurité, d'hygiène et de propreté, d'asepsie, ce qui favorise le fait que cela soit une composante identitaire de leur métier.

Ainsi, nous pouvons noter que la qualité des soins recouvre globalement cinq composantes : l'efficacité médicale, la conformité aux normes scientifiques établies, l'adéquation entre l'offre de prestation et les besoins des malades, la sûreté mais aussi une utilisation optimale des ressources disponibles afin de réaliser des économies tant en termes de matériels que de temps. Or, là encore, les infirmières priorisent ces facteurs dans un certain ordre, ce qui conditionne aussi la réalisation de leur geste au regard de leur définition d'un geste de qualité et le coût financier peut en être un.

Par exemple, dans le cadre d'un exercice libéral, les conditions de travail et le matériel à disposition ne permettent pas toujours d'effectuer des soins efficaces, adaptés et sûrs. Ainsi, l'utilisation de produits et de matériels adaptés pour le soin (type et quantité de produits antiseptique, eau stérile, sérum physiologique et de matériels stériles, gants, compresses...) est soumise aux précisions portées sur l'ordonnance par le médecin prescripteur mais aussi à la précarité de l'habitat ou les représentations qu'ont les malades sur leur hygiène. Le médecin peut oublier de mentionner le matériel nécessaire. De surcroît, l'achat de matériel de base, comme les gants à usage unique ou les essuie-mains, reste le plus souvent à la charge de l'infirmière libérale, les gants stériles, quant à eux, sont remboursés uniquement lorsqu'ils apparaissent sur la prescription médicale. Ainsi, une infirmière précise à demi-mot, que la rentabilité du cabinet et la pérennisation de son activité impose aussi des limites quant aux

processus d'hygiène et de matériel requis, car elle doit aussi faire face à sa réalité économique - qui ne lui permet pas de différer un soin alors qu'elle a déjà effectué le déplacement - même si dans l'absolu, elle souhaiterait le contraire.

Cependant, même si cet exemple questionne la qualité des soins, il est intéressant de noter que selon des études statistiques, le risque de contracter une infection iatrogène à domicile est moindre par rapport au risque d'infection nosocomial au sein des hôpitaux et ce, malgré l'ensemble des moyens humains et matériels mis en œuvre (Hygiènes, 2012, p.15).

Ainsi, au-delà de facteurs énoncés par des textes réglementaires, définir le concept de qualité des soins dans la profession infirmière n'est pas chose aisée. En effet comment définir la qualité d'un geste technique au contenu varié, si peu observable et mesurable et qui est aussi en lien avec les représentations du soignant et l'environnement qui est présent.

Les questions sur les risques sont aussi en lien avec les représentations et valeurs des soignants. Au regard de notes personnelles prises lorsque nous interrogeons les soignants sur l'affirmation « il est nécessaire que les soignants se fassent vacciner contre la grippe », la majorité des soignants avouent ne pas l'avoir fait pour diverses raisons : absence de confiance dans ce vaccin qui est élaboré sur des souches antérieures au virus de l'année, le fait d'avoir été ou d'avoir vu quelqu'un de malade alors qu'il s'était fait vacciné contre la grippe, une liberté de choisir pour un vaccin non obligatoire, la possibilité de se protéger et de protéger les malades par d'autres mesures d'hygiène, le fait d'accompagner des malades non à risque de mourir s'ils ont cette grippe, le fait qu'ils sont persuadés de ne pas l'attraper car ils sont robustes ou qu'ils se sont immunisés.
A l'inverse, les soignants qui se vaccinent sont pour la plupart des médecins qui considèrent que les recherches médicales ont apporté toutes les preuves de l'intérêt de ce vaccin, que les soignants qui tombent malades l'étaient sans doute avant de se faire vacciner, qu'il est important qu'ils montrent l'exemple et que leur absentéisme mettrait à mal l'organisation du service et la prise en charge des malades. Ils considèrent ces facteurs prioritaires au-delà de leurs considérations propres. D'autres soignants acceptent de se faire vacciner lorsqu'ils travaillent pour des publics très à risque comme les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées mais aussi lorsqu'ils ont eu une grippe sévère. Certains veulent aussi protéger leur propre famille.

Là encore, nous percevons que face à une recommandation officielle de se faire vacciner, les représentations des soignants façonnent leurs priorités de but et que les choix s'opèrent au regard d'une graduation des priorités. Le facteur « malade » est réellement pris en considération lorsque le risque de mort est trop important.

Nos résultats vont dans ce sens et permettent d'identifier que l'objectif du mieux-être des malades ne semble pas être un but repris par l'ensemble des infirmières. Il correspond un objectif circonstancié. En effet, par le discours des soignants, nous percevons qu'il a trait à un public particulier et aux représentations des soignants sur ce public. Il est intéressant d'identifier que les professionnels de santé qui s'occupent des enfants mettent en œuvre de l'énergie et de la créativité pour que les enfants souffrent le moins possible pendant des gestes intracorporels et se sentent au mieux lors de leur hospitalisation alors qu'au sein du service adultes, c'est moins leur préoccupation. Leurs représentations sur la douleur et ce que doivent endurer/accepter les malades en termes de souffrance sont différentes, ce qui modifie leur prise en charge et l'utilisation de techniques médicales ou paramédicales. Cet objectif « mieux être » est aussi présent dans d'autres services auprès de malades en oncologie, en soins palliatifs, en santé malade. Le fait que les soignants aient travaillé dans ces services créent un changement de représentations. L'approche est plus singulière et impose une adaptation envers le malade encore plus prégnante.

Là encore, la qualité d'un geste au-delà de recommandations officielles est aussi en lien avec les représentations des soignants. Ce qui peut sembler mal fait pour certains peut être parfait pour d'autres au regard des priorités et des logiques qu'ils se donnent.

En synthèse, les normes de qualité des soins sont prioritaires sur le rythme d'une tournée notamment lorsque le geste est curatif et prévient la mort à court ou moyen terme d'un malade. Néanmoins les représentations sur la qualité d'un soin ou d'un geste et les risques perçus sont encore en lien avec les représentations des soignants insérés dans une culture de service modifiée par la typologie du public pris en charge.

7.3.1.3 L'ébranlement de la confiance systémique

Nous l'avons vu dans nos résultats, les infirmières ont pour premier objectif de réaliser leurs actes de soin selon des invariants précités précédemment, permettant de favoriser la qualité

des actes techniques réalisés auprès des malades. Elles ont comme second objectif de créer de la confiance chez les patients en arborant un rôle social que nous avons déjà évoqué.

Ce rôle est défini par un certain nombre d'indicateurs considérés comme fiables qui favorisent un cadre formel commun correspondant à un construit de confiance systémique. « *La confiance systémique, est relative aux systèmes experts qui caractérisent les sociétés hypermodernes (Giddens, 1994), où la distance spatio-temporelle instaurée entre le sujet et les acteurs décisionnaires conduit à faire a priori confiance aux systèmes experts sans en connaître le fonctionnement réel. Ainsi, en général, le malade a confiance dans le système de soins, l'hôpital et les soignants, sans qu'il puisse nécessairement toujours en identifier précisément l'origine : « Je pense qu'ils savent ce qu'ils font. Et, sachant ce qu'ils font, je peux y aller en toute confiance.* » » (Haberey-Knuessi, Obertelli, 2017).

En raison de cette confiance et par habitude, le malade se laisse faire, se soumet et accepte de suivre les recommandations qu'ils considèrent comme bonnes pour lui. Il délègue sa santé (Haberey-Knuessi, Obertelli, Ibid).

Les autres facteurs importants de la création de la confiance du malade envers le soignant sont les représentations du malade par rapport à ce qu'il s'attend d'un soignant. La perception que l'on a de l'autre et de sa façon d'occuper son rôle et notamment son expertise médicale, et les attentes que le sujet a vis-à-vis de ce rôle, ont un effet puissant sur le degré de confiance donnée à l'autre personne. ((Obertelli P. (dir.), Pouteau C. & associés, 2015). Ainsi, cela agit sur la qualité de la relation qui s'établit entre eux. La qualité d'écoute et le sentiment de ne pas être jugé, la valorisation, le fait éventuellement de se connaître de longue date sont des composantes majeures de cette confiance.

La confiance organisationnelle, quant à elle, concerne le niveau du service. Le degré de confiance se définira selon la qualité du fonctionnement du service, et comment le patient se sent pris en charge ((Obertelli P. (dir.), Pouteau C. & Co, Ibid). Certains soignants expérimentés ou travaillant dans des services favorisant une prise en charge longue accordent une attention toute particulière aux relations avec les malades. L'intérêt accordé aux priorités de la personne fait partie de leurs objectifs médicaux. Cette prise en charge globale devient un facteur rassurant pour le malade reconnu comme sujet. (Haberey-Knuessi, Obertelli, 2017).

Enfin, un dernier niveau sous-jacent au développement de la confiance nous paraît devoir être mentionné : la confiance générée par le partage de valeurs communes, c'est-à-dire des valeurs profondes qui animent les sujets. Si les finalités sont les mêmes, le chemin pour y parvenir est moins sinueux car il est d'emblée favorable. ((Obertelli P. (dir.), Pouteau C. & associés, Ibid).

Or, comme déjà évoqué, l'évolution des nouvelles formes de travail, la brièveté des séjours conduisant les infirmières à renvoyer une partie de leurs tâches aux patients. De même, l'instauration de l'éducation thérapeutique du patient avec l'utilisation de nouveaux paradigmes de soins nécessitent une recomposition des frontières entre le travail des infirmières et celui des malades.

Aussi, les infirmières ont à faire face à une irruption forte et contraignante des exigences des patients en raison de leur capacité à s'informer sur internet, d'une confiance qui peut être amoindrie au regard des différends médicaux énoncés par les médias, du fait de la recherche d'une qualité de service arguée par notre société et de leur agenda personnel. Dans la mesure où le patient est considéré comme n'étant pas « malade », comme devant vivre « le plus normalement possible » et maintenir ses activités habituelles, il se plie moins facilement aux exigences de l'institution et réclame, en client, que l'on tienne compte de ses demandes. Pour ces raisons, le travail des infirmières s'effectue alors dans une plus grande tension, lorsqu'elles doivent prendre en compte les demandes des patients sans parfois se sentir respecter, négocier avec les médecins le moment de leur visite au patient, ajuster des exigences contradictoires tout en menant leur travail dans le respect des règles professionnelles et de leur évaluation des besoins de soins du patient.

De plus, même si les infirmières ont expliqué au patient, en consultation, les procédures à respecter (hygiène, aménagement de traitements), celles-ci ne se sentent pas dégagées par la responsabilité de ce qui peut arriver au malade. D'autre part, elles perçoivent qu'une simple information ne suffit pas à changer les pratiques des malades car beaucoup de malades appellent ou se font de nouveau hospitaliser. Certaines infirmières trouvent aussi difficile d'avoir à vérifier si le patient a respecté toutes les consignes données et préféreraient ne pas se présenter dans une posture de contrôle.

De nouvelles questions émergentes favorisent une remise en cause du construit de confiance systémique auquel les infirmières se référaient. Or selon Giddens, s'il n'y a plus de confiance systémique, « *la confiance au niveau personnel devient un projet, auquel doivent « travailler»*

les parties concernées, et qui réclame l'ouverture à l'autre. Lorsqu'elle ne peut être contrôlée par des codes normatifs, la confiance doit être gagnée, et les moyens d'y parvenir sont les démonstrations de chaleur et d'ouverture... Les relations sont des liens fondés sur la confiance, cette confiance, n'étant pas donnée, mais travaillée, et ce travail signifiant un mécanisme mutuel de révélation de soi ». (Giddens, 1994, p.127).

Ces nouvelles exigences professionnelles conduisant à mettre en avant des tâches d'écoute et d'accompagnement des patients, semblent bousculées par le temps disponible à consacrer à chacun des patients. En effet, nous l'avons vu, ces reconfigurations du travail de l'infirmière s'effectuent dans une tension entre les tâches à assurer dans le cadre défini par l'activité médicale diagnostique et thérapeutique, les tâches entraînées par l'organisation et la culture des services, celles à mettre en place pour répondre aux besoins des patients. Ceci contraint les infirmières, dans un contexte de temps compté, à hiérarchiser les tâches à effectuer et envisager une relation didactique avec le malade où elles doivent lui confier des activités qu'elles assuraient elles-mêmes précédemment.

Ainsi, par ricochet, cela impose aux infirmières de se questionner davantage sur la notion de confiance et de la confiance qu'elles donnent aux malades. En effet, ces changements ont un impact très important sur les représentations de leur rôle social car elles ont plus l'habitude de se questionner sur leur capacité à favoriser la confiance du malade qu'à s'autoriser à avoir confiance envers ce malade. En effet, la confiance dans le patient faisait rarement partie des interrogations des soignants et ils se posaient peu la question de leur propre confiance envers ces derniers. Leurs préoccupations sont plus de savoir si le malade est fiable dans ses conduites que de se dire qu'il est capable d'être un acteur « proactif » en cherchant à développer des conduites et stratégies favorisant l'amélioration de sa santé et sa qualité de vie.

L'infirmière se retrouve non plus en tant qu'experte de la transmission des savoirs sur le soin mais en tant qu'éducatrice analysant les pratiques des malades dans leur quotidien.

En synthèse, les évolutions du système de santé imposées par les nouvelles formes de travail, la brièveté des séjours, l'accès à l'information médicale, les différends médicaux et l'évolution des attentes des malades favorisent une remise en cause du construit de confiance systémique auquel les infirmières se référaient. Cela impose aux infirmières de changer leurs représentations et de se questionner sur la confiance qu'elles donnent aux

malades en raison d'un transfert d'activité de soins en ambulatoire avec un accompagnement éducatif singulier.

7.3.2 La création d'un co-construit de confiance

Les infirmières considèrent que l'une de leur tâche est de créer de la confiance sytémique vis-à-vis du patient et que cela fait partie de l'un de leurs traits de professionnalité. Or, nous percevons aussi que cette confiance systémique est actuellement ébranlée par les changements de tâches et les nouveaux paradigmes utilisés en pédagogie.

Giddens (1994) repris dans le rapport écrit par Obertelli P. (dir.), Pouteau C. & associés, 2015) identifie cinq facteurs pour qu'un individu renoue avec la confiance :

1. *« Une relation intrinsèque entre les tendances mondialisatrices de la modernité et les événements localisés de la vie quotidienne.*
2. *La construction du moi en tant que projet réflexif, constituant fondamental de la réflexivité de la modernité ; un individu doit trouver son identité parmi des stratégies et des options fournies par des systèmes abstraits.*
3. *Un mouvement vers l'auto-actualisation, fondé sur la confiance de base, qui dans les contextes personnalisés ne peut être établie qu'au moyen de « l'ouverture » du moi à l'autre.*
4. *La formation de liens personnels et érotiques en tant que « relations », guidées par la mutualité de la révélation de soi.*
5. *Un souci de réalisation de soi, qui n'est pas une simple défense narcissique contre un monde extérieur extrêmement menaçant, mais aussi en partie une appropriation positive des circonstances dans lesquelles les influences mondialisées empiètent sur la vie quotidienne. »*

Pour les infirmières, cela nécessite une nouvelle forme de pratique qui impose comme pour toute innovation ou recherche, un contrat co-construit entre les acteurs pour maintenir la confiance mais qui impose néanmoins des étapes préalables.

Nous avons vu grâce à l'entretien d'explicitation et tout au long de l'interprétation de nos résultats que les représentations des infirmières influençaient grandement leur posture et ce qu'elles offraient en termes de prise en charge et d'accompagnement du malade.
La nécessité de construire un co-construit de confiance leur impose de changer leur regard sur leur rôle de soignantes mais aussi sur celui du malade. Il s'agit pour elles d'identifier qu'elles sont tout autant utiles en aidant le patient à prendre conscience de ses besoins, de ses capacités à trouver des solutions dans son quotidien pour prendre soin de lui que de donner elles-mêmes des recommandations. Néanmoins, pour donner sa confiance et avoir le sentiment de limiter les risques que la situation peut engendrer pour le malade, cela nécessite que les infirmières et les malades établissent un contrat didactique précis avec des règles explicites.

Nos résultats nous ont permis d'identifier également que les infirmières pouvaient avoir des dissonances/frustrations/peurs mais qu'elles n'arrivaient pas toujours à distinguer réellement ce qui les provoquaient. Nous avons perçu que le fait de les aider à en prendre conscience favorisait leur analyse de pratiques et les autorisaient à se questionner et modifier leurs représentations.

La dimension de l'identité énonciative (Guibert, 2007) à savoir les représentations de soi comme énonciateur de discours, favorise la capacité des infirmières à mettre en place un changement de posture en leur faisant comparer ce qu'elles pensent, ce qu'elles ressentent et ce qu'elles donnent à voir. L'identité professionnelle se constitue et s'affirme par le soignant et pour le malade. Ainsi, selon la théorie socioconstructiviste de Vygostki (1934, 1997), la parole construit l'individu : « *Si dans le langage extériorisé, la pensée s'incarne dans la parole, la parole disparaît dans le langage intérieur, donnant naissance à la pensée* ». De plus, une personne se construit par le reflet que crée sa parole sur l'autre, ce qui l'autorise aussi à changer.

Nos résultats ont également dévoilé que chaque infirmière a des critères qui lui sont propres pour définir ce qu'est son résultat attendu. Il est donc intéressant de leur faire évoquer pour appréhender leurs nouvelles priorisations et les scripts mentaux que cela engendre.
Nous avons vu que ces critères pouvaient néanmoins évoluer au fil des ans. Ainsi, Gohier et al. (2001) confirment qu'il existe une dimension psychologique dynamique et interactive de développement de l'identité professionnelle. Celle-ci est en lien avec l'expérience cognitive

mais aussi affective du soignant, qui se traduit par des résultats attendus au regard des expériences positives ou négatives vécues par l'infirmière.

En synthèse, pour faire face aux changements et à l'ébranlement de la confiance systémique, la création d'un co-construit de confiance entre l'infirmière et le malade s'impose. Sa mise en œuvre est favorisée par l'énonciation de l'infirmière du contexte, du cadre et des scripts mentaux qu'elle souhaite opérer afin de l'aider à faire face à ses craintes/risques, l'autoriser à changer et arborer une nouvelle identité professionnelle. Le fait que l'infirmière énonce son rôle lui permet de l'incarner et de passer d'une pensée à un agissement.

7.3.3 La recherche d'une coopération efficace

Une harmonie dans le travail d'équipe est considérée par la Haute Autorité de santé comme nécessaire pour assurer une meilleure qualité des soins, le suivi quotidien des patients et éviter ainsi toute erreur qui pourrait survenir par manque de communication entre les différents corps de métier. Elle prône en effet une dynamique d'équipe car plus d'un quart des événements indésirables associés aux soins sont liés au fonctionnement de l'équipe de soins (Enquête Enéis) et bien souvent, c'est un problème de communication qui est en cause. « *Grâce à la littérature existante, nous avons aujourd'hui la preuve qu'un travail en équipe efficace constitue une véritable barrière de sécurité contre la survenue d'événements indésirables. Il favorise aussi la qualité de la prise en charge et représente un excellent moyen pour répondre de façon interdisciplinaire aux besoins du patient*, explique le Dr Laetitia May-Michelangeli (2015), chef de service de la mission sécurité du patient de la HAS. « *Autre conséquence, une équipe hospitalière qui fonctionne bien est source de bien-être au travail pour les professionnels de santé* ». Or, bien travailler ensemble n'est pas inné, et les professionnels ne sont pas formés à ces bonnes pratiques durant leurs études.

En, effet, nous avons pu voir dans nos résultats que des conflits pouvaient exister entre collègues autour de la transmission d'information, autour des patients difficiles, du fait de soignants en apprentissage ou encore autour d'intérêts personnels. Les établissements de santé, pour ce qui concerne les secteurs d'hospitalisation complète, doivent assurer la présence de professionnels 24 h/24, 7 j/7 et 365 j/an. Nous avons vu également que pour des

raisons de rentabilité, les organisations sont en flux tendu, ce qui provoque un fort « turn over » ; cela ne facilite en rien la dynamique de groupe. Le recours aux intérimaires en forte augmentation (Igas, 2003 et Rapport parlementaire Véran, 2013), aux remplaçants et aux soignants en formation qui ne connaissent pas, en général, le fonctionnement du service dans lequel ils sont affectés, ni l'équipe, ni les patients, altère les relations interpersonnelles. En effet, ces soignants ne peuvent « s'investir *dans le projet médical d'établissement car ils ne connaissent pas les procédures, la maîtrise des logiciels informatiques, ou le suivi au long cours des malades ».*

Le travail d'équipe est remis en cause car le personnel soignant doit réaliser presque seul des tâches habituellement partagées. En effet, nos résultats ont montré qu'afin d'éviter tout type de conflit mais aussi par méfiance ou pour avoir le sentiment de faire au plus vite, les infirmières évitent de faire appel à des remplaçantes ou des étudiants, même si elles se sentent en difficulté. Cela sous-tend des formes de coopérations contraignantes qui peuvent engendrer une forme de frustration pour les membres de l'équipe ou par le patient lui-même (Bousquet, 2003 pour la Drees (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques)).

Or, comme énoncé dans nos résultats, en santé, les compétences professionnelles se développent au sein de collectifs formateurs avec un apprentissage qui s'effectue en grande partie sur le terrain par immersion et imitation. Plusieurs mécanismes conduisent à la professionnalisation : compagnonnage, tutorat, appui de l'encadrement de proximité, mutualisation des pratiques professionnelles, retours d'expérience (Le Boterf, 2005). De fait, cela rend parfois difficile en cas de dysfonctionnement de distinguer un problème de compétence individuelle d'un problème collectif en raison de leur interdépendance. En effet, la compétence collective dépend de la compétence individuelle des membres qui composent une équipe mais la compétence individuelle repose aussi sur la capacité à s'articuler avec le collectif. Les infirmières peuvent de moins en moins être compétentes toutes seules (Le Boterf, 2010) tant il existe différents métiers, d'expertises à acquérir pour certains gestes. Néanmoins, certaines infirmières se cachent aussi derrière cette protection du groupe en faisant parfois leur métier *a minima* pour des raisons qui leur sont propres et que le cadre de santé ou l'équipe ne cherche pas à déterminer. Pour ces raisons, il est difficile de valoriser l'activité d'une infirmière concernant ses compétences professionnelles mais aussi de sanctionner en cas d'erreur grave ou d'un sentiment de fainéantise.

Pour cette raison, Lucian Leape, un des leaders du mouvement international sur la sécurité du patient, interviewé par Pamela K. Scarrow and Susan V. White (2002), constate que l'on tolère des mauvais professionnels et que cela constitue un problème du système de santé qui ne permet pas de progresser dans la qualité de prise en charge des malades. Un certain nombre de freins culturels peuvent exister : la réticence à sanctionner des pairs, le manque d'habitude des médecins ou des cadres en situation de management à faire une mise au point avec un de leurs collègues et à gérer les conflits entre professionnels, la crainte relative aux conséquences juridiques d'une telle mise au point.

Nos résultats ont néanmoins démontré qu'une entraide accompagnée d'une formation et un soutien mutuel pouvait exister lors de collaboration entre infirmières et entre infirmières et aides-soignants, si elles s'entendaient bien. Si elles étaient volontaires, cela favorisait leur confiance et leur motivation. Cela permet à ces dernières de s'autoriser à demander de l'aide ou à passer la main. Cela engendre, comme nous l'avons dit, une diminution des risques d'erreur et une meilleure qualité de soin car le regard de l'autre empêche certaines dérives, comme la maltraitance et favorise un geste réalisé selon les recommandations de bonnes pratiques, dans une motivation de transmission.

