

# Module 1

## 1. Définissez les mots/expressions

- 1. Représentation sociale.
- 2. La standardisation des procédés de travail.
- 3. La standardisation des qualifications.
- 4. L'Adhocratie.

## 2. Résumé de texte

Résumez le texte ci-joint depuis le début jusqu'à « Enquête de terrain » (non compris) en 480 mots + ou - 10%.

## 3. Commentaire de texte

Commentez cette phrase : « Ainsi, les infirmières apparaissent aux yeux d'un observateur, comme étant de simples exécutantes, consciencieuses, s'appliquant à l'acte de soin mais négligeant, consciemment ou non, leur rôle propre. »

### Texte support du travail

Revue professionnelle : Soins cadres. Vol. 18 - N°71. P. 23-27. Août 2009.

#### Du processus de construction identitaire des professionnels infirmiers

*CHEREL Sophie cadre de santé.*

Dans les unités de soins, il est courant d'entendre les infirmières se plaindre de ne pas avoir suffisamment de temps auprès du patient et de subir une charge en soin lourde. Les pratiques soignantes deviennent de plus en plus instrumentalisées et centrées sur les actes de soins à effectuer d'une chambre à une autre. Ainsi, ces rituels quotidiens peuvent nous donner l'impression que le souci permanent des soignants est de ne jamais se laisser déborder par leurs actes techniques et organisationnels, laissant alors peu de place aux soins relationnels. Cependant, la normalisation et la standardisation des tâches quotidiennes peuvent avoir des effets délétères sur le « prendre soin ». En effet, le soin peut alors se banaliser et s'éloigner des valeurs fondamentales qui régissent pourtant notre métier de soignant. Ainsi, les infirmières apparaissent aux yeux d'un observateur, comme étant de simples exécutantes, consciencieuses, s'appliquant à l'acte de soin mais

négligeant, consciemment ou non, leur rôle propre. À force de vouloir tout organiser et tout prévoir afin de pouvoir faire dans le temps imparti, n'oublions-nous pas le sens de ces actes quotidiens ? L'optimisation du temps et de l'organisation est certes important dans un service de soins, et cela en raison des nombreux intervenants qui interagissent entre eux. Cette façon de travailler méthodique et planifiée que le personnel soignant a progressivement adoptée est certainement rassurante face aux lourdes responsabilités qui lui incombent. Cependant, cette maîtrise des soins et des risques peut parfois nous faire oublier que le patient est une personne avec une histoire de vie et un vécu singulier de la maladie. Le manque de temps et la crainte de l'erreur ne seraient-ils pas responsables d'un refuge du soignant dans la tâche ? Les actes de soins techniques sont-ils plus importants dans l'activité de soins car ils nécessitent moins d'investissement émotionnel ? Qu'il soit technique ou de base, la complexité du soin infirmier réside dans l'attention portée à autrui et dans la quête du sens que cela implique.

Pourtant, quelles que soient les missions des acteurs de soins, tous ont la volonté de faire et de bien faire leur travail. Cette volonté de prendre soin du patient est indéniable et pourtant, dès lors que l'on se positionne comme observateur, on s'aperçoit que les soignants peuvent parfois être en contradiction avec leurs valeurs professionnelles initiales. Le prendre soin perd alors progressivement sa place au détriment des actions de soins. Pourtant, les soignants semblent avoir conscience de cette réalité si l'on prend en compte leurs plaintes et leurs remarques quotidiennes.

Dès lors, pourquoi les soins techniques prennent-ils autant de place dans l'activité de soins des infirmières à l'hôpital aujourd'hui ?

### ***L'histoire de la profession infirmière, une influence sur les pratiques soignantes actuelles ?***

Dans son ouvrage, Véronique Leroux-Hugon [1] explique la genèse de la profession infirmière et démontre ainsi dans quelle mesure le sort des infirmières actuelles reste marqué par les conditions de leur émergence il y a cent ans. En effet, le carcan trop pesant des institutions politiques et médicales à cette époque, renforcé par des conditions de vie difficiles, explique ce silence, une apparente résignation et une fuite dans une routine contraignante.

