

HUMANISER LES SOINS PAR L'AUTO-OBSERVATION ET LE PARTAGE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES. L'EXPÉRIENCE D'UNE FORMATION DANS UN SERVICE DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE

Jean-Marc Josset, Florian Lavoyer et Patricia Pâme

Association de recherche en soins infirmiers | « [Recherche en soins infirmiers](#) »

2018/4 N° 135 | pages 55 à 59

ISSN 0297-2964

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2018-4-page-55.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers.

© Association de recherche en soins infirmiers. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Humaniser les soins par l'auto-observation et le partage de pratiques professionnelles. L'expérience d'une formation dans un Service de soins infirmiers à domicile

Humanizing care through self-observation and the sharing of professional practices. Feedback from a training session in home caregiving services

Jean-Marc JOSSET, Socio-économiste, Ph.D, Laboratoire R.I.T.M., Faculté Jean Monnet, Université Paris Sud/Paris Saclay, Sceaux, France

Florian LAVOYER, Infirmier, Responsable des services de soins et promotion de la santé, Bouguenais, France

Patricia PÂME, Médecin généraliste, Médecin de santé publique. Pôle Santé Atlans, Gentilly, France

RÉSUMÉ

Depuis la promotion fin 2012 de la « bienveillance » par la Haute Autorité de Santé, l'humanisation des soins à domicile reste un délicat sujet d'actualité. Pour pallier les difficultés d'encadrement et de suivi de personnels confrontés à un travail difficile, il est souvent proposé de mettre en place des groupes d'échanges de pratiques, mais avec peu de retours sur les modalités de mise en œuvre. En étudiant les récits et commentaires d'aides-soignantes à domicile de la ville de Bouguenais, tout au long d'une formation-action entreprise sur l'année 2017-2018, nous éclairons cette proposition théorique des écueils, étapes et découvertes d'une expérimentation concrète. Nous en retirons quelques points saillants comme l'importance de l'auto-observation, le rapport au temps, et le rôle du jugement dans les interactions avec les pairs et les patients, points que nous confrontons à la littérature sur le sujet.

Mots clés : qualité des soins, organisation du travail infirmier, qualité de vie au travail.

ABSTRACT

Since the French National Authority for Health first promoted the "ethics of caregiving" at the end of 2012, the humanization of home care remains a challenging topic. In order to handle the difficulties of managing a team of caregivers faced with strenuous work, practice exchange groups are often set up. However, there tends to be very little feedback on the implementation process. By studying the accounts and comments of caregivers in the town of Bouguenais throughout a training session undertaken in the year 2017-2018, we enrich this theoretical proposal with the pitfalls, stages, and discoveries of a concrete experiment. We draw some salient points such as the importance of self-observation, relationship to time, and the role of judgment in interactions with peers and patients, points that we back up with relevant academic literature.

Keywords: Quality of care, organization of nurses work, life quality at work.

Pour citer l'article :

Josset JM, Lavoyer F, Pâme P. Humaniser les soins par l'auto-observation et le partage de pratiques professionnelles. L'expérience d'une formation dans un Service de Soins Infirmiers à Domicile. Rech Soins Infirm. 2018 Dec;(135):55-9.

Adresse de correspondance :

Jean-marc Josset : jean-marc.josset@u-psud.fr

Remerciements

Cette formation a reçu le soutien de la Fondation de France.

INTRODUCTION

Les services de soins à domicile interviennent auprès de personnes fragilisées ou dépendantes. Il s'agit, le plus souvent, de personnes âgées, qui sortent d'une hospitalisation ou qui présentent un handicap ou une maladie chronique. Les relations entre ces personnes et les aides-soignantes peuvent être vécues difficilement des deux côtés, et provoquer dans certains cas des frustrations, des incompréhensions allant jusqu'à l'épuisement professionnel des soignants et des situations douloureuses pour les patients et les aidants familiaux. Comme le note le rapport d'une mission ministérielle sur le sujet en 2011 (1) : « Beaucoup reste à faire pour identifier et reconnaître les sources d'inconfort et de conflit et réfléchir en équipe sur leurs possibles améliorations. »

