

**Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
De la Communauté française**

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Section : Cadres en soins de santé

***La culture de l'humanité
intégrée au leadership
du cadre infirmier***

Travail réalisé par **Christophe LETELLIER**
En vue de l'obtention du diplôme de Cadre
en soins de santé.

Année académique 2008-2009

Table des matières

INTRODUCTION	p.1
Chapitre premier <i>Les liens d’humanité ou de l’art d’être ensemble jusqu’au bout de la vie</i>	p.4
1. Le mot « humanité »	p.4
2. Le soin, essence du travail d’humanité	p.6
3. La culture de l’humanité	p.7
POINT 1. Humanité du soignant	p.7
POINT 2. Humanité dans le cadre professionnel	p.9
POINT 3. Humanité et règles de l’art	p.10
POINT 4. Habitudes ou humanité : deux illustrations éloquentes	p.11
POINT 5. Humanité dans le <i>cure</i> et le <i>care</i>	p.13
POINT 6. Humanité et autonomie : aider l’autre à se soigner	p.14
POINT 7. L’humanité en (bonne) santé	p.15
POINT 8. Soignants d’humains : humanité versus animal-itude	p.16
POINT 9. Humanité dans la hiérarchie du prendre-soin	p.18
POINT 10. Pour conclure	p.19
4. Quelques principes fondamentaux de l’humanité	p.20
Chapitre deuxième <i>Prendre soin, un projet de civilisation</i>	p.22
❑ Un hôpital ouvert sur le monde	p.24
❑ Evolution sociale du concept de soin	p.25

Chapitre troisième *Intégrer l'humanité dans le leadership*

du cadre infirmier p.27

1.	Pré-requis	p.27
	1.1	Vocabulaire p.28
	1.2	Le leadership dans tous les sens p.29
2.	Les mots d'ordre du cadre infirmier	p.31
3.	Le cadre infirmier, garant du soin dans les soins	p.33
4.	Le cadre infirmier, garant d'humanité	p.35
5.	Portrait du cadre infirmier pétri d'humanité	p.37
	5.1	Le cadre « peau d'équipe » p.37
		5.1.1 La fonction de contenance p.38
		5.1.2 La fonction de maintenance p.38
		5.1.3 La fonction d'interface p.39
		5.1.4 La fonction de communication p.39
	5.2	Le cadre « bienveillant » p.40
		5.2.1 La bienveillance p.40
		5.2.2 L'empathie p.42
6.	Quelques rôles dévolus au cadre pétri d'humanité	p.46
7.	Un dernier mot d'ordre pour le cadre infirmier : l'utopie	p.47

Chapitre quatrième *Recueil de témoignages* p.49

1. Dispositif opérationnel p.49
2. Démarche méthodologique p.50
3. Chronologie p.51
4. Processus de recueil p.52

 4.1 Le questionnaire p.52

 4.2 Le pré-test p.52

 4.3 L'entretien de groupe p.53

 4.4 L'analyse de contenu p.55

 4.4.1 La pré-analyse p.56

 4.4.2 L'exploitation du matériel p.57

 4.4.3 Le traitement des résultats p.58

5. Matériel récolté p.58

 5.1 Les rapports des entretiens de groupe p.58

 5.2 Les questionnaires p.59

 • Exploitation de la question N°1 p.63

 • Exploitation de la question N°2 p.67

 • Exploitation de la question N°3 p.70

 • Exploitation de la question N°4 p.73

 • Exploitation de la question N°5 p.75

6. Critique du mode de recueil des données p.77

CONCLUSIONS & PERSPECTIVES p.78

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

Introduction

La réflexion qui est développée au fil de ces pages s'est progressivement construite autour de deux questions qui se sont posées à nous de façon chronologique, dans l'exercice de notre profession d'infirmier.

La première question relève du choix de notre orientation :

« *Quelles sont les motivations réelles d'un infirmier fraîchement diplômé pour décider de débiter sa carrière dans un service hospitalier de gériatrie ?* »

Il s'agit d'une expérience professionnelle particulière que nous citons ici. Comme tout professionnel de la santé, c'est subjectivement que nous avons appréhendé et vécu notre rôle infirmier. Et nous avons donc décidé de travailler au chevet des personnes âgées. Toutefois, la question se pose de savoir comment nous avons trouvé de la motivation à exercer l'art infirmier dans un service hospitalier de gérontopsychiatrie ?

Qui, parmi les professionnels de la santé, toute spécialité confondue, ne s'est jamais surpris à penser qu'il y a infirmiers et infirmiers. Autrement dit, les professionnels de l'urgence, des soins intensifs ou de l'oncologie, positionnés loin devant, dans le palmarès des compétences, des soignants de gériatrie ?

Et, bien souvent, ce sont ceux qui font partie de la deuxième (et dernière) catégorie qui ont piètre opinion d'eux-mêmes ! Sûrement à entendre ce que l'on pense, en général, de leur travail. Car, ce n'est pas tant qu'on dénigre leurs compétences ou leur abnégation, bien au contraire. N'entendons-nous pas régulièrement de nos collègues : « *je ne saurais pas travailler en gériatrie ! Du matin au soir avec des petits vieux, incontinents et désorientés !* » Ainsi, si beaucoup louent le mérite des « soignants de petits vieux », c'est plutôt les petits vieux eux-mêmes qui semblent poser problème.

Est-ce à dire que ces « petits vieux » ne mériteraient pas, comme tout autre patient, d'être soignés par des professionnels compétents ? N'auraient-ils pas le droit d'être pris en charge par des infirmiers fraîchement formés au métier ? Y aurait-il, finalement, non pas une hiérarchie dans les aptitudes des soignants à exercer dans telle ou telle spécialité, mais plutôt une hiérarchie dans les personnes à soigner ?

Est-ce réellement acceptable de penser cela ?

Alors, dans ce contexte, comment expliquer, d'une part qu'il y ait encore des soignants au chevet des personnes âgées, et d'autre part de l'enthousiasme et de la motivation à être au chevet de ces personnes ? Est-ce donc possible de trouver une satisfaction à exercer son rôle de soignant auprès des personnes âgées ?

La seconde question trouve sa source dans l'évolution de notre carrière :

« Un soignant qui devient cadre de santé est-il d'abord un cadre, ou reste-t-il avant tout un soignant ? »

Ayant été promu à la fonction de responsable d'une unité de soins de revalidation en polyopathologies chroniques, où la grande majorité de la patientèle sont des personnes âgées, comment allons-nous concilier à la fois respect de la personne âgée soignée mais aussi satisfaction des soignants dans l'exercice de leur fonction ?

En effet, le cadre de santé est le point d'intersection entre deux mondes : celui des soignés et celui des soignants. Pourquoi, dès lors, l'attitude qu'il voudrait préconiser auprès des soignés devrait se différencier de celle qu'il adopterait auprès de son équipe soignante ? C'est une question de cohérence et, finalement, de crédibilité.

Ainsi, partant de ces deux questions, nous proposons une problématique à explorer :

« Que nous demeurions soignant, ou que nous accédions à la fonction de cadre de santé, c'est en privilégiant la relation d'humain à humain que nous obtiendrons le plus de satisfaction dans notre profession ».

Afin de baliser cette exploration, voici les trois directions qui seront prises :

- la première direction cherchera à étayer que le soignant, avant d'être professionnel de la santé, reste homme parmi les hommes ; tout comme le soigné d'ailleurs, quel qu'il soit ! Nous parlerons d'humanité ;
- la deuxième direction convergera vers la première et visera à démontrer qu'un leadership inspiré par l'humanité peut être un leadership efficace ;
- la dernière direction illustrera les deux premières, par la récolte de témoignages de cadres de santé autour d'un questionnaire et d'un entretien de groupe.

CHAPITRE PREMIER

Les liens d'humanité

Ou de l'art d'être ensemble jusqu'au bout de la vie

1. Le mot « *humanité* »

Le mot « humanité » apparaît en 1980. Un journaliste suisse, **Freddy Klopfenstein**¹ publie un essai qu'il intitule *Humanité*.

En 1986, le professeur **Albert Jacquard**² reprend le terme sur le modèle du mot « négritude » jadis créé par **Aimé Césaire**³, puis popularisé par **Léopold Senghor**⁴.

Négritude était un mot nouveau pour désigner l'ensemble des apports des civilisations d'Afrique centrale, l'ensemble des cadeaux faits aux autres hommes par les hommes à peau noire.

Les cadeaux que les hommes se sont faits les uns les autres depuis qu'ils ont conscience d'être, désignons-les donc par le mot *humanité*⁵. Ces cadeaux comme ceux de marcher sur deux jambes, parler, transformer le monde ou s'interroger sur notre avenir... Ce trésor même fait de compréhensions, d'émotions ou d'exigences...

¹ Journaliste suisse né en 1934 ; auteur de Humanité, essai, Genève, éd. Labor et Fides, 1980.

² Scientifique et essayiste français né en 1925. Généticien, il a été membre du Comité consultatif national d'éthique. Albert Jacquard consacre l'essentiel de son activité à la diffusion d'un discours humaniste destiné à favoriser l'évolution de la conscience collective.
Albert JACQUARD, L'héritage de la liberté, de l'animalité à l'humanité, éd. du Seuil, 1986.

³ Poète et homme politique français, né en 1913. Son œuvre a été marquée par la défense des ses racines africaines.

⁴ Poète, écrivain et homme politique sénégalais naturalisé français. Il a été le premier président du Sénégal entre 1960 et 1980, et le premier Africain à siéger à l'Académie française.

⁵ Le suffixe *-itude* sert à former des mots impliquant l'idée d'une attitude ; il est souvent utilisé pour la construction de néologismes (exemple récent : « bravitude », par Ségolène Royal, femme politique française).

Dès 1989, un gériatre français, **Lucien Mias**⁶, introduit pour la première fois le terme « d'humanité » dans les soins aux personnes âgées.

Pourquoi préférer ce mot à celui « d'humanité » dont l'un des sens désigne en effet l'ensemble des caractères propres aux hommes ?

Car ce mot est le plus souvent employé pour référer au genre humain mais aussi pour définir un sentiment proche de la compassion.

L'humanité préférera porter la réflexion sur les caractéristiques que les hommes possèdent et développent **en lien les uns avec les autres, en tant que semblables.**

Si toutes les actions soignantes se réfèrent à une philosophie de soin, dont l'objet est l'étude des principes fondamentaux d'une pratique afin de lui donner sens et légitimité, la culture de l'humanité permettra de mieux appréhender la relation soignant-soigné.

En effet, « *les meilleures compétences techniques professionnelles sont annulées par la rupture du respect interpersonnel et prive la personne soignée de parole pour se défendre, car apparaissent alors les réalités des représailles et de la persécution dans les soins.* »⁷



⁶ Né en 1930, il entreprit des études de médecine tardives et sera à l'origine d'un projet gériatrique prônant la personne âgée comme un « être bio-psycho-socio-culturel » et non un « être bio-mécanique ».

⁷ Citation tirée de : Marie-Françoise COLLIERE, Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, InterEditions, 1982, in Humanitude, de Yves GINESTE et Jérôme PELLISSIER.

2. *Le soin, essence du travail d'humanité*⁸

Nous l'avons dit précédemment, « humanité » n'est pas synonyme « d'humain » ou « humanité ».

A vrai dire, il n'est pas très difficile de s'avérer humain puisqu'il s'agit d'une qualité intrinsèque à notre condition. De plus, la qualité d'humain ne se perd pas car même les actes les plus abominables restent des productions d'humains.

Si le statut d'humain est donc inaliénable, une distinction doit être faite entre humanité et humanitude.

Si l'humanité de chacun est là, du seul fait d'être humain parmi les humains, l'humanitude, quant à elle, n'est pas là spontanément : elle se travaille, elle se désire, elle doit grandir en nous et partir d'une intention consciente.

Le travail d'humanitude, comme philosophie laïque, est un travail du vivant soucieux de la vie ; travail de cœur, de perception, de disponibilité, de bienveillance ; de délicatesse, de générosité mais aussi de douceur, de sensibilité, de créativité, de raffinement, de sensibilité, de subtilité, et aussi d'identification et d'acceptation de ses propres limites.

Le but de l'humanitude est d'exprimer un souci de plus en plus affiné de la présence de soi à soi, à l'autre, aux autres et au monde.

« Du travail d'humanitude se dégage une essence qui se nomme le soin.

Le soin comme allure de vie, comme tonalité de l'existence.

Il est le fruit du travail d'humanitude et l'essence qui nourrit l'atmosphère soignante.

Le soin est l'essence qui se dégage des rapports humains. »

⁸ **Source** : Walter HESBEEN, Le soin, essence du travail d' « humanitude » - une perspective d'action pour la clinique managériale du cadre infirmier, in DECLIC N°1, décembre 2004.

3. *La culture de l'humanité*

Nous développerons ici le cadre théorique, sinon empirique, de ce grand concept autour duquel le présent travail a pris forme. En neuf points, largement inspirés des auteurs

Yves Gineste et **Jérôme Pellissier**⁹, nous parcourons les pistes de réflexion suivantes :

l'humanité du soignant, l'humanité dans le cadre professionnel, l'humanité et les règles de l'art, l'humanité face aux habitudes, l'humanité dans le *cure* et dans le *care*, l'humanité et l'autonomie, l'humanité dans le domaine de la santé, l'humanité versus *animalité*, et l'humanité dans la hiérarchie du prendre-soin.

Le dixième point servira de conclusion en revenant, finalement, aux origines mêmes de l'humanité.

POINT 1. *Humanité du soignant*

« Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne – ou d'un groupe de personnes – ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit, en aucun cas, détruire la santé de cette personne. »¹⁰

Les soignants sont des professionnels payés pour accomplir leur profession, et ayant de par leur profession des droits (définis par le Code du Travail et les conventions collectives) et des devoirs.

La relation soignant-patient est d'abord une relation d'égalité, égalité en humanité et en citoyenneté. Les hommes soignants comme les hommes vieux ou malades, en tant que citoyens, ont les mêmes devoirs : ainsi, par exemple, un citoyen âgé, comme tout citoyen, n'a pas le droit d'insulter ou de frapper les soignants qui l'entourent.

⁹ Les auteurs de l'ouvrage *Humanité : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*.

¹⁰ Définition proposée dans l'ouvrage précité.

Toutefois, accuser une personne atteinte d'un syndrome cognitivo-mnésique¹¹ de ne pas respecter ses devoirs de citoyen, cela reviendrait à nier les conséquences de sa maladie et donc l'une des raisons de notre mission et de notre présence.

L'importance des actes que réalisent les soignants, leur présence dans l'espace intime du patient, leur connaissance de son histoire, etc., favorisent souvent des expressions affectives fortes. Leurs conséquences, affection comme inimitié, nourrissent aussi la relation et témoignent de sa vitalité. Elles doivent pouvoir s'exprimer.

Face au handicap, à la maladie, à des modifications brutales de son état de santé ou de son environnement, à la diminution de son autonomie psychique, au fait d'être contraint de tant dépendre des autres, etc., une personne peut ressentir de la colère, de la frustration, et les exprimer sous forme d'impatience, de brutalité, d'agressivité. Les soignants doivent être formés pour repérer ces expressions et ne pas réagir par le rejet ou l'abandon de cette personne qui a justement, en ces moments-là, particulièrement besoin d'être soutenue.

La relation soignant-patient est également une relation spécifique, où existent d'autres droits et devoirs, différents selon que l'on est patient ou soignant : droits des personnes malades et des usagers du système de santé ; devoirs des professionnels soignants et des établissements de santé.