Un siècle après, nous retrouvons, toutes proportions gardées, des caractéristiques socioprofessionnelles similaires : prépondérance féminine, pouvoir médical et subordination. Ainsi, l'histoire pèse de tout son corps sur la construction de l'identité professionnelle de l'infirmière et interfère aussi insidieusement sur le dévoilement du soin infirmier dans toutes ses dimensions. La profession d'infirmière semble toujours hésitante, en quête de reconnaissance et de légitimité malgré des années d'engagement dans un processus de professionnalisation.

### ***Prendre soin à l'hôpital aujourd'hui, un défi à relever ?***

Walter Hesbeen [2] évoque l'urgence de rendre au mot « soin » tout son sens : il différencie « *faire des soins* » et « *prendre soin* ». C'est cette différence qui peut aider le soignant à inscrire son action dans une orientation porteuse de sens et aidante pour la personne soignée. Selon lui, sa santé ne peut être confondue avec l'absence de maladie ou le retour à une norme scientifiquement établie. Cela nécessite donc de faire évoluer les représentations que les soignants ont de la santé afin de ne pas limiter le soin à une seule signification. Les sens qui seront donnés à la vie, à la santé et au soin seront déterminants car ils serviront de fondement de l'action des soignants. Toujours selon

l'auteur, le soin, lorsqu'il est orthographié au singulier, désigne l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui et pour lui. Ainsi, l'expression « *prendre soin* » n'est pas à confondre avec celle de « *faire des soins* ». Pour Walter Hesbeen, « *prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* ». L'objectif est bien de venir en aide à un tiers, à un « *corps-sujet* » ce qui diffère de vouloir venir en aide en attribuant uniquement le patient à un « *corps-objet* ». Quel que soit le contexte, être soignant relève fondamentalement d'une intention profondément et généreusement humaine, concrétisée par le respect d'autrui et par des actions pensées et créées pour tenter de venir en aide à une personne. La formation actuelle des étudiants en soins infirmiers et l'organisation ont, hélas, tendance à orienter le soin principalement vers des actions objectives, centrées sur « *le corps-objet* ».

### ***Le temps, un atout pour prendre soin ?***

Selon le journaliste Jean-Louis Servan-Schreiber [3], le temps peut se définir en ce qui mesure une transformation : « *Le temps est une ressource démocratique, la différence vient de l'usage que l'on en fait* ». Pour ce dernier, dans la postmodernité, « *seul le temps du faire, de l'agir est pris en compte dans notre pratique quotidienne, celui de la réflexion - avant et après - s'est volatilisé* ». Ainsi, cette course à la productivité que les acteurs sociaux connaissent actuellement, tant dans leur vie personnelle que professionnelle, influence les pratiques et les comportements. Cette quête continuelle de l'efficacité d'action dans l'immédiateté semble ainsi interférer sur le prendre soin. Aujourd'hui, avoir le temps semble être devenu un privilège dans une situation de soin. Cependant, bien que le temps est, et restera toujours une dimension subjective, tellement dépendante de l'acteur et de la situation qu'il vit à un moment donné, nous devons rester vigilants sur le sens et les priorités que nous accordons à l'activité de soins. En effet, cela nous permettrait peut-être de prendre soin et d'éviter ainsi une confusion, parfois trop répandue, entre la finalité et les moyens de l'action des professionnels de santé. Aujourd'hui, la priorité des infirmières est de parvenir à "prendre" le secteur de soins qui leur est attribué dans sa globalité et dans le temps imparti. La notion de responsabilité étant aussi une forte préoccupation, celles-ci souhaitent prioriser les soins prescrits d'ordre technique avant ceux relationnels. Le temps nous apparaît ainsi comme étant irrémédiablement un facteur qui influence le prendre soin. Est-ce l'unique raison ? L'organisation hospitalière et des unités de soins ne peut-elle nous permettre de l'optimiser au mieux ?

### ***L'organisation dans les institutions hospitalières, garante du prendre soin ?***

L'organisation au sein de l'hôpital est certes complexe, mais est-ce une raison suffisante pour expliquer la négligence du prendre soin que nous pouvons parfois observer ?

Si les analyses du secteur hospitalier rapprochent souvent l'organisation de l'hôpital au modèle organisationnel qu'Henry Mintzberg [4] nomme la « *bureaucratie professionnelle* », l'hôpital peut également refléter les traits d'une configuration bureaucratique, missionnaire, ou encore, adhocratique.

