

Le sens du soin à l'épreuve de la réflexivité du soignant

À l'issue d'un parcours de 32 ans comme infirmier dans un centre hospitalier, c'est sur l'existence entre 2003 et 2008 d'un groupe de réflexion entre pairs que nous revenons, en analysant l'expérience de ce groupe de parole et ses effets sur la professionnalisation de soignants.

Cette recherche (Cottier, 2019) porte sur les interventions, dans ce groupe, d'infirmiers et d'aide-soignants. S'exprimer sur le rôle relationnel de soignants demande d'en cerner tous les contours, depuis le soin jusqu'aux dimensions de l'organisation. Il s'agit de montrer la complexité de comprendre et de réaliser ce rôle relationnel à certains moments : le malade atteint d'une maladie grave, le malade très douloureux, le malade en soins palliatifs, la difficulté de dialoguer avec les autres acteurs du soin sont des exemples de ce travail émotionnel, cognitif et éthique du soignant.

Le rôle relationnel s'avère un rôle difficile si la finalité est d'intégrer ce geste à toute une dimension unique et humaine alors qu'il peut s'en éloigner gagné par la performance technique au détriment du prendre soin ensemble.

La problématique de cette recherche est de se demander de quel côté les soignants pourraient se tourner pour mieux comprendre et améliorer leur pratique, pour recevoir une aide à la fois cognitive, émotionnelle et motivationnelle. L'ambition de ce travail repose sur une hypothèse: pour prendre soin des autres, le soignant n'aurait d'autre recours que de se raconter dans des espaces propices à la prise de parole afin de soigner son travail, c'est à dire qu'il serait important de favoriser, sur le terrain d'exercice du soignant qui en éprouve le besoin, l'instauration d'une pratique réflexive et collective entre pairs tout au long de la vie professionnelle. En revisitant l'expérience du groupe de réflexion cité qui a développé un apprentissage informel, non académique, en complémentarité des formations initiale et continue, nous avons tracé plusieurs voies de recherche : s'intéresser à l'étude du quotidien en rencontrant les acteurs ; établir le lien entre les savoirs théoriques et les savoirs d'action dans l'apprentissage du métier de soignant ; penser la pratique comme nécessairement articulée à un travail d'analyse de la pratique qui fait émerger l'écart entre le rôle prescrit et le rôle réel ; montrer que le rôle relationnel rencontre le rôle des affects ; dire qu'un apprenant

Jean-Bernard Cottier

devient acteur de son parcours de professionnalisation en développant sa capacité d'apprenance et donc d'auto-formation.

À quelles conditions cet apprentissage par la pratique du métier serait-il alors possible et pour quels bénéfices ? Cette interrogation relevant de l'analyse de la pratique n'est pas nouvelle : ce qui pourrait être utile à la communauté soignante c'est de voir comment cette réalisation devient possible et pertinente dans un environnement particulier : un contexte plus transmissif que coopératif qui fait ressortir l'aspect improbable de ce groupe. Dans quelle mesure ce lieu - groupe de réflexion entre pairs sur l'accompagnement et les soins palliatifs, dans un service hospitalier de chirurgie viscérale - a-t-il pu être un lieu de professionnalisation ?

Nous y répondons grâce à un retour sur deux sources d'observation : les entretiens de 2018 avec des participantes à ce groupe (4 infirmières et 3 aide-soignantes) et les comptes rendus de 23 réunions écrits entre 2003 et 2008. Dans les comptes rendus, le sens est produit par les actrices qui se questionnent à partir de leur récit d'expérience et en tirent un enseignement. Nous avons ainsi montré comment l'identité professionnelle se constitue à partir d'un triple héritage : le vécu de la soignante, les relations qu'elle entretient avec tous les membres de l'équipe, les résultats de cette interaction. Notre propos n'est pas de faire une étude détaillée des comptes rendus mais les soignantes qui sont interviewées vont évoquer ces comptes rendus qui ont tenu une place dans l'existence du groupe de réflexion : que disent-ils du travail infirmier et de son apprentissage ? Comment apparaît le rôle relationnel à travers les situations évoquées ? Pourquoi peut-on dire qu'ils participent à la professionnalisation des participantes et des lecteurs ?