Une piste de réponse est évoquée par R. Moulias dans un éditorial de la revue *gérontologie et société* (2). Il insiste sur la nécessité d'une régulière observation des pratiques des équipes d'aides de soins à domicile : « ...savoir se remettre en question : rien n'est plus opposé à la bienveillance que la routine... les gestes automatiques ne sont plus réfléchis. ». Dans une recension cherchant à définir la bienveillance (3), N. Péoc'h évoque également une « vigilance¹ critique intemporelle (...) qui soumet « les vieilles habitudes », les « on a toujours fait comme ça » et les « vieilles choses » à une interrogation constante de nos croyances, de nos attitudes, de nos comportements, de nos pratiques professionnelles... ».

Mais, pour reprendre les expressions de ces auteurs, comment détecter ces « vieilles habitudes », ces « gestes automatiques » qui, par définition ne sont « plus réfléchis » ?

Pour répondre à cette question, la « formation-action »² qui fait l'objet de cette étude consistait à associer à la mise en place d'un groupe de partage de pratiques une formation des participants à une méthode d'auto-observation de leurs activités professionnelles. Ce sont les effets combinés de ces deux propositions, l'une collective (le groupe) et l'autre individuelle (l'auto-observation) que nous avons étudiés dans cet article.

¹ En psychologie cognitive, la vigilance (ou « attention soutenue ») « renvoie à un état de préparation mentale qui va permettre de détecter et de réagir à différents changements de l'environnement » (4).

² Puisqu'il s'agit d'une formation intégrée à une activité professionnelle avec un apprentissage avant tout pratique, visant à améliorer la capacité à agir des participants.

MÉTHODOLOGIE

La formation que nous avons étudiée concernait l'ensemble de l'équipe du Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - soignants et administratifs - de la ville de Bouguenais pendant l'année 2017-2018 (14 personnes). Les objectifs de cette formation étaient de préciser les difficultés rencontrées dans la relation de soins et de chercher les mécanismes de soutien au sein de l'équipe par le développement des compétences psychosociales des participants tout en travaillant les questions de la cohésion et de la qualité de vie au travail. Cette formation s'est déroulée en deux parties : une première session entre septembre et décembre 2017 et une deuxième, de janvier à mars 2018.

L'équipe était composée de l'assistante administrative, de l'infirmière coordinatrice, du responsable du service et des 11 aides-soignantes, toutes des femmes, travaillant dans le service depuis 2008 pour les plus anciennes (trois personnes) et généralement depuis plus de cinq ans. Les âges des participants variaient de 29 ans à 59 ans.

La formation s'est appuyée sur deux propositions combinées :

- (i) des exercices visant à développer une attention soutenue et détendue des participants, leur permettant une auto-observation de leurs pratiques et de leurs ressentis pendant leur activité professionnelle³.
- (ii) un partage de ces observations entre les participants sous la forme de réunions encadrées par un animateur expérimenté en la matière.

Le corpus étudié ici est constitué de trois sources :

- (i) les commentaires et récits (écrits) des participants à la formation (20 pages).
- (ii) le « journal de bord de la formation » : il s'agit d'un compte rendu des huit réunions de formation réalisées par les participants à tour de rôle (entre une et trois pages par réunion).
- (iii) la retranscription intégrale de la réunion de synthèse clôturant la formation (1h30 environ, 20 pages).

Ce contenu a fait l'objet d'une analyse qualitative s'appuyant sur des techniques de codification textuelle avec comme catégories principales : (i) la formation (les exercices, le temps de formation, le groupe), (ii) les rapports avec les collègues (coordination, entraide, comparaison), (iii) les personnes soignées (techniques de soins, qualité de la relation, ressentis), et (iv) les autres difficultés exprimées (fatigue, temps, stress).