A ce niveau, les patients disposent de plus de droits, les soignants de plus de devoirs.

Car, si un soignant n'avait pas pour devoir le respect de la vie, l'interdiction de donner délibérément la mort, comment un patient pourrait-il l'autoriser avec confiance à agir sur son corps ? Si un soignant n'avait pas pour devoir le respect du secret professionnel, l'interdiction de divulguer ce qu'il sait du patient, comment ce dernier pourrait-il lui confier sans crainte les informations nécessaires au prendre-soin ?

Tous les droits des patients, des hommes vieux vivant dans des institutions, impliquent ainsi des devoirs pour les institutions et les professionnels qui y travaillent : le droit de pouvoir rester seul chez soi implique, pour un établissement, le devoir de fournir la possibilité au

¹¹ Désorientation spatio-temporelle, perte de mémoire à court terme, démence, etc.

résident de fermer sa chambre ; le droit à l'inviolabilité du domicile du résident implique pour le soignant le devoir de ne pas entrer dans une chambre sans le consentement de la personne.

La relation soignant-patient est donc aussi une relation d'inégalité et de pouvoir, car l'un est malade et vulnérable, quand l'autre est en santé et non vulnérable.

POINT 2. *Humanitude dans le cadre professionnel*

Pour pouvoir accomplir son rôle médical, le médecin établit un diagnostic médical et va décider des actions à entreprendre. Il peut s'appuyer sur les infirmières pour certaines de ces actions. Ainsi, par exemple, un médecin pourra prendre la décision d'une contention, alors qu'il pourra confier à une infirmière le soin de la mettre en place ¹².

Depuis peu, on reconnaît enfin que les infirmières ont le droit de penser ! En plus du rôle prescrit, les infirmières tendent vers un rôle propre, qui comprend notamment les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Pour pouvoir accomplir son rôle, « formuler des objectifs de soins » et mettre en œuvre les actions appropriées, il faut que l'infirmière « identifie les besoins de la personne », autrement dit qu'elle procède à une évaluation, qu'elle pose un « diagnostic infirmier ».

Pourtant, il existe un problème majeur : aucun temps de visite ou de consultation n'est dévolu aux infirmières pour poser ce diagnostic...

Tant que les infirmières ne pourront remplir leur rôle propre, les personnes dont elles prennent soin continueront à ne pas avoir des soins ajustés à leurs capacités, c'est-à-dire des soins qui ne se contentent pas de répondre à des besoins, **mais qui veillent à renforcer ou maintenir toutes les forces de vie de la personne.**

¹² A noter que la décision médicale est très souvent la conséquence des observations infirmières.

POINT 3. Humanitude et règles de l'art

Comme tout professionnel, les soignants doivent connaître et respecter les règles de l'art de leur profession. Elles guident leur pratique ¹³.

Que penserions-nous si nous savions que les règles de sécurité que tout électricien, par exemple, doit respecter, ne sont respectées que par une partie d'entre eux... et qu'il existe un risque non négligeable d'être électrocuté après le passage d'un électricien ? Il faut insister : que tous les membres d'une profession connaissent et appliquent les règles de leur profession constitue la garantie minimale pour que les personnes qui font appel à ces professionnels puissent le faire sans courir de risques.

La gériatrie ne s'est développée que depuis une cinquantaine d'années et les approches gérontologiques, encore plus récentes, sont encore en construction permanente. Ainsi, de nombreuses règles de l'art sont en cours d'élaboration dans ce domaine : les techniques canadiennes concernant certains aspects de la prise en soin de la démence, par exemple, n'ont pas plus de dix ans. Autre exemple : les recommandations encadrant la pratique des contentions ont moins de cinq ans.

Parce que ces règles de l'art évoluent rapidement, parce qu'elles permettent d'améliorer régulièrement la qualité du travail effectué, la qualité du prendre-soin, il est indispensable de posséder des circuits de transmission de l'information efficaces et rapides, afin que tous les professionnels puissent les connaître et les respecter sans perdre de temps.

¹³ Un code de déontologie des Praticiens de l'Art infirmier existe depuis peu (novembre 2004) ; approuvé par l'Union Générale des Infirmier(es) de Belgique.

POINT 4. Habitudes ou humanité : deux illustrations éloquentes

Avant 1979, les techniques enseignées pour la prévention des escarres prévoyaient des massages vigoureux sur les zones à risque pendant une dizaine de minutes. En 1979, les connaissances changent : les chercheurs s'aperçoivent que ces massages non seulement n'empêchent pas la survenue des escarres, mais favorisent les escarres de cisaillement. Or, des études ont démontré que l'on enseignait encore ces massages en 1995 ! Il aura donc fallu presque vingt ans pour qu'une connaissance aussi importante et aussi simple soit intégrée comme règle de l'art par la profession soignante...

Que dirions-nous d'un électricien qui procéderait à une installation électrique en suivant des règles dépassées depuis dix ou vingt ans ? Pourquoi acceptons-nous si aisément de la part des artisans du soin, de ceux qui prennent soin de nous, ce que nous refuserions de ceux qui s'occupent de nos logements ?

Autre exemple : dans certains établissements, 100 % des patients subissent une mesure de contention, dans d'autres, 0 %. Dans certains établissements, les contentions ne sont pas réalisées sous prescription médicale, dans d'autres elles le sont systématiquement, conformément à la loi.

Est-il admissible qu'un citoyen et client ne puisse ainsi être sûr, pour lui-même ou pour l'un de ses proches amené à vivre dans un établissement, qu'un acte potentiellement dangereux, qui fait l'objet de règles précises, sera ou non pratiqué, et comment ?

Les motifs de la contention sont principalement : prévenir les risques de chutes, contenir l'agitation, limiter la déambulation.

Toutefois, il est important de souligner qu'il n'y a aucune preuve scientifique de l'efficacité des contentions utilisées pour ces motifs.

D'après les dernières études de neuropsychologie sur la démence, l'errance – ou la déambulation – est considérée comme un comportement compulsif irrépressible. La contenir conduit irrémédiablement à un transfert et à une aggravation des comportements d'agitation.

Ainsi, dans le cadre du respect des droits de l'Homme et de la santé des personnes, la non-contention apparaît aujourd'hui comme une règle essentielle du prendre-soin.

Dès lors, réitérons l'importance du respect des règles de l'art, comme garantie de qualité pour les patients. C'est aussi l'un des outils les plus solides dont les soignants disposent pour évaluer leur travail.

L'évaluation, ou le sentiment qu'un soignant se fait de son travail, dépendent de nombreux éléments, dont le jugement de ses pairs, celui de sa hiérarchie, la reconnaissance sociale, la reconnaissance de la personne dont il prend soin.

Imaginons qu'un soignant fasse un soin et que le patient n'en soit pas satisfait, ou que son état s'aggrave. Le soin était-il mauvais ? Le soignant est-il coupable ?

Mesurer la qualité de son travail à partir de critères qui ne prennent pas en considération la manière même dont le travail est accompli est dangereux. Encore plus dangereux si l'unique critère est l'amélioration de l'état de santé : l'aggravation d'une maladie ou la mort signifient alors que le soignant est mauvais, fautif, coupable.

Coupable, le soignant ne l'est pas s'il a réalisé le soin en respectant les règles de l'art. Un soignant ne peut pas décider de l'évolution d'une maladie. Il peut, en revanche, maîtriser le soin, savoir s'il l'a bien accompli, dans le respect des règles de l'art de sa profession.

POINT 5. *Humanitude dans le « cure » ou dans le « care »*

Les philosophies de soins ont classiquement déterminé deux champs d'action pour les soignants : le *cure*, qui signifie guérir, et le *care*, qui signifie prendre soin.

L'identité des soignants actuels s'est construite à travers une culture du *cure*, du soigner-guérir. Elle possède deux dangers majeurs, presque opposés : le premier est de faire croire au soignant travaillant auprès des hommes vieux qu'il n'a aucun pouvoir ; le second est de faire croire au soignant qu'il possède un pouvoir qu'il n'a pas.

Nous voyons souvent, en gériatrie, des soignants penser qu'il n'y a plus rien à faire. Cette croyance conduit bien souvent à une sorte de défaitisme thérapeutique et fait oublier que l'impossibilité de guérir ne signifie pas l'impossibilité d'aider.

Avec un tel ressenti, la pratique soignante ne serait plus qu'une alternance de victoires et de défaites. Une alternance où les défaites, lorsque l'on travaille en gériatrie, sont plus nombreuses que les victoires.

Dans cette optique, si l'autre guérit, c'est un peu moi son sauveur ; mais si l'autre meurt, c'est un peu moi son meurtrier...

Croire que l'on est seul responsable de la guérison ou de la non-guérison de l'autre induit une prise de pouvoir sur lui : « je suis celui qui te fait vivre » ou « je suis celui qui ne parvient pas à t'empêcher de mourir ». Une part importante des dominations, des maltraitances, provient de cet illusoire pouvoir du *cure*, qui peut faire penser au soignant que le bien du patient n'est possible que grâce à lui, et qu'il doit donc imposer à tout prix sa vision de ce bien et ses manières de procéder...

Une part importante des syndromes d'épuisement professionnel des soignants (burn-out) en gériatrie doit certainement provenir de cet illusoire pouvoir du *cure*, qui conduit nombre de soignants à se sentir responsables, non du respect des règles de l'art, mais de l'aggravation des maladies et de la mort des patients.

La distance thérapeutique ne peut pas être une « distance affective » fondée sur la négation ou l'interdiction des émotions. Elle se fonde en revanche sur cette distance philosophique, qui permet à un soignant d'être librement en lien émotionnel avec une personne.

Elle implique d'être responsable du respect des règles de l'art : elle implique d'accepter que la santé et le bien-être d'une personne n'appartiennent pas aux soignants, mais à elle-même ; elle implique de reconnaître que lorsqu'une personne meurt, ce n'est pas le soignant qui est coupable, ce n'est pas une part de lui qui disparaît. Il peut ressentir une peine, mais cette peine n'est plus destructrice ni fusionnelle : elle l'autorise en revanche à se sentir riche de ce que la personne lui a donné et de ce qu'il a apporté à cette personne.

POINT 6. *Humanitude et autonomie : aider l'autre à se soigner*

La guérison ou la non-guérison ne dépendent pas du soignant, mais bien de la personne elle-même.

Le prendre-soin apporte à la personne ce qu'elle va ou non utiliser pour la lutte qu'elle mène.

Prendre soin d'une personne, c'est toujours l'aider à prendre soin d'elle-même.

Si la gravité d'une pathologie conduit à augmenter les actions et les traitements ciblés, le prendre-soin doit augmenter en proportion. Nous devons d'autant plus veiller sur elles, les soutenir, les enrichir.

A partir du moment où l'on reconnaît que c'est la personne qui utilise ses forces vives pour se soigner, le centre du pouvoir se déplace du soignant vers le malade : le pouvoir du soignant devient un pouvoir « d'accoucheur » et de soutien, un pouvoir de renfort.

Dans un tel cadre, est-il encore besoin de préciser que l'évaluation comme les objectifs du prendre-soin ne peuvent se décider ni s'accomplir sans la participation de la personne soignée ?

Tous les acteurs et promoteurs des approches gérontologiques, humanistes le confirment : on ne peut prendre soin d'une personne malgré elle ou sans elle. Le faire serait ignorer, voire d e-truire, l'essentiel : ce qui permet à l'individu malade de lutter contre la maladie, de vivre avec, de ressentir du bien-être malgré elle.

POINT 7. *L'humanité en (bonne) santé*

Désormais, les définitions actuelles de la santé établissent des liens entre la santé et la qualité de vie.

Ainsi, tous les soins qui procurent du bien-être, psychique et physique, du confort, du plaisir ; qui vivifient la confiance et l'estime de soi ; qui autorisent la personne à faire des choix ; qui lui permettent d'utiliser ses capacités, physiques, psychiques, relationnelles, sont des soins libérateurs, qui enrichissent et consolident ses supports de lutte et de vie.

A l'inverse, est-il encore légitime de qualifier de « soignant » un professionnel à qui on imposerait d'accomplir des soins qui provoquent de la souffrance, de la frustration, de l'agressivité, ou qui portent atteinte à la confiance et à l'estime de soi ?

Actuellement, il existe de dramatiques pertes de confiance dans le prendre-soin des personnes atteintes de syndromes cognitivo-mnésiques. A chaque fois qu'un soignant, n'ayant pas appris comment procéder, accomplit un soin de force, fuit le regard de la personne, ne lui adresse pas la parole, ou encore la touche d'une manière perçue comme agressive, il porte un coup à la confiance que la personne lui accorde ou ressent en sa présence... Accentuant ainsi cette spirale qui transforme la relation de soins en une relation de lutte, qui conduit l'homme soignant comme l'homme malade à accomplir ou subir le soin dans l'angoisse et dans la peur. Le handicap ou la maladie nous livrent à l'incertitude. Ils sont facteurs d'anxiété. Ils modifient, souvent brutalement, l'équilibre que nous avons établi entre dépendance et indépendance.

De nombreux intervenants, soudain, entrent dans notre espace intime, nous manipulent, nous donnent des substances agissant sur notre corps et notre esprit, etc. Comment notre anxiété ¹⁴ ne deviendrait-elle pas angoisse ¹⁵ s'ils ne nous informent pas de ce qu'ils font lorsque nous leur demandons, s'ils ne nous expliquent pas pourquoi ils agissent ainsi ?

Chacun d'entre nous, durant sa vie, ne cesse de prendre soin de lui même. Le handicap ou la maladie nous contraignent à ne plus pouvoir en partie le faire. Qu'une autre personne, tout à coup, nous lave, nous change, nous déplace, est difficile à vivre.

Si une personne accomplit ces actes sans tenir compte de ce que nous lui disons de la manière dont nous le faisons, de la manière dont nous aimons qu'ils soient faits, la dépendance risque de devenir insupportable. Nous étions privés de notre action sur nous-mêmes, voilà qu'en plus on nous prive de notre pouvoir sur nous-mêmes...

POINT 8. *Soignants d'humains : humanitude versus animal-itude*

Hors de l'humanitude, imaginons que nous nous arrêtons au constat que l'être humain est un animal qui possède des besoins. Celui de manger, par exemple.

Lorsque nous nourrissons nos chiens, nous mélangeons en général dans une gamelle des croquettes et quelques restes de notre repas et y ajoutons, si besoin, un médicament. Nos chiens se satisfont pleinement de cette manière d'être nourris.

Imaginons des soignants qui arriveraient le matin dans leur service pour le petit déjeuner, broieraient des biscottes dans un bol de café au lait, rajouteraient un morceau de beurre ou une cuillère de confiture, et pourquoi pas une ampoule de médicament. Ces soignants, face à une personne qui ne voudrait pas assouvir alors son besoin de manger, lui pinceraient le nez pour lui faire ouvrir la bouche et enfourneraient sans un mot, sans un regard, ces lipides, ces glucides et ces protides, assurant ainsi le nourrissage. « *Elle aura bien mangé !* »

¹⁴ L'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse, souvent chronique.

¹⁵ L'angoisse est de l'anxiété oppressante entraînant des troubles physiques (palpitations,...)

Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne, et non d'un animal. L'une des différences essentielles entre les autres animaux et nous, est que nous ne sommes pas assujettis à nos seuls besoins. Nous pouvons aller à l'encontre de certains de nos besoins, établir une hiérarchie entre eux, en sacrifier un au profit d'un autre, en assouvir un par nécessité, en assouvir un autre par plaisir.