Cependant, des questions restent en suspens : comment les soignantes sont-elles en mesure de passer de la description d'expériences à une réflexion sur celles-ci qui témoigne d'une véritable recherche de transformation ? La formation des soignantes leur permet-elle d'accéder à ce statut ? La recherche s'appuie sur la rencontre de sept soignantes présentes entre 2003 et 2008 dans le service de chirurgie viscérale, en entretien individuel semi-directif : le nombre de leur participation au groupe de réflexion se situe entre 2 et 18. À partir des propos de chaque soignante, nous avons procédé à une analyse de contenu en trois temps : en distinguant les indications sur les faits, les ressentis, les réflexions (Lani-Bayle, 2006, p. 128-130). Ce qui est important c'est de chercher ce que les faits ont provoqué chez les soignantes, leurs ressentis, c'est à dire leur récit d'expérience ; vient enfin, à partir de leurs réflexions, le récit de formation pour prendre conscience de ce qu'elles en ont fait, c'est à dire l'espace de parole entre pairs.

En premier lieu, l'analyse du rôle relationnel permet plusieurs constatations : toutes les soignantes en reconnaissent l'importance mais la grande charge de travail et un déficit de communication entre partenaires à la relation de soin contribuent à amputer le rôle relationnel et crée inévitablement un contexte tendu. Pour les soignantes interrogées travailler en équipe ne signifie pas seulement être exécutante de prescriptions, il s'agit de traduire en acte le rôle propre infirmier et aide-soignant dans le domaine relationnel, rôle tourné vers la recherche de la santé, au-delà de la seule prise en charge physique du patient.

Toutes les soignantes disent manquer de temps et de lieu pour débattre autour des enjeux éthiques, pour comprendre les décisions médicales, pour comprendre la réticence à passer des soins curatifs aux soins palliatifs ou à entreprendre un traitement contre des douleurs rebelles ; elles soulignent l'écart entre le discours infirmier-aide-soignant et celui du médecin, ce qui rend difficile de donner une direction commune aux soins. Enfin, s'il existe une barrière entre chirurgiens et paramédicaux, la communication entre paramédicaux montre aussi à certains moments des faiblesses. En refoulant leurs émotions, des sentiments négatifs sur leur activité surgissent chez les soignantes : culpabilité, dévalorisation, colère, jusqu'à considérer le travail comme bâclé. La confrontation avec la réalité provoque chez les soignantes interrogations et découragement.

Ce questionnement et ce sentiment de mal-être créent chez les soignantes le besoin de s'exprimer dans un lieu de parole entre pairs en donnant lieu au récit de formation. La réflexivité est une méthode de réflexion en différé sur le propre travail de la professionnelle, en intégrant sa propre personne dans son sujet d'étude. C'est ainsi qu'on peut parler de pratique réflexive lorsque la praticienne prend conscience de sa manière d'agir et de réagir. La professionnalisation évolue en fonction de la réflexivité propre à chaque soignante. Il existe par conséquent des postures réflexives de différents niveaux ; il devient alors intéressant, quoique cela ne soit pas chose aisée, de s'appuyer sur des indicateurs qui permettent d'évaluer le niveau de réflexivité des participantes au groupe de réflexion.

Selon Jorro (2005), quatre postures représentent les attitudes des analysantes : retranchement, témoignage, questionnement, évaluation-régulation. La posture de retranchement est une posture par défaut qui dénote la peur du jugement de l'autre, la dévalorisation des savoirs d'expérience. L'actrice ne voit pas ce qui mérite l'intérêt d'être exposé au jugement de tous. Des soignantes peuvent douter de l'intérêt de partager leur activité ou de leur capacité à être en mesure de le faire.

La posture de témoignage est « une posture intuitive, sensible, qui tend à souligner que quelque chose échappe à l'acteur. Le praticien pressent l'importance d'une situation et entrevoit la nécessité d'un retour sur l'action mais reste démuné devant le travail de décryptage (...) Elle (la posture) marque l'acceptation du praticien à vouloir élucider une situation dans des conditions de recherche collective » (Jorro, 2005, p. 5). Le témoignage est une attitude d'ouverture malgré l'incompréhension d'une situation.

Ensuite, par la posture de questionnement la praticienne ose se poser en tant que praticienne réfléchie et réflexive : elle se questionne, elle revient en pensée sur une pratique, elle est gagnée par une volonté de comprendre par et sur l'action.