Nous l'avons vu également, cette coopération efficace peut entraîner des « glissements de tâches », ce qui correspond à un acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire. Il correspond au plan juridique à une situation d'exercice illégal de la médecine. Or nous percevons aussi qu'il répond souvent à des contraintes organisationnelles pour lesquelles le glissement de tâches a constitué une « solution » (Acker, 2012). Cette problématique renvoie à une question systémique. En effet, il existe de plus en plus une tension sur les ressources qualifiées qui favorise le glissement de tâches.

Ces évolutions ont conduit à mettre en place des expérimentations de protocoles de coopération entre professionnels de santé dans un cadre légal apporté par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (Citer en Annexe 1). Ce dispositif permet à titre dérogatoire, et à l'initiative des professionnels sur le terrain et après agrément du protocole par l'ARS - Agence régionale de Santé -, des transferts d'actes ou d'activités de soins et des réorganisations des modes d'intervention auprès des patients (HAS, 2012).

Ainsi, les nouveaux modes d'organisation des soins s'accompagnent d'une répartition des rôles au sein du groupe des infirmières hospitalières. Nous l'avons vu, certaines infirmières s'éloignent « des soins techniques » pour se spécialiser dans le travail d'éducation ou d'accompagnement, notamment lorsqu'elles n'assurent plus que des consultations infirmières. Certaines recherchent ainsi un nouveau cadre d'exercice qui leur permet de mobiliser autrement leurs savoirs professionnels. Elles s'attachent néanmoins à maintenir une proximité avec les services de soins, afin de suivre l'évolution des techniques et de ne pas donner prise à une différenciation trop grande des rôles.

Les frontières entre le travail des infirmiers et celui des aides-soignants sont ainsi en remaniement. Nous l'avons constaté dans leurs discours, certaines infirmières associent un peu plus les aides-soignantes à leurs tâches de « soins techniques ». Elles leur demandent de leur passer des instruments, de maintenir les patients dans la position qui convient… Certaines aides-soignantes, assurent aussi des tâches d'information et d'éducation des patients lorsque ceux-ci leur posent des questions, en complément des interventions des infirmières. Néanmoins, nous avons pu voir également que certaines aides-soignantes ne souhaitent pas prendre en charge une telle responsabilité.

Là encore, les représentations que se donnent les soignants dans leur activité et leur rôle, ce qui leur semble leurs prérogatives, leur rôle propre ou à l'inverse un dépassement de tâches, favorisent ou rendent impossible des changements de pratique ou la mise en place de projet comme l'éducation thérapeutique.

De même, les frontières entre le travail des infirmières et celui des médecins ont toujours fait l'objet de négociations sous couvert de résistances silencieuses. Certaines infirmières, par peur de différends juridiques, sont aujourd'hui plus attentives à ne pas dépasser leurs compétences réglementaires, rappelées à l'ordre par leur hiérarchie. Mais ce n'est pas toujours possible car dans la mesure où les séjours deviennent très brefs, les infirmières attendent des médecins qu'ils soient plus présents, plus disponibles pour examiner un patient dont l'état les préoccupe, réajuster rapidement des traitements… Le temps passé à joindre les médecins, les perturbations de leur tournée de soin en cas d'attente leur pèsent particulièrement.

Il est à noter aussi que les modes d'organisation en place ont pour conséquence de développer la participation des infirmières à des groupes de travail divers. Dans certains services, presque

chaque infirmière doit assister à un groupe : douleur, hygiène, transmissions ciblées, informatisation, éducation thérapeutique, certification, bientraitance, plaies et cicatrisation … (Acker, 2012). Le déploiement du processus d'accréditation, la démarche d'auto-évaluation ont conduit à augmenter le nombre de groupes de travail. Certaines infirmières se plaignent du surcroît de travail que cela leur impose mais elles mettent aussi en balance l'ouverture sur l'extérieur qu'offre la participation à de tels groupes. Les rencontres et les échanges avec des collègues, des professionnels d'autres services leur permettent de sortir de leur quotidien et de souffler. Cela leur permet de s'ouvrir sur un autre aspect de leur métier, d'obtenir une certaine expertise, une certaine responsabilité ainsi qu'une certaine reconnaissance.

Comme évoqué précédemment, cela leur permet également de changer leurs représentations, notamment le fait de partager avec d'autres soignants qui peuvent avoir un regard différent sur les pratiques de soins.

En synthèse, le travail en équipe, notamment par la constitution de binôme entre soignants qui se font confiance et qui s'apprécient, favorise la qualité des soins envers les malades, la transmission des bonnes pratiques et d'une expertise. Cela favorise également les changements de représentations et le glissement de tâches permettant de répondre aux exigences actuelles d'une organisation en mouvement. Cela permet aussi de valoriser les spécificités du travail de certains soignants.
Cependant, ce glissement de tâches doit être accompagné par une analyse de pratique, la compréhension des représentations des membres de l'équipe sur leur rôle et les limites qu'ils se donnent. L'apprentissage des gestions de conflits et notamment le questionnement des soignants qui semblent peu motivés par leur activité ou qui font des erreurs graves reste une compétence à acquérir par les médecins et par les cadres, car cela favoriserait bien des ambiances dans certaines équipes.

7.3.4 La circulation et le partage d'informations

Les tâches d'écriture sont en augmentation constante. Cette tâche assurée par les infirmières prend une part importante de leur activité et certaines ont le sentiment que leur travail administratif prend le dessus sur leurs soins. Elles doivent, par exemple, remplir des documents de traçabilité des produits et des dispositifs médicaux, tracer les demandes effectuées par téléphone par des demandes écrites. Elles sont chargées de la planification

habituelle de certaines activités et des changements nécessaires pour tenir compte des changements d'horaires de certains examens pratiqués à l'extérieur de leur service (Acker, 2012). La plupart de ces tâches leur sont imposées sans concertation préalable et leur inflige une mémorisation rapide de nouvelles instructions et une vigilance accrue dans la réalisation des tâches, les infirmières ne pouvant plus se fier aux routines de travail en place.

De plus, elles doivent rendre compte de leurs actions de soins en respectant un format – celui des transmissions ciblées (Acker, 1997) – qui a pour objet de rendre l'écriture plus rapide et plus « ciblée » mais nous avons perçu, notamment dans le cadre de nos formations, que ce dernier ne leur convient pas toujours, soit parce que leur prise de notes est chronologique, soit par peur du jugement de leurs collègues (fautes, style, peur de faire des erreurs). La rédaction de ces synthèses selon une forme déterminée créée également une absence d'écoute des priorités des malades car elles cherchent avant tout à renseigner les indicateurs de leur document.

L'écriture de protocoles, de procédures, de livrets d'informations destinés aux patients, la certification tend aussi à augmenter la part des tâches d'écriture dans l'activité d'ensemble des infirmières. Ces activités les rassurent car beaucoup ont le sentiment d'avoir réalisé leur activité de transmission d'informations auprès des malades en leur délivrant des dépliants et ainsi répondre à l'exigence de la loi pour faire face aux différends juridiques sur ce sujet.

La communication entre les soignants reste néanmoins une grosse problématique au sein des structures car même si des éléments sont mentionnés, ils sont généralement rédigés avec les interprétations des soignants (bonnes ou fausses) qui modifient les représentations et donc la prise en charge des malades par leurs collègues, quand ceux-ci les lisent. L'apprentissage de l'écriture des faits validés par le patient et non des interprétations reste donc nécessaire.

De plus, les soignants qui rédigent leur synthèse d'activité ne se questionnent pas sur la transmission de celle-ci. Le fait de leur déposer dans un classeur, un dossier médical ou un dossier informatisé ne garantit en rien que les autres soignants les lisent. En effet, chaque soignant prend l'habitude de lire ce dont il a besoin pour réaliser ses soins, sans forcément lire les conclusions des autres acteurs qui ont accompagné le malade. L'accompagnement se réalise aussi selon la spécialité de l'acteur ou ce qu'il cherche à soigner.

Pour cette raison, le malade doit expliquer à chaque profession là où il en est et s'aperçoit que la communication entre les acteurs existe peu. Cela renforce un sentiment d'une prise en charge par organe et non une prise en charge globale. Des discours discordants au regard d'utilisation de recommandations différentes ne favorisent pas la compréhension et la confiance des malades.
Le fait de favoriser la rédaction commune d'une synthèse entre le soignant et le malade, prônée notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique, est encore peu répandu dans la prise en charge médicale. Il permet pourtant aux soignants de vérifier leur interprétation et d'éviter des erreurs de prise en charge. Il permet aussi une négociation d'objectifs que le patient se sent capable de mener au regard de ses priorités plutôt que ceux du soignant.
La question du temps est de nouveau énoncée mais les représentations des soignants sur le rôle du malade et sur leurs prérogatives restent également importantes pour ne pas favoriser cette démarche.

Une transmission des informations réalisée par le biais de staff pluridisciplinaire favorise grandement la communication entre les professionnels, permet des changements de représentations et une prise en charge plus adaptée du malade, encore faut-il que tous les soignants soient invités et que leur parole et expertise soient considérées sur un même pied d'égalité entre professionnels médicaux et paramédicaux. Mais là encore, en fonction des micro-culture, ce temps de communication peut être considéré comme une perte de temps à court terme ou un gain de temps à moyen terme.

En synthèse, la circulation et le partage d'informations en interne et en externe favorise une meilleure prise en charge du malade et la création d'une culture d'équipe. L'apprentissage de la transmission des informations entre les acteurs, mais aussi vis-à-vis du malade, est un prérequis à une prise en charge globale sans information discordante et diagnostic/examen supplémentaires. Ils sont aussi un facteur important pour favoriser un travail d'équipe axé sur le partenariat et non la simple juxtaposition de compétences complémentaires. Il permet la valorisation des acteurs dans leurs expertises. Ils nécessitent des outils adaptés aux spécificités de prise de notes de chacun, transversaux, accessibles à tous les acteurs gravitant autour du patient, mais aussi des réunions pluridisciplinaires organisées dans un cadre précis qui rappellent la prévalence du partage d'information sur le jugement de l'écriture d'un acteur.

7.4 Les dimensions en intériorité d'un geste intracorporel sur autrui

Nous avons pu percevoir lors de l'interprétation de nos résultats qu'un certain nombre de facteurs participaient à la réalisation d'un soin. Dans le cadre de cette discussion, nous allons davantage mettre en exergue les dimensions cachées du geste intracorporel en distinguant d'une part les grandes caractéristiques de ce geste, puis les différentes phases de ce geste ainsi que le cheminement intellectuel et les logiques d'action qui en découlent. Nous mettrons en évidence le non-dit, les représentations que les infirmières ont sur le prescripteur, le geste, le matériel utilisé, le malade et sur elles-mêmes ainsi que les règles et dimensions implicites de soins qu'elles expriment. Ainsi, dans le cadre d'un tableau, nous essaierons d'identifier ce qui relève de tâches visibles (les comportements) ou de tâches invisibles (les activités mentales) que nous commenterons.

7.4.1 Les caractéristiques intrinsèques d'un geste intracorporel

7.4.1.1 Un geste situé

Le geste intracorporel émerge dans une activité contextualisée avec des particularités spécifiques, au regard d'autres situations qui lui sont similaires. Sa mise en œuvre répond à des buts et des logiques qui sont différents au regard des phases dans lesquelles le geste est réalisé. Ces buts et logiques dépendent de facteurs internes à l'infirmière, mais ils s'inscrivent également dans des logiques d'enchainement et d'exécution d'événements en fonction de contraintes chronologiques ou séquentielles dues à l'organisation du système hospitalier mais aussi à des contraintes d'opérationnalité dans la mise en œuvre du geste. Ainsi, pour réaliser un geste intracorporel, l'infirmière doit lire ou écouter une prescription, préparer son matériel, observer le corps du malade, ses réactions, l'environnement où se situe le geste, utiliser des stratégies et des capacités sensitives lui permettant de le réaliser tout en évaluant les résultats et ce dans une contrainte de temps et d'organisation de la tournée des soins.

Ainsi, nous avons pu identifier que le type d'exercice (structure de santé ou activité libérale), la politique de santé mais aussi l'organisation, la culture, les conditions d'higène dans une structure de santé ou chez le malade, les acteurs présents (médecin prescripteur, infirmière,

collègues, malade), la typologie du matériel utilisé, son accessibilité et son coût, la temporalité, l'urgence du soin, les risques ou les émotions engagés par le soignant et le malade impactent sur son déroulement.

De plus, la réalisation du geste intracoporel nécessite un certain nombre d'activités transversales dans la mesure où elle met en jeu à la fois de la perception, de la mémoire, du langage et les inférences associées. Cependant, ces activités ne sont pas nécessairement les mêmes en fonction de l'expérience du soignant et du malade, de ce qu'ils en disent et de ce qu'ils en attendent. Ainsi, cela impose aux infirmières l'utilisation de différents scripts mentaux acquis au regard de l'expérience du geste : une démarche constructive si elle a eu l'occasion de réaliser ce geste auparavant ou une démarche déductive ou inductive si ce n'est pas le cas ou si la difficulté perçue par le geste est nouvelle. Cela peut conduire l'infirmière à réaliser son geste d'une manière qui peut sembler inadaptée à sa seule observation mais qui, par son explication, semble sensée et compréhensible : ex : rester longuement dans une urètre malgré la douleur que cela peut provoquer chez le malade pour des raisons d'hygiène, de temps, pour ne pas imposer au patient une nouvelle intrusion et par la nécessité pour l'infirmière de trouver le chemin adéquat de par ses perceptions.

De plus, ces acteurs, d'un service à un autre, n'ont pas toujours les mêmes demandes ou les mêmes techniques pour un même geste ou un même malade. Ainsi, des règles définissent ce qui peut ou doit être fait… le prescriptif est plus ou moins différent d'un médecin à un autre avec parfois des demandes discordantes, plus ou moins détaillé, contraignant, négociable localement... Les gestes sont différents au regard du matériel présent au sein du service et des techniques spécifiques importées par les infirmières qui viennent y travailler et qui à leur tour peuvent former certaines collègues avec qui elles s'entendent bien. Cependant la plupart des infirmières n'ont pas toujours la capacité d'expliciter d'une manière précise leur tour de main.

7.4.1.2 Un geste unique

Le geste intracorporel repose sur des aptitudes au geste et des mises en jeu de techniques du corps. Ces aptitudes se transforment par l'irruption de nouvelles habilités, notamment des habilités palpatoires/haptiquesvconfirmées par la majorité des infirmières (Q14), d'observation, de la gestion de ses émotions. Les infirmières évoquent notamment une observation très fine « un coup d'œil » à la fois de l'environnement, du malade, de la partie du

corps concerné afin de se positionner correctement avec le matériel. Elles sont également toujours à la recherche d'éléments atypiques indésirables, anomalies, dans leurs situations routinières. Au moment du soin, elles sont attentionnées aux mimiques du malade qui leur permettent de déterminer si elles peuvent poursuivre leur soin.

Leur performance s'améliore proportionnellement à leur expérience. Ce geste simple en apparence est fondé sur une compétence gestuelle de base apprise lors des études de manière formalisée grâce à leurs stages et complétés par des micro-mouvements que chaque infirmière se construit dans sa singularité. On pourrait même parler de « microculture du geste ». Ainsi, il existe des compétences informelles dans les gestes intracorporels qui sont indicibles et invisibles pour les pairs. C'est l'expertise d'un geste abouti « considéré comme absolu », que les infirmières ont d'ailleurs du mal à expliciter ce qui se passe dans leur tête et au bout de leurs doigts, soit parce qu'elles n'en sont pas toujours conscientes, soit parce qu'elles ne sont pas outillées d'un vocabulaire suffisamment précis en termes de perceptions pour pouvoir en faire part.

Lorsque le geste est maîtrisé, il devient normalement un automatisme, une routine, même si la simplicité supposée du geste est le résultat d'un long processus complexe d'acquisition (Mauss, 1950). Ces automatismes permettent le contrôle du geste à un niveau conscient. Le geste devient transparent, non réfléchi, il est un prolongement du cerveau de l'utilisateur, transparent dans l'action (Fernandez, 2004). Ces automatismes sont présents dans la pratique des infirmières notamment lorsqu'elles ont l'habitude d'utiliser toujours le même matériel pour un geste intracorporel. Cependant, en raison de la réalité du toucher et le fait qu'il recèle une signification et une valeur, ces automatismes sont très peu présents lors du geste intracorporel, car chaque personne étant unique, cela créé un geste singulier. Cela confirme l'étude de G. Hewes (1955) qui pointait l'interaction du physiologique, de l'anatomique mais aussi de la culture et l'éthique des acteurs, ce qui crée des centaines de combinaisons possibles pour la réalisation d'un geste de soin. Les faits et gestes de l'infirmière sont enveloppés d'un ethos (éducation, culture sociale…) qui suscite les formes de sa sensibilité, de ses gestuelles, de ses activités perceptives et dessinent ainsi le style de sa relation au monde. Il n'existe pas de naturel d'un geste ou d'une sensation (Le Breton, 2016).

7.4.1.3 Un geste intuitif

Nos résultats ont démontré que le geste intracorporel nécessite parfois l'utilisation de l'intuition. Il s'agit d'une opération mentale complexe plus ou moins consciente, permettant une mise en concordance de données, des faisceaux d'indices que le cerveau des infirmières utilise pour analyser une situation. Ce faisceau de signes est constitué à la fois d'un contexte (ai-je besoin de cette intuition pour agir), des connaissances déjà acquises sur lesquelles elles peuvent s'appuyer pour analyser, de l'état interne et psychique de l'infirmière (est-ce que je m'autorise à utiliser mon intuition ?), de ma disponibilité (ai-je le temps de l'écouter), de la récurrence d'une situation (ai-je déjà rencontré cette situation ?).

La question de l'intuition apparaît car les infirmières ont le sentiment qu'elle prend une place importante dans leur acte. Elles disent ainsi acquérir des compétences à « switcher » d'un mode décisionnel à l'autre entre raisonnement et intuition.
Cet état de pensée nommée « attention flottante » favorise ainsi le jaillissement, la fulgurance de l'intuition et supprimerait toutes les inhibitions qui pourraient la freiner. Cette intuition permet d'aider les infirmières à changer de perspective et à prendre un peu plus de hauteur pour trouver une solution qui convient le mieux à la situation. En effet, parce qu'elle n'oblige pas les infirmières à construire tout un raisonnement, leur intuition leur font gagner un temps considérable. Elles se nourrissent de leurs expériences passées pour faire la lumière sur une situation actuelle où elles doivent prendre une décision. Ainsi, c'est dans les situations à risque, urgente ou sans solution logique que leur intuition semble se révéler (Gary Klein, 2004). Grâce à leur intuition, une fraction de seconde suffit pour qu'expériences, connaissances et émotions s'interconnectent et leur ouvrent la voie à suivre.

Cependant, nous avons également perçu une difficulté pour faire parler les infirmières sur ce sujet car une intuition ne se prouve pas, elle s'expérimente, d'où la difficulté pour elles de l'exprimer.
De plus, on peut percevoir dans leurs remarques, que tenir compte de son intuition est considérée comme anti-professionnel.
Il est vrai que les décisions prises par intuition peuvent être considérée comme enfreignant les lois de la logique. Pourtant Gerd Gigerenzer (2011), spécialiste de l'étude de la rationalité et du processus décisionnel, indique que l'intuition est une forme d'intelligence plus riche que la logique qui serait « aveugle aux contenus » et qui chercherait à rendre signifiante de

nombreuses données selon un « effet de cadrage » qui prennent la forme de règles inconscientes chez une personne.

Or comme l'aurait dit Albert Einstein (Samples, 1976, p.26) : « *L'esprit intuitif est un don sacré et l'esprit rationnel un serviteur. Nous avons créé une société qui honore le serviteur et qui a oublié le don* ». Cela questionne l'apprentissage des infirmières et l'importance de changer les représentations des infirmières sur ce sujet.

7.4.1.4 Un geste contraint

Les infirmières ont comme particularité d'agir sur autrui et de réaliser des gestes intracorporels d'une manière autoritaire, parce que ses gestes sont thérapeutiques et donc revêtent un aspect « obligatoire ». En France, le corps d'un malade appartient au corps social. La loi bioéthique du 29 juillet 1994 (Citer en Annexe 1) relative au respect du corps humain stipule néanmoins, qu'il «*ne peut-être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne* ». De fait, elles peuvent toucher le malade, voir introduire ou enlever des éléments du corps pour son bien même si ces gestes sont intrusifs car leur objectif premier est de sauver le malade (geste curatif) et lui éviter des infections potentiellement mortelles (geste préventif).

Or, nous l'avons vu tout au long de la présentation de nos résultats, les représentations, notamment sociales régissent les processus mentaux résolutoires de nombreuses situations. De fait, les infirmières « conditionnées » réalisent des gestes intracorporels validés par la règle sociale génératrice de prescriptions ou de proscriptions (Newcomb, 1970). Ainsi, une personne a tendance à adopter les représentations du grand groupe, quelque fois en dépit de ses propres perceptions : *« je me dis que ce que je fais de toute façon, et bien, c'est pour le bien du patient* ».

La conformité agit comme une norme (Leyens, 1979) en poussant les individus à se conformer préférentiellement à la représentation partagée soit par le plus grand nombre, soit par des personnes faisant figure d'autorité. Même si comme l'a montré la célèbre expérience sur la soumission à l'autorité de S. Milgram (1994), ces actes peuvent conduire à des désagréments, de la maltraitance voire de la torture. L'image sacrée du scientifique et l'obéissance à une autorité, fondements de la société, agissent comme une caution morale tant pour l'infirmier que pour le malade. De plus, la réalisation du geste selon une prescription médicale est censée garantir une probité et une sécurité optimum au patient.

Le malade se trouve lui aussi dans un engagement personnel. Mais comme il ne peut réaliser seul les gestes intracorporels, il est plus particulièrement dans une situation de dépendance et de rapports sociaux dissymétriques (Parsons, 1951) imposée par l'institution. Se jouent aussi pour lui les questions épineuses de l'obéissance ou de la confiance obligée, systémique car sans consentement à se laisser faire, aucune coopération n'est possible. Or prendre soin de soi par l'intermédiaire d'un soignant peut se solder par le pire, mais peut-être par l'épreuve grâce à laquelle il peut se maintenir en vie. La société et le système de santé l'autorisent très peu à se plaindre. Il doit jouer le rôle de malade attendu, perdant ses attributs de liberté et d'acteur au profit d'une maladie ou de symptômes. Il a la « chance » de se faire soigner par un système expert et souvent gratuit. Le malade perd ses attributs de sujet au profit de maux à soigner.

7.4.1.5 Un geste étiqueté

Une interaction implique des codes, des systèmes d'attente et de réciprocité, auxquels les acteurs se plient à leur insu selon un conformisme social. Dans toutes les circonstances de la vie sociale, une étiquette corporelle (Goffman, 1974) est de mise et l'acteur l'adopte spontanément en fonction des normes implicites ou explicites qui le guident. Ainsi, la perception de la pression de l'équipe incite, mais peut aussi décourager, les infirmières à s'autoriser à modifier leurs pratiques dans le sens qu'elles le souhaiteraient, notamment si l'équipe considère que le travail d'écoute et d'éducation est secondaire.

L'infirmière et le malade s'attachent aussi à contrôler l'image qu'ils donnent à l'autre en jouant un rôle social. L'ordre négocié (Strauss, 1978) implique le respect et l'acceptation du soin par le malade même si lui-même ne le souhaite pas. Beaucoup d'infirmières considèrent que le geste conditionne la suite de la prise en charge du malade et sa confiance envers toute l'équipe soignante. La confiance systémique (Obertelli, Pouteau and Co, 2015) est l'un de ces éléments importants pour les infirmières car elle permet au malade d'accepter des gestes intrusifs, voire douloureux. Elles cherchent par leur gestuelle (Efron, 1972) et leurs mots, à favoriser cette confiance. Ainsi pour correspondre à leur rôle et à une identité collective (Wittorski, 2008), pour respecter les règles sociales, culturelles et la prescription, elles doivent se montrer « *professionnelles* », « *compétentes* ». Comme D. Diderot le décrit (Mannoni, 2016), le meilleur comédien est capable de jouer, en employant les codes adéquats, afin de provoquer l'émergence des représentations souhaitées chez les spectateurs. Le professionnalisme exigé par la société et le monde médical sert d'alibi au mensonge dans le

cadre d'échange interhumain. Un infirmier évoque sa capacité de se montrer très souriant, très confiant, professionnel en utilisant le mécanisme de l'humour ou l'auto-persuasion sur sa capacité de réaliser ce geste alors qu'il se sent très agité dans son for intérieur.