Nous sommes des êtres de désirs autant que de besoins, qui nous nourrissons de symboles autant que d'aliments.

Pour répondre à nos besoins de manger et de boire, nous ne nous contentons pas d'avaler de l'eau et des croquettes. La plupart d'entre nous organisent leurs repas, leur donnent un sens social.

Bien sûr, tous les animaux, hommes compris, possèdent en commun la nécessité de répondre à quelques besoins biologiques essentiels pour rester en vie. Aider une personne à répondre à ces besoins fait bien entendu partie du prendre-soin... mais en constitue la base (nous ne pourrions prendre soin d'êtres non vivants), non la finalité.

Prendre soin d'une personne, c'est avant tout tenir compte de ce que l'homme est un animal particulier, possédant des caractéristiques propres, qui constituent son humanité (appartenance) et éventuellement son humanité.

En effet, l'humanité est constituée par ces particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité... et qui permettent à un homme de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité.

Evidemment, il n'y a pas de listes de ces caractéristiques que chaque homme devrait remplir pour pouvoir être un homme. S'il existe des caractéristiques propres à une majorité d'être humains (parler, marcher, s'habiller...), leur absence ne rend pas un homme moins homme. En revanche, leur absence peut conduire cet homme à ne plus **être reconnu** comme homme par les autres. Dès lors, une action soignante – aider à manger, à s'habiller, à marcher, etc. – respectueuse de la personne doit ainsi veiller à respecter le sens et la valeur que cette personne accorde à cette action en ce moment.

POINT 9. Humanitude dans la hiérarchie du prendre-soin

Le prendre-soin accompagne toujours la personne en tant qu'homme vivant, et non en tant que mourant.

Ainsi, ce type de démarche transforme le travail des soignants en service de gériatrie : ils passent d'une action de simple entretien de la vie à un niveau plus élevé, à un niveau où ils sont responsables de l'amélioration, du maintien, du soutien.

Cette démarche permet également de ne pas réduire l'homme à un être subissant.

Car nous pouvons bien souvent permettre à celui qui est couché de se relever, à celui qui ne communique plus de nous retrouver.

Il nous appartient donc, lors des actes de soin que nous accomplissons, de réfléchir à leurs conséquences, d'être certains qu'ils ne contiennent pas de menaces pour la santé de la personne, qu'ils ne mettent pas en danger son équilibre et son bien-être.

Et donc, réveiller à minuit une personne qui dort tranquillement et lui imposer cette sensation désagréable de deux mains étrangères en train de farfouiller dans la zone de son sexe, tout comme pincer le nez pour forcer à avaler, voici deux situations qui témoignent d'un prendre-soin ayant perdu tout le sens de sa mission...

En effet, le réveil d'une personne, en plus de troubler son bien-être et sa qualité de vie, provoque parfois, aggrave toujours, les troubles neurologiques et comportementaux.

De surcroît, pourquoi ne pas profiter du progrès des équipements ? Les protections de nuit actuels maintiennent au sec entre huit et douze heures.

POINT 10. Pour conclure

Dans nos familles, aucune mère, aucun père, ne réveille son bébé pour le changer. Nous disposons depuis des milliers d'années d'un savoir-faire qui nous permet de mettre nos enfants en humanité, de communiquer avec eux, par le regard, le toucher, la parole, même quand leurs regards sont encore imprécis, leur toucher maladroit, leur parole balbutiante.

Nous disposons depuis des milliers d'années d'un savoir-faire qui nous permet de prendre soin de ces êtres physiquement dépendants de nous, psychiquement non autonomes, de les amener progressivement à acquérir les capacités qu'ils possèdent potentiellement à devenir autonomes.

Nous ne disposons pas de ce savoir-faire d'espèce pour prendre soin des hommes vieux en situation de handicap. Nous restons le plus souvent démunis face à ce prendre-soin qu'il nous faut accomplir pour la première fois, et sommes conduits parfois à recourir inconsciemment à ce que nous connaissons : le prendre-soin des petits.

Ce recours inconscient crée une confusion dangereuse entre des êtres différents : la majorité des hommes vieux disposent encore d'une certaine autonomie psychique, savent encore quelles sont les activités qu'ils désirent, aiment ou détestent, savent comment ils aiment ou détestent qu'elles soient faites.

Ne pas tenir compte de leur autonomie, en décidant à leur place, aboutit toujours à les infantiliser, aboutit parfois à adopter des conduites contraires aux droits et à la dignité de la personne.

Ne pas prendre les hommes vieux dont nous prenons soin pour des enfants, ne pas se conduire avec eux comme si nous étions leurs parents, ne signifie pas que nous n'ayons rien à apprendre du prendre-soin que nous réalisons avec nos enfants. Bien au contraire : ce prendre-soin est un fabuleux gisement de savoir-faire.

Ces hommes qui se sentent facilement agressés lorsque nous ne savons pas comment les aborder, possèdent en mémoire affective, comme chacun de nous, le souvenir de ces paroles, gestes et regards par lesquels des adultes les avaient mis en humanité.

4. *Quelques principes fondamentaux de l'humanité*

Aucune règle de l'art du prendre-soin, aucun acte de soin, ne peut porter atteinte aux droits de l'homme et aux droits de la personne malade, ni ne peut contrevenir aux lois régissant l'exercice des professions soignantes. Ceci constitue le socle des principes qui suivent.

- Le principe de protection de la vie : protéger la vie, c'est préserver l'autonomie, la qualité de la vie, la personnalité.
- Le principe de respect de l'autonomie et de la liberté individuelles : prendre soin de la personne avec la personne, en obtenant son consentement, sans rien lui imposer ; en lui fournissant les informations dont elle a besoin ; en favorisant les situations où elle peut exercer des choix, etc.
- Le principe du respect de la qualité de vie : rester attentif à la protection de sa vie privée, à ses valeurs, à sa hiérarchie des besoins, désirs, plaisirs, etc.
- Le principe d'ajustement : veiller aux caractéristiques singulières de chaque personne en individualisant le prendre-soin.
- Le principe de loyauté dans la relation : établir et maintenir la confiance en faisant preuve de loyauté dans la transmission des informations, dans l'explication des soins, dans la recherche du consentement, mais aussi dans les gestes, les regards, les attitudes, etc. Il est extrêmement rare qu'une personne en confiance, qui sent concrètement la bienveillance du soignant, refuse ce que celui-ci propose.
- Le principe de justice et d'équité : non via l'uniformisation des demandes ou réponses, mais bien en respectant le droit de chacun à bénéficier des meilleurs soins nécessités par son état, ajustés à sa situation et à ses besoins.

Le respect de ces principes, le respect des règles de l'art ¹⁶ qui nous guident pour les appliquer concrètement dans notre pratique soignante, forment la garantie du maintien des liens d'humanité et des liens sociaux entre les hommes. Ils permettent à la relation de soins de se construire dans l'association et non dans la force. Ils permettent aux soignants d'être à la hauteur du progrès humain et d'en finir résolument avec l'époque où des institutions pouvaient arbitrairement décider des lois que les patients devaient suivre, décider de leur bien malgré eux, et leur imposer des traitements dégradants.

Ils permettent aux hommes dont nous prenons soin, quelles que soient les conséquences des handicaps ou des maladies, de ne jamais cesser de se voir hommes dans les yeux de ceux qui les regardent.



¹⁶ Quand un art devient réglementé, est-il encore un art ?

CHAPITRE DEUXIEME

*Prendre soin, un projet de civilisation*¹⁷

La raison qui anime le soin aujourd'hui est dominée par deux rationalités dominantes : la rationalité médicale d'une part, la rationalité comptable – administrative – gestionnaire d'autre part. Mais le soin n'est pas forcément enfermé dans une thématique sanitaire ; il est susceptible d'irriguer la réflexion économique, sociale et éducative.

Derrière le projet de soin, il est alors possible de trouver un authentique projet de civilisation, à condition que nous ne nous contraignons pas à exercer nos représentations du soin dans le seul secteur de la santé.

En effet, des concepts familiers à la pratique soignante peuvent éclairer la réflexion au-delà du seul champ sanitaire, en prenant l'exemple du complexe lien entre autonomie et dépendance.

Ainsi, mesurer la distance entre la réflexion politique et le projet de prendre soin de l'homme, c'est tenter de faire évoluer vers une plus grande tolérance à la complexité de l'être humain.

Par la nature même du soin, c'est-à-dire **nature relationnelle**, les projets de soin deviennent susceptibles de faire émerger un projet collectif autour de la personne humaine dans son cadre de vie et de travail.

Cette aptitude du soin à faire émerger des projets collectifs en prenant soin de l'homme, c'est proposer un projet économique fondé sur l'échange entre personnes, non sur la seule raison financière. C'est refuser une conception de l'action politique juste fondée sur le raisonnement à partir d'indicateurs abstraits.

¹⁷ **Source** : Compte-rendu d'une Table ronde organisée le 9 et 10 juin 1997 au Futuroscope de Poitiers, intitulé : La décision dans les systèmes de soins : prendre soin, un projet de civilisation.

En effet, la tendance actuelle est à l'usage d'indicateurs focalisés sur **le patient**, ce dernier étant mis au centre des systèmes d'information d'aujourd'hui. On tente ainsi de catégoriser les patients... Ce faisant, on aboutit à une certaine représentation du système « patients – moyens mobilisés ».

Bien que cette représentation soit réductrice de la richesse des soins, elle permet toutefois une représentation plus facilement communicable, censée permettre des négociations sur une base « plus proche » de la réalité des activités de soin... Cela n'en demeure pas moins paradoxal !

Par contre, considérer comme indicateur à interpréter non pas le patient de façon isolée mais bien **le couple** formé par le patient et le soignant et **les interactions** qui en découlent, ceci permettrait, entre autres, l'émergence d'un processus d'apprentissage collectif, recentré sur la lourdeur de prise en charge par-delà les spécialités des services, donc au-delà des structures organisationnelles ; l'interdisciplinarité, véritable, nécessaire et fructueuse ; et le débat permanent sur le sens du soin, autour des concepts de « dépendance » et « d'autonomie » .

Un hôpital ouvert sur le monde ...

Initier le changement à l'hôpital consiste d'abord à faire évoluer les hospitaliers dans leur perception de l'environnement. Echanger, regarder différemment les autres acteurs sociaux, c'est le chemin pour répondre au mieux aux besoins exprimés par les usagers.

Pourtant, les caractéristiques socio-organisationnelles de l'hôpital constituent un frein à cette perception nouvelle.

Car l'organisation de l'hôpital est complexe. Il existe une forte différenciation à l'intérieur même de sa structure, qui n'est pas équilibrée par des mécanismes d'intégration suffisamment puissants.

Les différents services ont tendance à se comporter de manière autonome et les modes d'intégration restent souvent insuffisants pour élaborer en commun un projet d'établissement : les deux rationalités dominantes (le médical et le gestionnaire) se rejoignent difficilement.

Ces caractéristiques de l'hôpital ne peuvent que favoriser une certaine cécité de l'institution à son environnement. Le cloisonnement ne permet pas à l'hôpital de disposer spontanément d'une vision claire et opérationnelle des besoins et évolutions de l'environnement.

Les conséquences de cette cécité à l'environnement peuvent être graves : un divorce entre attentes des usagers et services offerts.

Dès lors, accéder à une information pertinente et finalisée sur l'environnement est une étape nécessaire, car l'environnement est une réalité nourricière qui offre des espaces de vie, des opportunités nouvelles, des ressources inattendues. Les voies du partenariat sont alors préférées à la concurrence ; et le malade est enfin remis au cœur des processus de l'activité hospitalière.

Evolution sociale du concept de soin

Le concept de soin est polysémique. En effet, il s'agit de trouver l'adéquation entre les besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels, culturels, techniques et instrumentaux, les valeurs, les attentes, les sentiments, les affects, les relations interpersonnelles...

Si les techniques de soins sont plus ou moins compliquées, le soin relève, lui, de la complexité. Il est présent pour maintenir et assurer la continuité de la vie, en dehors ou dans le contexte de maladie ou de souffrance. Il s'exerce dans le quotidien par chacun, et dans un contexte professionnel pour les soignants.

Auparavant, le soin était orienté vers des problèmes à résoudre et faisait le mélange de morale, de tâches d'hygiène et de tâches prescrites par le médecin. Dans ce contexte, la personne soignée n'était pas invitée à participer aux décisions de soins la concernant.

Par la suite, la définition du soin a évolué et lui donnait comme but de maintenir la santé de la personne, considérée dans ses dimensions physique, mentale et sociale. L'infirmière évaluait les besoins d'aide et planifiait des interventions, en veillant à « agir avec » la personne.

Actuellement, le soin vise **le bien-être tel que la personne elle-même le définit**. L'infirmière l'accompagne en suivant son rythme et cheminement. Elle s'efforce d'utiliser tout son être, dont sa sensibilité, au-delà du palpable et du visible. Intervenir signifie désormais « **être avec** » la personne. L'infirmière et le soigné sont partenaires d'un soin individualisé, spécifique et contextuel.

Mais prendre soin ne s'inscrit pas seulement dans un rapport direct avec l'autre (prendre soin de quelqu'un), c'est d'abord un rapport avec soi-même (prendre soin de soi). Et en prenant soin de soi, on prend aussi soin des autres.

Le soin s'inscrit dans un tissu de relations interpersonnelles, dans lequel le « sujet » bénéficiaire du soin est à la fois « objet » et « acteur » du soin.

Toutefois, la relation n'a pas seulement le sens d'un rapport à soi-même ou entre deux individus ; interviennent aussi les représentations sociales. En raison de la forte dimension affective et de l'incertitude souvent radicale qui entourent le soin, le prestataire et le destinataire sont amenés à procéder par ajustements successifs et parfois mutuels où interviennent ces représentations sociales.

Enfin, c'est la confiance, largement fondée sur la qualité relationnelle soignant-soigné qui donnera au soin tout le crédit qu'il mérite.

En conclusion, tout ceci tend à prouver que pratiquer l'humanité dans les soins infirmiers, c'est contribuer à l'évolution de la perception de notre société. Et pourquoi pas de notre civilisation ?



CHAPITRE TROISIEME

Intégrer l'humanité dans le leadership du cadre infirmier

1. Pré-requis

Après avoir situé le rôle du soignant dans sa relation au soigné d'une part, et, à plus grande échelle, dans un projet de civilisation d'autre part, comment situer à présent le rôle du cadre infirmier, lui aussi concerné par ce même projet de civilisation, lui aussi toujours en relation avec le soigné, mais, qui plus est, investi de cet objectif supplémentaire à atteindre : manager une équipe soignante ?

Si nous prenons donc le parti de considérer l'humanité comme une **culture** que le cadre de santé peut chercher à instaurer au sein de son équipe soignante, celle-ci doit alors trouver sa place **face à une autre culture** dans laquelle ce même cadre de santé baigne depuis qu'il a accédé à sa fonction de chef : la culture managériale.

Nous savons désormais ce qui se conçoit autour de la notion d'humanité.

Toutefois, en préambule à ce chapitre, il sera opportun de rappeler les définitions des termes suivants : management et leadership.

Le développement de ce présent chapitre cherchera, dès lors, à articuler ces notions d'humanité, de management et de leadership autour de la réalité professionnelle d'un cadre infirmier, à savoir mener un groupe de soignants vers un projet de travail alimentant la motivation, la satisfaction, et finalement le bien-être professionnel **et** personnel.

1.1 Vocabulaire

Management

Etymologie : mot anglais, de « to manage », diriger.

Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise.

Manager

Faire du management ; organiser, diriger une affaire, un service, ...

Leader

Etymologie : mot anglais, guide.

Personne à la tête d'un groupe ; chef.

Leadership

Fonction de leader, position dominante.

Ces définitions proviennent du dictionnaire Larousse et suffisent à la « bonne » compréhension des mots en question.

Nous nous cantonnerons à la définition du Larousse en ce qui concerne le mot *management* . Nous avons compris que « manager » c'est agir et exercer des pratiques d'organisation.

Toutefois, la notion de *leadership* mérite d'être nuancée dans le thème qui nous occupe. En effet, comment assumer sa position dominante de chef au sein d'une équipe (posture hiérarchique) tout en visant à cultiver l'humanité (relation entre semblables) ? Est-ce possible, improbable, déconseillé ?

Et peut-on considérer l'humanité comme un moyen favorable dans l'art d'organiser le fonctionnement d'un groupe. L'humanité serait-elle, finalement, une technique managériale comme une autre ?

1.2 *Le leadership dans tous les sens*¹⁸

Le leadership d'un individu au sein d'un groupe ou d'une collectivité, c'est la **relation de confiance** qu'il établit entre lui et la majorité des membres de ce groupe ou de cette collectivité dans la poursuite d'un objectif partagé.

Cette relation est temporaire (à renouveler sans cesse), bilatérale et synallagmatique : le leader doit autant avoir confiance dans le groupe que la majorité du groupe a confiance en lui.

Cette relation se manifeste par une capacité à fédérer et à mobiliser les énergies autour d'une action collective.

Elle se traduit par une élection formelle ou informelle, explicite ou implicite, au cours de laquelle la majorité des membres du groupe reconnaît un des leurs comme leader légitime et lui délègue son pouvoir de décision (leur liberté de décider).

Notons, à ce stade de la description du leadership, que rien ne semble aller à l'encontre des fondements de la culture de l'humanité. Evidemment, l'intérêt réside dans le fait de s'en rendre compte, pour tordre le cou à l'idée qu'être en position dominante ne signifie pas nécessairement alimenter une relation de domination versus soumission. Nous venons d'évoquer, en effet, une relation de confiance.

Pour le psychologue américain contemporain **Robert Sternberg**, le leadership et la créativité sont intimement liés. D'une part, la créativité est une forme de leadership et, d'autre part, le leadership suppose la créativité...

Là aussi, la créativité est une composante incontournable de la culture de l'humanité. Car l'homme n'est pas un automate, il fonctionne en interaction avec ses semblables et son environnement, il s'adapte, il modifie, il innove !

¹⁸ **Source** : Wikipédia.

Selon les Forces Armées Canadiennes, le leadership se définit comme étant « l'art d'influencer le comportement humain de la manière voulue par le chef. »

Et même dans une définition émanant d'une organisation rigide comme l'armée, on évoque le comportement humain ... Ainsi le chef d'armée demeure un homme parmi les hommes, qui ne sait rien imposer sans tenir compte du comportement de ses semblables.

Dès lors, sans chercher à multiplier les définitions, on peut se poser les questions suivantes :

- le leader est-il **artiste** ou **commandant** ? Pratique-t-il un art (d'influence) ou impose-t-il un commandement ?
- le rôle du leader se situe-t-il davantage dans le **pouvoir** ou plutôt dans la **créativité** ?
- le leader se doit-il de **diriger** ou plutôt d'**orienter** autour de sa propre personne les désirs des autres pour les conduire vers un objectif, dans le cadre d'un projet à mener ?

De plus, faut-il nécessairement être charismatique pour être leader ?

Est-ce qu'un homme « discret » mais « assertif »¹⁹, investi d'une mission, ne sait pas fédérer d'autres hommes si cette mission les concerne et les implique tous ?

Ces questions restent ouvertes. En tout cas, en se référant juste à la définition de base, pour qu'il y ait leadership, il faut simplement qu'il y ait des suiveurs. Peu importe, en définitive, les caractéristiques personnelles du leader, que celui-ci soit directif, persuasif, participatif, délégitif, entreprenant, autocrate, opportuniste, réaliste, utopiste, maximaliste, bureaucrate, organisateur, démagogue, etc.

¹⁹ **Assertivité** = expression de sa propre personnalité sans susciter l'hostilité de son environnement ; une personne assertive, si tant est qu'elle ne soit pas charismatique, n'est ni hérisson ni carpe...

En ce qui concerne le domaine des soins de santé, le parcours traditionnel d'un infirmier chef d'unité est d'avoir été auparavant infirmier de terrain. Donc, l'infirmier-chef reste un soignant avant d'être un chef. Et dans le cas où un soignant devient chef, pour peu qu'il ait adhéré à la culture de l'humanité dans l'exercice de son art, comment le chef qu'il est devenu saurait se défaire de cette même culture, dans une forme différente d'exercice... de son art ?

2. *Les mots d'ordre du cadre infirmier*

Dans le contexte actuel de la politique de santé, quel autre mot d'ordre que celui de ... rationalisation des coûts²⁰ ?

Dans le système économique du pays, si les soins de santé font toutefois partie du secteur non-marchand, pourquoi le maître-mot au sein des sphères dirigeantes est-il efficience – moindre coût pour plus d'efficacité – ?

Au niveau régional, pour quelle autre raison que la raison budgétaire sommes-nous amenés à organiser la fusion des hôpitaux ?

Pourquoi développer les techniques managériales au sein des hôpitaux, initialement des techniques du secteur marchand, sinon pour optimiser la rentabilité des équipes ? Cette rentabilité se traduisant par des objectifs à atteindre, des conflits à gérer, des projets à initier, des résultats à obtenir²¹.

Quel autre climat dans les unités hospitalières qu'un climat comptable, où les soins à y prodiguer deviennent des chiffres à justifier ?

Dans cette prolifération de tableaux de bord, de bilans, de comptes, d'outils de gestion des stocks et équipements, de grilles de tarification, de statistiques sur les durées de séjour ou sur l'absentéisme du personnel, comment ne pas confondre quantitatif et qualitatif ?

²⁰ Qui oserait calculer le coût de la déshumanisation de certains soins, leur impact sur les infections nosocomiales et autres aléas thérapeutiques ?

²¹ L'économie, la vraie, à ne pas confondre avec la finance, reste une activité proprement humaine.

En effet, le seul moyen prôné actuellement pour viser la qualité, c'est de tout quantifier !

La qualité ne saurait passer au travers des chiffres. Sinon elle n'existerait pas, puisqu'elle ne saurait être justifiée...

Et quel est le public-cible de cette qualité « quantitative » ? Bien sûr, les clients du système de santé, consommateurs de soins payants et, le cas échéant, consommateurs qui pourraient porter plainte ...

Economie de marché, quand tu nous tiens !

Mais revenons une seconde sur ce qui nous a motivé à devenir soignant. Etait-ce cela que nous visions, aux premiers jours de l'exercice de notre profession ?

Est-ce cela qu'un infirmier qui devient cadre va vivre et prôner tout le reste de sa carrière ?

En restant conscients, bien évidemment, du caractère incontournable du contexte ci-dessus décrit, ne sommes-nous pas, à ce moment précis, interpellés par l'envie de défendre autre chose, si tant est que l'on se sente davantage « soignant » que « gestionnaire » ?

Un autre mot d'ordre pourrait alors être lancé : humanité.

« Et si le client redevenait une personne ; et si le soignant redonnait visage humain au système qui l'emploie... »



3. *Le cadre infirmier, garant du soin dans les soins*

Le soin est parfois encore confondu avec les soins.

« Soin » est un mot polysémique, nous l'avons déjà explicité. Ainsi, les professionnels soignants mettront un soin particulier (une **minutie**, une **application**) dans leurs actes professionnels.

Et qu'il soit d'urgence ou d'hygiène, le soin doit être fait avec soin (avec **ordre et logique**) et propreté ou asepsie.

De plus, il est laissé le soin (la **responsabilité**) aux professionnels de prendre soin (d'être aux petits soins) ...

Ainsi, *le soin* est le mot qui porte toute la dimension soignante qui accompagne les actes de soins.

Quant *aux soins*, ils sont l'ensemble des actes, gestes, tâches posés avec rigueur et en conformité aux savoirs établis. Les considérer seuls, c'est les détacher de l'humanité des personnes qui les posent ou les reçoivent, c'est nier toute perspective ou toute intention qui les anime.

Or, bien souvent, on ne trouve pas nécessairement de lien automatique entre les soins faits ou reçus et la dimension soignante des gestes posés. Les soins sont ainsi exécutés sans soin...

Ce constat peut trouver son illustration dans le comportement des infirmières stagiaires. Les étudiants scindent, en effet, la prise en charge du soin en deux parties : technique d'abord et relationnel ensuite. L'étudiant évince la dimension relationnelle du soin tant qu'il ne maîtrise pas le geste.

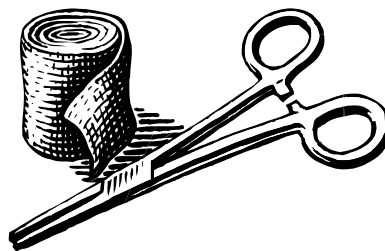
Pourtant, si un soin pouvait être réalisé sans relation humaine, nous aurions depuis longtemps résolu la pénurie des professionnels de soins !

Une explication à ce clivage entre soin technique et soin relationnel serait-elle que les sciences, les technologies ou les exigences organisationnelles transforment les soignants en simples « porte-parole » ? Ceux-ci étant porteurs d'une parole dont ils ne sont pas les auteurs...

A quoi peut ressembler le discours d'une infirmière ? Est-ce l'infirmière qui prononce une parole authentique, une parole dont elle est l'auteur, et une parole sensée car pensée en situation, ou les sciences biomédicales et les sciences infirmières qui l'ont transformée en un « objet infirmier » à qui elles font tenir un discours rigoureux et d'apparence professionnel mais inauthentique et insensé car non pensé en situation ?

Dans ce cas, cette instrumentalisation des soignants rend clairement vaine toute tentative d'humanité ! Pas de place pour l'authenticité ou encore le plaisir professionnel ...

Mais si un soin veut prétendre prendre soin, il ne peut se réduire à sa dimension technique. On pourrait même concevoir l'acte technique comme médiateur à la relation, comme outil du Soin.



4. *Le cadre infirmier, garant d'humanité*

Il est primordial d'inscrire nos pratiques professionnelles en matière de soin(s) dans la quête d'un agir à la fois sensé, respectueux des personnes et soucieux d'une aide certes limitée mais se voulant efficace autant que délicate.

Etre en humanité, c'est la posture soignante qui conduira à une atmosphère nourrie par l'attention que chacun consentira à porter à soi, à l'autre, ainsi qu'au monde.

Le cadre infirmier n'est pas le garant du soin²². Cette ambition serait démesurée autant qu'inappropriée. Il n'en est pas non plus un détenteur plus éclairé ni même un incontournable activateur. Il est plus modestement un humain, convoqué comme tout un chacun par le travail d'« humanité ».

Ce qui le différencie des autres, c'est avant tout sa personne, et ensuite son statut. Ce dernier ne peut être confondu avec sa personne et cette dernière ne peut être absente des actes qu'il pose. Ne pas nier ou négliger sa propre humanité, et donc sa sensibilité, sa curiosité, sa créativité, ses limites et ses utopies, est sans doute le premier et le plus utile des exercices qui lui permet de se penser comme un humain. Un humain qui est certes cadre infirmier, mais en aucun cas réductible à un seul instrument de gestion.

La fonction majeure que pourrait se donner tout cadre infirmier serait d'œuvrer à réduire l'écart entre l'intention soignante (autonomie et responsabilités) et les tentations objetisantes²³ (exécution et automatismes).

En effet, la perspective soignante devrait s'inscrire dans l'art de concilier deux aspects de la profession : l'exercice d'un métier doué de sens mais aussi source de plaisir et d'épanouissement. Il s'agirait d'offrir à la population une pratique qui s'écarterait de plus en plus du « faire des soins » pour mieux « penser le soin ».

²² Toutefois, le cadre infirmier garde pour mission d'être le garant **des** soins.

²³ « objetisant » dans le sens de « rendre objet ».

Dès lors, la pratique infirmière exercée dans une telle perspective, qui se veut pensée pour être aidante, porteuse de sens et respectueuse des personnes, nécessitera des professionnels qui exercent dans un environnement professionnel accueillant à une pratique plus créative que systématique ou organisée ; qui ont acquis des connaissances et des ressources diverses qui leur permettent non pas de « comprendre la personne » mais d'être subtilement présents à cette personne pour tenter de voir un peu plus clair dans la complexité de sa situation de vie et tenter d'y agir avec pertinence ; qui ont le souci d'augmenter en permanence leurs ressources et qui sont prêts à s'investir dans des travaux de recherche – même modestes – en vue d'affiner les moyens de prise en charge des personnes ; qui développent leur capacité d'écoute, d'accueil à la parole de l'autre, afin que celui-ci puisse, à son rythme, sentir que c'est sa personne qui est intéressante et pas seulement les dysfonctionnements de son corps ; qui offrent à la personne un espace de liberté dans lequel elle peut se dire, ce qui n'équivaut pas à répondre à des questions ni à s'entendre dire ce qui serait bon pour elle ; qui intègrent que la grandeur de leur professionnalisme repose sur leur capacité d'accepter, que le projet de vie d'une personne peut être différent des possibilités objectives des connaissances biomédicales.

Le respect du projet de vie de la personne implique de ne pas penser à sa place et donc de ne pas confondre désir du soigné et désir du soignant.

L'acceptation du projet de la personne n'invite nullement à la démission ou à la soumission du soignant mais bien plus fondamentalement à une autre compréhension de sa mission.

Le soignant sera là pour aider à nommer et à réaliser ce qui est désiré par la personne, en augmentant le nombre des possibles qu'il avait écartés car perçus comme irréalistes ou inaccessibles.

5. *Portrait du cadre infirmier pétri d'humanité*

Il est inutile de rappeler à des professionnels de la santé que l'être humain est multi-dimensionnel, et que de tout temps, les scientifiques se sont évertués à le dissocier en deux composantes majeures afin de mieux cerner son fonctionnement. Il s'agit de la composante physique (le corps) et de la composante psychologique (les affects).

Dès lors, un peu comme l'un de ces savants-fous, prenons le temps de disséquer un infirmier-chef d'équipe ...

- La composante physiologique : le cadre « peau d'équipe »
- La composante psychologique : le cadre « bienveillant »

5.1 *Le cadre « peau d'équipe »*²⁴

Et si le cadre, loin d'être le cerveau d'une équipe soignante, se présentait plutôt, entre rêverie et pensée, comme sa peau ? Et si sa fonction n'était pas celle du « cadrage » mais plutôt celle d'une « enveloppe d'équipe », conjuguant souplesse, adaptabilité et sensibilité, un peu comme une peau, qui n'est pas le tout du corps, mais qui en marque la frontière et l'unité par une barrière sensible tout autant à ce qui se passe au dedans qu'à ce qui se reçoit de l'extérieur ? Le « Moi-peau » est d'abord une large métaphore avant d'être un concept ; et peut servir à représenter la fonction cadre.

Ainsi, cette fonction de cadre serait à la fois fonction de contenance, de maintenance, d'interface, et de communication.

²⁴ Selon la théorie de Didier ANZIEU, psychanalyste français (1923-1999), ayant beaucoup travaillé sur les groupes – Extraits tirés d'un article de Thierry DESBONNETS sur www.cadredesante.com, décembre 2004.