Pour oser se questionner, il faut sans doute du temps et un climat favorisant la naissance de compétences relatives à la problématisation et à l'analyse de la pratique. L'entrée dans le processus d'analyse de la pratique dépend de la manière dont la praticienne éprouve la situation, ce que Jorro (2005, p. 6-7) appelle « les formes auto-évaluatives ». La praticienne qui expose son point de vue s'exprime avec ses manières de dire et de ressentir la situation qu'elle a vécue et celle qu'elle est en train de vivre collectivement en situation d'analyse. Des « formes auto-évaluatives » négatives, marquées par des contradictions, des faux-semblants, des images idéales, des craintes, peuvent traverser les situations d'analyse de la pratique : les

émotions, les ressentis détournent la praticienne de la fonction critique ; la praticienne éprouve alors des difficultés à revenir sur ce qui fait sens pour elle. Avec ses références encombrantes à l'image de soi et au rapport à autrui la praticienne mobilise un processus réflexif négatif qui n'est pas sans poser de problèmes pour se questionner. Une démarche de co-évaluation et de bienveillance peut alors permettre à la praticienne de se distancier pour mettre en œuvre une fonction auto-évaluative positive et critique sur son action. La réflexivité ne s'appuie donc pas seulement sur la conceptualisation mais aussi sur un processus de régulation, c'est à dire de règles permettant le libre travail de la réflexivité, processus qui doit permettre de dépasser la difficulté potentielle de l'auto-évaluation : c'est le processus d'évaluation-régulation autorisant alors de réorienter l'action ou d'imaginer une nouvelle action. L'évaluation n'est plus vue alors comme une procédure redoutable mais comme une posture d'évaluation-régulation qui envisage de nouvelles pratiques et participe au développement identitaire et professionnel.

En nous appuyant sur les quatre postures de réflexivité décrites par Jorro (2005), peut-on parler chez les soignantes interviewées d'un véritable travail cognitif et émotionnel engagé par l'écoute bienveillante du groupe de réflexion de notre recherche ? Cet espace est-il devenu pour elles le lieu dont elles avaient besoin ? Ce groupe a-t-il permis à ses participantes de bénéficier d'un apprentissage différent et novateur ? Y a-t-il eu chez les soignantes des changements dans leur façon d'envisager et de pratiquer l'accompagnement et les soins palliatifs ? En quoi la participation à ce groupe a-t-elle pu concourir à la professionnalisation des soignantes ? Cinq éléments principaux concourent, selon les soignantes interviewées, à la vie du groupe de réflexion auquel elles ont participé : une auto-évaluation positive, un travail d'équipe, le projet d'être de la soignante, c'est à dire de travailler en conformité avec ses valeurs, un questionnement, une fonction critique - régulatrice ou le pouvoir d'agir et d'innover :

a) Cet espace de parole permet un processus d'auto-évaluation positif. Le groupe de réflexion devient une opportunité pour permettre de prendre une distance avec des états émotionnels forts et éviter une attitude de retranchement de la réalité. Le groupe apporte une écoute et un soutien lorsque les vécus sont difficiles, soit une façon de résister et de continuer à soigner avec bienveillance.

« Vraiment un lieu de vie, d'expression, je pense que tout le monde arrivait à s'exprimer, il n'y avait pas de crainte, pas de crainte les uns envers les autres, pas de jugement, on ne se sentait pas du tout dénigré par les uns ou les autres (...) Il y a eu plein de choses sur les émotions grâce au groupe, moi, ce groupe, ça m'a aidée (...) C'est un lieu nécessaire, c'était plus facile, j'étais mieux, plus sereine (...) ce que ça m'a permis d'apprendre, aussi c'est à ne pas s'apitoyer, on n'a pas réussi à faire des choses (...) on finit par accepter ses limites, non, je ne pouvais pas mais je peux le faire à un autre moment (...) j'avais appris à ne plus me culpabiliser par rapport à ce que je n'avais pas fait (Clémence, 17 ans d'ancienneté, infirmière) ».

b) Le groupe répond à un besoin de travail d'équipe, besoin qui n'avait pas pu s'exprimer aussi librement jusque-là. Chaque soignante adopte une posture de témoignage : parler ensemble des vécus professionnels, accepter qu'un travail collectif d'analyse se réalise,

apprendre les unes des autres. Le désir de se tourner vers les collègues de travail est commun à ces sept soignantes.

« La formation, ça été l'occasion de parler ensemble des mêmes problèmes (...) Moi en tout cas j'ai pris conscience que les difficultés que j'avais ou ce qui me posait un peu problème, les autres les avaient aussi et ça, quelque part, ça a un côté sécurisant et rassurant, parce qu'on se dit je ne suis pas forcément toute seule ; et puis l'importance de l'équipe justement pour avancer et évoluer car tout le monde je crois avait les mêmes problèmes et pas peut-être les mêmes solutions (...) Je pars du principe qu'on a tous au sein d'une équipe un caractère différent, une approche différente, mais que la cohésion de tout le monde permet d'avancer, y en a qui vont être plus dans l'écoute, plus dans le technique, plus dans la pratique que dans la théorie (...) Chacun a son rôle et une compétence et on ne peut pas fonctionner les uns sans les autres ; je pense qu'il faut que chacun apporte sa pierre et puis justement qu'il y ait une cohésion, une coordination entre les soignants (Irène, 19 ans d'ancienneté, infirmière) ».