7.4.1.6 Un geste risqué et incertain

« *Le corps semble aller de soi, mais rien n'est finalement plus insaisissable* » (Le Breton, 2016, p.28). La réalisation d'un geste intracorporel est toujours incertaine et présente toujours des risques que ce soit pour le malade ou pour l'infirmière. Cela confirme ainsi la seconde partie de notre première hypothèse, une infirmière prépare son geste sans être en capacité de prévoir le risque de l'intrusion car comme évoqué précédemment, chaque acte intracorporel est singulier du fait de la personne et de l'environnement.

Or là où il y a peur, se rencontrent régulièrement les produits fantasmés, et ce d'autant plus, si ces produits de la peur sont partagés par tous, au même titre que l'émotion qui la génère (Mannoni, 2016). Le risque du malade est évalué par l'infirmière en termes d'infections, de survie, de maintien en santé, d'hygiène ou de prévention. Plus le patient est vulnérable, plus le risque est important. La réalisation du geste devient prioritaire et passe au premier plan dans la relation. L'hygiène est aussi essentielle car l'infirmière peut faire prendre des risques à un patient en étant à l'origine d'une infection. Le risque de ne pas réussir son geste est également présent et est accentué par l'imaginaire des soignants sur le regard du malade, sur leur professionnalisme mais aussi sur le fait qu'elle ne termine pas à temps leur tournée ou qu'elles arrivent en retard aux autres rendez-vous. Le risque de se piquer, être infecté ou d'infecter sa famille est aussi abordé mais s'il est présent dans une moindre mesure en comparaison au risque affectif du soin.
On perçoit que les infirmières se donnent un cadre, une ligne de conduite avec des limites, des seuils à ne pas dépasser.

7.4.1.7 Un geste éthique

Ainsi, les infirmières évoquent le sens qu'elles mettent dans la réalisation de leur geste. Ainsi pour beaucoup d'entre elles, leur travail, par leur engagement, leur offre la possibilité de conquérir une place dans la société, de se sentir utiles, d'aider et d'obtenir un certain accomplissement de soi, de globalement répondre à des besoins personnels (Maslow,1943). Jean-Marie de Kételé (2014) précise que « Parler d'engagement professionnel ou

d'engagement dans le travail, c'est mettre en gage quelque chose de soi-même pour obtenir en échange un bien matériel (comme un salaire) ou immatériel (comme différentes formes de reconnaissances) ; cela suppose de celui qui met en gage et de celui qui reçoit des responsabilités et des obligations ».

Or elles sont amenées à réaliser des gestes techniques que moralement elles peuvent réprouver ou que physiquement elles répriment. Et là, s'ouvre un conflit intérieur : d'un côté des valeurs auxquelles elles sont attachées ou des perceptions qui les dégoûtent, de l'autre, ce qu'on leur demande. Quelque part, elles sont prêtes à se trahir et à prendre des risques pour venir à bout de leur tâche. Selon, Christophe Dejours (2010), ces dilemmes éthiques sont des sources de souffrance qui peuvent jouer un rôle majeur dans l'épuisement professionnel, les suicides au travail ou les burn-out. Nous avons pu également démontrer que cela pouvait provoquer aussi de la maltraitance mais que cela restait un sujet tabou.

Parmi les thèmes tabous, celui de la mort semble présent sans que les infirmières ne nous en aient vraiment parlé ouvertement, sauf dans l'idée qu'elles réalisent leurs gestes pour l'éviter. Ainsi, le sujet de la mort est aussi esquivé dans leur discours mais comme il est de mise dans nos sociétés où la mort a disparu car « *rien ne doit transparaître, on se cache, on ne le montre pas, on n'ose pas gêner avec sa peine* » (Michaud Nérard, 2010).

Ainsi, face à la mort d'un malade, la société exige que dès le lendemain, une infirmière doit reprendre de plain-pied sa vie professionnelle, sans aucun signe extérieur qui lui permette de communiquer avec les autres sur le fait qu'elle a des raisons de ne pas être tout à fait bien. De ce fait, le corps social et son équipe a beaucoup de mal à lui apporter son soutien. On n'a jamais autant demandé « *comment ça va* » et aussi peu souhaité entendre « *ça ne va pas bien, je viens de perdre un patient* ».

De fait, notre société a perdu ses repères et la mort n'est plus le terme normal de la vie. Jusqu'au début du XXe siècle, il y avait dans les nomenclatures médicales « mort de mort naturelle » ou « mort de vieillesse ». Aujourd'hui, cela n'apparaît plus sur les certificats, la mort naturelle n'existe plus. Dans un contexte de toujours plus grande technologisation de notre société, où tout doit être sous contrôle, la mort elle-même doit être sous contrôle (Adries, 1975).

Ainsi, aujourd'hui, on meurt parce que le monde médical n'a pas su soigner l'organe malade ou radicaliser le mal mais aussi largement parce que la médecine l'a décidé.
Or cette situation est loin d'être un cas isolé. Une étude du Lancet de 2003, reprise dans l'article de François Michaud Nérard (2010), montre qu'entre 25 et 50% des décès à l'hôpital sont consécutifs à une décision médicale. Par *décision médicale*, on entend soit un arrêt de soins, soit un soulagement de la douleur avec des médicaments à des doses telles que cela précipite le décès (Loi Léonetti), à défaut de l'euthanasie ou du suicide médicalement assisté.
On peut donc considérer que ne pas parler de la mort, c'est ne pas évoquer le fait que certains médecins demandent aux infirmières par un geste intracorporel de mise sous sédation ou de diurétiques certains malades pour leur éviter de trop grandes souffrances mais aussi pour rendre des lits disponibles dans un climat de tensions organisationnelles.
Ainsi, lors de l'une de nos formations, une infirmière évoquait le fait qu'elle se posait la question de poursuivre son métier après son congé parental dans son service de réanimation. Selon elle, des médecins lui ont demandé d'aider un malade à mourir pour faire de la place à un autre patient, puis de mentir à la famille sur les raisons et conditions de cette mort, notamment du fait de leur indiquer que tout avait été fait mais que la mort est survenue trop vite pour les prévenir. Cette expérience l'avait bouleversée. Elle ne se reconnaissait plus dans ce qu'elle voulait être : soigner et sauver des vies. Dans d'autres cas évoqués, les conditions de sédation peuvent être considérées comme un supplice à la fois pour le malade mais aussi pour le soignant qui n'agit plus : « *Si cette sédation dure plusieurs jours, ne pas donner une goutte d'eau à quelqu'un, c'est très difficile psychologiquement* ».

Or nous entendons néanmoins que cette situation provoque une grande souffrance psychologique qui ne peut être exprimée. Ainsi, parler de la mort pour les infirmières, nécessiterait qu'elles soient en capacité de s'autoriser à en parler davantage à leurs collègues, de pouvoir accepter les échecs de leurs soins, mais aussi d'être les pourvoyeurs de cette mort dans un climat de secret médical qui interdit d'en parler publiquement.

Cette souffrance surgit également face à des cas graves ou lors d'une certaine identification de l'infirmière, lorsque le malade est jeune ou leur rappelle quelqu'un de proche, notamment en raison d'« une préoccupation maternelle primaire » (Zâh-Gratiaux, Langevin, Obertelli (1994)) qui s'amplifie par le toucher.

7.4.1.8 Un geste du toucher émouvant

Or, émetteur ou récepteur, le corps produit continuellement du sens car il insère l'homme à l'intérieur d'un espace social et culturel donné. Le corps est socialement construit, et d'innombrables représentations viennent donner chair à l'homme. On perçoit dans les propos des infirmières que le toucher a différentes fonctions lors d'un geste : affective (offre de présence (Quesnel-Gacogne, 2014), réassurance, encouragement, calme, réprimande), reconnaissance (palpation), instrumentale (déplacement de l'attention, du corps) et technique (poser, enlever). Mais, le fait de toucher quelqu'un lors d'un soin, n'est jamais anodin car le toucher a la particularité et se distingue des autres sens, par le fait qu'il impose une relation directe à la réalité (Merleau-Ponty, 1945) et à l'autre (Sforzini, 2014). Il procure une stimulation, une excitation (Maine de Biran, 1807), qui impose une conscience nécessaire de l'infirmière de son corps et de celui du malade.

De par l'intimité des sensations tactiles, le toucher est aussi le moins facile à décrire et à exprimer. Ces sensations appartiennent à la sphère privée et comme elle engage la sensibilité, la sensualité, l'éducation, l'expérience de chacun, elles sont entourées d'une certaine pudeur, voire de tabous et de secrets. « On ne sait pas, on ne peut pas ou encore on ne doit pas les dévoiler… » (Bonneton-Tabaries ; Lambert-Libert, 2006).

Ainsi, le geste intracorporel crée des réactions affectives, des représentations sur la réalité des soins que les infirmières prodiguent et notamment de la souffrance ou du dégoût qu'il peut engendrer. La relation au corps est comme un stimulus qui impose a priori à l'infirmière une prise de conscience des réalités impliquées par les sensations. Cela crée chez certaines infirmières des représentations très angoissantes du corps, des effets des produits qu'elles injectent mais aussi un sentiment de violente intrusion dans l'autre. Certaines expliquent qu'elles n'autoriseraient pas qu'une infirmière leur fasse certains gestes qu'elles réalisent néanmoins auprès de leurs malades.

Nous l'avons vu également, la préparation mentale des infirmières est conditionnée par les représentations énoncées précédemment, et plus particulièrement d'images, de symboles qui créent des affects, notamment en fonction des projections, des perceptions (difficulté, saleté…), des expériences/intuitions et des filtres (seuils de tolérance) qu'elles évoquent pour la prise de décision et la réalisation des tâches : « Lorsque je dois piquer, cela monte, c'est-à-

dire que j'ai une boule du ventre qui monte jusqu'au cœur, j'ai une pression ». Les infirmières évoquent le fait qu'elles ont des émotions différentes au regard des étapes de leur soin : pression, pulsion positive de confiance ou doute, crispation, peur de l'échec, plénitude, plaisir… Ces affects donnent l'occasion aux acteurs d'être conscients qu'il y a quelque chose qui les remue (Deshays, 2013) : « *Et bien, je ressens la douleur du patient* » et une émotion est l'adaptation réciproque de la personne à son environnement ou à une autre personne lors de leur rencontre. Les infirmières doivent donc négocier entre leurs expériences émotionnelles, la gestion des émotions, leurs règles de sentiments et d'idéologie (Goffman, 1974, Hochschild, 2003). Ces transactions émotionnelles (Lazarus, 1991) vont se traduire de différentes manières. Cependant, elles peuvent provoquer des risques psychiques ou un malaise en lien avec des résonances imaginaires. L'une d'entre elle déclare : « il y a beaucoup de grands psychiatres qui disaient que pour faire les soins techniques, il faut quand même avoir un petit côté pervers ».

Louis Quéré (2013), en parlant de conception pragmatiste des émotions, précise que le travail émotionnel est réduit dans les situations où les habitudes peuvent opérer sans difficulté. Cependant, hormis ces situations, les transactions entre la personne et son environnement bénéficient généralement de l'opérativité des émotions. Selon Mauss (1950), les sentiments ne relèvent ni d'une psychologie individuelle, ni d'une psychologie indifférente. Tels qu'ils transparaissent du corps et se mettent en jeu dans les comportements, les sentiments sont des émanations sociales qui s'imposent dans leur contenu et dans leur forme aux membres d'une collectivité plongée dans une situation morale donnée.

Or selon Bernard Rimé (2013), l'impact d'un épisode émotionnel négatif a tendance à infirmer les modèles du monde, les modèles de soi et déstabiliser les personnes. Pour se protéger, et face à une saturation des épisodes émotionnellement négatifs, on peut donc penser qu'une infirmière ne veut plus les écouter même si les malades aspirent encore à partager leur propre expérience de manière massive. Elle s'auto-protège en mettant un frein, un mécanisme de défense aux expériences émotionnelles négatives d'autrui, ce qui augmente sa distanciation d'une manière croissante.

7.4.2 Une activité sur soi avant d'être une activité sur autrui

7.4.2.1 Un geste à tâches contradictoires

Travailler dans les soins impose un cadre modélisant, structurant et contraignant du fait de normes spécifiques. Il est souhaitable pour favoriser un travail d'équipe et éviter les risques liés à la prise en charge des malades.

Cependant, nous l'avons déjà énoncé, les recommandations imposées par des valeurs professionnelles mais aussi en lien avec l'organisation des soins peuvent être en contradictions avec les valeurs professionnelles énoncées pour le bien-être du malade (ex : prendre le temps d'écouter le malade mais réaliser les soins dans une contrainte de temporalité liée à la tournée des soins). Il en est de même également avec les valeurs internes propres à l'identité personnelle de l'infirmière même si certaines énoncées par le système de santé leur apportent des effets bénéfiques comme de la reconnaissance, le partage au sein d'un groupe, des responsabilités….

D'autre part, il est aussi à noter que certaines tâches s'ordonnent d'elles-mêmes sur d'autres tâches pour des raisons d'opérationnalité. D'autres tâches s'imposent également, car même si elles pourraient être retardées dans un premier temps pour le bien du patient, leur non effectuation aurait un retentissement important sur la qualité de vie du malade en faisant empirer les choses ; la tâche serait à réaliser dans des conditions plus pénibles ou avec des effets retards plus conséquents.

Ainsi, les infirmières ont l'obligation de sélectionner des tâches à accomplir et de les ordonnancer dans le temps pour réaliser leur geste intracorporel. Face à des conflits de tâches, elles doivent optimiser les contraintes et faire des compromis. Pour cette raison, elles peuvent être en proie à des paradoxes importants car elles sont dans l'obligation de réaliser un geste prescrit, contraint, étiqueté, risqué qui impose qu'elles endossent un rôle, une identité professionnelle collective qui ne correspond pas toujours à leurs représentations du geste et qui ne favorise pas une posture écoute et empathique.

7.4.2.2 Un geste postural

Le geste intracorporel est à la fois une pratique et une posture. En effet, il est réalisé avec une attitude morale et physique exercée différemment selon les conceptions des sciences infirmières et les courants pédagogiques utilisées volontairement (Llambrich-Molines, 2013)

ou imposées par la structure où l'on exerce. Cette posture est ainsi en lien avec les intentions de l'infirmière rattachée à son rôle propre, à ce qu'elle sait devoir faire mais aussi en lien avec ses représentations qui influent ses décisions d'action (posture et geste).

La posture de l'infirmière évolue en fonction de ses interprétations sur ce que pense les malades, ce qu'ils savent ou ne savent pas, la manière dont ils vivent ou réagissent au geste ou à la parole, ce qu'ils veulent ou ne veulent pas, ce qu'ils voudraient, ce dont ils ont besoin au regard du temps imparti ou des risques encourus. Elle est également en rapport avec ce que l'infirmière pense pouvoir leur faire, leur faire-faire et ce qui peut être utile, etc.

La posture dépend aussi du regard que porte l'infirmière sur son geste et ce qu'elle veut faire apparaître en termes de communication verbale ou non verbale.

Dans notre pratique de formatrice, il est intéressant de noter que lors d'un exercice nommé écoutant-écouté dont la consigne est qu'un soignant joue une personne qui raconte une histoire et un autre soignant qui écoute sans interrompre, les représentations sur ce que les uns et les autres vivent sont différentes. Ainsi, parmi les personnes qui se racontent, nous pouvons identifier deux discours dissemblables : 1) une personne qui trouve intéressant de pouvoir s'exprimer librement sans être interrompue, lui permettant d'aller plus loin dans ses idées ; le retour du non verbal de l'autre personne lui suffisant. 2) une personne qui trouve difficile de devoir s'exprimer sans retour verbal de son interlocuteur, malgré ses mimiques, car elle a besoin d'un questionnement pour prolonger son discours mais surtout d'une approbation verbale lui permettant de vérifier que son interlocuteur est intéressé et ne juge pas son discours sans intérêt.

Parmi les personnes qui écoutent, nous pouvons remarquer une identification similaire : 1) une personne qui trouve facile d'écouter son interlocuteur et qui montre son intérêt par son comportement non verbal 2) une personne qui trouve difficile de ne pas interrompre ou qui d'ailleurs n'a pu s'empêcher d'interrompre son interlocuteur car elle avait besoin de précisions, et que sans ces précisions, son écoute ne pouvait rester active sur ce que disait son interlocuteur, obnubilée par son propre langage interne. Elle a également le sentiment qu'une communication non verbale n'est pas suffisante pour montrer son intérêt et favoriser des échanges avec l'autre.

Ainsi, la posture d'écoute est aussi en lien avec les capacités de chacun à identifier les affordances du discours non verbal, de contrôler son langage interne, d'identifier ses priorités d'objectifs (malade ou soi) mais aussi au regard de ses représentations sur ce que doit être une communication entre deux personnes et son rôle d'infirmière. Nous identifions également que cela a aussi trait à une certaine confiance et estime de soi par rapport au regard de l'autre, mais aussi leur capacité à ne pas s'imager que ce qu'elle pense être bien pour elles, ne correspond pas toujours à ce que pense ou vit le malade.

Nous notons néanmoins qu'à leur manière, elles souhaitent toutes favoriser la confiance systémique du malade. En revanche, l'interprétation de ce qui peut créer de la confiance et ce qu'elles pensent de leur activité vont modifier le comportement de l'infirmière vis-à-vis du malade. En plus de cette expérience sur l'écoute, nos résultats de recherche nous aussi permis d'identifier que pour créer cette confiance, d'autres représentations étaient de mise. Ainsi, pour certaines infirmières, être autoritaires ou montrer un certain pouvoir par leur posture (uniforme, hauteur, ton, mots utilisés…) permet de montrer qu'elles savent ce qu'elles font. Là encore, leurs représentations en termes de rapport au savoir et au pouvoir favorisent ou non le fait d'être empathique et de laisser la possibilité au patient de négocier sur ce qui peut être fait en tenant compte de ce qu'il sait et ressent pour son mieux-être. Ainsi, la place qu'elle donne au malade en tant que personne - objet, sujet ou agent de ses soins (Lesne, 1994), joue aussi un rôle déterminant dans son comportement et dans la réalisation du geste.
Cette posture est également en lien avec ce que veut montrer et ne veut pas montrer l'infirmière d'elle-même en termes de compétences, d'expériences dans le geste, de confiance en elle, sa vie personnelle… Elle est également modifiée par les représentations de l'infirmière sur ce que peut provoquer chez le malade le fait de montrer ou d'exprimer ses émotions mais aussi ses doutes et certitudes. Il est de même par rapport à sa capacité à gérer ses émotions.

Ainsi, les intentions des infirmières couplées aux représentations qu'elles ont de la situation, du ressenti du patient et d'elles-mêmes, forment l'ancrage de leur posture. La réalisation d'un geste intracorporel impose un « dialogue » entre les différentes postures envisagées, les co-identités professionnelles et personnelles de l'infirmière. Des logiques de travail pédagogique en émanent.

Le conflit cognitif qui se créée soit par ses expériences du geste avec le malade, soit par une formation ou un partage entre pairs, peut être un moyen de déclencher le questionnement et la remise en question quant à la posture d'infirmière lors de ses gestes techniques.

7.4.2.3 Des gestes de régulation

Comme énoncée dans notre première hypothèse, la réalisation d'un geste intracorporel nécessite une préparation mentale spécifique de déroulement des étapes de l'intervention. Ainsi, la réalisation d'un geste intracorporel débute à la lecture de la prescription et se termine lorsque l'infirmière est satisfaite des résultats qu'elle attendait à minima de ce geste. La lecture fait émerger un certain nombre de représentations et logiques de comportements chez les infirmières. Ces interprétations réelles ou injustifiées conditionnent la suite de la mise en œuvre du geste intracorporel.

Ainsi, nous pouvons identifier que les infirmières ont des représentations sur le malade à la lecture de la prescription, de son dossier médical ou en ayant discuté avec ses collègues sans l'avoir vu. Cela va l'amener à prendre une posture différente en fonction de ce qu'elle s'attend du malade et de ce qu'elle veut lui proposer. Ainsi, par exemple beaucoup d'infirmières ne proposent pas l'éducation thérapeutique au patient en pensant qu'il n'est pas capable d'être éduqué. Or quand elles le proposent parce que nous sommes présente et qu'elles se sentent obligées de le faire ((Obertelli P. (dir.), Pouteau C. & associés, Ibid), elles se rendent compte qu'il est possible d'accompagner le malade en ETP.

Il en est de même pour la réalisation d'un geste intracorporel où l'infirmière va plus ou moins se mettre dans une certaine disposition, ce qui va modifier toute la suite de sa prise en charge et de son geste.

D'autre part, les situations de soins sont grevées d'événements inattendus, de pannes de machines, d'incidents, d'anomalies de fonctionnement, d'incohérences organisationnelles, d'imprévus provenant aussi bien du malade, du matériel, que des infirmières, des collègues, des médecins, des cadres, de l'équipe, de la hiérarchie. Ainsi, « *Il n'existe pas de travail d'exécution. De fait, apparaît toujours un décalage entre le prescrit et la réalité concrète de la situation.* » (Dejours, 2003, p13). La tâche prescrite est toujours redéfinie par l'infirmière pour rendre possible le geste intracorporel au regard du malade et de son environnement ainsi

que les impondérables du réel en lien avec ses représentations, ses savoirs et savoirs faire, ses capacités d'adaptation. Ainsi, à y regarder de plus près, les infirmières ne font pas toujours exactement ce que la prescription demande ou dit de faire. Elles ne font pas non plus, à chaque fois, ce que qu'elles aimeraient faire, et comme elles aimeraient le faire dans l'idéal au regard des valeurs qu'elles énoncent, tournées vers autrui.

Lorsque le réel résiste aux procédures et aux prévisions, cela impose à l'infirmière d'ajuster, de bricoler subjectivement et habilement son action entre ce qu'elle a prévu de faire et ce qu'elle rencontre dans sa confrontation au réel. Elle recourt alors à sa boîte à outils, souvent inconsciemment, pour mettre à profit ses savoirs expérientiels.
Nous avons pu notamment percevoir qu'elles utilisent un certain nombre de mécanismes sur lesquels nous reviendrons dans le chapitre suivant.

Néanmoins, pour ce paragraphe, il est à noter qu'elles utilisent des mécanismes de régulation (réification du corps du malade, visualisation mentale/imagination créatrice) pour soutenir la réalisation du geste. Ces mécanismes sont à la fois des mécanismes psychologiques de défense qu'utilisent les infirmières pour se protéger de leurs fortes émotions mais aussi des mécanismes d'opérationnalité. En effet, même si certaines infirmières disent ne pas réifier le malade, leurs discours sur leur geste montrent qu'elles le font non pas par apathie envers le malade mais pour se protéger des stimuli qui pourraient les empêcher de réaliser leur geste. De plus, la minutie de leur geste leur impose de se focaliser sur une partie très précise du corps du malade et de le scanner pour identifier tous les éléments suspects ainsi que l'endroit parfait pour réaliser leur geste.

Nous avons pu voir également que certains gestes intracorporels se faisaient à l'aveugle et que cela nécessitait que les infirmières se créent une image mentale de la partie du corps invisible. Elles sont ainsi en capacité d'imaginer le point de l'intrusion adéquat dans une veine qu'elles ne voient pas, tout le parcours du matériel médical ou du produit qu'elles injectent dans le corps du malade qu'elle soigne, toutes les spécificités du corps du malade lors de leur tâtonnement et intrusion.