5.1.1 La fonction de contenance

La peau délimite un espace au delà duquel ce n'est plus le corps du sujet mais l'environnement ou les autres.

Le cadre a, lui aussi, vis-à-vis de son équipe, cette fonction de frontière externe, de délimitation. Par exemple, dans la répartition des tâches, dans l'organisation du planning, ou dans le rappel des pratiques au delà desquelles on ne peut pas aller. Le cadre est alors celui qui vient éviter la dispersion dans l'éparpillement des actions.

La fonction de contenance du Moi-peau a également son équivalent dans le travail de cohésion d'équipe dont le cadre se porte garant. Le cadre est celui aussi qui tente de contenir les risques d'explosion ou le démantèlement d son équipe.

La peau est un écran protecteur. Au sein de l'équipe, il y a parfois à gérer des moments de crise provoqués par des mouvements affectifs ou agressifs générés à l'intérieur ou venant de l'extérieur de l'équipe. Le cadre peut alors avoir cette fonction d'atténuation des tensions, en terme de régulation.

5.1.2 La fonction de maintenance

Pour une équipe de soignants, on sait l'importance qu'elle attache à une présence et à un soutien de son cadre qui, solidairement et solidement, ne lâche pas son équipe. A l'inverse, le défaut d'encadrement peut avoir des effets mortifères, à l'identique par exemple de l'expérience des grands brûlés menacés dans leur survie par des atteintes étendues de leur surface.

La maintenance, par son étymologie, exprime également la nécessité de tenir en main. Mais à la fonction de sécurité s'ajoute aussi la fonction d'autorité. Il ne s'agit pas de tout transformer en « main de fer dans un gant de velours », pas plus qu'il ne s'agit de « caresser dans le sens du poil », ni de manipuler, au sens péjoratif, l'équipe ; mais de cette capacité à savoir quand passer la main et quand la reprendre, par exemple dans la délégation.

Enfin, dans son sens plus actuel, la maintenance, c'est le maintien en état de fonctionner, ou l'intervention en vue de résoudre les dysfonctionnements. Mais qu'est-ce que maintenir les humains en état de travailler ? C'est ici que l'art du management, art de la direction tout autant qu'un art du ménagement, peut prendre tout son sens.

5.1.3 La fonction d'interface

De même que la peau a un double statut d'intériorité et d'extériorité par rapport au corps, le cadre de santé a une position à la fois en dedans et au dehors de l'équipe. Il est « organiquement » celui auquel on s'adresse du dehors (famille, médecin ou administration), comme du dedans, dans la diversité des professions et des acteurs de l'équipe soignante.

On peut alors parler de la fonction cadre comme périphérique, un peu à l'extérieur de ce que fait l'équipe au quotidien, pour en percevoir les contours, mais en contact direct avec elle.

La peau est également une membrane semi-perméable. Cette hémi-perméabilité proposée par le cadre peut porter sur la circulation d'informations. Ici, filtrer n'est pas bloquer à tout prix, mais canaliser certains flux pour permettre une assimilation, en temps opportun, tout en gérant la circulation des informations. Ni complètement hermétique, ni ne permettant à l'équipe de prendre l'eau de toute part, le cadre est alors une sorte de filtre qui ne doit pas tout laisser passer pour que les échanges ne soient ni invasifs ni évasifs.

5.1.4 La fonction de communication

Le grain de la peau, sa couleur ou les empreintes digitales, voire les tatouages ou les piercings, sont autant de marqueurs très spécifiques de l'individualité.

A cette fonction d'individuation physique correspond une fonction d'individuation psychique. Sur un mode similaire, le cadre est pour l'équipe un organe générateur d'identité. En définissant les missions, les règles et objectifs, il propose un modèle d'identification.

Agissant au nom de l'équipe ou la représentant devant divers interlocuteurs ou instances, le cadre personnalise l'équipe.

La peau a également une fonction parchemin. Sur le corps, cicatrices, scarifications ou tatouages inscrivent dans la durée l'histoire d'un sujet, tout en faisant un message spécialement codé. Le cadre a une fonction toute particulière à propos du travail d'inscription, de traçabilité. Le cadre peut être la mémoire écrite d'un service, d'une équipe, auteur notamment, du rapport d'activité ou du projet de service. C'est à lui que revient de graver dans la chair ou dans la pensée de l'équipe les protocoles fixés. Il est chargé d'inscrire l'équipe dans le mouvement général de l'hôpital, voire même dans l'air du temps...

Ainsi donc, si comparaison n'est pas raison, il n'en demeure pas moins que le travail du cadre n'a pas seulement à voir avec la rationalité et la hiérarchie, mais aussi avec le vivant, le vital des relations humaines. Ce que le terme « organisation » rappelle d'ailleurs dans son étymologie (organisme = être vivant), mais escamote dans son utilisation courante.

Le tact, avec solidité, souplesse ou bienveillance selon les cas, et la bonne contenance sont dès lors aussi nécessaires à la vie d'une équipe soignante qu'ils le sont pour la survie et la constitution d'une identité non pathologique pour tout jeune enfant.

5.2 *Le cadre « bienveillant »*²⁵

5.2.1 *La bienveillance*

Être attentif à l'autre, au fonctionnement qui lui est propre, cela nécessite de rester neutre. En terme de comportement, il s'agit d'être celui qui ne prend pas parti, ne s'engage ni d'un côté ni de l'autre.

A cette notion de neutralité, proposons un adjectif correctif : parlons de « neutralité bienveillante ». Ne dit-on pas, dans la sagesse populaire, d'une personne bienveillante qu'elle est « humaine » ?

²⁵ Extraits tirés de l'ouvrage de Xavier CORNETTE DE SAINT CYR, Pratiquer la bienveillance par l'écoute active et l'empathie.

La neutralité bienveillante suppose le refus de juger, l'acceptation de tout entendre sans parti pris et sans critique, et le refus de vouloir orienter la vie de l'autre en fonction de ses valeurs personnelles.

Le cadre pétri d'humanité peut-il manifester de la chaleur humaine ?

La réponse à cette question nécessite d'établir la frontière entre l'empathie et l'affectivité.

Il est évident qu'un excès d'affectivité est nuisible. Mais qu'en est-il lorsqu'elle se manifeste sans excès ?

La chaleur humaine, c'est quand on est ouvert à l'autre sans avoir besoin de lui.

L'affectivité, c'est quand on a besoin de l'autre ou qu'on a peur de l'autre.

On comprend, dès lors, pourquoi l'affectivité est indésirable dans le cadre d'une relation écoutant /écouté. Elle expose, en effet, à l'envahissement de l'un des locuteurs par les émotions de l'autre, sans compter que celles-ci peuvent être accompagnées de désirs, négatifs ou positifs, mais en tout état de cause sont dangereuses pour le maintien de la relation dans son cadre initial.

L'empathie est-elle, alors, source ou marque d'affectivité ? Certes, on ne peut nier qu'un réel climat de confiance entre l'écoutant et l'écouté peut aller de pair avec un climat de réelle estime réciproque.

Toutefois, telle personne peut juger que la relation qu'elle entretient avec vous est trop intime... Ou telle autre, plus largement extravertie, la qualifiera de « sympathique ».

Ce qui est alors demandé à l'écoutant, en l'occurrence *le cadre pétri d'humanité*, c'est de la flexibilité : son dire et sa manière de dire sont adaptés en fonction de l'écouté.

Il y a lieu de considérer l'aspect contextuel au sens large et dans la situation spécifique exprimée.

Ainsi, le « cadrage » par le cadre déterminera si l'affectivité est étouffante ou synonyme de chaleur humaine (d'humanité).

La flexibilité du *cadre pétri d'humanité*, c'est ce qui permet de dire qu'il n'y a pas de gens qui résistent, il n'y a que des communicateurs qui manquent de souplesse !

La personne qui résiste est quelqu'un qui veut avancer mais qui n'accepte pas, à un instant donné, la voie proposée. La souplesse consiste alors à ouvrir tout le champ des autres possibilités plutôt que de vouloir la forcer à prendre une direction qu'elle refuse ou qui ne lui convient pas.

5.2.2 *L'empathie*

- Définition du concept

L'empathie, c'est l'identification affective à une personne, à ses pensées, à son action ; c'est la possibilité de ressentir les sentiments d'un autre.

Selon **Carl Rogers**²⁶, l'empathie est la faculté qui consiste à saisir aussi exactement que possible les références internes et les composantes émotionnelles d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette autre personne.

Ceci en veillant, toutefois, à ne pas perdre ses propres limites et son identité.

Est-ce réellement possible ? L'homme reste un homme, et si l'empathie est idéal-type, le but du *cadre pétri d'humanité* sera d'y tendre le plus possible.

- Empathie et sympathie

La sympathie vient du grec *sumatheaia* que l'on traduit par « communauté des sentiments ».

En un mot, être sympathique, c'est participer aux états affectifs d'autrui (joies comme peines).

²⁶ Psychologue humaniste américain (1902 – 1987). Son Approche Centrée sur la Personne (ACP) met l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient : écoute empathique, authenticité et non-jugement.

Le dictionnaire Larousse définit la sympathie comme « un penchant instinctif qui porte deux personnes l'une vers l'autre ». Or, l'empathie ne correspond pas à cette donnée car il ne peut être question ni de penchant ni d'instinct.

La deuxième définition du Larousse est « participation à la joie ou à la douleur, sentiment de bienveillance ». Or, là aussi, dans l'empathie, il s'agit de ressentir, voire de faire comprendre que l'on a compris, mais non de participer.

La sympathie a pour visée de consoler alors que l'empathie cherche à comprendre.

Suis-je affecté par ce que l'on me dit ? Alors, je suis dans la sympathie.

Est-ce que je partage sans jugement et sans en être affecté ? Alors, je suis dans l'empathie.

- Empathie et compassion

La compassion, elle, vient du latin et signifie littéralement « souffrir avec ». C'est le doublet étymologique de la sympathie.

La compassion est une attitude, une manière d'être avec les autres.

Pour **A. Comte-Sponville**²⁷, la compassion, c'est la participation à la souffrance d'autrui.

C'est sans doute pour cela que la compassion a pu être assimilée à la pitié.

Et pourtant, ne pourrait-on pas penser comme **Cicéron**²⁸ : « Plutôt que de plaindre les gens, pourquoi ne pas les secourir, si on le peut ? »

La compassion implique d'être concerné par l'autre, de l'accepter et de le respecter, voire de se sentir en communion avec ce qu'il vit, et de lui offrir en toute gratuité sa présence, son ouverture du cœur.

Or, l'écouter empathique ne peut éprouver de la pitié pour son interlocuteur. Quant à la sympathie qu'il pourrait éprouver, elle doit être mesurée.

²⁷ Philosophe matérialiste, rationaliste et humaniste français, membre du Comité consultatif national d'Éthique depuis mars 2008.

²⁸ Homme politique et orateur romain (106-43 av. J.-C.)

L'écouter empathique doit-il compatir ? En fait, l'écouter n'est jamais un pur concentré de malheur ou de problèmes.

S'il y a compassion, elle doit, dès lors, être « réactive » pour aider l'écouter à devenir « proactif ».

Telle est bien la philosophie qui sous-tend la relation d'aide : « Quand j'ai été écouté et entendu, je deviens capable de percevoir d'un œil nouveau mon monde intérieur et d'aller de l'avant », déclarait ROGERS.

- Empathie et intuition

L'intuition se définit aujourd'hui comme « une forme de connaissance, directe et immédiate, qui ne recourt pas au raisonnement » (dictionnaire Robert) ou comme « une perception immédiate de la vérité sans l'aide du raisonnement » (dictionnaire Larousse).

L'intuition caractérisée par l'immédiateté d'une perception est une sorte d'idée soudaine.

Ce ne sont pas les facultés cognitives qui apparaissent en premier lieu : ici, la connaissance vient des facultés sensorielles, d'émotions ou de sensations, d'un feeling, avec cette impression étonnante d'accéder ainsi à une compréhension sans que la raison y trouve son compte ²⁹.

Pour **Descartes** ³⁰, l'intuition est la conception d'un esprit pur et attentif, conception si facile et si distincte qu'aucun doute ne reste sur ce que nous comprenons.

²⁹ Analyse certes anti-physiologique.

³⁰ Philosophe, mathématicien et physicien français (1596-1650).

L'empathie laisse-t-elle libre cours à l'intuition ?

Par le biais de l'empathie, je vais tâcher de mieux ressentir l'autre. Dans le même temps, il y a ma connaissance intuitive, ce que je « sens » de lui, ce que ses comportements me fournissent comme éléments de connaissance ou comme impression de savoir, ce que je perçois soudainement de lui, de sa situation. Je le perçois comme une vérité ou, plus précisément, comme une semi-vérité dont il me faudra obtenir confirmation. Impression très forte, certes, mais impression seulement... Ce que je perçois comme réalité n'est, en fait, pas la réalité mais « une » réalité parmi d'autres.

Rester empathique supposera un réalisme à garder nécessairement en tête, afin de ne pas se laisser abuser par soi-même, avec le risque sous-jacent d'abuser l'autre.

Ainsi, l'intuition sera vérité sous condition suspensive de sa confirmation par l'autre.

Pour conclure, la théorie de Carl Rogers nous énonce dix aptitudes nécessaires à la relation d'aide, à l'accompagnement d'une personne.

Ces aptitudes ne sont-elles pas également nécessaires à l'atteinte des objectifs du cadre en soins de santé qui consistent à accompagner son équipe et à être homme parmi les hommes en nourrissant toujours davantage « l'attitude humaine », c'est-à-dire l'humanité ?

Ces aptitudes humaines sont les suivantes :

- ✓ demeurer authentique,
- ✓ avoir la conscience de soi,
- ✓ être capable de relations positives ,
- ✓ avoir la force d'être distinct,
- ✓ avoir suffisamment de sécurité intérieure pour laisser l'autre libre,
- ✓ être doué de compréhension empathique,
- ✓ accepter l'autre tel qu'il est,
- ✓ apporter de la sécurité dans une relation,
- ✓ être sans jugement ni évaluation,
- ✓ voir l'autre en développement.

6. *Quelques rôles dévolus au cadre pétri d'humanité*

Parfois, la check-list³¹ est aussi un « bon » moyen pour résumer ...

- Veiller à limiter l'augmentation de la prise en charge mentale des acteurs de soin pour éviter que celle-ci ne réduise l'humanité apportée aux soins.
- Dépister toute surcharge de travail qui risque de résumer les soins à leur dimension technique.
- Valoriser l'humanité dans le soin ...
- Aider à partager les vécus en groupes de paroles, et prévenir le burn-out.
- Dépister, dans l'élan de vie d'un soignant, un retrait, une démotivation, un absentéisme, etc. Un soignant qui ne va pas bien peut, au mieux, être indifférent, et au pire, maltraitant.

Ces conseils pourraient paraître un peu utopiques, mais c'est pourtant bien là l'essence du soin qui donne le sens au soin ...



³¹ Outil managérial préconisé dans le contexte de l'efficacité professionnelle.

7. *Un dernier mot d'ordre pour le cadre infirmier : l'utopie*

Face à ce défi permanent de conciliation entre technicité et relationnel, le cadre infirmier peut faire surgir une double source d'espoir : le refus de la fatalité et la capacité de chaque homme à modifier sa propre production. Autrement dit, faire fi du déterminisme et privilégier l'action !