c) Cet espace permet « le projet d'être » avant « le projet d'autrui » (Kaddouri, 2002, p. 31). Dans la construction de soi le sujet est confronté à une double tension : celle du sujet lui-même qui, dans une épreuve relationnelle avec l'autre, lutte pour construire son propre projet de Soi sur soi, et celle qui tente de lui assigner ce qu'il doit être pour se conformer au projet d'autrui sur son Soi. La deuxième tension, le projet d'autrui sur son Soi, est attisée par les liens d'interdépendance socio-affective et les rapports de pouvoir qui opposent le sujet et l'autrui, c'est à dire le Soi aux médecins, aux cadres, aux autres collègues et in fine à l'organisation.

« Ce qui a contribué, c'est le fait que la cadre supérieure de l'époque, elle autorise, elle valide et elle vient de temps en temps contribuer au groupe, ça donnait une assise institutionnelle (...) la marche au-dessus ç'aurait été un peu plus de marque d'attention de l'équipe médicale et qui là aurait donné vraiment le vrai fil conducteur, on aurait pu arriver en définitive à un bénéfice pour l'institution avec un culture de service... Parce que on était dans une culture du paramédical dans notre groupe (Nina, 15 ans d'ancienneté, infirmière) ».

L'environnement présente différents visages : les médecins et les cadres d'unité ne participent pas à ce travail d'explicitation collective mais ne le contrarient pas ; les paramédicaux, infirmières et aides-soignantes, s'investissent sur la base du volontariat et arrivent à constituer en permanence un petit groupe qui participe aux réunions. Dans notre recherche, si les trois instances (individuelle, d'équipe, institutionnelle) suivent parfois des évolutions différentes, le projet d'être soi demeure en partie réalisable, ce qui autorise les deux postures suivantes.

d) Ce lieu crée les conditions d'une posture de questionnement. Selon les soignantes, la formation initiale et continue s'avère nécessaire mais insuffisante pour acquérir de l'expérience professionnelle : cette expérience s'acquiert par le questionnement que la soignante porte sur son action tout au long d'une vie professionnelle. Le groupe permet de se rendre compte que les collègues partagent les mêmes questionnements, les mêmes incertitudes et cherchent donc également des réponses.

« T'es professionnelle à partir du moment où tu te remets en question, le mot est peut-être fort (...) tu t'interroges, voilà c'est normal (...) On était 7 à participer à la formation sur " l'accompagnement des grands malades, des mourants et de leur famille ", je me suis dit : la formation c'est bien, ce qu'on avait vu en formation je ne voyais pas l'appliquer dans le service quotidiennement (Justine, 29 ans d'ancienneté, aide-soignante) ».

C'est le groupe de parole qui a permis à Justine l'application des savoirs-faire de la formation :

« Ces réunions, ça m'a parlé parce que j'avais besoin de ça ».

e) Cet espace libère la fonction critique-régulatrice, pour reprendre les termes de Jorro (2005). Nous avons relevé que la soignante est alors en capacité de mettre en œuvre des stratégies régulatrices témoignant de son « pouvoir d’agir » et d’innover quotidiennement dans son travail. Voir que les choses peuvent changer, que des améliorations restent possibles, constitue un facteur stimulant pour la continuité du groupe en motivant chaque participante. La fonction critique-régulatrice constitue une forme ultime de la réflexivité à laquelle chaque soignante apporte ses propositions personnelles qui rejailliront de façons diverses sur l’équipe : une participation à l’annonce de la maladie pour une meilleure information du patient par la suite, une prise en compte différente de la douleur du patient, une autre façon d’appréhender les silences dans le dialogue soignant-soigné, une coopération plus appuyée entre infirmière-aide-soignante-chirurgien, une écoute du patient remise au cœur du soin, la mise en valeur du toucher-massage, la ressource apportée par l’équipe mobile de soins palliatifs. L’écriture de comptes rendus complète ce processus en prenant soin de décrire et d’analyser ces nouvelles pratiques. Les soignantes s’accordent pour dire que ces comptes rendus sont indispensables pour rendre cette expérience visible.