Ainsi, lors d'un geste intracorporel, le comportement de l'infirmière et les tâches perçues par celui qui observe et qui subit (le malade), ne reflètent en rien toutes les activités mentales et comportements nécessaires à sa mise en œuvre. Il existe une dissimilitude entre ce que nous voyons et ce que nous pouvons interpréter, notamment comme un comportement fermé, froid

et ce que vit et réalise réellement l'infirmière. La majorité de ses tâches correspondent à des actes invisibles et très rarement valorisés.

Ces « *savoirs d'expérience correspondent à une somme de compétences et de connaissances acquises par une personne à l'extérieur des systèmes éducatifs et de formation professionnelle, le plus souvent dans le milieu du travail ou dans des activités extraprofessionnelles* ». (Dejours, 2003, p.14)

En effet, les infirmières n'ont pas toujours conscience de l'ensemble des tâches qu'elles mettent en œuvre dans leurs gestes et ces entretiens ont favorisé leur mise en lumière : « *Alors c'est marrant par ce qu'en t'en parlant, j'ai des exemples, soudain, je vois des moments, et bien par exemple (rire), c'est marrant, j'ai plein de trucs qui me reviennent* ». Par la technique de l'entretien d'explicitation, nous accédons ainsi à l'invisible du travail qui devient visible et compréhensible. Il s'agit de rendre intelligibles des actions situées, menées par les infirmières selon leurs représentations et leur expérience. L'expertise du sujet est alors qualifiée et rendue visible, en situation.

Clot (2000) écrit qu'au-delà du métier « neutre » de la prescription, le métier existe simultanément comme mon métier à moi et comme le métier des autres : on a du métier et on est du métier. Indissociables, ces deux formulations traduisent bien l'expertise de l'infirmière dans un ancrage entre les deux typologies de métier : la sienne et celle de tous. Le métier d'infirmière aurait donc, pour chaque soignante, une « double vie » chacune prenant tournure dans l'action invisible par l'entremise de l'autre, à l'épreuve de l'autre (Llambrich-Molines, 2013).

7.4.2.3 Des gestes d'inhibition et de travail sur soi

Ainsi, le geste intracorporel n'est donc pas qu'un simple geste au sens d'« *un mouvement, une attitude corporelle ou le mouvement d'une partie du corps et avant tout de la main* » (Gebauer & Wulf, 2004, p. 70). Nous avons vu qu'il est effectué par l'infirmière avec une intention curative et préventive mais aussi pour créer de la confiance.

Dans cette idée, on pourrait s'attendre à ce que l'infirmière, par une offre de présence plus ou moins consciente, le fasse en exprimant envers les malades des gestes langagiers qui se veulent rassurants ou en les touchant. La plupart des infirmières le font.

Nous percevons néanmoins que l'offre de présence de soins des infirmières leur impose aussi un travail sur soi. En effet, le geste intracorporel nécessite à la fois une présence à autrui pour identifier ses besoins et notamment ses souffrances mais aussi une capacité à inhiber ses propres représentations et émotions au moment de l'intrusion dans le corps du malade.

En effet, les résultats que nous avons évoqués précédemment nous amènent à penser que le geste intracorporel impose aux infirmières de travailler avant tout sur elles pour taire leur angoisse, stress, dissonances cognitives et affectives afin de pouvoir réaliser un geste qui leur impose de côtoyer la souffrance et la mort.

Cette mise à distance peut également être de mise pour les infirmières qui souhaitent mettre en place une posture d'éducation thérapeutique. En effet, il s'agit pour elles, d'une part de questionner leurs représentations et interprétations mais également, lors d'une écoute active, de limiter leur propre voix intérieure qui les amène à questionner le malade uniquement sur des items en lien avec un diagnostic infirmier. Cette mise à distance d'elles-mêmes favorise l'écoute de l'ensemble des besoins, freins, ressources, priorités, temporalités exprimées par le malade même s'ils n'ont parfois pas de lien avec le soin, si ce n'est des ancrages de motivation pour trouver du sens à se soigner.

Afin de trouver un équilibre entre prendre soin du patient et s'économiser, l'ensemble des infirmières comme un « moi » divisé, mettent en place des mécanismes de protection conjoints pour agir sur elles : - un mécanisme de réification de la personne confirmant les travaux de Zâh-Gratiaux, Langevin, Obertelli (1994), mais aussi un mécanisme de centration sur soi (langage interne, respiration provoquant une autohypnose) et - un mécanisme d'inhibition favorisant le lâcher-prise sur leur environnement, leur petite voix intérieure et l'absence de toute présence de sentiments, notamment de culpabilité.
Cette capacité d'inhibition permet de contrôler les pensées et les impulsions, les mauvais réflexes et les croyances erronées. Elle permet de s'opposer et de résister aux mécanismes qui nous submergent (langage interne et émotions) mais surtout altèrent le bon déroulement des activités de l'infirmière… Ces résultats permettent d'identifier que l'inhibition des émotions est à la fois un mécanisme de défense pour se protéger mais aussi un mécanisme d'opérationnalité pour réaliser le geste et favoriser la confiance du malade. Ils confirment la première partie de notre seconde hypothèse.

Ainsi, les infirmières sont présentes physiquement en focalisant leur attention sur des stimuli précis pour réaliser leur geste mais sont absentes en termes de perception et d'émotion pendant un laps de temps court. Les scientifiques nomment ce phénomène « la cécité d'inattention » ou « bulle de simplicité » (Lachaux, 2013).

Néanmoins, cette cécité est agissante dans le sens qu'être absent produit des effets et notamment la possibilité de réaliser le geste intracorporel. L'action, c'est d'être présent pour la réalisation du geste en étant émotionnellement absent. Cette absence agissante passe néanmoins par des positionnements corporels et des gestes qui révèlent l'investissement subjectif de l'infirmière. C'est donc l'expertise « ne pas s'activer » pour pouvoir faire un geste technique intrusif et douloureux sur un corps, sans être réellement conscient de ce que l'on mobilise ou pour éviter que des automatismes prennent le dessus sur l'activité visée.

En l'absence d'un discours des personnels infirmiers interviewés suffisamment précis faute de sensations et de vocabulaire adapté pour décrire cet état, nous ne sommes pas en capacité d'identifier si cette bulle de simplicité se réalise dans le cadre d'un automatisme, d'un lâcher-prise type intuitif, d'un instinct de préservation ou d'un niveau attentionnel spécifique favorisant un niveau d'excitation très faible (Berlyne, 1960) pour parvenir à achever des conflits de routine lors d'un effort d'attention intense.

Cette force psychologique invisible (inhibition) est très peu réfléchie en l'absence d'apprentissages spécifiques lors des formations initiale et professionnelle des infirmières. Elle correspond pourtant à une qualité professionnelle qui se construit dans le temps et qui mériterait d'être valorisée. Les soignants pourraient aussi se l'approprier pour expliquer aux patients qui ont besoin d'une présence orale, la nécessité pour eux de se « concentrer » sur leur geste et ainsi modifier une interprétation négative de leur posture. C'est également un résultat important dans l'enseignement de l'éducation thérapeutique, car l'idée que l'ETP peut être exercée en termes de posture et pas uniquement en termes d'activité, est à nuancer. Ainsi, une certaine écoute active et empathique peut être réalisée pendant le soin mais reste impossible lors d'un geste intracorporel long ou tout du moins avec des aménagements dont devra prendre en compte l'infirmière dans l'explication de son cadre au malade.
L'inhibition des émotions de l'infirmière est ainsi nécessaire pour qu'elle réalise son geste. Néanmoins, en dehors de ce geste, il serait intéressant de questionner les infirmières sur leur réelle utilité. En effet, beaucoup d'infirmières estiment avoir l'obligation de ne pas montrer

aux patients leurs ressentis pour être professionnelles ou éviter le contre-transfert. Or selon les psychanalystes cités précédemment (Brunschwig, Heimman, Reicker) ainsi que le principe de Carl Rogers, il est préférable d'être authentique pour favoriser la relation. De plus, par mon expérience de formatrice, le fait que les soignants s'autorisent à dire que cela les touche, qu'ils ne se sentent pas capables ou qu'ils ne savent pas mais qu'ils vont se renseigner, favorisent la relation entre soignant et malade (les malades comprenant la situation et remerciant la sincérité du soignant) et enlève un grand poids chez les infirmières. Cependant, cela nécessite aussi de modifier les représentations du soignant sur la notion de « juste distance » et un travail pour accepter de dire des choses sur lui.

7.5 Applications opérationnelles de ces travaux de recherche

Il nous semble important que notre travail de thèse ait une utilité sociale et professionnelle. Les résultats que nous avons présentés nous amènent à identifier des propositions de réflexions sur la formation des infirmières, leur relation avec les malades, les pratiques d'équipe et la mise en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique.

7.5.1 Questionner les priorités de buts

Nous avons pu identifier l'importance des objectifs des infirmières et des critères sur lesquels elles planifient leurs soins dans la préparation de leur geste et du choix de leur comportement vis-à-vis du malade. Lors de la formation des infirmières et plus généralement des soignants, il nous semble opportun de les questionner sur leurs priorités du but et de le faire prendre conscience du rôle de leurs représentations dans ces choix, notamment sur la question de leur professionnalisme.

Pour favoriser ce questionnement des infirmières, il est intéressant de les interroger sur les différents rôles qu'elles jouent au regard des différents contextes et de leur faire opérer une distinction entre :

- ce que l'on dit que je suis ou « comment on me définit » (Dubar, 2010)
- ce qu'il est souhaitable d'atteindre,
- ce que je pense devoir atteindre, « ce que je veux être » (Dubar, 2010) au regard de mon rôle,
- ce que je m'autorise à faire ou à ne pas faire,
- ce que je peux réellement atteindre au regard de mon environnement,
- ce que je peux réellement atteindre au regard de mes priorités, mes capacités et limites qui me sont propres,
- ce que je ne peux pas faire d'un point de vue opérationnel,
- ce que je refuse de faire à long terme.

Nos résultats ont permis d'identifier également que l'acquisition des connaissances procédurales de l'institution et des habilités du geste sont des prérequis avant que les

infirmières soient en capacité d'adopter une posture d'écoute active et une approche singulière du malade. La temporalité des infirmières dans le service et l'expérience des gestes qu'elles doivent y réaliser, ont une incidence sur leur priorité de buts et seront donc à prendre en compte par les équipes dans la mise en œuvre d'un programme d'ETP. Il s'agit de ne pas imposer cette nouvelle pratique à des infirmières qui ne se sentent pas en capacité de le faire mais en revanche de les accompagner davantage dans l'appréhension du geste et de la négociation des conflits qu'elles rencontrent.

Il s'agit aussi de les consulter sur la place qu'elles donnent à l'action à la satisfaction des malades et aux raisons/conditions qui font que cette priorité évolue pour faire place à d'autres priorités. En effet, le fait d'aider les infirmières à s'épancher sur leurs tâches et d'identifier à qui ou à quoi elles veulent répondre en priorité, nous semble important afin de leur faire prendre conscience des ambivalences auxquelles elles doivent faire face en contradiction parfois avec les besoins des malades et leurs propres valeurs. Aborder leurs représentations du temps, du rythme au regard de leurs différentes activités du soin et dans les situations et conditions dans lesquelles elles favorisent une activité rapide ou une activité lente, nous semble intéressante.

Qu'est-ce qui les pousse à favoriser les objectifs organisationnels et médicaux alors que cela peut créer des dissonances dans leur for intérieur et un mal-être professionnel. Le fait de les questionner sur les bénéfices secondaires à réaliser une activité ou un geste intracorporel dans un rythme soutenu, favoriserait cette réflexion. De plus, dans le contexte de la mise en place de l'éducation thérapeutique (ETP), cela nous apprend qu'il est nécessaire que cette nouvelle activité soit compatible avec la réalisation de la tournée de soin et de la temporalité des infirmières. Ainsi, nous percevons la nécessité d'identifier un temps dédié et planifié dans le planning de l'infirmière, si la posture demandée en ETP n'est pas compatible avec les représentations de l'infirmière sur le rythme. Cela nécessite aussi de questionner l'infirmière sur les conditions qui lui semblent adéquates pour qu'elle s'autorise à prendre du temps avec le malade sans qu'elle ait le sentiment de perturber sa tournée de soin ou de perdre du temps.

Il est important aussi de les aider à identifier leurs limites et leurs éventuels mécanismes de défense notamment pour qu'elles comprennent que cela peut provoquer un certain épuisement professionnel ou de la maltraitance. La question des seuils de changement et des curseurs qui les font passer d'une représentation à une autre, semble être primordiale.

Nous avons pu identifier que les limites des infirmières ont aussi beaucoup à trait à leurs perceptions d'elles-mêmes souvent très négatives et qui sont pourtant souvent imaginaires, les malades ne percevant pas la même chose. Il s'agit donc de les aider à faire évoluer ce regard qui les empêche de changer de pratiques en les mettant en situation, notamment par des jeux de rôle et en les confrontant, au regard des autres participants, sur ce qu'elles renvoient réellement.

De même, la question de s'autoriser à énoncer leurs difficultés auprès de leurs collègues et des malades par congruence (Roger, 1961) sans se sentir juger ou dévaloriser, nous semble aussi intéressant au regard de leurs représentations sur leur professionnalisme, car il est aussi l'un des facteurs qui joue sur leurs priorités de buts et leurs scripts mentaux.

7.5.2 Questionner les traits critiques de professionnalité

Aborder la priorisation de tâches et leurs représentations de ce qu'est le professionnalisme d'une infirmière, nous semble intéressant pour les aider à prendre conscience que cela engendre des scripts mentaux et des comportements différents vis-à-vis des malades. Nos résultats nous ont montré qu'une infirmière qui réalise un soin technique n'aura pas la même conception du soin au regard de ce que lui demande ou impose son environnement.

Nous percevons qu'il est important de faire prendre conscience aux infirmières de la variabilité des rôles infirmiers qu'elles jouent et de la nécessité d'adopter des identités professionnelles différentes avec des scripts mentaux spécifiques.

Il nous semble aussi intéressant de leur faire évoquer qu'un rôle professionnel ne s'arrête pas uniquement à ce qui est apparent par l'observation, et qu'il est donc important de s'attacher à rendre visible et valoriser ce que cela exige d'elles en termes de compétences, mais aussi de gestes, de contraintes et de limites, notamment lors de leur bilan annuel avec leur cadre de santé et plus particulièrement à propos de leurs activités liées à l'ETP.

Il est aussi important de valoriser ce qu'elles font et de leur montrer qu'elles sont en capacité de mettre en place des stratégies inédites sur leur environnement afin de réguler l'intensité de leur activité, la relation avec le malade, étant donné qu'elles le font régulièrement dans leur pratique professionnelle.

Nos résultats confirment que les impératifs du service prennent toujours le pas sur l'accompagnement du malade. Il est donc essentiel d'aider les infirmières à identifier comment elles peuvent mettre en place cette posture en ayant le sentiment d'être en cohérence avec l'organisation de leur service et les normes de qualité. Il s'agit de les aider à identifier les moments et les conditions où elles s'autoriseraient à prendre du temps pour réaliser ces accompagnements.

De plus, la plupart des infirmières agissent auprès des malades de la manière qu'elles auraient aimé qu'un soignant les accompagne, si elles avaient été à leur place et selon les interprétations qu'elles s'imaginent sur la relation avec ce dernier. Or ces représentations sont rarement vérifiées et ne correspondent pas toujours à ce qu'attend le malade. La mise en évidence d'une sympathie plutôt qu'une empathie et la non vérification de leur interprétation sont aussi des pierres angulaires de la formation des infirmières dans la compréhension de leurs priorités et des scripts relationnels qu'elles mettent en place.

La question du dossier médical est également à appréhender. Nous avons pu voir que le fait de ne pas lire ce qui est mentionné permet d'éviter des représentations et donc des changements de posture non justifiés dans la prise en charge du malade. Cependant, dans la mise en œuvre du programme d'ETP, il sera important d'identifier en quoi sa lecture est importante pour la réalisation du geste, et dans quelles conditions il est possible de s'en passer.

Nos résultats nous apprennent que les prescriptions des médecins pouvaient être différentes avec des exigences divergentes, ce qui engendre des scripts mentaux différents. Dans la mise en place d'un programme d'ETP, cet aspect est important à soulever pour en favoriser la mise en œuvre et identifier ce qui peut être fait pour améliorer les conditions d'exercice et sans doute perdre moins de temps.

Ce conflit socio-cognitif pourra être réalisé par des confrontations de point de vue, selon un contrat didactique énoncé aux participants, dans le cadre d'apprentissages coopératifs ou d'analyses de pratiques, mais aussi dans le cadre d'un coaching individuel.

Néanmoins, il s'agit aussi d'accepter que la temporalité des infirmières ne soit pas toujours celle de l'institution, et leur faire comprendre que ce changement nécessite le deuil de leur pratique antérieure et l'acceptation d'une nouvelle pratique, ce qui prend du temps et se

réalise par étapes. Il s'agit de les inviter à choisir des changements qui ont du sens, qu'elles se sentent prêtes à modifier pour reprendre la main sur leurs dissonances et qu'elles se sentent capables de réaliser avec une moindre crainte.

En ce sens, nous retrouvons les « traits critiques de professionnalité » que Patrick Obertelli et Richard Wittorski ont énoncés pour les animateurs-formateurs en 2018.

Dans le cadre de la mise en place de l'ETP, il nous semble important de les aborder et de les compléter par d'autres éléments.

Ainsi, il s'agit d'aider les infirmières à se référer à de nouveaux concepts issus des courants théoriques développés dans les sciences infirmières, à savoir les théories du care que nous avons abordé dans notre état de l'art. *Il s'agit aussi pour elles de :*

- ***penser le patient comme sujet et non plus comme l'objet des soins****. Les infirmières sont amenées à repenser leur activité non pas avec un objectif de lutter contre une maladie mais celui de promouvoir la santé et la qualité de vie du malade au regard de ce qui est acceptable par lui (Sandrin-Berthon, 2000, Llambrich, 2013). Ce n'est pas évident pour les infirmières car leur rôle social est construit au départ dans cette idée de « cure » et non de « care ».*

- ***supprimer le rapport de dépendance des malades vis-à-vis des savoirs des soignants*** *(Obertelli, Wittorski, Ibid)* ***mais aussi d'autorité pédagogique*** *(Lesne, 1994)* ***et de contrôle****. L'infirmière et le malade opèrent à un exercice démocratique du pouvoir. Ils articulent des compétences complémentaires : des savoirs académiques et des savoirs expérientiels. Il s'agit d'accepter que les malades soient capables de trouver leurs propres solutions. Or de par notre expérience de formatrice, certaines infirmières ont du mal à accepter une co-construction d'expertises car elles ont le sentiment de ne plus correspondre à leur rôle et de ne plus être utiles.*
- ***passer d'une logique de transmission/prescription/contrôle à une logique d'appropriation.***
- ***accepter que le temps de l'organisation du système de santé ne corresponde pas aux différentes temporalités des malades*** *dans l'acceptation de leur diagnostic, de leur maladie, des différents deuils et changements à opérer.*

- ***s'exposer aux risques de l'incertitude*** *(Obertelli, Wittorski, Ibid). Il est difficile pour certaines infirmières de lâcher prise sur la question des risques par peur des différends médicaux, peur de ne pas être capables ou de ne pas avoir les compétences suffisantes et validées par un diplôme, peur du regard et jugement des malades et des collègues. Elles ont aussi peur de faire prendre des risques aux malades qu'elles accompagnent en ne leur donnant pas l'ensemble des recommandations médicales et hygiéno-diététiques.*
- ***définir autrement son rôle*** *(Obertelli, Wittorski, Ibid) et* ***dépasser ce que les infirmières considèrent comme leur rôle propre en acceptant d'aller vers ce qu'elles estiment comme le travail d'un psychologue.***
- ***écouter tout ce que dit le malade et ne pas chercher les informations concernant uniquement leurs diagnostics infirmiers.***
- ***penser l'hétérogène et le complexe*** *(Obertelli, Wittorski, Ibid) en considérant que chaque malade est singulier. La vérité n'existe pas, il s'agit donc de restructurer l'information selon la réalité propre à chacun.*
- ***accepter que, ce que le soignant considère être bon pour lui et qu'il aimerait que l'on lui offre, ne corresponde pas toujours à ce que le malade attend.*** *L'apprenant construit lui-même sa réalité (Constructivisme et socio constructivisme de Piaget et Vygotski). « C'est le patient, dans son aveuglement même qui est le guide, car lui seul est à même d'indiquer le chemin, de donner le sens » (Le corps, 2004).*
- ***questionner les malades sur leur quotidien, leurs émotions, leurs besoins sans se sentir intrusives.***
- ***accepter de dire aux malades certaines de ses limites et de passer la main à un collègue.***
- ***autoriser le malade à tester ses stratégies sans avoir peur de l'échec****. La sanction vient du réel ; l'individu apprend et se forge par le vécu et l'interaction sociale. Il développe sa capacité de modifier les conditions d'exercice de son activité quotidienne pour répondre à ses priorités.*
- ***expliquer à leurs collègues ces changements de posture.***
- ***s'autoriser à faire différemment de leur conception initiale tout en se faisant confiance.***
- ***créer un climat de confiance*** *(Obertelli, Wittorski, Ibid)* ***co-construit.***

7.5.3 Instaurer un nouveau cadre didactique entre l'infirmière et le malade

Dans le cadre de nos formations, il nous semble nécessaire d'aborder les différentes évolutions du système de santé et la question du co-construit de confiance qui impose des postures différentes à la fois chez le soignant et le malade et une certaine authenticité. Il est intéressant d'identifier ce que les infirmières en pensent et si être authentique lors d'un acte de soin, modifie leur capacité à réaliser leur geste technique.

Pour faire face également à l'ensemble des traits critiques énoncés précédemment, il est souhaitable d'instaurer en plus d'un moment de contrat (implicite) par un regard ou un toucher, un contrat de communication (Vermerch, 1997).
Ainsi, pour débuter toute relation, il est nécessaire que chacun des acteurs se présentent et énoncent les raisons de sa présence. Afin de montrer au patient que cette rencontre se réalise dans un contexte différent par rapport à ce qu'il a pu vivre, mais aussi pour aider l'infirmière à prendre une certaine posture et identité professionnelle en ETP, elle se présentera différemment que lorsqu'elle réalise un soin technique. Le fait d'énoncer la nouvelle situation par la parole permet à l'infirmière de changer d'identité professionnelle, de scripts mentaux, et de passer d'une logique de soins « cure » à une logique d'accompagnement « care ». Cela lui permet d'opérer une transition et de lui donner une certaine confiance.

On pourra également par un contrat didactique topogenèse (Leutenegger F., Schubauer-Leoni, M-L, 2002) définir les rôles nouvellement attendus entre le soignant et le malade, en énonçant des « petites règles » et les techniques/outils utilisés qui sont de nature à préciser un cadre et à apaiser les craintes des acteurs à s'exprimer ou à se sentir juger :

- Droit à la confidentialité de ce qui est énoncé ;
- Suppression des jugements de valeurs et des idées reçues ;
- Droit à l'erreur et l'oubli ;
- Droit de ne pas être d'accord avec l'infirmière ;
- Droit d'avoir des limites ;
- Définition d'objectifs négociés ;
- Rédaction éventuellement d'une synthèse commune.

Lors d'un soin technique, il peut être nécessaire que les infirmières s'autorisent à expliquer qu'elles ont parfois la nécessité de se mettre dans une bulle pour réaliser le geste technique et que c'est pour cette raison que le patient peut avoir le sentiment d'être un objet. Néanmoins, ce soin technique peut laisser la possibilité de trouver un temps de partage avant ou après, où le malade peut se sentir sujet des soins. Le fait que l'infirmière avoue ses limites ou ses fortes émotions lors d'un soin a contrario de ce qui semble être exigé pourrait être questionné. Il nous semble possible de trouver une solution commune entre les protagonistes et faire face à ce défi d'énoncer les craintes de chacun. Il s'agit d'appréhender ainsi ce que pense/ressent réellement le malade et ce qu'il est prêt à accepter pour prendre soin de lui, notamment en termes de souffrance.