Le personnel soignant d'un hôpital est principalement constitué d'infirmières, d'aides-soignants et de médecins. Ces derniers possèdent une expertise très pointue sur laquelle l'institution hospitalière s'appuie pour organiser leur travail. C'est ce qu'Henry Mintzberg appelle « *la standardisation des qualifications* ». Cette reconnaissance de

compétences par l'institution donne aux médecins une autonomie dans la conception et la réalisation des actes médicaux. Cela génère trop souvent un esprit individualiste et s'accompagne aussi d'un système de pouvoir souvent décentralisé. Si ces derniers ont une grande autonomie dans l'organisation, le personnel soignant est hélas trop fréquemment réduit à une mission simple : celle d'assurer les soins prescrits par le médecin se caractérisant principalement par des actes de soins techniques. Le travail des soignants se coordonne ainsi, principalement, par ce que Henry Mintzberg appelle la « *standardisation des procédés* » : le travail est réalisé dans le respect de règles et de procédures définies par les gestionnaires.

Aucune position d'acteur ne peut être comprise si elle n'est pas mise en regard des positions des autres acteurs, d'une part, et de ce qu'est le système dans lequel cet acteur évolue et qu'il contribue à produire, d'autre part. Ainsi, analyser les jeux des acteurs et identifier leurs stratégies dans l'organisation hospitalière paraît indispensable pour approfondir la réflexion. Sous le poids des différentes contraintes, les relations entre soignants se structurent en des formes stables et répétitives que Michel Crozier et Erhard Friedberg [5] appellent « *les jeux organisationnels* ». Dans ces derniers, il existe des bénéfiques secondaires, ces jeux satisfaisant des motivations profondes, inavouables, pour chacun des partenaires. Chaque acteur est alors considéré comme un être stratégique qui cherche à satisfaire ses propres besoins. Sa stratégie lui est propre ; elle est dite rationnelle car l'acteur agit selon sa propre logique et lui seul sait pourquoi il agit de la sorte. Néanmoins, cette rationalité est dite « *limitée* » car l'acteur agit en ajustant les moyens aux finalités et que l'environnement peut lui faire choisir, non pas la meilleure solution dans l'absolu, mais la moins mauvaise en fonction du contexte. Ainsi, les infirmières sont amenées à faire des choix dans leur activité de soins en se saisissant des opportunités qu'elles perçoivent, et c'est cette relative liberté de réponse à des situations changeantes qui leur donne du pouvoir.

Ces différentes réflexions montrent ainsi que, même dans des situations de dépendance et de contraintes, l'homme ne les subit pas passivement et qu'il est capable de jouer activement sur elles. Les auteurs insistent sur le fait que les acteurs sont des « *êtres de liberté* », même si leur position où la pression des règles et du temps limitent parfois cette liberté. Ainsi, chaque soin réalisé par l'infirmière s'inscrit dans un système et ne peut être réduit à un seul fait ponctuel analysé au travers de l'observation du contexte organisationnel. Il s'inscrit bien au-delà, dans une dimension systémique. Il apparaît ainsi que « *les pressions de production de soins* » que nous rencontrons aujourd'hui dans les organisations hospitalières ne peuvent alors expliquer à elles seules la priorisation des soins techniques des infirmières au cours de leur exercice.

Il est courant de décrire le travail infirmier comme étant tiraillé entre trois grandes fonctions : les actes techniques et d'hygiène, le travail relationnel et la fonction d'organisation et d'administration. Ces fonctions se télescopent et s'entremêlent au cours d'une journée de travail. Elles sont aussi différemment reconnues et valorisées par les infirmières elles-mêmes, les médecins, la hiérarchie et les patients. Ainsi, la profession infirmière et les pratiques soignantes qui en découlent apparaissent comme étant fortement marquées par la question de l'identité professionnelle.

### ***Enquête de terrain***

Une enquête de terrain nous a paru indispensable pour approfondir nos réflexions afin de tenter d'identifier quels sont les enjeux organisationnels, identitaires et professionnels qui conduisent les infirmières à avoir de plus en plus une activité instrumentale dans les unités de soins.