³ Sur l'attention et comment la développer voir L. Léger (4) et P. Pâme (5)

Humaniser les soins par l'auto-observation et le partage de pratiques professionnelles. L'expérience d'une formation dans un service de soins infirmiers à domicile.

RÉSULTATS

■ La création d'un collectif

Le rapprochement entre collègues, attesté par l'augmentation des interactions avec les autres personnes effectuant la formation est une des premières choses relevées par de nombreux participants.

C'est, tout d'abord, avoir passé du temps ensemble : « du temps de rencontre ». Puis vient l'expérience commune : « les séances ont rapproché l'équipe ». Pour plusieurs personnes, c'est à partir de ce moment-là que se crée un cadre permettant de se dévoiler, de découvrir (« un peu ») les autres, de « prendre conscience que chacun a son propre ressenti ». Cette étape est apparue ici comme une condition nécessaire à la mise en place d'un esprit permettant un échange positif de pratiques. Ceci en opérant une bascule d'une attitude de jugement (fermée) vers de la curiosité (ouverte).

On relève ensuite dans les commentaires, des références à des échanges advenus hors des temps de rencontre formels - la pause méridienne, par ex. - « discuter des techniques par la suite », qui confirme que le contenu de la formation a débordé du seul cadre des réunions.

■ Des interprétations qui rendent aveugles

« Je me suis rasé la barbe complètement et mon épouse, elle n'a rien vu ». Même si elle n'est pas directement liée aux relations avec les patients, cette observation est l'une des principales « surprises » relatées par les participants qui ont commencé l'observation de leur vie quotidienne. Les participants soulignent aussi les erreurs d'interprétation qu'on peut faire, par exemple sur ce que l'autre ressent : « On était plusieurs à avoir une perception très différente de celle qu'avait M. en réalité dans ce rôle-là ».

Ce « piège » de l'interprétation est également illustré lors de la réunion de synthèse par un participant qui rappelle une situation pour laquelle la solution qu'il cherchait se trouvait « sous son nez ». « Comme quoi, t'es bien obnubilé que sur un objet... ».

■ Des jugements qui empêchent l'échange

Les participants notent également que l'observation, quand elle a lieu, est bloquée par les jugements : « qu'est-ce que vont penser les autres ? », « on sait très bien qu'il y a des jugements ».

Cet aspect inhibant de la considération de ses actions est illustré par une autre personne qui constate qu'elle « prend trop de temps (pour faire les soins d'un patient) par rapport aux collègues » et qui conclut abruptement : « je m'y prends

pas bien ». Dans cette posture, l'échange avec les pairs, au lieu de lui permettre une amélioration, devient un problème supplémentaire : la comparaison « ça me stresse ».

En conséquence de quoi, apparaît le besoin d'une justification permanente : « le fait de justifier tout le temps... J'y pense quand je commence à partir ».

A *contrario*, les participants ont observé que c'est en suspendant le jugement, et en particulier celui lié à l'image de soi, que le changement devient possible : « ça ne veut pas dire que comme on fait, c'est négatif. Je trouve que c'est une grande qualité que d'être capable de se questionner et d'être à l'écoute de comment on fait les choses ».

La curiosité alors se développe et devient une aide précieuse que décrivent de très nombreux commentaires : « la curiosité devient un outil, la curiosité de comment les choses sont vécues devient un excellent outil pour peut-être les charger un peu moins ». « Quand je vois certaines façons de faire quand on est ensemble, je me dis : tiens je ne le fais pas, mais c'est pas bête », « on apprend tous les jours ». « On apprend des autres » conclut une participante.

Abordons à présent un deuxième temps de la formation. Une fois posées les bases d'une observation et établi un esprit collectif, au fur et à mesure des réunions, les remarques des participants se sont faites plus pointues sur plusieurs aspects de leur vécu professionnel : le rapport au temps et la relation à la dépendance des patients.