« Suite à nos discussions en réunions, on avait fait la demande et ensuite on participait à l’annonce : là ç’avait été bien, très bien de participer à l’annonce, je trouve ça super important de savoir ce qui est dit exactement (...) L’information est primordiale, je pense qu’il y a eu beaucoup d’avancées sur l’information, ah si je l’ai vu. C’est tout le monde qui participe à l’information : comment accompagner les gens si on ne sait pas de quoi ils souffrent ? (Clémence, 17 ans d’ancienneté, infirmière) ».

En définitive, cet espace de parole aide la soignante à remplir cette fonction de remise en question qui l’éloigne de la routine et du rôle prescrit comme seul objectif. C’est à la fois inventer une voie d’apprentissage complémentaire des autres voies et affirmer une identité de professionnelle capable d’un certain niveau d’autonomie. Pour toutes les soignantes interviewées cet espace de parole participe au processus d’auto-formation, c’est à dire qu’il produit, diversement selon les actrices, un effet de professionnalisation. La professionnalisation des actrices désigne tout ce travail de réflexivité qui aboutit à la fois à l’acquisition de savoirs et de compétences, et à la construction d’une identité de professionnelle. La fonction réflexive offre, en effet, l’occasion d’un questionnement identitaire : qu’est-ce que je fais dans telle situation et comment font mes collègues ? Qu’est-ce que je peux faire de plus pour que je sois mieux et que ce soit mieux ? Quelle infirmière et quelle aide-soignante est-ce que je veux être ? En s’appuyant sur quelles compétences acquises et/ou à acquérir ? Quelle place ont les autres dans mon activité ? En quoi la collaboration infirmière-médecin est-elle riche ? Comment l’institution peut-elle contribuer à prendre soin des soignantes ? En refusant de se conformer uniquement à l’existant, ce groupe a pu participer à un remodelage identitaire. À la suite des travaux de Clot (2017), on pourrait dire que le questionnement permet à chaque participante à la réflexion collective de s’affranchir des règles du « genre » pour développer un « style », c’est à dire une posture personnelle. Ce groupe apporte un nouvel espace de formation, qualifié par une soignante d’innovant, en lien avec les besoins des acteurs.

Le sujet apprenant apparaît comme la référence fondamentale, l’objectif final, dans une profession où le statut d’exécutant est encore trop prégnant. De nombreux soignants le

regrettent et certains quittent prématurément le métier. En effet, ils éprouvent de la lassitude devant un manque d'évolution professionnelle. Le soignant apprenant emprunte une voie de progression qui lui permet de mieux affronter certaines impasses du métier. Les apprenantes de notre étude se sont tournées vers la création plutôt que vers la répétition, accédant aux quatre dimensions qui participent (Robin, 2010, p.170-173) à la définition du sujet apprenant : un sujet capable, sensible, situé socialement et réflexif.

L'expérience de ce groupe de réflexion n'arrive pas par hasard ; elle arrive au moment où « la pensée infirmière » (Pepin, Kérouac et Ducharme (2010) émerge à côté de la pensée médicale. La transfiguration du travail opérée par le sujet apprenant se manifeste par une élévation du niveau de professionnalité : autonomie, improvisation, responsabilité de l'actrice sont versées dans le domaine de la compétence. C'est un rôle porteur d'avenir car il permet la créativité d'une professionnelle en s'enracinant de plus en plus dans une véritable science infirmière en devenir, auquel chacun(e) est invité(e) à apporter sa pierre.

Jean-Bernard Cottier

*Docteur en Sciences de l'Éducation
CREN, Université de Nantes*

Bibliographie

Clot, Y. (2017). *Travail et pouvoir d'agir* (2ème édition). Paris : PUF.

Cottier, J-B. (2019). *"Soigner son travail" pour prendre soin des autres. L'expérience d'un espace de parole entre soignants : une occasion de professionnalisation du rôle relationnel?* (thèse de doctorat en Sciences de l'éducation, Université de Nantes).

Jorro, A. (2005). Réflexivité et auto-évaluation dans les pratiques enseignantes. *Mesure et Évaluation en Éducation*, Association des spécialistes de la mesure et de l'évaluation en éducation, 2005, 2 (27), p 33-47. Disponible le 30 octobre 2019 sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00112337/>

Kaddouri, M. (2002). Le projet de soi entre assignation et authenticité, *Recherche et Formation*, (41), p. 31-47.

Lani-Bayle, M. (2006). *Taire et transmettre. Les histoires de vie au regard de l'impensable*. Lyon : Chronique sociale.

Pepin, J., Kerouac, S. et Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3ème éd.). Québec : Chevalière Education.

Robin, J-Y. (2010). Postface, in Gaté, J-P. et Chevallier-Gaté, C., *Paroles d'illettrés ou sortir du « malentendu »*. Paris : L'Harmattan.