Ce nouveau cadre impose de préciser un temps d'écoute possible dans le planning de l'infirmière afin qu'elle puisse mener à bien son activité sans avoir le sentiment d'être en retard dans sa tournée de soins.

Il impose aussi de préciser l'objectif de la relation et d'aborder les éventuelles modifications sur les attentes de chacun. Il s'agit d'indiquer au malade que le soignant va éventuellement changer de posture par rapport à ce qu'il a peut-être l'habitude de voir, avec l'idée d'un regard positif. Ce n'est pas le soignant qui dit au malade comment il va de par son diagnostic ou les résultats médicaux. Il s'agit d'offrir au patient un moment d'écoute afin qu'il puisse s'exprimer sur son vécu, ses priorités, ses préférences, ce qu'il a déjà mis en place, ce qui lui semble difficile et éventuellement les objectifs et les stratégies qu'il veut tester. Cet échange permet aussi d'identifier les nouvelles attentes du patient vis-à-vis du geste et de l'infirmière et sur quels résultats il fonde ses espoirs.

Néanmoins, il est important d'identifier comment cela est présenté et perçu par le malade car ce cadre ne doit pas lui faire peur et l'empêcher de s'exprimer naturellement (LLambrich-Molines, 2018).

7.5.4 Développer l'analyse de pratiques

Il nous semble important d'aider les infirmières à se questionner en créant des conflits socio-cognitifs (Astolfi, J., Darot, É., Ginsburger-Vogel, Y. & Toussaint, J. (2008)) afin qu'elles mettent des mots sur ce qui les touchent dans des situations complexes. Il s'agit de susciter une prise de conscience de leurs dissonances cognitives et affectives, de leur idéal et de leurs seuils de tolérance, de leurs mécanismes de défense et leur recherche d'équilibre entre les

bénéfices qu'elles perçoivent et les efforts que cela leur demande. Cela permet de générer une remise en cause de leurs représentations et par conséquent l'émergence de connaissances nouvelles. Le conflit socio-cognitif permet ainsi une décentration par rapport à leur point de vue de départ, de les aider à recueillir des informations ou idées novatrices de leurs pairs, de renforcer l'implication et leur motivation à changer.

Nos résultats montrent que l'analyse de pratique le favorise et met en évidence les dimensions invisibles de l'activité des infirmières et plus largement des soignants. Elle souligne une différence entre l'idéal prôné par les conceptions de soins et le quotidien qui impose du bricolage.

Elle favorise aussi le fait d'évoquer les facteurs qui créent des dissonances cognitives et affectives, ceux qui rendent difficiles un travail d'équipe, ceux qui font que certains soignants ne s'impliquent plus autant dans leur activité ou ne s'autorisent pas à changer de pratiques.

Nos résultats montrent néanmoins la nécessité de former les soignants, notamment les cadres et médecins à l'analyse de pratique mais aussi à la résolution de conflits entre professionnels de santé.

Il nous semble intéressant que chaque équipe s'épanche sur les facteurs qui développent du retard dans le rythme d'un geste intracorporel, la qualité des soins et la relation au malade et d'identifier si des changements pourraient être opérés pour améliorer les conditions de leur réalisation. Nous identifions notamment la question de prescriptions différentes des médecins et la gestion du stock de matériel. Cela nécessite un travail pluridisciplinaire avec une absence de hiérarchie entre les différents corps professionnels du soin.

Nos résultats ont permis de démontrer que le rôle des infirmières qui forment leurs collègues est essentiel car l'apprentissage des pratiques de soins passent entre autres par l'imitation. Or nous avons vu que l'observation d'une infirmière ne permet pas d'identifier les tâches invisibles et notamment les scripts mentaux associés.

Il est donc indispensable de former les infirmières à transmettre leurs savoir, savoir-faire et savoir-être. Il s'agit aussi de les aider à énoncer leurs sensations, perceptions pour favoriser l'explication de leurs postures et les logiques associées. Mais il s'agit aussi de les former à autoriser leurs collègues à verbaliser leurs propres pratiques de soins. Dans ces conditions, il nous semble opportun de questionner au sein des équipes l'indicateur « réaliser sa tournée

dans un rythme soutenu » et de les aider à identifier d'autres indicateurs qui rend visible leur « professionnalisme », mais aussi d'envisager que cette preuve peut être différente d'une infirmière à une autre.

En ce sens, la constitution ou la préservation de binôme ou de petites équipes qui ont l'habitude de travailler ensemble dans une même organisation, paraissent essentielles. L'incorporation de nouvelles venues comme les intérimaires, nécessite également un accompagnement avec l'explication de la micro-culture du service, notamment les règles implicites.

7.5.5 Conforter l'utilisation de l'intuition

Nous avons pu identifier que les infirmières utilisaient leur intuition dans des situations complexes et que cela produisait des résultats qu'elles n'auraient pas eue si elles n'avaient pas accepté un certain lâcher prise. Or, nous avons identifié que la majorité des infirmières ne considérait pas cette pratique comme professionnelle.

Dans le cadre de leur information, il est donc important de les rassurer sur ce phénomène en leur faisant prendre conscience que l'intuition correspond à de l'expertise en action acquise par le rapprochement de situations similaires qui favorise la création de liens/logiques fulgurantes.

7.6 Conclusion

Notre recherche s'intéresse à interroger les activités mentales réalisées lors d'un geste intracorporel d'une infirmière sur un malade. Il s'agit notamment de comprendre ce qui l'encourage à réifier le corps de ce dernier alors que les recommandations professionnelles actuelles prônent de rendre le malade davantage acteur de ses soins. Qu'est-ce qui la pousse à agir d'une manière qui pourrait être considérée par un simple observateur comme non empathique ?

Notre idée est avant tout de caractériser la résolution de tensions entre ce que les infirmières pensent devoir faire (Nous, les infirmières) au regard de leur prescription médicale et des recommandations qui constituent le genre de leur profession et ce qu'elles peuvent réellement faire en situation (Moi, l'infirmière), ce qui correspond au style (Clot, 2000).
En appui sur les travaux des auteurs travaillant sur les activités mentales compulsés par Richard (2004) et les travaux sur la motivation compulsés par Fenouillet (2016), nous souhaitons rendre visible le cheminement intellectuel qu'impose ce geste en termes d'opérationnalité et de motivation à agir. Cela nous permet aussi de rendre visible les régulations mises en œuvre qui pourraient faire l'objet d'apprentissage.

Afin d'approfondir ces questions, nous avons proposé trois hypothèses :

1ème hypothèse : La réalisation d'un geste intracorporel nécessite une préparation mentale spécifique de déroulement des étapes de l'intervention, dès la lecture de la prescription. Cependant, une infirmière prépare son geste sans être en capacité de prévoir le risque de l'intrusion car chaque acte intracorporel est singulier du fait de la personne et de l'environnement.

2ème hypothèse : Pour réaliser des gestes intracorporels, les infirmières se concentrent fortement, s'isolent en créant une "bulle de simplicité" ou par autohypnose (Lachaux, 2013) ou par activité passive (Honore, 2011) où l'intuition prend le dessus sur la conscience de l'acte.

3ème hypothèse : Il existe des micro-cultures d'activité différentes au sein des services dans les gestes intracorporels qui sont indicibles pour les pairs. C'est l'expertise de pouvoir faire des choses rapidement sans savoir ce que l'on mobilise.

La méthodologie adoptée consiste à la fois en une approche qualitative et quantitative. Combiner ces deux types d'approches a permis d'obtenir des résultats qui ont été analysés au regard du discours des infirmières sur leur identité professionnelle collective et leur identité professionnelle individuelle. Notre méthodologie nous a permis d'accéder à des dimensions inconscientes.

Résultats correspondant à la première hypothèse

Nous avons obtenu un résultat d'ordre théorique témoignant globalement de l'hypothèse avancée. Nous avons confirmé qu'il existe **quatre phases cognitives** (Heckhausen, 1986 ; Heckhausen & Gollwitzer, 1987 ; Achtziger & Gollwitzer, 2008) nécessaires à la réalisation d'un geste intracorporel qui engendrent des états d'attention et d'activation de différents niveaux de contrôle. Elles sont nécessaires pour répondre à des logiques d'enchaînement et d'exécution des tâches en fonction de contraintes chronologiques et de facteurs séquentiels. Pour simplifier, cela peut correspondre à la dimension d'opérationnalité du geste. Notre recherche permet néanmoins de révéler une dimension supplémentaire à cette opérationnalité qui est la dimension intrapsychique relationnelle dans le fonctionnement psychologique (dimension homéostatique) de l'infirmière. Ce travail de liaison entre les tâches à exécuter lors d'un geste intracorporel et d'arbitrage de rôles représente une dimension cachée du geste intracorporel.

1) Dans une première **phase dite pré-décisionnelle**, nous percevons que le geste intracorporel, avant qu'il ne débute par une activité observable, est sous-tendu par des buts principaux communs à chaque infirmière qui relèvent de plusieurs dimensions (Brière-Guénoune, 2016). Ils sont en lien avec des facteurs internes et externes à l'infirmière. La réalisation d'un geste intracorporel est ainsi conditionnée par une <u>fonction de didactique médicale</u> (soigner le malade, éviter la mort et les infections en respectant la prescription médicale et les normes de qualité) – une <u>fonction organisationnelle</u> (utiliser le matériel médical présent et respecter l'organisation et le rythme de la tournée des soins). A cela s'ajoutent une <u>fonction relationnelle</u> (créer de la confiance systémique en jouant le rôle d'une infirmière

« professionnelle » pour correspondre à des traits conventionnels) et une fonction intrapsychique homéostatique (faire face à ses dissonances cognitives et affectives et atteindre les résultats escomptés). Nous identifions que l'atteinte de ces tâches et de ces motivations définit une hiérarchie entre les actions à accomplir et la gestion du temps à y consacrer (Spérandio, 1972). Or ces buts sont toujours prioritaires par rapport aux demandes singulières du malade. De même, le regard porté sur la place du malade (Tourette-Turgis, 2013) dans les soins est un facteur important qui participe aussi à la réalisation du geste intracorporel. Ainsi, c'est une première explication du fait de l'abandon d'une tâche, comme l'écoute des priorités du malade, car elle correspond toujours à une tâche secondaire et ne peut donc être prioritaire sur les tâches correspondant à la dimension culturelle de l'agir professionnel « infirmier ». Ces fonctions sont ainsi des rhétoriques d'action spécifiques qui fonctionnent comme des modes partagés de construction de sens autour de l'intervention de soin. Elles correspondant au socle du comportement de l'infirmière lors de son geste intracorporel.

2) Dans la **phase pré-actionnelle**, le geste se poursuit à la lecture de la prescription, selon une démarche de planification où l'infirmière se représente son action mentalement. L'infirmière recourt à un savoir global, réunissant les différents aspects de la connaissance de la situation pratique exigée, mais aussi en appréhendant les aspects du geste intracorporel dans sa globalité. Elle tient compte notamment des aspects relationnels qu'elle entretient avec le malade et des émotions que cette relation et l'intrusion dans le corps peuvent provoquer chez elle. De fait, l'infirmière possède différents types de scripts mentaux (Tomkins, 1979) dans le sens où ils ont été décrits dans le chapitre 4.5. Ses scripts évoluent au regard de facteurs propres à l'environnement où se déroule le soin et selon les représentations qu'elle en a.

   Il est à noter que le but de l'infirmière d'obtenir un résultat précis, et par voie de conséquence de répondre notamment à ses besoins de reconnaissance, de puissance et de contrôle, de par une certaine maîtrise du geste (Apter, 2007), lui impose d'être auto-centrée. Or, dans ce mode paratélic, les personnes ou les objets sont considérés de la même manière car ils permettent d'aboutir à quelque chose. C'est une seconde explication à la réification du malade. Notre recherche montre également que

l'ensemble du geste est à ce point planifié que certaines infirmières évoquent un moment opportun dans leur tête pour la réalisation de leur geste.

3) Dans la **phase actionnelle**, nous identifions que le geste est sous-tendu par un contrôle volitionnel (Ajzen & Fishbein, 2007), c'est-à-dire que l'infirmière cherche à savoir si elle a les moyens de pratiquer sa prescription comme elle l'entend, car chaque geste intracorporel est singulier du fait de la personne et de l'environnement. Des distinctions ont pu être observées selon les sujets interviewés concernant leurs représentations sur les tensions identifiées et la manière de les surmonter au regard de leurs expériences et de la temporalité professionnelle et personnelle où elles se situent (Huberman, 1989).

    a. Si les variables sont peu évolutives, les scripts mentaux énoncés précédemment deviennent des habitudes qui nécessitent peu de ressources cognitives, de réflexion et de sensations. Leur planification utilise le réfléchissement (Vermersch, 1994) et l'infirmière a le sentiment d'être dans un mode automatique (Norman et Shallice, 1980). Cela permet aux infirmières éventuellement de se sentir en capacité de réaliser des tâches secondaires comme d'être davantage dans le partage avec le malade, toujours dans l'idée de créer de la confiance systémique.
    b. En revanche, si les tâches nécessaires à la prescription ou aux spécificités du malade ou de son environnement sont singulières, voire contradictoires, elles imposent à l'infirmière de tenir compte de contraintes supplémentaires. Cela crée des conflits au regard des objectifs principaux que l'infirmière doit résoudre. Dans ces situations moins maîtrisées, l'infirmière a l'obligation de passer en mode de particularisation et d'abstraction réfléchissante (Richard, 2004). Le contrôle de l'attention est nécessaire et des stratégies d'ajustement et d'autorégulation sont mises en place. Cela lui impose d'établir des priorités entre des buts contradictoires ou éventuellement la constitution de scripts intermédiaires lui permettant de nombreuses interprétations pour faire face à des représentations/contraintes intrinsèques et extrinsèques. Le rythme que s'impose une infirmière dans la réalisation de son geste conditionne encore ses stratégies d'autorégulation pour faire face à sa tâche.

Ainsi, pour réaliser son geste, l'infirmière doit parfois modifier ou combler les manques de la prescription afin que son intervention soit opérationnelle. Cela impose qu'elle « *bricole* » et qu'elle improvise face à l'imprévu et à l'inédit. Elle doit réajuster ses gestes et réinventer en permanence au regard de la réalité qu'elle rencontre. Pour cela, elle peut compter sur son « *coup d'œil* » qui lui permet de se focaliser sur l'apparition d'éléments saillants qu'elle a pré-planifiés pour définir son diagnostic et élaborer sa tâche. Le geste lui impose une pluralité d'attentions à la faveur d'un visuel large ou d'un visuel très restreint. Elle développe ainsi des capacités d'observation et d'anticipation que certaines infirmières évoquent comme *« sentir les choses »*. L'infirmière utilise également des habilités et des techniques qui lui sont propres, correspondant à un « *tour de main* » afin de pouvoir réaliser ses gestes selon les spécificités du corps du malade. Nous notons également que l'infirmière peut faire face à l'absence d'affordances auxquelles elle s'attend comme le fait de ne pas voir les veines d'un malade. Cela peut la pousser à utiliser une image mentale du corps qu'elle a assimilée par le biais d'un schéma corporel et la nécessité d'un lâcher-prise favorisant le relais de l'intuition. Dans un contexte marqué par les difficultés, le changement, l'incertitude, elle est dans l'obligation d'être créative.

4) Enfin, dans la **phase post-actionnelle***,* l'infirmière mesure les résultats de son geste (Weiner, 2006), selon trois attributions : le *locus*, la *stabilité* et la *contrôlabilité*. Si le résultat n'est pas satisfaisant, alors le but n'est pas désactivé et elle va chercher à l'atteindre au cours d'une nouvelle tentative. Elle peut aussi diminuer ses prétentions ou chercher à l'obtenir autrement, notamment en faisant appel à une autre collègue. Nous identifions que ces résultats sont en lien avec les représentations de l'infirmière sur le niveau du geste à atteindre, leur espérance de succès, les seuils qu'elles se donnent (*j'arrête au bout de 3*), sur les besoins ou valeurs internes (Herzberg, 1971 ; Hull, 1954 ; Atkinson, 1964 ; Carver & Scheier, 1982) auxquels elle cherche à répondre notamment se sentir utiles et obtenir du plaisir.

La manière de réaliser son geste et le rythme qu'elle choisit d'adopter est ainsi conditionné à ses représentations professionnelles. Elle est aussi en lien avec ses « états du moi » en tant

qu'enfant, adulte, parent (Berne, 1971) dans le cadre d'un mécanisme qui repousse la projection de soi sur l'autre (transfert contre transfert) et qui impose là aussi la réification du malade. De même, le rythme soutenu peut créer chez certaines infirmières des conflits. Cependant, ces derniers sont néanmoins mis en balance ou peu évoqués du fait des effets secondaires bénéfiques de ceux-ci. En effet, le temps à réaliser un soin et à finir une tournée est le seul indicateur réellement visible de leur activité qui produit une valorisation, une reconnaissance, une intégration dans une équipe. Cela peut apporter également à l'infirmière un certain plaisir à réaliser un soin dans un temps qu'elle s'est donné et *a fortiori*, si elle pense qu'elle doit montrer une expertise ou que le patient attend cela pour lui donner sa confiance. Nous percevons enfin que la perception de leurs gestes est en lien avec les représentations qu'elle se fait des attentes de ses collègues de travail, des malades mais aussi selon ses seuils émotionnels (Izard, 1991) et ses limites personnelles.

Ainsi, notre recherche démontre qu'un geste intracorporel peut être visuellement identique pour un tiers, même s'il est soignant, mais il est toujours différent pour l'infirmière qui le réalise. De plus, afin de pouvoir s'acquitter de sa tâche au regard de ses buts principaux mais aussi de ses contraintes, cela lui impose des phases de contrôle plus ou moins contraignants lors de son geste et une priorisation de ses tâches. Pour cette raison, elle ne peut pas toujours répondre aux exigences évoquées par certaines recommandations professionnelles comme l'éducation thérapeutique. Cela initie des décisions et des comportements d'action qui pourraient sembler illogiques ou antipathiques pour un simple observateur mais qui sont cohérents dans les scripts mentaux (Tomkins, 1979) de l'infirmière.

Résultats correspondant à la seconde hypothèse

Notre recherche nous a permis de mettre en évidence que la réalisation d'un geste intracorporel est très complexe. Pour être opérationnel, le cerveau crée des scripts mentaux qui lui permettent de développer différents niveaux d'activation qui vont de l'excitation la plus extrême à l'endormissement des stimuli externes mais aussi internes à l'infirmière comme ses émotions.

Ainsi, contrairement à ce qu'un observateur pourrait voir au regard de ce qu'une infirmière laisse paraître pour correspondre à son identité collective, elle ressent des émotions ou des affects lors de la préparation de son geste et lorsqu'elle est en interaction avec un malade. Ces émotions ont une fonction d'activation psychophysiologique qui prépare et soutient l'action

de l'infirmière en favorisant des scripts mentaux qui adaptent son corps au geste qu'elle doit réaliser. Elles lui permettent de focaliser son attention sur les stimuli (Fredrickson, 2001) qu'elle aura préalablement retenus par ses expériences. Néanmoins, notre recherche montre que l'infirmière a l'obligation de réguler ses émotions et son langage interne négatif pour correspondre aux exigences de ses buts mais aussi de s'économiser. Elle a l'obligation d'agir sur elle-même pour pouvoir agir sur le malade au regard du concept d'« usage de soi » qui est le résultat d'un arbitrage entre « l'usage de soi par soi et l'usage de soi par les autres » (Schwartz, Durrive, 2003). En effet, dans la recherche d'un équilibre, notre thèse montre que l'infirmière met en place des stratégies régulatrices peu conscientes, lui permettant d'atténuer ou d'éviter l'impact émotionnellement négatif de son action (Rhodewalt et Vohs, 2005) et un manque de confiance en elle. Elle utilise conjointement, comme un « moi » divisé, des mécanismes de régulation et de défense, souvent inconscients : - un mécanisme de réification de la personne confirmant les travaux de Obertelli, Zâh-Gratiaux, Langevin, (1994) mais que nous complétons par un mécanisme de schématisation corporelle (vision mentale), un mécanisme de centration sur soi (autohypnose par respiration et langage interne positif) et un mécanisme d'inhibition des émotions personnelles et celles perçues du malade (bulle de simplicité, Lachaux, 2013 ; fenêtre attentionnelle (Posner, 1980). Ainsi, pour rentrer dans cette « bulle attentionnelle », l'infirmière doit réduire son niveau d'excitation en inhibant les stimuli distracteurs/émotions, internes ou externes dits secondaires (Berlyne, 1960), pour supprimer leur influence sur son geste. Pour y arriver, elle s'autohypnose en se concentrant sur sa respiration et en s'invectivant, en utilisant le « tu » d'une manière positive. Pendant ce laps de temps, l'infirmière ne court aucun risque émotionnel et vit dans une version simplifiée de la réalité. Ce dispositif d'inhibition est levé par des détracteurs (le bavardage, les odeurs, les cris…) isolés en fonction des priorités auto-prescrites de l'infirmière. L'inhibition peut néanmoins durer longtemps si la vie d'un malade est en danger. Il est aussi à noter que cette prédisposition à s'autoréguler est encore liée aux degrés d'apprentissage et à la temporalité professionnelle de l'infirmière.

Cette capacité de centration et d'inhibition a pour objectif de contrôler les pensées et les impulsions, les mauvais réflexes et les croyances erronées, une projection de soi sur le malade. Elle permet de s'opposer et de résister aux mécanismes qui submergent l'infirmière (langage interne et émotions) mais surtout qui altèrent le bon déroulement de ses activités… C'est être présent pour la réalisation du geste en étant émotionnellement absent. Cette absence agissante passe néanmoins par des positionnements corporels et des gestes qui révèlent

l'investissement subjectif de l'infirmière. Il s'agit de l'expertise « ne pas s'activer » pour pouvoir faire un geste technique intrusif et douloureux sur le corps du malade, sans être réellement conscient de ce que l'on mobilise.

Cette capacité de centration et d'inhibition permet aussi à l'infirmière d'opérer une attention soutenue visuo-spatiale (Posner, 1985) sur le lieu où sera réalisé l'intrusion. Elle s'autorise à se concentrer sur la seule réalisation de son soin en lâchant-prise sur tous les autres buts et donc sa pensée d'entendement et sa culpabilité. Ce lâcher-prise concède une place à l'expérience intuitive sur la base de laquelle se produit l'abstraction. Ainsi des impressions emmagasinées dans le cerveau ressortent en imagerie mentale en lien avec l'état du corps du malade à défaut de mots. Cette capacité d'inhibition favorise ainsi une fluidité du geste.

De fait, nos résultats mettent en évidence une inhibition des émotions favorisant un mécanisme d'opérationnalité en termes de concentration sur le geste mais aussi un mécanisme de protection de soi (dans le sens d'une mise à distance) permettant de se protéger de ses propres émotions, d'éviter un transfert sur le malade et d'adopter une posture favorisant la confiance de ce celui-ci. Ce dernier mécanisme se différencie d'un mécanisme de défense type (dénégation) utilisé pour éviter une situation difficile psychologiquement et qui a contrario empêche l'opérationnalité ou peut conduire à ne pas vouloir voir et prendre en compte la souffrance du malade.

Ces dimensions apportent une troisième explication au fait qu'une infirmière soit moins à l'écoute du malade, notamment pendant l'intrusion du corps. Il s'agit d'une habitude encodée, non enseignée et qui est rarement consciente chez les infirmières. Elles ont du mal à la décrire faute de sensations et de vocabulaire adapté à cet état. C'est l'expertise de pouvoir faire des choses rapidement sans savoir ce que l'on mobilise.