■ La perception du temps

Sous différentes formes, le rapport au temps est une composante importante du mal-être professionnel et a été largement étudié depuis les années 1950 de même que la diffusion du néo-taylorisme dans les différents milieux professionnels. En ce qui concerne les personnels de soin, on peut relever trois aspects : une obsession du temps, un activisme débordant, et la nécessité de temps de désengagement entre deux activités (6). On retrouve dans les commentaires des participants ces trois dimensions, ainsi que l'apparition de stratégies nouvelles pour mieux les gérer.

Notons tout d'abord que dans les trois matériaux, le temps apparaît comme une référence permanente. Par exemple, dans la retranscription de la réunion de synthèse, quand une participante parle d'une difficulté de soin elle dit : « je prends trop de temps » de même qu'une autre indique que « le temps ce n'est pas forcément un problème » et encore une autre pour qualifier les soins « soit trop long, soit pas assez long... ». Les aides-soignantes décrivent toutes une poursuite épuisante du temps : « pour cadrer au mieux » à une organisation quotidienne contrainte.

Le cadre perçu est donc celui d'activités incessantes rythmées par l'écoulement toujours trop rapide d'un temps fuyant.

En se basant sur les techniques de détente proposées, les participants ont évoqué plusieurs manières de se sortir de cette situation : la première est de remplacer un temps perçu « extérieur » par une « référence interne » : par exemple, « se baser sur sa respiration », ou encore : « ne pas accélérer ma cadence mais être plus dans les gestes... ».

Une deuxième piste évoquée est celle d'un « retour au présent », la pression étant souvent perçue comme une référence systématique au futur, à ce qu'il y a encore à faire « après ».

Un autre aspect de la relation au temps, concerne l'importance ressentie d'un temps commun : avoir « du temps de rencontre » avec les collègues, et encore « c'était intéressant d'avoir des temps où on pouvait être à échanger ».

Sont enfin évoqués les « temps interstices » entre deux interventions. Souvent pleins de ruminations sur ce qui vient de se passer ou sur la suite, ces moments peuvent être mis à profit pour se détendre, « (avec l'attention) le trajet en voiture paraît plus court ».

■ Un nouveau point de vue sur l'autre

La relation entre aides-soignantes et patients est complexe par les attentes et les interprétations des deux parties : pour le patient, l'aide-soignante est investie d'une partie du rôle de médiateur associé au personnel soignant et, à ce titre, il peut lui exprimer du ressentiment aussi bien que de la reconnaissance. La soignante, de son côté, cherche à trouver la « bonne distance » entre une empathie qui peut mener à une relation de dépendance affective et une insensibilité parfois nécessaire à l'accomplissement de ses services.

Pour les aides-soignantes, être consciente de (l'inévitable et parfois négative) image que l'on a du patient et ne pas y rester collée permet de « voir aussi la personne ». Il s'agit aussi d'accepter la nature particulière de la relation de soin : sans nier les ressentis réciproques « ce qu'il me fait, ce que je lui fais », sans tomber dans la responsabilité ou la culpabilité : « le patient a besoin de moi, mais je ne suis pas la cause de ses problèmes ».

Plusieurs soignantes constatent que se recentrer, prendre le temps avant d'entrer dans la chambre d'un patient et lâcher les points de vue et les images antérieures permet de faire la place à parfois « de bonnes surprises ». Enfin, rester vigilant sert aussi à « ne pas être perturbé par ce qui s'est passé avant ».

DISCUSSION

Les différents commentaires et ressentis des aides-soignantes vont dans le sens de la littérature, à la fois des sciences cognitives expérimentales (psychologie expérimentale,

économie comportementale) mais aussi d'autres formes d'études utilisant l'observation de terrain (sociologiques et ethnographiques), bien que l'on fasse rarement référence à ces deux approches conjointement.

Ainsi, les « surprises » liées à l'observation rejoignent les travaux, largement repris et développés, des psychologues D. Simons et C. Chabris (7) sur la cécité attentionnelle et leur célèbre expérience du « gorille invisible »⁴.