Méthodologie. Pour cette recherche, nous avons choisi la méthode hypothético-déductive afin de vérifier notre hypothèse : la réalisation des actes techniques permet aux infirmières de se sentir valorisées.

Nous avons ainsi interrogé des infirmières issues respectivement de différents services de soins d'un centre hospitalier et avons réalisé une analyse catégorielle des données recueillies.

Analyse et résultats. Au travers de nos analyses, nous pouvons dire que la mise en exergue des soins techniques, dans l'activité de soins des infirmières, s'explique notamment par le biais d'une problématique d'identité professionnelle et qu'elle n'est pas, contrairement aux représentations courantes, essentiellement liée à l'organisation.

Les sciences humaines s'accordent pour dire que tout individu construit son identité en se référant à des images parentales, en s'appuyant sur les coutumes de sa culture d'origine et de son milieu socioprofessionnel. Selon Alex Mucchielli [6], l'identité est un ensemble de caractéristiques, de représentations qui permettent de définir expressément un objet.

Notre recherche nous a permis de mettre en évidence l'existence de deux processus de construction identitaire chez les professionnels infirmiers. Ces derniers évoluent en parallèle l'un et l'autre. Nous avons choisi de les nommer ainsi : « *être une bonne infirmière* » et « *faire l'infirmière* », l'un de ces deux processus pouvant dominer l'autre.

Selon Alex Mucchielli, l'identification a deux sens. Il parle de « *l'identification d'autrui* » quand l'individu, dans son environnement social, cherche à repérer chez autrui des informations qui lui permettent de réduire l'incertitude, de ramener l'inconnu vers le connu. Puis, de « *l'identification à autrui* », quand l'individu assimile un aspect, un attribut, une propriété de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci. Ainsi, l'étudiant en soins infirmiers va progressivement se construire une identité professionnelle en fonction de sa propre « *grille de décodage et de perception* » qu'il aura incorporée lors de sa formation. La formation professionnelle dans laquelle l'étudiant va pénétrer constitue la première phase du premier processus de construction identitaire (« *être une bonne infirmière* »). Ce processus va continuer à s'affirmer et à se réaliser en se confrontant aux réalités professionnelles et environnementales de l'hôpital. L'identité n'est pas une chose figée ; elle se façonne progressivement et se réorganise sans cesse. Elle cherche à s'affirmer et à se réaliser selon les modalités permises par son environnement.

Toutefois, cette confrontation à la réalité hospitalière va engendrer la construction du second processus identitaire (« *faire l'infirmière* ») afin de pallier les difficultés rencontrées. Il y aura alors une oscillation permanente entre ces deux processus identitaires. L'orientation identitaire de l'infirmière sera dépendante de l'environnement organisationnel mais aussi groupal. Cependant, cette double identité est source d'une tension identitaire pour l'infirmière constamment confrontée à un paradoxe : conjuguer avec son idéal infirmier et la professionnelle de terrain que la réalité l'incite à être. Cette tension identitaire s'exprime au travers de plaintes organisationnelles et temporelles.

Au cours de ce travail de recherche, nous avons pu aussi constater que lorsque les infirmières sont dans le premier processus identitaire, elles sont dans une volonté de prendre soin dans leur pratique quotidienne. À l'inverse, lorsqu'elles sont dans le

second, elles sont principalement centrées sur les actes de soins et sur « *l'avoir soin* » qui se traduit essentiellement par des relations de soins simples auprès des patients et de leurs familles.

Comme le rappelle Bernard Honoré [7], le soin ne désigne pas seulement un acte ou une action ; il signifie aussi une préoccupation, une manière d'agir à l'égard de l'autre. Cette sollicitude concerne l'autre en son existence. Aujourd'hui, il est hélas fréquent que, dans la routine quotidienne, nous passions à côté de l'autre pendant une situation de soins sans penser que nous coexistons. Nous adoptons ainsi, trop souvent, des comportements stéréotypés en lien avec nos représentations.