Car toute organisation, dont le système de soins, est composée d'humains et tout ce qui s'y passe est bel et bien production d'humains.

A ce titre, l'enfouissement de l'humanité des personnes et l'absence de plaisir professionnel durable ne sont donc pas des fatalités mais bien des productions d'humains, donc modifiables et réorientables.

De ce fait, **l'utopie** consisterait ici en une invitation à être tous, aujourd'hui, les penseurs, créateurs et bâtisseurs de ce qui n'a pas encore lieu...

S'autoriser l'utopie, ce n'est pas fuir la réalité. S'autoriser l'utopie, comme le rappelle le philosophe français **Paul Ricoeur**³², c'est oser explorer des futurs possibles.

Car, pour constater un jour qu'un rêve s'est réalisé, il a bien fallu, au préalable, se mettre à rêver...

Pour que demain, le système de soins soit davantage soignant, pour qu'il se montre imprégné du soin qui se dégage du rapport entre les humains qui y évoluent ; pour qu'il soit véritablement propice à un agir sensé, source de plaisir ; pour qu'il soit fondé sur la capacité des différents professionnels, sans distinction de qualification, il nous faut nous octroyer le temps de nous arrêter pour dialoguer en vue de penser le soin, de penser nos actions dans une perspective soignante.

³² Né en 1913, il est notamment l'auteur de *L'idéologie et l'utopie*, éd. Le Seuil, 1997.

Ainsi, chacun, de la place qu'il occupe, dans les lieux où il évolue, et avec les moyens qui sont les siens, détient la possibilité, mais aussi la responsabilité, de poser des actes, aussi modestes soient-ils, qui peuvent s'avérer nourricier d'une plus grande atmosphère soignante.

Dont le cadre infirmier, cela s'entend !



CHAPITRE QUATRIEME

Témoignages

1. Dispositif opérationnel

Afin d'illustrer le *concept d'humanité intégré au leadership* du cadre de santé, nous proposons le sondage ponctuel d'un public-cible, à savoir un échantillon d'infirmiers-chefs, dans le décours d'une réunion mensuelle fixe et en présence du directeur de nursing (observateur neutre), au sein d'une institution hospitalière.

Le dispositif de recueil des données sera construit autour d'un questionnaire proposant cinq questions ouvertes.

Ce questionnaire sera rempli sur place, le temps nécessaire à celui-ci étant prévu dans l'ordre du jour de la réunion.

Après un bref mot d'introduction auprès de nos collègues, expliquant qu'il s'agit d'une étape incontournable dans notre travail de fin d'études, sans en évoquer pour autant le sujet réel, nous soumettrons le questionnaire, en précisant que la participation n'est pas obligatoire – cette précision jouera sûrement sur le phénomène de « désirabilité sociale »³³ auprès des participants. Nous lirons la consigne, préciserons le timing – une dizaine de minutes – et répondrons aux questions éventuelles. Nous laisserons ensuite le temps à l'exercice, puis nous collecterons le document rédigé.

Dans un deuxième temps – une quinzaine de minutes –, et cela de manière sommaire, compte tenu du fait que la réunion n'a pas pour seul objet le débat ici amorcé³⁴, nous demanderons aux participants ce que ces questions leur ont évoqué. Nous évaluerons ainsi la portée, voire la pertinence de ces questions si les réactions à chaud nous amènent vers le sujet présentement traité : respect de l'individu, humanité, soin relationnel, ... et leadership.

³³ Le fait de vouloir faire comme la majorité.

³⁴ A noter que les autres sujets à l'ordre du jour pourront influencer l'attitude des participants.

L'un des intérêts principaux à cette discussion sera de voir si le chef poursuit des objectifs bien différents de ceux de l'infirmier au chevet du malade...

La récolte de ces réactions orales sera, évidemment, moins cadrée que les propos écrits, eux-mêmes résumés en six mots-clés maximum. Ainsi, l'animateur (que nous serons) de ce mini-débat restera attentif aux propos échangés, demeurera à l'écoute ; reformulera, et, finalement, conclura l'échange. Ce n'est donc pas lui qui rapportera sur papier ce qui est en train de se dire. Il aura préalablement nommé un/une secrétaire – selon toute vraisemblance, un cadre intermédiaire présent, dont la tâche sera de rapporter, par le prélèvement des mots qui lui semblent porteurs de sens, la présente discussion.

Ayant ainsi clos la conversation, nous remercierons l'assemblée et les inviterons à parcourir avec nous le document distribué (en fait, la quatrième de couverture du présent travail), afin de leur permettre de mieux appréhender le contexte plus théorique élaboré autour de cet échange spontané d'idées et de ce recueil de réponses écrites.

2. Démarche méthodologique

Ce dispositif opérationnel s'inscrit dans le cadre d'une observation clinique où nous nous focalisons sur le sujet étudié. Fondée sur l'écoute, ce dernier est le seul narrateur de son vécu, passé, présent et futur imaginé.

Le cadre de cette audition se conçoit autour de références théoriques non communiquées aux interviewés.

Le questionnement qui y est mené est d'ordre éthique ; certains phénomènes liés à la singularité de l'homme sont mis en lumière.

Plus largement, la finalité de cette méthode est la compréhension du fonctionnement de l'être humain d'aujourd'hui, dans le domaine envisagé. En l'occurrence, quelles perspectives dans l'évolution de la qualité des soins ?

Aucun a priori théorique ne pré-existe au départ de cette approche. De ce fait, il n'y aura pas d'introduction au questionnaire proposé, afin de privilégier les réponses spontanées. L'objectif n'est pas de confirmer ou infirmer une hypothèse pré-établie, simplement d'illustrer une question de départ.

Les hypothèses s'élaboreront au cours du travail d'écoute ou après dépouillement des réponses et seront interprétatives. Elles devront être soumises à validation par le sujet, qui fera lecture du mémoire, et le chercheur, qui aura énoncé les biais à ses conclusions, notamment son implication même dans la recherche.

La méthode clinique permet, en effet, d'identifier les éléments qui sont conformes à la théorie et ceux qui sortent des attendus.

Lorsque le travail interprétatif des données récoltées sera ainsi effectué, tout l'intérêt de la recherche clinique résidera dans la confrontation de ces témoignages de vie avec les études déjà en place, en particulier ici autour des concepts de *leadership* et *d'humanité*.

3. Chronologie

10 étapes :

1. Elaborer le questionnaire
2. Effectuer le pré-test
3. Modifier le questionnaire ou le contexte de passation
4. Fixer la date du recueil des témoignages
5. Informer les personnes ressources des modalités de passation
6. Animer l'entretien de groupe
7. Regrouper les données, orales et écrites
8. Traiter les données
9. Interpréter les données
10. Critiquer le processus de recueil

4. *Processus de recueil*

4.1 Le questionnaire ³⁵

Pour un sujet tel que celui traité, faisant appel aux ressentis, aux convictions, aux fondements mêmes du choix professionnel, nous avons jugé opportun de laisser, dans la trame générale du questionnaire, autant de liberté que dans le fait d'adhérer ou non à la culture de l'humanité. Les questions seront donc exclusivement ouvertes et suffisamment larges que pour ne pas les multiplier à outrance. Cinq suffiront.

Portée des questions :

- Question N° 1 : Etre homme parmi les hommes : l'humanité
- Question N° 2 : Le soin relationnel du point de vue du soignant
- Question N° 3 : La richesse de la relation à la personne âgée : l'humanité
- Question N° 4 : Le soin relationnel du point de vue du cadre en santé
- Question N° 5 : Le leadership intégré à la culture de l'humanité.

4.2 Le pré-test

Afin de se préparer à un maximum d'éventualités, heureuses ou malencontreuses, lors du recueil des témoignages, organiser un pré-test permettra d'adapter au mieux le cadre du déroulement de l'entretien de groupe envisagé.

Pour ce faire, nous mènerons le questionnaire et l'entretien, de la manière décrite plus haut, auprès d'un autre échantillon que celui du public-cible, mais présentant toutefois les mêmes caractéristiques formelles : à savoir, un groupe de professionnels de la santé, visant à devenir cadres en santé, et regroupés à l'occasion d'un cours de promotion sociale, dont la thématique est « Méthodologies de recherche ».

³⁵ Cf. feuilles annexes.

4.3 L'entretien de groupe

L'entretien est un espace-temps réservé à la communication entre un petit nombre de personnes. La borne supérieure de cette technique de récolte de données est fixée à trente personnes ; au-delà de trente participants, c'est le questionnaire qui sera utilisé.

Or, dans la situation de recueil que nous envisageons, nous nous adresserons à vingt personnes, au minimum. Nous nous situons donc dans une situation intermédiaire, entre l'entretien de groupe et le questionnaire. C'est pourquoi nous envisageons d'utiliser les deux techniques.

Un entretien de groupe s'envisage en deux temps :

- d'abord, préciser l'objet de la demande, et laisser à l'interviewé l'opportunité de décider de participer ou non à l'enquête ;
- ensuite, maintenir le processus de communication durant toute la durée de l'entretien.

L'entretien est basé sur l'écoute, l'attitude ouverte aux questions éventuelles, la prise en compte de toutes les réactions, la compréhension du « dit » et du « non-dit », l'interprétation dans le but de donner du sens, l'ouverture aux remarques émises en fin d'entretien : « comment avez-vous vécu la situation et les questions posées ? »

Concernant le niveau d'information recueilli, il faudra appréhender, durant tout le temps de l'entretien, de multiples subjectivités, c'est-à-dire celles des interviewés, bien sûr, mais aussi celle de l'interviewer.

Nous prévoyons de recourir à l'entretien de groupe durant la deuxième partie de notre enquête. A la différence du questionnaire, utilisé dans un premier temps, l'entretien laissera un temps de réaction pour les personnes désireuses de s'exprimer plus librement encore, c'est-à-dire sans la contrainte du support écrit et de la consigne.

Toutefois, l'entretien de groupe envisagé sera **semi-directif** : les thèmes abordés seront, en effet, méthodologiquement prédéterminés par les questions ouvertes du questionnaire initial. L'entretien sera donc **guidé**, dans le cadre d'une étude d'approfondissement où on ne cherche pas à mesurer mais à comprendre.

Ici, nous pourrions considérer un entretien d'explicitation d'une action (particulièrement, le soin d'humanité et le leadership qui en découle).

Les interviewés décriront la situation-action en se fondant sur leur perception du faire.

Trois éléments décisifs décriront l'environnement de l'entretien :

- le moment : pour permettre l'expression libre, un moment de disponibilité atténuée le caractère perturbateur de l'enquête – **Ici, le temps de l'enquête sera prévu et aménagé à cet effet** – ;
- le lieu : à l'abri de l'intrusion de tierces personnes, les interviewés auront une position similaire à celle de l'enquêteur – **Ici, des collègues de travail se retrouvent lors d'une réunion formelle, dans un local approprié, au sein de l'institution** – ;
- le temps : timing bien réel, en annonçant la durée de l'entretien et en respectant ce qui a été annoncé – **dans le cadre d'une réunion ayant un ordre du jour à respecter** –

Enfin, le contexte de l'entretien de groupe aura comme intérêt de permettre au chercheur la diffusion d'une information sur le sujet qui aura – très brièvement – été débattu.

Ainsi, nous renvoyons au texte intitulé *Humanitude ou comment valoriser l'attitude humaine* pour l'information diffusée auprès des aspirants-cadres ; et au texte intitulé *La culture de l'humanité intégrée au leadership du cadre infirmier, Quatrième de couverture*, dont les destinataires étaient les chefs en fonction.³⁶

³⁶ Cf. documents présentés en annexe.

4.4 L'analyse de contenu

Sur base des données récoltées, écrites et orales, il s'agira d'effectuer une analyse catégorielle, selon des critères de répartition. Cette analyse de contenu, relativement au sujet traité, assurera la fonction de découverte (récolte de l'inattendu) et la fonction de preuve (confirmation de l'attendu).

Cependant, donner du sens aux divers témoignages recueillis supposera de rester critique. Pour ce faire, nous différencierons les idées, abandonnerons les éléments non pertinents, réduirons le contenu en fonction des objectifs précis de l'enquête, regrouperons les mots ou tout autre élément de la communication en unités de sens.

Ces unités de sens pourront être pré-déterminées, c'est-à-dire construites en amont du recueil des informations. Dans ce cas, nous chercherons principalement à valider l'attendu.

A contrario, si ces unités de sens sont construites a posteriori, c'est-à-dire induites par le contenu, nous chercherons plutôt à privilégier l'inattendu.

Dans le sujet qui nous occupe, on pourrait supposer que tout soignant, même s'il occupe désormais une position de cadre, reste convaincu du bien-fondé des soins relationnels.

Dès lors, la curiosité du chercheur pourrait s'orienter davantage sur le recueil d'informations contradictoires : un infirmier, devenu chef, fait-il désormais passer ses priorités organisationnelles avant toute préoccupation humaniste ? A découvrir !

Pour effectuer de l'analyse de contenu, il faudra rapporter le discours aux conditions de sa production. Ainsi, si nous voulons faire une recherche de sens à partir d'un énoncé, il faudra préciser :

- **qui parle ?** Ici, un panel d'infirmiers-chefs ;
- **à qui ?** A un collègue de travail, lui-même promu récemment au poste d'infirmier-chef ;
- **pour qui ?** Pour un aspirant-cadre en santé, dans le contexte de la confection d'un mémoire ;

- **quand ?** Lors d'une réunion mensuelle fixe des infirmiers-chefs ;
- **dans quelle situation ?** en présence du directeur de nursing, au sein de la salle de réunion de l'institution.

Rendre compte de la réalité psycho-sociale de cette situation de communication permettra de mettre en évidence les équivoques ou meta-messages des discours recueillis.

Analyser le contenu récolté nécessitera trois étapes :

4.4.1 La pré-analyse

Quels documents soumettre à l'analyse ?

Ici, deux types de documents : un support écrit émanant des personnes interviewées elles-mêmes et un rapport écrit témoignant d'une conversation-débat.

Quelle hypothèse envisager ?

Ici, une question de départ à étayer :

les ressentis du soignant au chevet du soigné participent-ils à la culture de l'humanité, que le cadre de santé peut, lui aussi, chercher à développer dans son leadership?

Quels objectifs poursuivre ?

- Discuter autour d'un thème professionnel ;
- Illustrer le cadre théorique de propos recueillis par des professionnels de terrain ;
- Confronter les opinions entre elles et aux référents théoriques.

4.4.2 L'exploitation du matériel

En l'occurrence, pratiquer le décompte et l'énumération de catégories (analyse catégorielle), en fonction de clés de répartition qui s'élaboreront au fil du dépouillement des données.

La première étape consistera en un découpage des propos recueillis, déjà facilité par la structuration des cinq questions ouvertes, chacune des questions constituant une unité thématique (cf. la portée des questions).

En effet, dans le cadre de questions ouvertes comme d'entretiens semi-directifs, l'analyse thématique **par mots-clés** est souvent utilisée.

La deuxième étape précisera les règles du comptage des énumérations. Nous tiendrons compte de la présence ou de l'absence des réponses, de leur fréquence ³⁷, de leur intensité ³⁸, d'un système bi-polaire, réponses favorables – réponses défavorables ³⁹, de l'ordre d'apparition des unités d'enregistrement ⁴⁰, et de la co-occurrence des réponses ⁴¹.

La troisième étape sera la classification par catégories.

Par catégorie, nous comprendrons : classe de signifiés subissant l'analogie.

Les catégories peuvent se concevoir par boîtes, dans le cas où les catégories pré-existent dans la théorie ; ou par tas, si les catégories résultent de la classification analogique.