Pour compléter notre seconde hypothèse, nous percevons également que malgré cette capacité d'inhibition, l'ensemble des infirmières évoquent des dissonances (Festinger, 1957) cognitives et affectives dans leurs activités de soins. Cependant, nous notons que leurs interprétations ne portent pas toujours sur les mêmes signes. Ces frustrations sont telles que certaines essayent de les ignorer, ce qui peut créer une « fatigue compassionnelle », un contexte de burn-out ou de la maltraitance. En effet, elles évoquent que l'intérêt du soin doit primer sur les valeurs du soignant et la souffrance du patient. Pour être en capacité de

poursuivre la réalisation de gestes intracorporels et aller au-delà de leurs frustrations, les infirmières mettent en place d'autres stratégies pour trouver un équilibre entre les bénéfices qu'elles perçoivent et les coûts que cela leur demande. Elles évoquent notamment le fait de choisir l'activité ou le service qui leur convient le mieux au regard de seuils de tolérance qu'elles se donnent (type de service, type de public, nombre de gestes invasifs dans une journée). Certaines se protègent d'une manière consciente ou inconsciente en ne cherchant plus à s'interroger sur le sens de leur action et en agissant d'une manière dite « passive » (Honoré, 2011). D'autres redéfinissent leurs tâches au regard de certains critères de viabilité personnels significatifs (Ria, 2009) qui leur sont propres favorisant le sentiment d'« économie de soi » (Saujat, 2004 ; Llorca, 2013). De fait, elles redéfinissent ce qu'elles pensent devoir faire et être en mesure d'accomplir dans les conditions d'exercice qui sont les leurs et dans l'environnement de travail qu'elles-mêmes définissent.

Résultats correspondant à la troisième hypothèse

Notre recherche confirme que le geste intracorporel se présente sous forme de comportements et de postures qui émanent très largement d'une « formation culturelle de l'agir humain » en situation professionnelle (Jorro, 2006) mais il émane aussi de facteurs internes à l'infirmière (Hull, 1954, Atkinson, 1964 ; Carver & Scheier, 1982). De fait, nous avons vu que l'organisation et la composition des équipes sont différentes d'un service à un autre, ce qui impose une rectification de la planification du geste en fonction du lieu d'exercice. En effet, le travail d'équipe est un élément essentiel dans l'initiation et la révision des gestes infirmiers par imitation et par immersion. Il favorise l'apprentissage de normes implicites d'un groupe dans le cadre d'une culture de service en plus des apprentissages en situation sur le malade. A cela, nous ajoutons que la réalisation du geste intracorporel est aussi en lien avec la recherche d'un équilibre homéostatique (Von Bertalaffy, 1973) à l'intérieur des marges d'autonomie/de liberté laissées par la technologie et l'organisation du travail (espace, temps et activités). Ainsi, le geste se modifie aussi au regard de l'autonomie que les cadres de soins donnent aux soignants, la coopération entre collègues et l'autorisation que s'accorde une infirmière à changer sa pratique en fonction du sens qu'elle y accorde.

Nous avons identifié, confirmant notre troisième hypothèse, que l'apprentissage institutionnalisé du geste est lié essentiellement à une connivence collaborative entre quelques soignants. Cela créé des micro-cultures du geste (Liu, 1981) au sein d'un même service, peu visible, pour des pairs. Ainsi, la réalisation des gestes intracorporels et l'adoption d'une

certaine posture sont les résultantes d'une granularité dans l'apprentissage avec une succession de cultures de service implicites, de micro-cultures de coopération et d'innovations liées au « bricolage » en action des infirmières sur les malades. Ainsi, la réalisation d'un geste intracorporel se situe à la fois dans des dimensions de didactique professionnelle et de micro-culture mais aussi de dimensions personnelles qui font que ce dernier reste toujours singulier et unique. Ce geste est de fait sur mesure pour répondre à chaque fois aux spécificités d'un soin adapté à un malade singulier dans un contexte donné et réalisé par un soignant qui a sa propre singularité et sa propre représentation d'une identité collective et personnelle. Ainsi, les éléments les plus subtils des soins résident dans de toutes petites tâches qui créent « *de tout petits liens* » (Laplantine, 2003) mais dont l'opérationnalité que cela engage chez l'infirmière est invisible et souvent inconscient. Penser que la réalisation d'un geste intracorporel correspond au seul fait de suivre un script mental au regard de recommandations professionnelles et avoir une capacité à faire des liens est donc une erreur.

Utilité sociale de la recherche

Appréhender le geste intracorporel s'est avéré *in fine* un objet difficile à saisir au regard de la complexité des différents facteurs qui s'interconnectent, des spécificités identitaires énoncées et de la délicate saisie du processus itératif d'un geste pas toujours conscientisé par l'infirmière et provisoirement figé pour les besoins de la recherche. Ainsi, dans le sens de Bourgois (2013), une personne doit éprouver émotionnellement les conséquences de son action pour que son vécu devienne expérience, même si la situation se révèle problématique. Cela lui impose aussi d'avoir un vocabulaire adapté pour exprimer des sensations, ce qui n'est pas toujours aisé.

Néanmoins, les infirmières en acceptant, dans un lien de confiance, de nous faire part de leur expérience, nous ont autorisée et permise d'accéder à une meilleure compréhension des ressorts professionnels, collectifs et individuels de leur activité. Cela nous conduit à mieux comprendre ce qu'une simple observation des faits ne peut permettre de saisir de leurs activités mentales et logiques internes, notamment par rapport à leur posture vis-à-vis du malade. Cette considération constitue, à nos yeux, une contribution intéressante pour ceux qui tentent de comprendre un sujet dans un espace d'activités en situation d'intervention avec autrui. Cela est également éclairant pour les formateurs qui souhaitent comme nous, accompagner le changement de posture des soignants. Ce travail permet d'appréhender que dans le cas d'un geste intracorporel, la posture holistique souhaitée dans le cadre de

l'éducation thérapeutique du patient à tout moment, dans toutes les activités de soin en présence du malade (Sandrin, 2013) n'est opérationnellement et psychiquement pas possible lors de l'intrusion d'un corps. La nécessité d'être concentrée, voire isolée pendant le geste peut aussi être expliquée aux malades qui ne se sentent pas écoutés lors d'un soin technique.

Ainsi, cette recherche nous a permis de mieux comprendre les mécanismes, notamment ceux en intériorité et l'importance d'un travail sur soi, qui faisaient que l'infirmière avait du mal à rendre sujet de ses soins le malade lors d'un geste technique. Elle doit donc être invitée à identifier un temps dédié pour qu'elle écoute les priorités du malade.

Puis, il nous semble essentiel d'ajouter dans la planification de leur geste, le fait d'évoquer avec le patient son sentiment de devenir objet lors d'un soin en raison de l'obligation de l'infirmière de créer une bulle de simplicité et de définir avec lui dans quel cadre didactique elle pourrait être davantage à son écoute.

Les résultats obtenus permettent aussi d'envisager un certain nombre d'éléments à interroger lors de l'apprentissage par l'infirmière d'un geste technique et un cadre plus favorable à une meilleure coopération entre l'infirmière et le malade.
Enfin, ces résultats permettent une meilleure compréhension des représentations qu'a l'infirmière sur son rôle et des incidences sur son geste.

De plus, cette recherche montre l'importance de l'analyse de pratiques auprès des infirmières afin de :

- développer leurs compétences d'analyse et d'explication de leur façon de faire ou d'agir.
- de développer l'autorégulation de leurs actions et de savoir compter sur leurs propres ressources comme l'intuition
- d'aborder leur posture afin de favoriser des compétences de savoir interagir avec autrui, leur permettant d'identifier leur style et leur temporalité au regard des aléas auxquels elles doivent faire face.

Dès lors, l'animateur de l'analyse de pratique ou un formateur pourrait les questionner sur

- leurs priorités de buts et les temps dédiés
- leurs traits critiques de professionnalité
- les dissonnances qu'elles éprouvent et sur lesquelles elles souhaitent être aidées pour éviter une trop forte responsabilité ou un mal être

Le fait de pouvoir agir et interagir avec d'autres soignants leur permettrait aussi de se rendre compte de ce que font leurs collègues, de favoriser une micro-culture du geste de manière plus collective et de leur donner confiance dans les stratégies réelles qu'elles ont adopté.

Enfin, nos résultats permettent de questionner l'intérêt de l'utilisation de l'entretien d'explicitation lors de l'inhibition des émotions et des perceptions de la personne interviewée.

En effet, nous avons pu voir que l'entretien d'explicitation permet aux infirmières de prendre conscience de la planification de leur geste, et des dimensions incorporées, par le travail de reformulation et de valorisation de leurs compétences. Il en favorise la familiarisation et l'origine de leurs réactions en situation. Il permet également d'apporter des éléments concrets de la réalité du métier d'infirmière. Il met en évidence que les forces des contraintes individuelles, collectives, institutionnelles, sociétales amènent parfois les infirmières à faire ce qu'elles ne veulent pas faire. Il peut aussi être un outil pour rendre intelligible l'activité et les mécanismes employés par les infirmières, les conflits de priorités, les dissonances en vue d'aider les infirmières à en prendre conscience et à agir en conséquence, afin d'améliorer le vécu de leurs pratiques et le prendre soin du malade. Seul bémol à cette technique est qu'elle doit être complétée par une évocation en entretien semi-directif avec une reformulation empathique pour tenter d'accéder à ce qui se produit lorsque la personne inhibe certaines perceptions, émotions et pensées. Il pourrait aussi être nécessaire de former les infirmières à l'entretien d'explicitation pour accéder à une granularité plus importante de leur activité mentale et que les interviews soient réalisées par des experts de l'explicitation. Le fait d'inviter les infirmières à choisir un geste invasif qui s'est bien passé pour elles dans un courant d'auto-valorisation, comme le propose Nadine Faingold (2013), ne semble pas judicieux car cela créé un embarras, une incompréhension ; cette activité n'étant pas considérée comme positive du fait des émotions négatives qu'elle entraîne.

Cependant, l'entretien d'explicitation nous semble intéressant à utiliser en analyse de pratiques dans l'idée de créer des conflits cognitifs. Il peut permettre de donner aux infirmières des clés de compréhension particulièrement éclairantes sur la distinction qu'elles opèrent entre leur identité professionnelle et leur identité personnelle mais aussi leur besoin de rechercher un équilibre. De même, comme l'évoque Nadine Faingold (2013), l'identification de parties de soi « protectrices » face à de fortes émotions et qui se manifestent par ce que l'on nomme « résistance » et/ou « mécanismes de défense » nous semblent intéressant à enseigner. Il s'agit de les aider à mieux comprendre ce qu'elles vivent, ce qui doit être respecté pour favoriser leur sécurité psychique en situation afin d'entraver l'épuisement professionnel et la maltraitance. Il nous semble intéressant que ces mécanismes soient enseignés aux infirmières pour éviter qu'ils ne deviennent trop envahissants et compromettent des composantes essentielles du soin.

Perspectives

Dans le cadre d'une recherche similaire auprès des malades, il serait intéressant d'identifier ce qu'ils ressentent, perçoivent du geste et s'il existe une différence avec les interprétations que les infirmières se font sur leur professionnalisme. Quatre entretiens nous amènent à penser que le malade utilise lui aussi un mécanisme de schématisation corporelle pour visualiser le trajet des dispositifs médicaux qu'une infirmière lui injecte pour gérer son incertitude, un mécanisme de centration sur soi (autohypnose par respiration et langage interne positif) pour gérer ses émotions et un mécanisme d'inhibition (bulle de simplicité) pour gérer la souffrance. Ces hypothèses nécessiteraient d'être vérifiées. Il serait également intéressant d'identifier sur quels facteurs les patients se sentent en confiance vis-à-vis d'une infirmière et si le fait qu'elle arbore une réserve dans ses émotions, constitue un des éléments essentiels. Cela pourrait être judicieux également de voir si les dimensions en intériorité existent également chez d'autres soignants comme les médecins, les kinésithérapeutes, les chirurgiens mais aussi chez les professionnels en relation de toucher avec des clients comme les coiffeurs.

Enfin, pour terminer, cette recherche nous a beaucoup apporté sur la compréhension de nos propres émotions, intuitions et la prise de conscience des scripts mentaux que nous réalisons lors de notre activité professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

ACKER, F. (2012). *Tensions et paradoxes*. *Savoirs et soins infirmiers*. Elsevier.

ACKER, F. (2005). Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital. *Revue française des affaires sociales*, pp. 161-181.

ACKER, F. (1997). Sortir de l'invisibilité, le cas du travail infirmier. *Raisons Pratiques. Cognition et information en société*, Conein B. et Thévenot L., pp. 65-94.

ACKERMAN, P.L. (1997). Personality, self-concept, interests, and intelligence : Which construct doesn't fit ?, in *Journal of Personality*, 65, pp. 171-204.

ACHTZIGER, A & GOLLWITZER, P.M. (2008). Motivation and volition in the course of action, in J. Heckhausen, & H. Heckhausen, *Motivation and Action*, Cambridge University Press.

AJZEN, I. & FISHBEIN, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, Inc.

AJZEN, I. & ALBARRACIN, D. (2007). Predicting and changing behavior : A reasoned action approach, in I. Azjen, D. Albarracin, & R. Hornik (Eds.), *Prediction and Change of Health Behavior*, Lawrence Erlbaum associates, publishers.

ALBARELLO, L. (2013). *Propriété de l'expérience et dispositifs en formation d'adultes*. In L. Albarello, J-M. Barbier, E. Bourgeois, M. Durand (coord.), Expérience, Activité, Apprentissage. Paris, Editions Puf, Collection Formation et pratiques professionnelles.

ALBARELLO, L., BARBIER, J., BOURGEOIS, É. & DURAND, M. (2013). *Expérience, activité, apprentissage*. Paris, Presses Universitaires de France.

ALLAL, L., ROUILLER, Y., & SAADA-ROBERT, M. (1995). Autorégulation en production textuelle : observation de quatre élèves de 12 ans. *Cahiers d'acquisition et de pathologie du langage, 13*(1), 17-35.

ALLAL, L., & SAADA-ROBERT, M. (1992). La métacognition : cadre conceptuel pour l'étude des régulations en situations scolaires. *Archives de Psychologie, 60*, 265-296.

ALLISON, C.W., HAYES, J. (2000). Cross-national differences in cognitive style : implications for management. *The International Journal of Human Resource Management*, volume 11, janvier 2000, p. 161-170.

ALLISON, C.W., HAYES, J. (2012). *The Cognitive Style Index-Technical Manual and User Guide.*

AMALBERTI, R. (1993). *Modèles d'activité en conduite de processus rapides : implication pour l'assistante à la conduite*. Thèse de doctorat de psychologie. Université de Paris XIII.

AMOSSY, R. (2010). *La présentation de soi, Éthos et identité verbale*. Paris : PUF, coll. l'interrogation philosophique.

ANZIEU, D. (1999). *Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal*. Paris, Ed. Dunod.

ANZIEU D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.

ANZIEU, D. (1974). Le Moi-Peau, Paris, in *Nouvelle Revue de psychanalyse,* n° 9, p.195-208.

APTER, M. (2007). *Reversal Theory : The dynamics of Motivation, Emotion and Personality*, Oxford, Oneworld.

ARIES P. (1975). *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours*. Paris : Editions du Seuil.

ATKINSON, J.W. (1964). *An Introduction to Motivation*, Princeton, Van Nostrand.

AVRON, O. (1996). *La pensée scénique*, Toulouse, Erès.

BACHELARD, G. (1938, 1993). *La formation de l'esprit scientifique*. Paris : Vrin, Bibliothèque des textes philosophiques, Poche.

BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*, Bruxelles, De Boeck.

BARBIER, J.M. (2015). Liminaire, Analyser les actions de soins. In J. Thievenaz et C. Tourette-Turgis, *Penser de l'expérience du soin et de la maladie*, *une approche par l'activité.* Paris. Ed. De Boeck, Collection Education thérapeutique, soin et formation.

BARBIER, J.M. (2013). Expérience, apprentissage, éducation. In L. Albarello, J-M. Barbier, E. Bourgeois, M. Durand (coord.), *Expérience, Activité, Apprentissage*. Paris, Editions Puf, Collection Formation et pratiques professionnelles.

BARBIER, J.M. (2011). *Vocabulaire d'analyse des activités*. Paris : PUF, coll. Formation & pratiques professionnelles.

BARBIER, J.M., Bourgeois, E et al. (2009). *Encyclopédie de la formation*. Paris, PUF, collection Demos.

BARBIER, J.M & CLERC F. (2008). Formation et recherche : ambiguïtés sémantiques et formes d'action spécifiques. *Recherche et formation*, 59 | mis en ligne le 01 janvier 2012. URL : http://rechercheformation.revues.org/662 ; DOI : 10.4000/ rechercheformation.662

BARBIER, J.M. (2006). Problématique identitaire et engagement des sujets dans les activités. In J. M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villiers, M. Kaddouri (Eds), pp. 15-64, *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation.* Paris, L'Harmattan, coll. Action & Savoir.

BARBIER, J.M. (2001). La constitution de champs de pratiques en champs de recherches. In J.M. Baudouin et J. Friedrich (Dir), *Théories de l'action et éducation,* Bruxelles, Éditions De Boeck Université, Coll. Raisons Educatives.

BARBIER, J.M. (1985). Analyser les démarches de recherche : enjeux et impasses de la recherche en formation. *Revue Education permanente*, n°80, pp. 103-123.

BARDIN, L. (2011). *L'analyse de contenu*. Paris, PUF, coll. Quadrige manuels.

BATESON, G. (2008). *Vers une écologie de l'esprit (tome 2)*, Seuil-Point Essai.

BATESON G., BOURDIEU P. & GOFFMAN E. (1977). Présentation et représentation du corps. In *Actes de la recherche en sciences sociales,* n° 4.

BECK, U. (1986), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, trad. de l'allemand par L. Bernardi. Paris, Aubier, 2001, 521 p.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. (1966). *The Social Construction of Reality*. New York, Doubleday & Company.

BERGSON, H. (1934). La Pensée et le mouvant. « *L'Intuition philosophique* », 1911, PUF, 2013, p.119-120.

BERLYNE, D.E. (1960). *Conflict, Arousal, and Curiosity*, New York, McGraw Hill.

BERNE, E. (1971). Analyse Transactionnelle et Psychothérapie. Ed. Payot.

BERQUE, J. (1978). Identités collectives et sujets de l'histoire. In G. Michaud (éd.). Identités collectives et relations inter-culturelles Bruxelles, Editions Complexes, pp. 11-19.

BERTHOZ, A. (2009). La simplexité, Ed. Odile Jacob sciences.

BERTHOZ, A. (2006). Le sens du mouvement, Ed. Odile Jacob sciences.

BERRY, B.C., & BROADBENT, D.E. (1988). Interactive tasks and the implicit-explicit distinction. *British journal of Psychology, 79*, pp. 252-272.

BILLETT, S. (2001). Workplace pedagogic practice : co-participation and learning. *British Journal of Educatuinal Studies*, *50* (4), pp.457-481.

BION, W.R. (1961). *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF.

BLUMER, H. (1969). *Symbolic Interaction* : *perspective*, *and method*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

BONNETON-TABARIES, F. ; LAMBERT-LIBERT, A. (2006). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Paris, Ed. Med-Line, 2ème édition.

BORDELEAU, L.P. (2005). Quelle phénoménologie pour quels phénomènes ? *Recherches Qualitatives*, Vol. 25(1), 2005, pp. 103-127.

BOURDIEU, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique*. Genève, Droz.

BOURDIEU, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris, Ed. de Minuit.

BOURGEAULT I. L., ARMSTRONG P., ARMSTRONG H., (2001). Everiday experiences of implicit rationning : comparing the voices of nurses in California and British Columbia, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 23, no 5, pp. 633-653.

BOURGEOIS, E. (2013). Expérience et apprentissage. La contribution de John Dewey. In L. Albarello, J-M. Barbier, E. Bourgeois, M. Durand (coord.). *Expérience, Activité, Apprentissage*. Paris, Editions Puf, Collection Formation et pratiques professionnelles.

BOURGEOIS, E. (2009). Motivation et formation des adultes. In *Traité de psychologie de la motivation : Théories et pratiques* Paris : Dunod, pp. 233-251.

BOUSQUET, F. (2003). *La mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière. Une enquête statistique auprès des établissements publics de santé* – DRESS – Etudes et résultats n°224.

BREHM, J.W. (1966). *A Theory of Psychological Reactance*, New York, Academic Press.

BRIERE-GUENOUN, F. (2015). *De l'analyse des interactions didactiques aux gestes professionnels d'un enseignant d'éducation physique et sportive*. In Séminaire de recherche du Centre de Recherche sur la formation - CNAM, Paris, France.

BRIGGS MYERS, I. , COOK BRIGGS, K. (1990). *Introduction to Type : A Description of the Theory and Applications of the Myers-Briggs Type Indicator*. Center for Applications of Psychological Type.

BRIL, B. (2015). Learning to use tools : a functional approach to action. In L. Filletaz & S. Billet (dir.). *Learning through and for practice : contributions from Francophone perspectives*. Springer : pp. 95-118.

BRODA, J. (1990). Formation et remaniements identitaires, *Formation Emploi 32*, pp.37-49.

BROWN, A. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanism. In F. E. WEINERT & R. H. KULWE (Eds.), *Metacognition, motivation and understanding*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 65-116.

BROWN, A. L. (1978). Kwnowing when, where an how to remember : a problem of metacognition. In R. GLASER(Ed.), *Advances in instructional psychology*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 77-165.

BROWN, J.S., DUGUID, P. (1991). Organizing Knowledge. *California Management Review*, vol. 40, n° 3, pp. 90-111.

BRUNSCWIG, H. (2001). Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. *Imaginaire & Inconscient*, no 2,(2), 91-100.

CAMPBELL, J.P., DUNNETTE, M.D., LAWLER, E.E & WEICK, K.E. (1970). *Managerial Behavior, Performance, and Effectiveness*, New York, McGraw-Hill.

CANNON, W.B. (1939). *The Wisdom of the Body*, New York, Norton.

CARVER, C.S. & SCHEIER, M.F. (1982). Control theory : A useful conceptual framework for personality-social, clinical, and health psychology, in *Psychological Bulletin*, 92, pp. 111-135.

CASSIRER, E. (1972). *La Philosophie des formes symboliques. T. 2. La pensée mythique.* Paris. Ed de Minuit. 344 p.

CELLERIER, G. (1979). Structures cognitives et schèmes d'action, *Archives de psychologie*, 47, pp.87-122.

CHARAUDEAU, P. (1992). *Grammaire du sens et de l'expression*. Paris, Hachette Education.

CHARLIN, B., LUBARSKY, S., MILLETTE, B. & *al.* (2012). Clinical reasoning processes : unraveling complexity through graphical representation. *Medical Education*, 46, p. 454-463.

CHARTRAND, T.L. & BARGH, J.A. (1996). Automatic activation of impression formation and memorization goals : Nonconscious goal priming produces effects of explicit task instructions, in *Journal of Personality and Social Psychology*,71, pp. 464-478.

CLOT, Y. (1995). Qu'est-ce que l'activité dans l'analyse du travail ? In *Performances Humaines et Techniques, Numéro Hors Série*, pp. 2-6.

CLOT, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, (1), pp.165-177.

CLOT, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris, PUF.

CLOT, Y. (2014). Réhabiliter la dispute professionnelle, *Le journal de l'école de Paris du management* 2014/1 (N° 105), pp. 9-16.

CLOT, Y. ; DEJOURS C. (2012). *Plaisir et souffrance au travail, deux regards.* Propos recueillis par De la Vega X. In Travail : du bonheur à l'enfer. Sciences Humaines, n°242, Nov 2012.

CLOT, Y. ; FAITA, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail - Concepts et méthodes. *Travailler 2000*, 4. pp. 7-42.