Au travers de nos analyses portant sur l'organisation institutionnelle, nous avons mis en évidence que les infirmières disposent de peu de liberté dans leur exercice professionnel. En effet, elles apparaissent la plupart du temps comme « *happées* » par une charge en soins lourde. De plus, la configuration bureaucratique de l'hôpital ne favorise aucunement cette liberté de pratique. « *La zone d'incertitude* » des infirmières, définie par Michel Crozier, s'avère ainsi peu importante puisqu'elles sont en effet majoritairement dans une relation de subordination avec les médecins. La centration sur les actes techniques des infirmières ne s'avère pas essentiellement liée au contexte organisationnel mais aussi à des jeux stratégiques entre les différents acteurs de soins afin que chacun en tire bénéfice. Celui, inavoué des infirmières, est la recherche d'une valorisation de leur pratique.

La reconnaissance professionnelle se manifeste aussi au travers d'un jugement posé sur l'activité du salarié, sur son investissement personnel et son engagement. C'est un jugement exprimé, ressenti et vécu par les différents acteurs en milieu de travail. Ainsi, selon Christophe Dejourn [8], la reconnaissance va alors porter sur le « *faire* » et passe en ce cas par deux grandes formes de jugement : « *le jugement d'utilité* » et « *le jugement de beauté* ». Les infirmières ont alors tendance à privilégier les actes de soins techniques car elles ont non seulement une représentation valorisée de ces actes mais aussi parce qu'ils sont plus facilement reconnus par les différents acteurs de soins (pairs, médecins, hiérarchie).

Les manifestations de reconnaissance, traduisant ainsi leur légitimité et leurs valeurs professionnelles, peuvent probablement permettre un renforcement du processus de construction identitaire « *être infirmière* » et par conséquent du prendre soin.

### **Conclusion**

Au regard des différentes réflexions et analyses réalisées, nous avons mis en évidence que la priorisation des actes de soins techniques par les infirmières ne serait pas essentiellement liée à des causes temporelles et organisationnelles. Nous avons mis en exergue l'existence de deux processus identitaires - « *être une bonne infirmière* » et « *faire infirmière* » - engendrant une tension identitaire qui s'exprime au travers de plaintes chez les professionnelles. De plus, les actes de soins techniques s'avèrent un moyen plus efficient de valorisation que les soins relevant du rôle propre en raison d'indicateurs d'évaluation établis au préalable. Ils favorisent ainsi plus aisément une reconnaissance des autres acteurs de santé.

Ainsi, force est de constater que la valorisation et la reconnaissance des actes de soins relevant du rôle propre s'avèrent indispensables pour favoriser et pérenniser le prendre soin du patient. La volonté ne peut à elle seule porter ce qui fait le cœur de notre

métier de soignant, prendre soin d'une personne malade dans la singularité de son existence.

### **Précision**

Article élaboré à partir d'un travail de recherche de l'auteur dans le cadre de sa formation cadre de santé au Grefops de Rennes en 2009.

### **Références**

- [1] Leroux-Hugon V. *Des saintes laïques. Les infirmières à l'aube de la Troisième République*. Paris : Sciences en situation, 1998.
- [2] Hesbeen W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson, 1997.
- [3] Servan-Schreiber J. C. *Le nouvel art du Temps*. Paris : Albin Michel, 2000.
- [4] Mintzberg H. *Le management. Voyage au centre des organisations*. Paris : Édition d'Organisation, 2<sup>e</sup> édition, 2004.
- [5] Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, Points Essais, 1992.
- [6] Mucchielli A. *L'identité*. Paris : PUF, Que sais-je ?, 5<sup>e</sup> édition, 2003.
- [7] Honoré B. *Soigner. Persévérer ensemble dans l'existence*. Paris : Seli Arslan, 2001.
- [8] Dejourn C. La reconnaissance au travail. *Sciences Humaines*, 2002 ; 131.



#### **Explication sur le choix de l'article**

C'est un article paru dans la revue professionnelle « soins cadres août 2009 ». C'est une invitation à vous informer sur ce qui s'est passé depuis la parution de cet article, plus particulièrement :

- . Mise en œuvre en septembre 2009 du nouveau référentiel de formation infirmier ;
- . Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- . Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux.

Ces textes législatifs vous seront utiles pour travailler le commentaire de texte inclus dans ce travail n°1.

Vous devez considérer la connaissance de ces textes comme des prérequis pour vous présenter au concours d'entrée en IFCS.

### **Propositions et axes de correction du module 1 page 49**