Pour que les catégories soient valides, nous tiendrons compte de :

- l'exclusion mutuelle : ce qui est destiné à une catégorie ne peut l'être pour une autre ;
- l'homogénéité : chaque catégorie ne recouvre qu'une seule dimension ;
- l'exhaustivité : épuiser tout le contenu récolté ;
- la pertinence : répondre à la question de recherche ;
- l'objectivité et la fidélité : des codeurs différents doivent obtenir les mêmes résultats de catégorisation.

³⁷ Une haute fréquence conférant une hausse du sens que nous y associerons.

³⁸ A pondérer si possible.

³⁹ En passant par des réponses neutres ou ambivalentes.

⁴⁰ Avec la possibilité d'un ordre de succession significatif, porteur d'un sens particulier.

⁴¹ Deux ou plusieurs unités d'enregistrement dans une même unité de contexte : nous pourrions observer une association, une équivalence – avec substitution, une opposition, une exclusion.

4.4.3 Le traitement des résultats obtenus et leur interprétation

A l'aide ou non des statistiques, faire des inférences⁴², avancer des interprétations.

En effet, l'analyse de contenu est ici considérée comme un instrument d'induction permettant de rechercher des causes à partir des effets (propos recueillis).

5. Matériel récolté

5.1 Les rapports des entretiens de groupe

❖ Auprès des aspirants-cadres en santé⁴³ :

Les rapports écrits effectués par deux étudiantes n'ayant apporté **aucune donnée probante** en ce qui concerne le compte-rendu des propos émanant de l'échantillon sondé, nous avons décidé de ne pas exploiter cette source de données. Nous remercions toutefois les volontaires désignées pour s'être prêtées à cet exercice difficile.

D'autre part, un enregistrement audio de cette rencontre a été réalisé. Cette source de données a le mérite d'exister mais n'a pas retenu notre attention dans la présente réflexion.

Le choix du chercheur s'est donc seulement porté sur l'exploitation des questionnaires récoltés.

❖ Auprès des chefs d'unité du C.H.Wa.Pi⁴⁴, sites Union et Dorcas :

Voici, in extenso, le compte-rendu écrit émanant du cadre intermédiaire désigné par le chercheur comme rapporteur de l'entretien de groupe (et que nous remercions pour sa collaboration) :

⁴² Les règles d'inférence permettent, dans une théorie déductive, de conclure à la vérité d'une proposition à partir d'hypothèses.

⁴³ Au sein de l'Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté française, Tournai ; année scolaire 2008-2009 ; classe de première année.

⁴⁴ Centre Hospitalier de Wallonie Picarde.

« Liens entre les questions ?

- *Qualités que doit présenter le personnel ; définir le profil de l'infirmière*
- *Le point de vue du chef d'unité pour garantir l'harmonie au sein de l'équipe*
- *Le lien entre la vie de tous les jours et le travail*
- *Le point de vue du patient (personne âgée) »*

Au vu de cette prise de note pour le moins synthétique, le chercheur a évidemment privilégié d'exploiter les questionnaires recueillis.

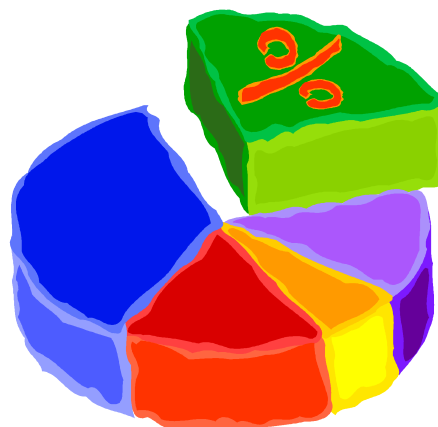
Toutefois, nous pouvons observer que ces quelques mots suffisent déjà à dépeindre une conversation ayant trait, effectivement, aux relations humaines et au leadership...

5.2 Les questionnaires

Des mots...

Des chiffres...

Des résultats à interpréter...



Première mouture (et pré-test) :

Entretien de groupe auprès des Aspirants-Cadres en Santé, 1^{ère} année - IEPSCF (avril 2009)

Nombre total de questionnaires : 18

PREMIERE MOUTURE

Nombre total de mots-clés récoltés : 379

**Moyenne des mots-clés attendus
pour chacune des 5 questions : 75,8**

Répartition effective du taux de réponse par question :

question N°1 :	84	soit 22,16 %	des réponses obtenues
question N°2 :	67	soit 17,67 %	
question N°3 :	75	soit 19,78 %	
question N°4 :	67	soit 17,67 %	
question N°5 :	86	soit 22,69 %	

Deuxième mouture :

Entretien de groupe auprès des Infirmiers Chefs d'unité du C.H.Wa.Pi., sites Union et Dorcas
(juin 2009)

Nombre total de questionnaires : 22

DEUXIEME MOUTURE

Nombre total de mots-clés récoltés : 432

**Moyenne des mots-clés attendus
pour chacune des 5 questions : 86,4**

Répartition effective du taux de réponse par question :

question N°1 :	97	soit 22,45 %	des réponses obtenues
question N°2 :	78	soit 18,05 %	
question N°3 :	79	soit 18,28 %	
question N°4 :	77	soit 17,82 %	
question N°5 :	101	soit 23,37 %	

Interprétation des chiffres

Considérations générales

La première mouture, servant également de pré-test, nous a offert, statistiquement, une moyenne de 21 mots-clés par participant. Ainsi, les réponses ont fluctué entre 13 mots-clés pour le minimum, et 30 mots-clés pour le maximum de la participation.

En toute probabilité, considérant la deuxième mouture, nous attendions une moyenne de réponses plus ou moins identique à celle définie lors de la première mouture.

Nous obtenons, en fait, une moyenne de 19,6 mots-clés par participant, avec 7 mots-clés pour le minimum, et 30 mots-clés pour le maximum de la participation.

Proportionnellement, nous obtenons donc, par participant, *un peu moins* de réponses que pour la première mouture.

PREMIERE MOUTURE ⁴⁵

De manière générale, chaque question a bénéficié du même taux de participation, tenant compte du fait que la question 2 et 4 obtiennent un nombre identique de réponses et que les questions 1 et 5, servant d'introduction et de conclusion au questionnaire, obtiennent un nombre de réponses quasiment identique, en nombre plus élevé que pour les questions 2, 3 et 4. L'hypothèse explicative pourrait être la suivante : s'agissant de questions abordant des thèmes plus larges, davantage de réponses ont pu être énoncées.

Aucune question n'a vraisemblablement rebuté les participants ; chaque question pouvant ainsi être considérée comme ayant été comprise et/ou digne d'intérêt.

Les cinq questions ont trouvé leurs réponses sans variation majeure de participation.

Compte tenu de la moyenne attendue de réponses (75,8 mots-clés) pour chaque question, nous constatons que cette moyenne a été atteinte, sauf pour les questions 2 et 4.

⁴⁵ Premier état d'un rapport.

Curieusement, ces questions visaient spécifiquement l'attitude « professionnelle » du métier d'infirmier, en termes d' « exercice de l'art infirmier » et de « compétences ».

Est-ce à dire que les aspirants-cadres trouvent moins d'inspiration dans l'aspect « professionnel » du métier d'infirmier que dans son aspect « relationnel » ?

DEUXIEME MOUTURE

Nous dépassons allègrement la moyenne attendue de réponses pour les questions 1 et 5.

Les questions ont donc été porteuses de sens et ont grandement inspiré les participants.

Nous attirons l'attention sur le fait qu'il s'agissait de la question inaugurale et de clôture, et que ces questions englobaient les thèmes centraux du sujet de réflexion, à savoir *humanité* (question 1) et *leadership* (question 5).

Les questions 2, 3 et 4 n'atteignent pas la moyenne attendue de 86,4 mots-clés. Elles ont toutefois récolté chacune une proportion de réponses quasi identique. Nous obtenons une certaine symétrie dans la distribution des réponses, ce qui laisse à penser que chacune des questions 2, 3 et 4 a suscité de l'intérêt et de l'inspiration.

Ici encore, en considérant froidement les chiffres, ce sont les questions 2 et 4 qui obtiennent le moins de réponses. L'hypothèse énoncée en ce qui concernait les aspirants-cadres peut-elle aussi être adressée aux cadres en fonction ?



QUESTION N°1 PREMIERE MOUTURE

Pour vous, quels sont les grands principes pour « bien vivre ensemble » ?

Nombre total de mots-clés : 84

Répartition des mots-clés selon la fréquence de leur apparition:

RESPECT	(13x)
COMMUNIQUER	(10x)
ECOUTE	(8x)
SOLIDARITE – PARTAGE – CONFIANCE – TOLERANCE	(4x)
EPANOUISSEMENT	(3x)
SINCERITE – ENTRAIDE – AUTHENTICITE – ADAPTATION – AMBIANCE	(2x)

NE PAS JUGER – SOUTENIR – SE CONNAITRE

ECHANGES – COLLABORATION – NEGOCIATION – DIALOGUE – DISCUSSION – AFFIRMATION DE SOI – FRANCHISE – EMPATHIE – HONNETETE – DEMOCRATIE – EGALITE – DIVERSITE – CONNAISSANCE – QUESTIONNEMENT – ATTENTION – SECURITE – LIBERTE D'EXPRESSION – ENVIRONNEMENT – POLITESSE – OBJECTIFS – BIEN ETRE –

QUESTION N°1 DEUXIEME MOUTURE

Pour vous, quels sont les grands principes pour « bien vivre ensemble » ?

Nombre total de mots-clés : 97

Répartition des mots-clés selon la fréquence de leur apparition:

RESPECT D'AUTRUI	(13x)
TOLERANCE – ECOUTE	(8x)
COMMUNICATION	(7x)
CONFIANCE	(4x)
ENTENTE – PARTAGE	(3x)

EQUITE – SOLIDARITE – EDUCATION
ECHANGE – DIALOGUE - COMPREHENSION
HARMONISATION – HONNETETE – AMOUR – DISPONIBILITE – LIBERTE INDIVIDUELLE – RESPECT DE SOI (2x)

ESTIME – RECONNAISSANCE – POLITESSE – HORAIRE – LOYAUTE – FRANCHISE – BONNE HUMEUR – CORDIALITE – CONVIVALITE – ESPRIT POSITIF – ESPRIT D'EQUIPE – LIGNE DIRECTIONNELLE COMMUNE – OBJECTIFS COMMUNS – COHESION – DISCUSSION – AMABILITE – INFORMATION – COLLABORATION – LIENS – EMPATHIE – CIVISME – CALME – MOTIVATION – OUVERTURE – APTITUDES RELATIONNELLES –

Interprétation des résultats

1. Considérations générales

- Dans la première mouture, nous observons une abondante répétition de certains mots-clés. Presque tous les mots corroborent le concept *d'humanité*, à l'exception, peut-être, du mot **objectifs**, à connotation plus professionnelle.
- Dans la deuxième mouture, presque tous les mots corroborent le concept *d'humanité*, à l'exception des mots **horaire**, **esprit d'équipe**, **ligne directionnelle commune**, **objectifs communs**, à connotation plus professionnelle. La présence de ces mots s'explique certainement par le fait que les participants de la deuxième mouture soient des chefs d'équipe déjà en place, et donc plus pragmatiques...
- Nous comprenons ici la notion *d'empathie*⁴⁶ comme une aptitude humaine à développer de façon à tendre progressivement vers une compétence professionnelle.
- Les deux moutures confondues, le mot-clé **respect** arrive en tête, avec un nombre identique de réponses.
Première mouture : 13/18 = **72 %** des participants citent ce mot-clé en premier lieu.
Deuxième mouture : 13/22 = **59 %** des participants le citent également en premier lieu.
- Viennent ensuite les mots-clés suivants : **écoute** – **communication**.
- En troisième position, les mots suivants : **tolérance** – **confiance** – **partage**.
- Faut-il considérer que l'occurrence⁴⁷ élevée de certaines réponses fait loi dans le processus de recueil des données ?

⁴⁶ Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.

⁴⁷ Apparition d'une unité dans un corpus.

- Dès lors, pour donner tout crédit aux personnes sondées, nous considérerons que la notion de *respect*, d'abord, et les notions de *communication – écoute – tolérance – confiance – partage*, ensuite, constituent de grands principes pour le bien vivre ensemble, car reconnus par beaucoup.
- Voici les mots communs aux deux moutures :

respect – communication – écoute – tolérance – confiance – partage – solidarité –
 politesse – échanges – collaboration – franchise – empathie – honnêteté –
 dialogue – discussion – objectifs.

Hypothèse déductive :

Pour les aspirants-cadres comme pour les cadres en place, ce sont les mots ci-dessus qui définissent le mieux la notion *d'humanité*.



2. Interactions entre les deux moutures

Des mots différents pour un sens commun...

Première mouture	Deuxième mouture
attention - sécurité	-
épanouissement	estime – reconnaissance
sincérité	loyauté
entraide	disponibilité- esprit d'équipe- cohésion- liens
authenticité	aptitudes relationnelles
négociation - adaptation	motivation
ambiance	entente
soutenir – ne pas juger	compréhension – ouverture -
se connaître	éducation
affirmation de soi	respect de soi
égalité	équité
diversité	harmonisation
connaissance	information
questionnement	ligne directionnelle commune
démocratie – liberté d'expression	liberté individuelle – civisme
environnement	horaire
bien-être	amour – bonne humeur – cordialité – convivialité
	esprit positif – amabilité - calme



QUESTION N°2 PREMIERE MOUTURE

A votre avis, quelles sont les sources de satisfaction dans l'exercice de la profession d'infirmier ?

Nombre total de mots-clés : 67

... FREQUENCE...

COMMUNICATION – RECONNAISSANCE (4x)
GUERISON – UTILITE – AIDE (3x)
QUALITE – SOINS DE QUALITE – RELATION d'AIDE (2x)
RETABLISSEMENT de la SANTE – SOIGNER – (2x)
EDUCATION – PARTAGE

...THEMES...

Les responsabilités professionnelles:

FORMATION – FORMATIONS – INSTRUCTION – PROFESSION – TRAVAIL – EXPERIENCE – EXPERIENCES – SAVOIR –
COMPETENCES – COMPETENCE – CONNAISSANCES – CONNAISSANCES MEDICALES – RESPONSABILITES – AUTONOMIE
ART DE SOIGNER – GUERISON (3x) – QUALITE (2x) – SOINS de QUALITE (2x) – GARANTIE de l'EMPLOI –
RELATION D'AIDE (2x) – RETABLISSEMENT de la SANTE (2x) – SOIGNER (2x) – EDUCATION (2x) –

Les relations humaines:

BONNE AMBIANCE de TRAVAIL – EQUIPE – COLLABORATION – COMMUNICATION (4x) – INTERACTIONS – ECHANGES –
CONTACTS HUMAINS – un SOURIRE – un MERCI – RELATION SOIGNANT/SOIGNE – PATIENTS – FAMILLES – PARTAGE (2x) –

Les ressentis humains :

BIEN ETRE – EPANOUISSEMENT – EVOLUTION – AMOUR de la PROFESSION – UTILITE (3x) – AIDE (3x)
RECONNAISSANCE des COMPETENCES – RECONNAISSANCE des FAMILLES – RECONNAISSANCE du CHEF – RECONNAISSANCE
(4x) – GRATITUDE

Divers : VISION (?)

QUESTION N°2 DEUXIEME MOUTURE

A votre avis, quelles sont les sources de satisfaction dans l'exercice de la profession d'infirmier ?