COLLIERE M.F. (1995). *Soigner, le premier art de la vie*, Paris, Interéditions, 440 p.

COUTURIER, Y. ; HUOT, F. (2003). Discours sur la pratique et rapports au théorique en intervention sociale : explorations conceptuelles et épistémologiques. *Nouvelles pratiques sociales*, *16*(2), pp.106–124.

CRAWFORD, M. B. (2009). *Eloge du carburateur. Essai sur le sens et la valeur du travail*. Paris. Ed. La Découverte.

CROSKERRY, P (2009). Clinical cognition and diagnostic error : applications of a dual process model of reasoning. *Health Sciences Education Theory Practices*, Sep;14 Suppl 1:27-35.

CUCHE, C., CANIVET, C., DONNAY J. (2012). L'accompagnement, source de création de savoir. In E. Charlier, S. Biémar (coord.), *Accompagner. Un agir profession*. Louvain-la-neuve, Editions De Boeck, Collection Pédagogies en développement.

DARWIN, C. (1898). *The Expression of the Emotion in Man and Animals*, New York, D. Appleton and Company.

DE CERTEAU, M. (1981). *L'invention du quotidien I. Arts de faire*, Paris, Gallimard/Folio/Essais, pp. 239-255.

DECI, E.L. & RYAN, R.M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits : Human needs and the self-determination of behavior, in *Psychological Inquiry*, 11, pp. 227-268.

DECI, E.L. & RYAN, R.M. (2002). *Handbook of Self-Determination Research*, The University of Rochester Press, USA.

DEJOURS, C. (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel, Critique des fondements de l'évaluation*. Paris, INRA.

DEJOURS, C. (2009a). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique* 3/2009 (Volume 85), pp. 227-234.

DEJOURS, C. (2009b). Entre inégalités individuelles et coopération collective : la question de l'autorité. In *Comment penser l'autonomie : Entre compétences et dépendances*, Paris, Presses Universitaires de France, pp. 291-313.

DEJOURS, C. (2010). Entretien avec Delory-Momberger Christine, « Le travail entre souffrance individuelle, intelligence collective et promesse d'émancipation. », *Le sujet dans la cité* 1/2010 (n° 1), pp. 59-72.

DEJOURS, C. (2014). *Le facteur humain*. PUF, Paris.

DEJOURS, C. (2015). *Le choix : Souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Ed Bayard.

DE KETELE, J.M. ; JORRO, A. (2014). *L'engagement professionnel en éducation et formation.* Ed. De Boek.

DELAMOTTE, R., GIPPET, F., JORRO, A. & PENLOUP, M.C. (2000). *Passages à l'écriture, un défi pour les apprenants et les formateurs*. Paris : PUF, coll. Education & Formation.

DEPPOLITI, D. (2008). Exploring how new registered nurses construct professional identity in hospital settings. In *The Journal of Continuing Education in Nursing.*

DESCHAMPS, J.C. & DEVOS, T. (1999). Les relations entre identité individuelle et collective ou comment la similitude et la différence peuvent co-varier. In J.C. Deschamps et al. (éd.). *L'identité sociale : la construction de l'individu dans les relations entre groupes*, Grenoble, PUG, pp. 149-167.

DESCOLONGES, M. (1996). *Qu'est-ce qu'un métier ?*, Paris, P.U.F, 264 p.

DESHAYS, C. (2013). *Trouver la bonne distance avec l'autre grâce au curseur relationnel*. Paris. Ed. InterEditions, 2ème édition.

DETIENNE M. & VERNANT J. P. (1974). *Les ruses de l'intelligence. La mètis des Grecs,* Paris, Ed. Flammarion, 317 p.

DEVERS, G. (2007). Du rôle propre à la compétence autonome. *Objectifs soins*, n° 158, 2007/08-09, pp. 12-14.

DEWEY, J. (1938). Logic: The theory of inquiry. In J. A. Boydston (Ed.), *The later works* (Vol. 12). Carbondale : Southern Illinois University Press, 2008.

DEY, I. (1999). *Grounding Grounded Theory, Guidelines for Qualitative Inquiry*. London, Academic Press.

DI MEO, G. (2007). Identités et territoires : des rapports accentués en milieu urbain ?, *Métropoles*.

DOLLFUS, O. (1997). *La Mondialisation*, Paris, Presses de sciences PO, collection « la bibliothèque du citoyen » 164 p.

DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*, Paris, Ed. Du Seuil.

DOLTO, F. (1994). *Tout est langage*. Paris : Gallimard.

DONOHUE-PORTER, P. ; FORBES, M.O. & WHITE, J.H. (2011). Nursing Theory in Curricula Today: Challenges for Faculty at all Levels of Education. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, Volume 8, Issue 1.

DUBAR, C. (1994). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles* (2e édition revue). Paris, A. Colin.

DRAPEAU, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. In *Pratiques Psychologiques* 10(1), Mars, pp. 79-86.

DRESS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2018). *Études et Résultats*, n°1062, mai.

EDELMAN, G. & TONONI, G. (2000). *Comment la matière devient conscience*. Ed. Odile Jacob. 316 pp.

EFRON, D. (1972). *Gesture, Race and culture*. La Hague-Paris, Mouton.

ELLIOT, A. & McGREGOR, H. (2001). A 2x2 achievement goal framework, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, pp. 501-519.

ELLUL, J. (1954). *La Technique : L'Enjeu du siècle*, Paris, Armand Colin, coll. Sciences politiques.

FAINGOLD, N. (2011). Explicitation de pratiques, décryptage de sens. In M. Hatano, G. Le Meur. *Approche pour l'analyse des activités*. Paris. Ed. L'Harmattan.

FAINGOLD, N. (2013). Accompagner l'émotion : explicitation, décryptage du sens et parties de soi. *Expliciter* n°100, association GREX.

FAINGOLD, N. (2015). Cours sur l'entretien d'explicitation.

FAGERMOEN, M.S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal Advice Nurses* 1997 Mar ; 25(3), pp.434-41.

FARMER, Y. (2010). Topologie et modélisation chez René Thom : l'exemple d'un conflit de valeurs en éthique. *Philosophiques*, 37(2), pp. 369–386.

FENOUILLET, F. (2016). *Les théories de la motivation*. Ed. Dunod – 2ème Edition.

FERNANDEZ, G. (2004). *Développement d'un geste technique. Histoire du freinage en Gare du Nord.* Unpublished Thèse de doctorat de psychologie, Laboratoire de psychologie du travail et de l'action, CNAM, Paris.

FESTINGER, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA, Stanford University Press.

FISHBACH, A & FERGUSON, M.J. (2007). The goal construct in social psychology, in Kruglanski, A.W. & Higgins, E.T. (Eds), *Social Psychology : Handbook of Basic Principle*, New York, The Guilford Press.

FLAMENT, N. ; GODON, G. ; HENON, N. ; WITZAK, E ; GROUSSET, S. (2015). Comment appréhender les soins intrusifs en institut de formation. In *Soins*, N° 794, Ed. Elsevier-Masson, pp. 50-53.

FORMARIER, M. & JOVIC, L. (sous la direction de) (2009). *Les concepts en soins infirmiers.* France, Mallet Conseil.

FORTIN, B. (2002). *La gestion des émotions*, Les éditions CPF, Montréal.

FOUCAULT, M. (1976). *Histoire de la sexualité*, *(Tome 1) – La volonté du savoir*. Ed Gallimard.

FREDRICKSON, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *The American psychologist*, *56*(3), pp. 218-226.

FREUD, S. (1923). Le moi et le ça. *Essais de psychanalyse*. Traduction de l'Allemand par le Dr. S. Jankélévitch en 1920, revue par l'auteur. Réimpression : Paris, Collection : Petite bibliothèque Payot, n°44. pp. 177 à 234.

FREUD, S. (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF.

GALLAGHER, S. (2000). Philosophical conceptions of the self : implications for cognitive science. Trends in *cognitive sciences*, 4(1), pp. 14–21.

GARRAU, M. & LE GOFF, A. (2009). *Care, justice et dépendance*, Paris, PUF.

GEBAUER, G. & WULF, C. (1998, 2004). *Jeux, rituels, gestes, Les fondements mimétiques de l'action sociale*. Paris : Anthropos.

GERMES, M. (2008). En quête d'un " terrain corporel ", jeux de regards dans et sur la rue. : Communication au colloque " A travers l'espace de la méthode : les dimensions du terrain en géographie ", Arras, pp.18- 20.

GIGERENZER, G. (2011). *Le génie de l'intuition. Faire confiance à votre intuition pour prendre les bonnes décisions*. Trad. Michel Garène. Pocket Edition.

GIDDENS, A. (1994). *Les conséquences de la modernité*. Paris, l'Harmattan. 192 p.

GLASER, B. & STRAUSS, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory.* Chicago : Aldine Publishing.

GOFFMAN, E. (1956, 1973). *La mise en scène de la vie quotidienne, la présentation de soi.* Paris, Editions de Minuit, collection Le Sens Commun.

GOFFMAN, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Editions de Minuit, collection Le Sens Commun.

GOFFMAN, E. (1981, 2007). *Façons de parler*. Paris, Editions de Minuit, collection Le Sens Commun.

GOHIER, C., ANADON, M., BOUCHARD, Y., CHARNONNEAU, B. & CHEVRIER, J. (2001). La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel : un processus dynamique et interactif. *Revue des sciences de l'éducation*, *27*(1), pp. 3–32.

GOLDSTEIN, S. & GOLDSTEIN, M. (1990). *Managing Attention Disorders in Children. A Guide for Practitioners*. Wiley, John Wiley & Sons, Toronto.

GOLLWITZER, P.M. & BRANDSTATTER, V. (1997). Implementation intentions and effective goal poursuit, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, pp. 186-199.

GOLLWITZER, P.M, HECKHAUSEN, H. & STELLER, B. (1990). Deliberative and implemental mind-sets : Cognitive tuning toward congruous thoughts and information, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, pp. 1119-1127.

GONIN, A. (2008). *L'aide à autrui dans le champ de l'intervention sociale. Une approche psychosociale des représentations professionnelles : historicité, ancrages et fonctions*. Thèse de doctorat de psychologie. Groupe de recherche en psychologie sociale. Université Lumière Lyon 2.

GORI, R. & DEL VOLGO, M.J. (2005*). La santé totalitaire, Essai sur la médication de l'existence*. Paris, Denoël, pp.13-21 et pp.75-76.

GRAWITZ, M. (1993). *Méthode des sciences sociales*. Paris : Dalloz.

GREIS, B. (2007). *De la perte de soi aux soins des autres, Essai de psychologie autour de la relation soignant/soigné*. Rueil-Malmaison. Ed. Doin Edition, Collection Psychia Psychol.

GRODDECK G. (1923). *Le livre du ça*. Traduit de l'Allemand par Jumel, L. Bibliothèque des Idées.

GUIBERT, R. (2007). *Formation aux dialogismes et formation dialogique : une modélisation didactique de la communication en formation d'adultes*. Note de synthèse pour l'habilitation à diriger des recherches. U. Lille 3.

HABEREY-KNUESSI, V. & OBERTELLI, P. (2017). La relation soignant-malade face au risque de la confiance, *Sociologies Pratiques* n°35/2017.

HALL, Edward T. (1966, 1978). *La dimension cachée*. Paris, Editions du Seuil, Collection Points Essais.

HARTMANN, K. (1981). Pensée analytique contre pensée catégoriale. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 86e Année, No. 2, Avril-Juin, PUF, pp. 215-224.

HAS, Haute Autorité de Santé (2013). *Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments*

HEAD, H. & HOLMES, G. (1911-1912). *Sensory disturbances from cerebral lesions*. Brain, 34, pp. 102-254.

HECKHAUSEN, H. & GOLLWITZER, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational vs volitional states of mind, in *Motivation and Emotion*, 11, pp. 101-120.

HECKHAUSEN, H. (1986). Why some time out might benefit achievement motivation research, in J.H.L. Van den Bercken, T.C.M. Bergen & E.E.J. De Bruyn (Eds), *Achievement and Task Motivation*, Lisse, Pays-Bas, Swets & Zeitlinger, pp. 7-39.

HEIDEGGER, M. (trad. Jean-François Courtine), *Schelling : Le traité de 1809 sur l'essence* de la liberté humaine, Paris, Gallimard, coll. « Bibliothèque de Philosophie », 349 p.

HEIMANN P. (1960). Counter-transference. *British journal of Medical psychology*.

HENART, L. (2011). *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Ministère de la santé et des sports.

HESBEEN, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital, Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Ed. Masson.

HESBEEN W. (1999). *La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*, Editions Masson, Paris, 208 p.

HESBEEN, W. (sous la direction de) (2009). *Dire et écrire la pratique soignante du quotidien. Révéler la quête du sens du soin*. Paris. Ed. Seli Aslan.

HERZBERG, F. (1971). *Le travail et la nature de l'homme*, Paris, Entreprise Wiley.

HETU, J.C. (1999). *Pratique réflexive, démarche d'interprétation et recherche de sens chez des novices : vers un mode d'accompagnement d'un processus de transformation.* In J.-C.Hétu, M. Lavoie, S. Baillauquès (Eds), op.cit., pp. 76-77.

HETU, J.C. ; LAVOIE, M. & BAILLAUQUES, S. (dir.) (1999). *Jeunes enseignants et insertion professionnelle : un processus de socialisation ? de professionnalisation ? de transformation ?* Bruxelles, De Boeck.

HEWES, G. (1955). World Distribution of Certain Postural Habits. *American Anthropologist*, N°57.

HOC, J.-M. (1986). L'organisation des connaissances pour la résolution de problème : vers une formalisation de la notion de schéma, in : Bonnet C., Hoc J.-M., Tiberghien G, *Intelligence artificielle, automatique et psychologie*, Bruxelles, Mardaga.

HOC, J.-M. (1987). *Psychologie cognitive de la planification*. Grenoble. Presses universitaires de Grenoble.

HOCHSCHILD, A.R. (2003). Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale. In *Travailler* 2003/1 (n° 9). pp. 19-49.

HONORE, B. (2011). *L'esprit du soin*. Ed Seili Arslan.

HOUDE, O. (1995). *Rationalité, Développement et Inhibition*. Paris, PUF.

HOUDE, O. (2000). Inhibition and cognitive development : obect, number, categorization and reasoning. *Cognitive Development*. 15. pp. 63-73.

HUBERMAN, M. (1989). *La vie des enseignants, évolution et bilan d'une profession*. Neuchâtel (Suisse). Delachaux & Niestlé.

HUGHES, E.C. (1958). *Men and Their Work*. Glencoe, The Free Press, 184 pp.

HULL, C.L. (1943). *Principles of Behavior*, New York, Appleton-Century-Crofts.

HULL, C.L. (1954). *A behavior System*. New Haven, Yale University Press.

HUSSERL, E. (1961). *Recherches logiques*, tome II, 1. Paris, PUF.

HYGIENES (2012). *Prévention des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile*. Volume XX - n° 5.

IGAS, Inspection générale des affaires sociales (2003). *Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires*. Rapport n 2003.094 Juillet présenté par MM. Georges Costargent et Gildas Le Coz.

ILLICH, I. (1975). *Némésis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris, Ed. Seuil.

IZARD, C.E. (1991). *The psychology of Emotions*, New York, Plenum Press.

JACQUES, E. (1951). *Intervention et changement dans l'entreprise*, Paris. Dunod.

JAMES, W. (1890). *The principles of Psychology*, New York, Holt, 2 vol.

JODELET, D. (1989). Représentations sociales : un domaine en expansion. In D. Jodelet (Dir.), *Les représentations sociales* Paris : PUF, pp. 31-61.

JODELET, D. (2002). *Les Représentations Sociales Dans le Champ de la Culture*. Symposium Social Representations.

JODELET, D. (2013). La place des représentations sociales dans l'éducation thérapeutique. In *Apprendre du malade* (dir. Tourette-Turgis, C.) Education permanente n°195, pp. 37-46.

JONCKEERE de, Cl. (2010). *83 mots pour penser l'intervention en travail social*. Genève : Editions IES.

JORRO, A. (2002). *Professionnaliser le métier d'enseignant*. Paris, ESF.

JORRO A. (2014). *L'agir professionnel de l'enseignant*. In Séminaire de recherche du Centre de Recherche sur la formation - CNAM, Paris, France.

JOULE, R.V. & BEAUVOIS, J.L. (2002). *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Presses universitaires de Grenoble.

JOULE, R.V. & BEAUVOIS, J.L. (1998). *La soumission librement consentie*, Paris, PUF.

JOUSSE, M. (1974). *L'Anthropologie du Geste*, Gallimard.

JUNG, C.G. (1921). *Les types psychologiques*, édition originale allemande ; 5e édition en français (1971), Genève, éditions Georg.

KADDOURI, M. (2006). Dynamiques identitaires et rapports à la formation. In J. M. Barbier, E. Bourgeois, G. de Villiers, M. Kaddouri (Eds), pp. 121-145, *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation.* Paris, L'Harmattan, coll. Action & Savoir.

KAES, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*, PUF.

KAHNEMAN, D. (2012). *Système 1 / Système 2 : les deux vitesses de la pensée*, Flammarion, coll. « Essais », 555 p.

KLEIN, G.A. (2004). *The Power of Intuition : How to Use Your Gut Feelings to Make Better Decisions at Work*. Currency.

KOESTLER, A. (1964). *Le Cri d'Archimède : l'art de la découverte et la découverte de l'art,* The Act of creation.

KAUFMANN, J.C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris, Nathan.

KERBRAT-ORECCHIONI (2006). A propos des ouvrages de D.W Maynard, inside plea Bargaining, the language of emotion, New York, Plenum Press 1984 et de A. Firth (Ed.),

Workplace, Oxford, Pergamon Press, De Boeck Supérieur, *Négociations* 2006/1 no 5, pp.183-188.

KRAPP, A. (2005). Basic needs and the development of interest and intrinsic motivational orientations, in *Learning and Instruction*, 15, pp. 381-395.

KULH, J. (1987). Action control : the maintenance of motivational states. In F. Halisch, & J. Kulh, *Motivation, Intention, and volition*, Berlin, Springer-Verlag.

LACHAUX, J.P. (2013). *Le cerveau attentif : contrôle, maîtrise et lâcher-prise*. Paris. In Ed. Odile Jacob Poche – Sciences.

LAFORTUNE, L. (2011). Des fonctions de l'écriture réflexive dans l'accompagnement d'un changement. In M. Morisse, L. Lafortune, F. Cros (Dir), *Se professionnaliser par l'écriture, quels accompagnements ?* Québec, Presses de l'Université du Québec, coll. Éducation-Recherche, pp. 205-232.

LAFORTUNE, L., & SAINT-PIERRE, L. (1996). *L'affectivité et la métacognition dans la classe*. Montréal, Editions Logiques.

LAMOUREUX, D. (2005). Objectiver les personnes, réifier les situations. *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 24, (1), pp. 24-37.

LAPOINTE, P.A. ; CHAYER M. *& al.*, (2000). La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier. *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 13, nº 2, pp.164-180.

LAROUCHE, C. (2012). *Le développement de l'identité professionnelle en formation infirmière pour l'utilisation optimale des conceptions infirmières*. Thèse faculté des sciences infirmières – Université de Montréal.

LAROUCHE, J.M., LEGAULT, G. A. (2003). L'identité professionnelle : construction identitaire et crise d'identité. Dans Legault, G. A., *Crise d'identité professionnelle et professionnalisme*, Montréal : Presses de l'Université du Québec, pp. 1-24.

LAROUSSE ILLUSTRE (2008). *Dictionnaire des synonymes et des contraires*.

LATHAM, G. & LOCKE, E. (2007). New Developments in and directions for goal-setting research, in *European Psychologist*, 12, pp. 290-300.

LAUWEREYNS, J.L. (2010). *The Anatomy of Bias. How neural circuits weigh the Options*. Cambridge, MIT Press.

LAVE, J. & WENGER, E. (1991). *Situated learning. Legitimate peripheral participation.* Cambridge, University of Cambridge Press.

LAZARUS, R.S. (1991). *Emotion & Adaptation*. Oxford University Press, New York.

LEARY, M.R., GALLAGHER, B., FORS, E., BUTTERMORE, N., BALDWIN E., KENNEDY, K. et al. (2003). The invalidity of disclaimers about the effect of social feedback on self-esteem, in *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (5), pp. 623-636.

LEARY, M.R. & BAUMEISTER, R.F. (2000). The nature and function of self-esteem : sociometer theory, in M.P. Zanna (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology*, New York, Academic Press, vol. 32, pp. 1-62.

LEARY, M.R., HAUPT, A.L., STRAUSSER, K.S. & CHOKEL, J.T. (1998). Calibrating in the socialmeter : The relationship between interpersonal appraisals and state self-esteem, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (5), pp. 1290-1299.

LEARY, M.R., TAMBOR, E.S, THERDAL, S.K. & DOWNS, D.L. (1995). Self esteem as an interpersonal monitor : The sociometer hypothesis, in *Journal of Personality and Social Psychology, 68* (3), pp. 518-530.

LE BOTERF, G. (2005). *Gestion des compétences. Définition, nécessité, faisabilité*. Gestion Hospitalière 2005 ; (541).

LE BOTERF, G. (2010). Management : développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins. Gestion Hospitalière 2010 ; (493).

LE BRETON, D. (2016). *La sociologie du corps*. Paris, PUF. Coll. Que sais-je ?

LE BRETON, D. (2005). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF.

LE BRETON, D. (1999). *L'adieu au corps*, Paris, Métailié.

LE BRETON, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, P.U.F.

LEPLAT, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. *Contribution à la psychologie ergonomique*, Paris.

LEUTENEGGER, F. & SCHUBAUER-LEONI, M-L. (2002). Les élèves et leur rapport au contrat didactique : une perspective de didactique comparée, *Les Dossiers des Sciences de l'Éducation*, 8 pp. 73-86.

LEVY, J. (1996). *Le monde pour la cite*, Paris, Hachette, Questions de politique, 143 p.

LEVY-STRAUSS, C. (1962). *La pensée sauvage.* Ed Pion.

LEWIN, K. (1947a). Group decision and social change, in T. Newcomb & E. Hartley (Ed.), *Readings in Social Psychology*, New York, Holt.

LEWIN, K. (1947b). Frontiers in group dynamics : Concept, method and reality in social science, social equilibria and social change, in Human Relations, 1, pp. 5-41.

LEWIN, K. (1935). *A Dynamic Theory of Personality*, New York, MacGraw-Hill.

LEYENS, J. P. (1979). *Psychologie sociale.* Bruxelles : Editions Mardaga, coll. Psychologie et sciences sociales.

LIPIANSKI, E.M. (1978). Groupe et identité. In G. Michaud (éd.). *Identités collectives et relations inter-culturelles* Bruxelles : Editions Complexes, pp. 59-88.

LIPIANSKI, E. M. (1992). *Identité et communication : l'expérience groupale.* Paris : PUF, coll. Psychologie sociale.

LIU, M. (1981). Technologie, organisation du travail et comportement des salariés, *Revue française de sociologie*, 22-2 pp. 205-221.

LLAMBRICH-MOLINES, C. (2013). *L'éducation dans le soin infirmier, une intention de transmission*. Mémoire Master de Sciences et Technologies, *Mention* Rééducation et Ingénierie Médicale, *Spécialité* Education thérapeutique du patient. Université Pierre et Marie Curie.

LLAMBRICH-MOLINES, C. (2018). Patient Education in Onclogy. Principles of nursing in oncology : new challenges, Springer Verlag, En cours de parution.

LOCKE, E.A & LATHAM, G.P. (1990). *A Theory of Goal Setting and Task Performance*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.

LOIZON, D. (2009). Les filtres personnels de l'action didactiques. Etude de cas de l'enseignement du judo. In A. Terrisse, M-F. Carnus (coord.), *Didactique clinique de l'éducation physique et sportive (EPS). Quels enjeux de savoir.* Bruxelles. Ed. De Boeck Collection Perspectives en éducation et formation.