En ce qui concerne le rapport au temps évoqué par les aides-soignantes, on peut de nouveau citer P. Molinier (6), qui constate que cet activisme est de fait, une forme classique de défense psychologique dans le secteur du soin. L'auteur note aussi que l'attitude « la tête dans le guidon » pose plutôt le risque de renforcer les problèmes d'interaction avec les patients.

Sur les rapports complexes entre soignants et patients, on rapprochera les commentaires relevés de plusieurs travaux de L. Causse (8). Par exemple à propos d'aides-soignantes qui ont « dû opérer un retour sur soi... », on trouve cette remarque qui n'est pas sans écho avec ce que disent les soignantes du SSIAD de Bouguenais : « Elles ont fait l'expérience que la responsabilité envers l'autre ne passait pas tant par la négation de soi que par la reconnaissance réciproque des désirs et des subjectivités impliquées. Les relations nouées pouvaient alors se transformer en espace de rencontre ».

CONCLUSION

La formation-action réalisée par le SSIAD de Bouguenais, a permis de constater certaines étapes et conditions pour la mise en place d'un groupe de partage de pratiques professionnelles. Ainsi, la création d'un collectif passe par la prise de conscience du ressenti des autres, la vigilance passe par l'observation de sa propre cécité aux habitudes, le partage de pratiques n'est possible que par la suspension du jugement d'autrui. Ces conditions qui ne surprendront pas les psychologues⁵ sont pourtant rarement évoquées dans les nombreux articles qui appellent, de manière un peu invocatoire à la « bientraitance » des personnels de soin. Dans cette approche pratique, on peut peut-être trouver une réponse aux deux écueils relevés par R. Moulias et ses co-auteurs (2) « se proclamer bien-traitant comme moyen de déni de la malveillance, ou culpabiliser et démotiver les équipes devant un but jugé inaccessible ».

⁴ Il s'agissait de compter les passes d'un ballon de basket entre des joueurs (attention sélective) : plus de 70 % des personnes ayant effectué ce test n'ont pas remarqué un personnage déguisé en gorille qui passe plusieurs fois devant la scène.

⁵ Par exemple, T. Singer note l'importance de l'auto-observation comme préalable à un travail sur l'empathie « un entraînement au développement de l'empathie devrait commencer par l'apprentissage de la reconnaissance et de la compréhension des états émotionnels et corporels » (9).

Humaniser les soins par l'auto-observation et le partage de pratiques professionnelles. L'expérience d'une formation dans un service de soins infirmiers à domicile.

DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

Références

1. Bressand M, Chriqui-Reinecke M, Schmitt M. Promouvoir la bientraitance dans les établissements de santé [En ligne]. Paris: Ministère du travail, de l'emploi et de la santé; Février 2011. [cité le 1 octobre 2018]. Disponible: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000097/index.shtml>
2. Moulias R, Moulias S, Busby F. La « bientraitance » : qu'est-ce que c'est ? *Gerontol Soc.* 2010 Jun;33(133):10-21.
3. Péoc'h N. Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques. *Rech Soins Infirm.* 2011 Jun;(105):4-13.
4. Léger L. L'attention. Paris: Dunod; 2016. (Les Topos).
5. Pâme P. Développer l'empathie pour soi. [Mémoire du DIU « soigner les soignants »]. Paris, Toulouse: Facultés de médecine de Paris 7 et Toulouse 3; 2016.
6. Molinier P. Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care : perméabilité ou clivage ? *Temporalités.* 2009;(9):1-14.
7. Simons DJ, Chabris CF. Gorillas in our midst: sustained inattention blindness for dynamic events. *Perception.* 1999;28(9):1059-74.
8. Causse L. Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amours contradictoires et réversibles. *Nouvelle revue de psychosociologie.* 2008 Nov;(6):85-105.
9. Singer T. L'empathie et le cortex insulaire. Dans: Ricard M, Singer T, directeurs. *Vers une société altruiste.* Paris: Allary Editions; 2015. p.53-4.