LOMBARD, J. & VANDEWALLE, B. (2009). *Philosophie et soin, les concepts fondamentaux.* Poche.

MACKINTOSH, M. (2006). Commercialisation, inequality and transition in health care : the policy challenges in developing and transitional countries. *Journal of International Development*, J. Int. Dev. 18, pp. 387-391.

MADELRIEUX, S. (2010). Le pragmatisme et les variétés de l'expérience. In L. Perreau (dir.), *L'expérience*. Paris, Vrin.

MAINE DE BIRAN M. (1807). *De l'aperception immédiate (Mémoire de Berlin)*. Texte critique avec introduction, notes et index par José Echeverria.

MALAQUIN-PAVANT, E. (2015). *Définir et question de l'intrusion dans les situations de soins*. In Soins, N° 794. Paris. Ed. Elsevier-Masson. pp. 22-26.

MALEBRANCHE, N. (1674). *De la recherche de la vérité*. Livre 6, chapitre 2.

MANDON, N. (2000). Le cœur du métier, l'analyse des emplois comme ressource. In *Evaluation des métiers de la formation professionnelle et de leurs pratiques, approches par l'analyse des emplois*. CEREQ documents, n°149.

MANNONI P. (2016). *Les représentations sociales*. Paris. PUF. Coll. Que sais-je ?

MARIN, C. (2013). *L'homme sans fièvre*. Ed. Armand Colin Paris.

MASLOW, A. (1943). A theory of human motivation, in *Psychological Review*, pp. 370-393.

MAUSS, M. (1933). Les techniques du corps. In *Journal de Psychologie*, XXXII, pp. 3-4.

MAUSS, M. (1950, 1999). *Sociologie et anthropologie*. Paris : PUF, collection Quadrige.

MAX-NEEF, M. (1982). *From the outside looking in: Experiences in*, Dag Hammarskjold Foundation, 208 p.

MAY-MICHELANGELI, L. (2015). *Sécurité du patient – Mobilisation autour d'une équipe*. Le Webzine de la HAS, 06.07.15.

MERCARDIER, C. (2002). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital - Le corps au coeur de l'interaction soignant-soigné*. Ed Seli Arslan.

MEIRIEU, P. (1990) *L'école, mode d'emploi. Des méthodes actives à la pédagogie différenciée*. Paris, Ed. ESF, 5e éd.

MERLEAU-PONTY, M. (1945, 2003). *Phénoménologie de la perception*. Paris, Gallimard, Collection Tel.

MERLEAU-PONTY, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*, Paris, Gallimard.

MERLEAU-PONTY, M. (1964). *Le visible et l'invisible*, Paris, Gallimard.

MERLEAU-PONTY, M. (1964). *L'œil et l'esprit*, Paris, Gallimard, 137 p.

MERLEAU-PONTY, M. (1996). *Le primat de la perception*, Verdier.

MEYER, T. (2009). Cognition motive : une illustration à propos de la communication des risques et du changement d'attitude, in P. Carré & F. Fenouillet (éd.), *Traité de psychologie de la motivation*, Paris, Dunod.

MEYER, J.P. & HERSCOVITCH, L. (2001). Commitment in the workplace : Toward a general model, in *Human Resource Management Review*, 11, pp. 299-326.

MEYER, Cl. (2014). La communication interpersonnelle entre nature, culture et technologie. In F. Cros, Cl. Meyer (coord.). *La communication interpersonnelle en formation*, Lyon, Chronique Sociale, pp.21-40.

MONTADON, A. (dir.) (2004). *Le livre de l'hospitalité*, Bayard, Paris.

MOSSE, P. (2000). *Les restructurations hospitalières : quels référents, pour quels compromis ? », Document de travail pour le séminaire ATES, n° 5, Dijon, novembre.*

MICHAUD NERARD, F. (2010). *La mort et le deuil, évolutions récentes. Études sur la mort*. 137,(1), pp. 117-126.

MILGRAM, S. (1994). *La Soumission à l'autorité*, Calmann-Lévy, (2e éd).

MINER, J. (2005). *Organizational Behavior : Foundation, Theories and Analyses*. New-York, Oxford University Press.

MINVIELLE, E. (2000). Réconcilier standardisation et singularité : les enjeux de l'organisation de la prise en charge des malades. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 7(1), pp. 8-22.

MOLINER, P., RATEAU, P. & COHEN-SCALI, V. (2002). *Les représentations sociales : pratique des études de terrain*. Presses universitaires de Rennes, Collection Didact psychologie sociale.

MORRIS, A.H & FAULK, D.R. (2007). *Transformative Learning in Nursing : A Guide for Nurse Educators*. Springer Publishing Company.

MOSCOVICI, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public, Étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris, Presses universitaires de France.

MOUCHET, A. (2014). *Comprendre l'activité en situation : articuler les actes et leur mise en mots*. Note d'habilitation à diriger des recherches, Université Paris-Est-Créteil.

MUCCHIELLI, R. (2007). *La dynamique des groupes*. In éditions ESF.

MUCCHIELLI, R. (2005). *Les Motivations*, PUF, collection « Que sais-je ? ».

MURRAY, H.A. (1938). *Explorations in Personality*, New York, Oxford University Press.

NEWCOMB, T.M. (1970). *Manuel de psychologie sociale*, PUF.

NORMAN, D.A. & SHALLICE, T. (1980). *Attention to action : willed and automatic control of behavior*. University of California at San Diego, CHiP report 99.

NUSSBAUM, M. C. (1999). *Sex and Social Justice*. Oxford, Oxford University Press.

NUTTIN, J. (1991). *Théorie de la motivation humaine*, PUF.

OBERTELLI, P. (1994). *Attitudes et conduites face aux risques de personnels de terrain gaziers ou électriciens* - Communication à la Biennale Prévention "Orly 94" d'EDF-GDF -, Paris, Supplément EDF-GDF d'Éducation Permanente.

OBERTELLI, P. (dir.), DURKHEIM, N., MATHIEU, B., PINSON, C., ROYER, Y. (1999). *Etude du fonctionnement de brigades de gendarmerie en milieu suburbain*, Rapport, Contrat DSP/STTC - DGA n°97-399.

OBERTELLI, P. (dir.) ; POUTEAU, C., HABEREY-KNUESSI, V. ; DANCOT, J ; LE ROUX, A. ; LLAMBRICH, C. (2015). *Evolution des relations soignants-malades au regard des pratiques d'éducation thérapeutique*. In Séminaire de recherche du Centre de Recherche sur la formation - CNAM, Paris, France.

OBERTELLI, P. & WITTORSKI, R. (2018). *Traits critiques de professionnalité des animateurs-formateurs de dispositifs d'analyse des pratiques professionnelles*. In Education & Formation – e-308, Janvier.

OBERTELLI, P. (Dir), ZAH-GRATIAUX, A. & LANGEVIN, S. (1994). *Fonctionnement des groupes en milieu militaire, le cas d'un service de réanimation*. Rapport de recherche, Ecole Centrale Paris.

ÖHLEN, J. & SEGESTEN, K. (1998). The professional identity of the nurse : concept analysis and development. In *JAN*, vol. 28, Issue 4.

PANA-MARTIN, F. (2015). *Les gestes professionnels des formateurs d'enseignants en situation d'accompagnement individualisé*. Thèse de sciences de l'éducation, CNAM Paris.

PANKOW, G. (1969) : *L'homme et sa psychose*. Paris, Flammarion, 2003.

PARROT, W.G. (2004). The nature of emotion, in Brewer, M.B. & Hewstone, M., *Emotion and Motivation*, Blackwell Publishing, pp. 245-280.

PARSON, T. (1951). *The Social System.* London, Ed. Routledge & Kegan Paul Ltd.

PASTRE, P. (2013). Le travail de l'expérience. In L. Albarello, J-M. Barbier, E. Bourgeois, M. Durand (coord.), *Expérience, Activité, Apprentissage*. Paris, Editions Puf, Collection Formation et pratiques professionnelles.

PEKRUN, R. (2006). The Control-Value Theory of Achievement Emotions : Assumptions, Corollaries, and Implications for Educational Research and Practice, in *Educational Psychology Review*, December 2006, Volume 18, Issue 4, pp. 315–341.

PEPIN, J. ; KEROUAC, S. ; DUCHARME, F. (2010). *La pensée infirmière*. Chenelière éducation. 3ème éd.

PERETTI-WATEL, P. (2000). *Sociologie du risque*. Ed Armand Colin, p. 288

PIAGET. J. (1975). *L'équilibration des structures cognitives. Problème central du développement*. Paris,Presses Universitaires de France.

PIAGET, J. (1974). *La prise de conscience*, Paris. PUF.

PLEUX, D. (2014). *Les Adultes tyran*. Ed Odile Jacob, 240 p.

POSNER, M. I. (1980). Orienting of attention. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*.

POUPART, J. (1981). La méthodologie qualitative en sciences humaines : une approche à redécouvrir, *Apprentissage et socialisation*, vol. 4, pp. 4-47.

PRAYEZ, P. (2009). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Ed. Lamarre 2ème édition.

PSIUK, T. (2012). L'apprentissage du raisonnement clinique : Concepts fondamentaux, Contexte et processus d'apprentissage. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

PYSZCZYNSKI, T., GREENBERG, J. & SOLOMON, S. (1997). A dual process model of defense against conscious and unconscious perspectives on the roots of human motivation, in *Psychological Inquiry, 8*, pp.1-20.

QUERE, L. (2013). *Note sur la conception pragmatiste des émotions*. Institut Marcel Mauss, CEMS, Occasional Papers 11 février 2013.

QUESNEL-GACOGNE M-J. (2014). *L'offre de présence, un geste professionnel tourné vers autrui : l'exemple de formateur en Travail social*. Thèse de sciences de l'éducation, CNAM Paris.

QUILLET (1968), Dictionnaire encyclopédique.

RECOPE, M., RIX-LIEVRE, G., FACHE, H. & BOYER, S. (2013). La sensibilité à, organisatrice de l'expérience vécue. In ALBARELLO, L., BARBIER, J-M., BOURGEOIS E., DURAND M. (Dir.), *Expérience, Activité, Apprentissage*, PUF, Coll. Formation et Pratiques Professionnelles, pp.111-133.

REICH, W. (1951). *The Orgone Energy Accumulator, Its Scientific and Medical Use*. Xerox Wilhelm Reich Museum, Rangeley.

RACKER, H. (2000*). Transfert et contre-transfert. Études sur la technique psychanalytique*. Cesura Lyon, 2000,

RHODEWALT, F. & VOHS, K.D. (2005). Defensive strategies, motivation and the self : A self-regulatory process view, in Elliot, A.J., & Dweck, C.S, *Handbook of competence and Motivation*, New York, Londres, The Guilford Press, pp. 598-608.

RIA, L. (2009). De l'analyse de l'activité des enseignants débutants en milieu difficile à la conception de dispositifs de formation. In M. Durand & L. Filliettaz (Eds.), *Travail et Formation des Adultes,* Paris : PUF, pp. 217-243.

RICHARD, J.-F. (1980). *L'attention*. Paris. PUF.

RICHARD, J.-F. (2004). *Les activités mentales. De l'interprétation de l'information à l'action*. 4ème Edition. Armand Collin.

RICOEUR, P. (2004). Parcours de la reconnaissance. *Mondes en développement*, n°128,(4), pp. 131-132.

RICOEUR, P. (1991). *Soi-même comme un autre, L'Ordre. Philosophique*, Paris, Éditions du Seuil, 424 p.

RIME, B. (2014). *Le partage social des émotions dans la maladie*, in séminaire EHESS Paris, 11 janvier 2014.

RODRIGUEZ, V. (2011). *L'écho de l'évènement*. Ed. Presses Universitaires Rennes.

ROGERS, C. (1961, 2002). *Le Développement de la personne*. Paris, Dunod.

ROMAINVILLE, M. (1993). *Savoir parler de ses méthodes : métacognition et performance à l'université*. Bruxelles, De Boeck.

ROSENBERG, M. (1999). *Les mots sont des fenêtres (ou des murs) : Introduction à la Communication NonViolente*, 1re édition, éditions Jouvence.

ROSNER, A.C. (1974). How We Do It. *The Journal of school health*, February.

ROTTER, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, in *Psychological Monographs*, 80 (1, whole n°609).

SAINSAULIEU, R. (1972). *Les relations de travail à l'usine*, Paris, Coll. Sociologie des organisations, Éditions de l'Organisation, 295 pp.

SAMPLES, B. (1976). The Metaphoric Mind : A Celebration of Creative Consciousness Addison. *Reading*, Massachusetts, Wesley Publishing Company, p.26.

SANDRIN, B. (2013). Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? *Santé Publique*, 2013/N°2 Suppl. S2, pp. 125-135.

SAOUT, C. ; CHARBONNEL, B. & BERTRAND, D. (2008). *Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient*, Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, 171 p.

SARDAN (de), J. P. O. (2008*). La rigueur du qualitatif, les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique.* Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant, coll. Anthropologie prospective n° 3.

SARTIN, P. (1970). *Rythmes de travail... et cadences infernales*. Relations industrielles, *25*(2), pp. 237–255.

SARTRE, J.-P. (1940). *L'imaginaire*. Ed. Folio.

SAUJAT, F. (2004). Comment les enseignants débutants entrent dans le métier. *Formation et pratiques d'enseignement en questions*. N° 1 / 2004, pp. 97-106.

SAUJAT, F. (2003). *Arrêtons de penser que les enseignants font de la résistance au changement*. In http://89.snuipp.fr/spip.php?article305.

SAUJAT, F. & GRIMAUT, F. (2011). Des gestes ordinaires dans des situations extraordinaires : approche ergonomique de l'intégration d'élèves en situation de handicap à l'école primaire, in *Travail et formation en éducation*.

SCARROW, P.K. & WHITE, S.V. (2002). *Lucian Leape and healthcare errors*. J Healthc Qual. May-Jun ; 24(3), pp.17-20.

SHELDRAKE, R. (2016) Sylvain Michelet (Traduction). *Réenchanter la science : Une autre façon de voir le monde*. Ed. Poche

SCHELER M. (1936). *Le sens de la souffrance,* trad. P. Klossowski, Paris, Aubier.

SCHILDER P. (1968). *L'Image du corps*, Ed. Gallimard.

SCHNEIDER, W. & SHIFFRIN, R.M. (1977). Controlled and Automatic Human Information Processing. I. Detection, Search and Attention, *Psychological Review*, 84, pp. 1-88.

SCHON, D.A. (1983, 1993). *Le praticien réflexif. A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal, Les éditions Logiques.

SCHWARTZ, Y. (2011). Pourquoi le concept de corps soi ? Corps-soi, activité, expérience. In M. Récopé (coord.), Travail et apprentissage. Activité, Expérience, Incorporation, *Revue de didactique professionnelle*. Dijon, Editions Raisons et Passions.

SCHWARTZ, Y. ; ECHTERNACHT, E. (2009). *Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ? Corps*, 6,(1), pp. 31-37.

SCHWARTZ, Y. & DURRIVE L. (2003). *Travail et ergologie : entretiens sur l'activité humaine*, Toulouse, Octarès Éditions.

SCHWINT, D. (2005). *La routine dans le travail de l'artisan. Ethnologie française*, vol. 35,(3), pp. 521-529.

SCHON, D. (1993). *Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*. Montréal, Éditions Logiques.

SCHUBAUER-LEONI M.-L. & LEUTENEGGER F. (2005). Une relecture des phénomènes transpositifs à la lumière de la didactique comparée. *Revue suisse des Sciences de l'éducation,* 27 (3), pp. 407-429.

SCHUBAUER-LEONI M.-L., LEUTENEGGER F., LIGOZAT F. & FLÜCKIGER A. (2007). Un modèle de l'action conjointe professeur-élèves ; les phénomènes qu'il peut/doit traiter. In G. Sensevy, A. Mercier (éd.), *Agir Ensemble. L'action didactique conjointe du professeur et des élèves dans la classe*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp. 51-91.

SENNET, R. (2010). *Ce que sait la main. La culture de l'artisanat*, traduit de l'américain par Pierre-Emmanuel Dauzat, Paris, Albin Michel.

SENSEVY, G. (2011). *Le sens du savoir. Éléments pour une théorie de l'action conjointe en didactique*. Bruxelles, De Boeck.

SFORZINI, A. (2014). *Michel Foucault, une pensée du corps.* Paris. Ed. Puf philosophie.

SCHERER, K.R. (1984). On the nature and function of emotion : a component process approach. In Scherer, K.R. & Ekman, P. (Eds.). *Approaches to emotion,* Hillsdale, Erlbaum, pp. 293-317.

SICARD, D. (2007). La médecine sans le corps : quelques notes sur la relégation du corps. Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, 1,(1), pp. 133-137.

SIMON, H.A. (1975). The Functional Equivalence of Problem Skills. *Cognitive Psychology*, 7, pp. 268-288.

SOLOMON, R.L & CORBIT, J.D. (1974). An opponent-process theory of motivation : Temporal dynamics of affect, in *Psychological Review*, 81, pp. 119-145.

SPERANDIO J.-C. (1972). *Charge de travail et variation des modes opératoires*. Thèse de doctorat en psychologie, Université Paris V.

STAW, B.M. (1981). The escalation of commitment to a course of action, in *Academy of Management Review*, 6, pp. 577-587.

STRAUSS, A.L. (1978). *Negociation varietties, processes and social order*. San Franscico, Jossey-Bass.

TAYLOR, J.W. (1974). The role of risk in consumer behavior, in *Journal of Marketing*, 38, 2, pp. 54-60.

THIEVENAZ, J. & TOURETTE-TURGIS, C. (2015). *Penser l'expérience du soin et de la maladie. Une approche par l'activité*, Louvain-la-Neuve, De Boeck, 232 p.

THOM R. (1991), Saillance et prégnance, *L'inconscient et la science*, Dunod (Paris), pp. 64-82.

TOMKINS, S.S. (1979). Script theory : Differential magnification of affects. In C. Keasey (ED.), *Nebraska Symposium on Motivation*, Lincoln, University of Nebraska Press, vol.26, pp. 201-236.

TOMKINS, S.S. (1981). The quest for primary motives : Biography and autobiography of an idea, *Journal of Personality and Social Psychology*, 41- pp. 306-329.

TOURETTE-TURGIS, C. (2010). *Savoirs de patients, savoirs de soignants : La place du sujet supposé savoir en éducation thérapeutique*. Paris, Comment Dire.

TOURETTE-TURGIS, C. (2013). Editorial. In Apprendre du malade (dir. Tourette-Turgis, C.) *Education permanente* n°195, pp. 37-46.

TOURETTE-TURGIS, C ; THIEVENAZ J. & KHALDI C. (2013). Analyser le travail du malade. Nouveaux enjeux pour la formation et la recherche en éducation. In Apprendre du malade (dir. Tourette-Turgis, C.) *Education permanente* n°195, pp. 37-46.

TOURMEN, C. (2007). Activité, tâche, poste, métier, profession : quelques pistes de clarification et de réflexion. *Santé Publique* 2007/hs (Vol. 19), pp. 15-20.

TREISMAN, A. & GELADE G. (1980). A feature-integration theory of attention. *Cognitive Psychology*, Vol. 12, No. 1, pp. 97–136.

VAN ZANTEN, A. (2004). L'influence des normes d'établissement dans la socialisation professionnelle des enseignants : le cas des professeurs des collèges périphériques français. In

La profession d'enseignant aujourd'hui : Évolutions, perspectives et enjeux internationaux, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur pp. 207-223.

VAN ZOMEREN, A.H., & BROUWER, W.H. (1994). *Clinical Neuropsychology of Attention*. New York, Oxford University Press.

VERAN, O. (2013). *Rapport parlementaire sur l'emploi médical temporaire à l'hôpital*.

VERMERSCH, P. (1994). *L'entretien d'explicitation en formation initiale et en formation continue*. Paris. Ed. ESF.

VIVIANI J-L. (1994). Incertitude et rationalité. *Revue française d'économie*, vol. 9, n° 2, pp. 105-146.

VON BERTALANFFY, L. (1973). *Théorie générale des systèmes*, trad, par Jean-Benoist Chabrol. Un vol. 24 x 15,5 de XV. Paris, Dunod, 296 pp.

VUORI, H.V & World Health Organization. (1989). *World Health Organization and quality assurance*, guest editor, Hannu Vuori. Oxford : Pergamon Press.

VYGOTSKY, L. (1997). *Pensée et langage* (3ième édition de la traduction française). Paris : La Dispute (1ière édition 1934).

WEBER, M. (1971). *Économie et société*. Paris, Plon.

WEINER, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, 92, pp. 548-573.

WEINER, B. (2006). *Social Motivation, Justice, and the Moral Emotions : An attributional Approach*, Mahwah, New Jersey, Londres, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

WIDLOCHER, L. (1984). Langage de l'émotion ou langage de l'action. *Cahier de psychologie cognitive*, 4, 1, pp. 88-92.

WINNICOTT, D.W. (1975). *Jeu et réalité ; l'espace potentiel*, Gallimard.

WITTORSKI, R. (2008). *La notion d'identité collective. La question identitaire dans le travail et la formation : contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique*. L'Harmattan, Logiques Sociales, pp.195-213.

WORMS, F. (2010). *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?* Paris, PUF.

WUNENBURGER, J.J. (2003). *L'imaginaire*. PUF.

ZARCA, B. (1988). Identité de métier et identité artisanale, *Revue française de sociologie*, 29-2, pp. 247-273.

ZEITLER, A. (2013). Construction de l'expérience, habitudes d'interprétation et signification du vécu. In L. Albarello, J-M. Barbier, E. Bourgeois, M. Durand (coord.), *Expérience, Activité, Apprentissage*. Paris, Editions Puf, Collection Formation et pratiques professionnelles.

le cnam

Cécile POUTEAU

Expérience du geste intracorporel

L'expérience des infirmières en interaction avec un malade dans le cadre d'un soin prescrit

Résumé

Cette recherche porte sur les activités mentales réalisées lors d'un geste invasif d'une infirmière sur un malade. Il s'agit de comprendre ce qui l'encourage à rendre objet le corps de ce dernier alors que les nouvelles pédagogies prônent de rendre le malade acteur de ses soins. Cette étude vise à caractériser le cheminement intellectuel qu'impose ce geste en termes d'opérationnalité et de motivation à agir pour résoudre les tensions entre ce que les infirmières pensent devoir faire au regard de leur prescription médicale et des recommandations professionnelles, mais aussi ce qu'elles peuvent réellement faire en situation.

Les résultats obtenus permettent d'identifier que l'infirmière s'autohypnose en se concentrant sur sa respiration et en s'invectivant en utilisant le « tu » d'une manière positive et en inhibant ses émotions afin de ne courir aucun risque émotionnel et de vivre son geste dans une version simplifiée de la réalité.

Mots clés : éducation thérapeutique du patient ; geste professionnel intracorporel ; intervention sur autrui ; micro-culture d'un geste ; activités mentales des infirmières ; identité professionnelle ; identité collective des infirmières ; réification ; travail émotionnel ; auto-centration ; inhibition.

Résumé en anglais

This thesis is all about the mental activities realized during an invasive gesture of a nurse on a patient. It deals with the question what makes the nurse to consider as an object the patient's body wheras the new pedagogies advocate turning a sick person actor of his own care. The aim of this study is to characterize the intellectual path imposed by this gesture in terms of operational effectiveness and motivation to act. It is about solving the tensions between what the nurses think they have to do – with regards to their prescription and professional recommendations – and what they really can do in situation.

Keywords : Therapeutic education of the patient ; professional intracorporel gesture ; intervention on others ; microculture of a gesture ; movement mental activities of the nurses ; professional identity ; collective identity of the nurses ; reification ; emotional work ; automobile-centration ; inhibition.