Nombre total de mots-clés : 78

...THEMES...

La relation professionnelle :

FEED BACK du PATIENT – BIEN ETRE du PATIENT (5x) – SOURIRE du PATIENT – LE PATIENT –
SATISFACTION du PATIENT – PATIENT CONTENT – BONNE EVOLUTION du PATIENT –

Les responsabilités professionnelles :

VARIETE DES TACHES – DIMINUTION DE LA DOULEUR – REpondre A DIFFERENTS BESOINS – PRISE DE DECISION – LE PRENDRE
SOIN – OBJECTIFS ATTEINTS – ACQUISITION DE COMPETENCES – QUALITE DES SOINS – GUERISON (3x) – RESULTATS –
PROGRESSION INTELLECTUELLE – PROGRESSION TECHNIQUE –

Les ressentis humains :

SERVICE RENDU (2x) – AIDE AU PROCHAIN (3x) – RETOUR – REMERCIEMENTS (3x) – SENTIMENT DU TRAVAIL BIEN FAIT –
SENTIMENT D'UTILITE (2x) – SENTIMENT DE SATISFACTION (2x) – RECONNAISSANCE (6x) – RECONNAISSANCE
PROFESSIONNELLE – RECONNAISSANCE DE LA HIERARCHIE – EVOLUTION RELATIONNELLE POSITIVE – BIEN ETRE de l'INFIRMIERE
(2x) – DIGNITE –

Les relations humaines :

PARTAGE au sein de l'EQUIPE (2x) – PARTAGE – ENTRAIDE – FAIRE PARTIE d'une EQUIPE – CONTACT (5x) – CONTACT
CONSTRUCTIF – ECHANGE (2x) – DISPONIBILITE (2x) – PATIENCE – RELATION AUX FAMILLES – COMMUNICATION (2x) –
DIALOGUE – ECOUTE – RELATIONS HUMAINES (6x) –

Interprétation des résultats

- Première mouture :

Dans la fréquence⁴⁸ des mots énoncés, 5 mots-clés relèvent davantage des aptitudes humaines – **communication**, **reconnaissance**, **utilité**, **aide**, **partage** – alors que 7 mots-clés font référence aux aptitudes professionnelles – **guérison**, **qualité**, **soins de qualité**, **relation d'aide**, **rétablissement de la santé**, **soigner**, **éducation** –

Retenons cette première tendance, auprès des aspirants-cadres, pour appuyer notre constat final.

- En termes de « responsabilités professionnelles » :

Constat : la satisfaction du soignant se situe moins dans la responsabilité professionnelle que dans le contact humain.

Première mouture : 31 mots sur 67 ont trait à la **satisfaction due à l'exercice de l'art infirmier**, soit 46 % des réponses.

Deuxième mouture : 14 mots sur 78 ont trait à la **satisfaction due à l'exercice de l'art infirmier**, soit 18 % des réponses.

- En termes de « relation professionnelle » :

Constat : le terme **patient** n'est présent que dans la seconde mouture.

Hypothèse : déformation professionnelle des cadres déjà en place ?

Première mouture : le mot **soigné** a été cité 1 fois sur 67 (cf. relation soignant-soigné)

Deuxième mouture : le mot **patient** a été cité 11 fois sur 78.

- En termes de « ressentis humains » :

Première mouture : 18 mots sur 67, soit 27 % des réponses.

Deuxième mouture : 26 mots sur 78, soit 33% des réponses.

- En termes de « relations humaines » :

Première mouture : 17 mots sur 67, soit 25% des réponses.

Deuxième mouture : 27 mots sur 78, soit 35 % des réponses

⁴⁸ Rapport de l'effectif d'une classe à la taille de l'échantillon.

Constat général

- ✓ Pour les aspirants-cadres, la satisfaction dans le métier est à **52%** dépendante du facteur humain, compte tenu à la fois des ressentis et des relations.
- ✓ Pour les cadres en fonction, la satisfaction dans le métier est à **68 %** dépendante du facteur humain, compte tenu à la fois des ressentis et des relations.

Hypothèses explicatives

- Les cadres en place seraient-ils plus « subjectifs »⁴⁹ que les aspirants-cadres ?
- L'enquête auprès des chefs est-elle biaisée par le fait de vouloir satisfaire à la désirabilité sociale ? A savoir, privilégier la satisfaction inter-personnelle.
- Les aspirants-cadres, en cours de formation dans le contexte d'une promotion sociale, accordent-ils, de ce fait, davantage (ou autant) d'importance aux responsabilités professionnelles qu'aux aptitudes humaines ?
- Les cadres en fonction sont-ils conditionnés dans leur rôle de leader, à forte connotation relationnelle et humaine ?

Quoi qu'il en soit, les témoignages recueillis tendent à illustrer que le seul **aspect technique** du métier n'est pas tout... Mais aussi que **l'attitude humaine** intervient, au minimum, à 50% dans la satisfaction à exercer la profession de soignant.

Dès lors, rappelons qu'il fut bien à propos de nous adresser au public constitué des aspirants-cadres en disant qu'il existe une *culture de l'humanité* à découvrir et à pratiquer au même titre que les techniques de soins ou managériales, afin de les conscientiser sur la prépondérance⁵⁰ des aptitudes humaines dans le cadre du métier de soignant.

D'autre part, en nous adressant aux cadres déjà en place, nous avons eu également l'occasion de leur présenter la *culture de l'humanité* comme un canevas possible pour l'exercice de leur fonction, afin d'être moins dans l'instinct et davantage dans le construit.

⁴⁹ Se dit de ce qui est individuel et susceptible de varier en fonction de la personnalité de chacun.

⁵⁰ Caractère primordial.

QUESTION N°3 PREMIERE MOUTURE

A titre personnel, avez-vous côtoyé, dans votre entourage proche ou éloigné, une ou plusieurs personnes âgées ? Si oui, quels sont les mots qui dépeindraient le mieux vos souvenirs de cette relation ?

Nombre total de mots-clés : 75

Catégories de réponses :

Les déficits : DEPENDANCE **(4x)** – PERTE DE MÉMOIRE – MORT –

Les bénéfices: ENRICHISSEMENT **(2x)** – EXPERIENCE **(2x)** – EXPERIENCES PARTAGEES **(2x)** – SOUVENIRS **(2x)**
– SOUVENIRS COMMUNS – SAGESSE – SAVOIR – CONSEILS – REFERENCE – CALME –
SERENITE – BONNE CONNAISSANCE DU PASSE – VECU – HISTOIRES –

Les aptitudes humaines: ECOUTE **(5x)** – PATIENCE **(4x)** – AIDE **(3x)** – SOUTIEN **(2x)** – COMMUNICATION
(2x) – EMPATHIE – ATTENTION – ACCOMPAGNEMENT – ADAPTATION – ADAPTATION
AU CHANGEMENT – RESPECT **(2x)** – ADMIRATION –

Les relations humaines : COMPLICITE – CONFIANCE – INTERROGATIONS – EXEMPLE de VIE – SINCERITE –
AFFECTIVITE – AFFINITES – RECONNAISSANCE – HEURTS GENERATIONNELS –
DECALAGE GENERATIONNEL –

Les ressentis humains: DIFFICULTES **(3x)** – SOUFFRANCE **(2x)** – DESESPoir – ULTIME – VIDE – PEUR – CARPE
DIEM – PEUR de la MORT – BONHEUR – EMOTIONS – PETITES JOIES – TRISTESSE –
– BIEN ETRE – RETOUR à l'ENFANCE (?)

QUESTION N°3 DEUXIEME MOUTURE

A titre personnel, avez-vous côtoyé, dans votre entourage proche ou éloigné, une ou plusieurs personnes âgées ? Si oui, quels sont les mots qui dépeindraient le mieux vos souvenirs de cette relation ?

Nombre total de mots-clés : 79

Catégories de réponses :

Les déficits: VULNERABILITE – DECLIN INTELLECTUEL – PERTE DE CONTACT – PERTE D'AUTONOMIE –
FAIBLESSE – MAL VECUE – DOULEUR PHYSIQUE – DOULEUR PSYCHOLOGIQUE – DEPENDANCE
(3x) –

Les bénéfices : CONNAISSANCES **(2x)** – EXPERIENCE **(6x)** – PARTAGE D'EXPERIENCES – SAGESSE **(3x)** –
PHILOSOPHIE – SOUVENIRS – ESPRIT PONDERE – RAPPEL DU PASSE **(2x)** –

Les ressentis humains: PEUR – FRUSTRATION – INQUIETUDE – BESOIN DE RECONNAISSANCE – TRISTESSE **(3x)**
REGRETS – IMPATIENCE – NOSTALGIE **(2x)** –

Les aptitudes humaines: TENDRESSE **(4x)** – GENTILLESSE –DISPONIBILITE **(2x)** – ECOUTE **(3x)** –
INVESTISSEMENT – COMPREHENSION – SINCERITE – ATTACHEMENT – RESPECT **(3x)**
– TOLERANCE – AMOUR – AMITIE – AFFECTION – BIENVEILLANCE – PATIENCE **(3x)** –
DOUCEUR –

Les relations humaines : CONFLITS – TRANSMISSION – CONTACT **(4x)** – PARTAGE **(2x)** – ECHANGE –
ENRICHISSEMENT – BONNE HUMEUR – HUMOUR – CONFRONTATION D'IDEES –
LIEN – MOMENTS AGREABLES –

Interprétation des résultats

- En termes de déficits :
le mot **dépendance** a été cité 7 fois sur 16 mots-clés.
- Dans les deux moutures, ce sont les bénéfiques liés à l'âge plutôt que les déficits qui sont énumérés.
Première mouture : 18 bénéfiques pour 6 déficits.
Deuxième mouture : 17 bénéfiques pour 10 déficits.
- En termes d'humanité (les deux moutures confondues) :

Aptitudes humaines

8 fois le mot **écoute** sur 50 mots-clés

7 fois le mot **patience**

5 fois le mot **respect**

4 fois le mot **tendresse**

3 fois le mot **aide**

CONSTAT :

5 mots-clés seulement constituent plus de la moitié de l'ensemble des mots-clés récoltés (28 sur 50).

Relations humaines

- première mouture : 10 mots sur 75
- deuxième mouture : 15 mots sur 79

CONSTAT :

Même proportion : entre 10 et 20 % des réponses.

Dans les deux moutures, les ressentis par rapport aux personnes âgées sont quasi totalement pessimistes, à l'exception des mots **carpe diem**, **bien-être**, **bonheur** et **petites joies**, seulement cités dans la première mouture (autrement dit, par de « jeunes » aspirants-cadres en santé ...)

CONSTAT GENERAL

**C'est donc au niveau des ressentis que la *culture de l'humanité* aura un rôle à jouer !
Il s'agira d'abord et avant tout de **démystifier la vieillesse** en lui donnant un cadre de réflexion !**



QUESTION N°4 PREMIERE MOUTURE

Selon vous, quelles compétences particulières nécessitent les soins infirmiers à prodiguer aux personnes très dépendantes ?

Nombre total de mots-clés : 67

Catégories de réponses :

Le contexte : DEFENSE de leurs DROITS – CONFORT – BIEN ETRE – TEMPS – ANTICIPATION –

Les aptitudes professionnelles 23 mots-clés sur 67

EMPATHIE (5x) – RELATION D'AIDE – COMPETENCES EDUCATIVES – REGLES – PREVENTION – RELAIS avec le MEDECIN – PRISE EN CHARGE TOTALE – SAVOIR (2x) – CONNAISSANCES – CONNAISSANCES GERIATRIQUES – FORMATION – DEXTERITE – ASSURANCE – SAVOIR FAIRE – QUALIFICATIONS – QUALITE (2x) – AUTONOMIE –

Les aptitudes humaines 39 mots-clés sur 67

ECOUTE (6x) – COMMUNICATION (2x) – DISCUSSION – SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE – ECHANGES – SAVOIR ETRE – CONFIANCE – BONNES RELATIONS – RESPECT (4x) – ATTENTION (2x) – PRESENCE – ACCOMPAGNEMENT – VOLONTE – TOLERANCE – RECIPROCITE – DISPONIBILITE – CALME – OBJECTIVITE – PATIENCE (9x) – OBSERVATION (2x) –

QUESTION N°4 DEUXIEME MOUTURE

Selon vous, quelles compétences particulières nécessitent les soins infirmiers à prodiguer aux personnes très dépendantes ?

Nombre total de mots-clés : 77

Catégories de réponses :

Le contexte : MATERIEL – AVOIR DU TEMPS –

Les aptitudes professionnelles 17 mots-clés sur 77

PRISE EN CHARGE GLOBALE – CONNAISSANCES (3x) – COMPETENCE (2x) – DEXTERITE – EXPERIENCE – RECYCLAGE – BONNE CONNAISSANCE DU PATIENT – BONNE CONNAISSANCE DES PROBLEMES DU PATIENT – DEMARCHE EN SOINS – MAITRISE de la PROFESSION – INITIATIVES – EMPATHIE (2x) – ASSERTIVITE –

Les aptitudes humaines 58 mots-clés sur 77

PATIENCE (17x) – RESPECT (6x) – DISPONIBILITE (2x) – GENTILLESSE (2x) – DOUCEUR (4x) – CALME – COMPREHENSION (2x) – ECOUTE (7x) – ADAPTATION (2x) – COMPETENCES RELATIONNELLES – INTELLIGENCE – OBSERVATION – SE METTRE à la PLACE D'AUTRUI – HUMANITE (2x) – TOLERANCE (4x) – PERSEVERANCE – SERIEUX – PRENDRE le TEMPS – PSYCHOLOGIE – AMOUR DU METIER –

Interprétation des résultats

Le constat général, sur base des deux moutures, est le suivant :

Face à un patient qui nécessite des soins lourds, le soignant monopolise davantage ses aptitudes humaines que ses aptitudes professionnelles.

En effet, moutures 1 et 2 confondues :

- Aptitudes professionnelles : **40** mots-clés sur **144**,

soit **28%** des réponses.

- Aptitudes humaines : **97** mots-clés sur **144**,

soit **67%** des réponses.

N.B. Les 100% sont atteints en ajoutant les 5% constitués des mots-clés ayant trait au contexte, c'est-à-dire 7 mots sur 144 au total.

QUESTION N°5 PREMIERE MOUTURE

Vous êtes chef d'unité. Quelles sont vos priorités incontournables dans l'art de mener votre équipe ?

Nombre total de mots-clés : 86

Catégories de réponses :

Les aptitudes professionnelles 29 mots-clés sur un total de 86

EFFICACITE (4x) – GESTION (3x) – ORGANISATION (2x) – OBJECTIFS (2x) – FORMATIONS (2x) – PROJET (2x) – EFFICACITE – EVALUATION – PLURIDISCIPLINARITE – REUNIONS d'EQUIPE – REGLES INTERNES – ORDRE – DECISIONS – QUALITE – COMPETENCES – OBJECTIVITE – LEADERSHIP – RELATION d'AIDE – RESPONSABILISATION – COMMUNICATION AUTHENTIQUE –

Les aptitudes humaines 57 mots-clés sur un total de 86

CONFIANCE (3x) – EQUITE (3x) – RESPECT (3x) – DEMOCRATIE – QUESTIONNEMENT – PARTAGE (2x) – CONTACT HUMAIN – INFLUENCE – CLARTE – AUTHENTICITE – REPRESENTANT – PORTE PAROLE – DEFENSEUR – REGULATEUR – FERMETE – TRANSPARENCE – GUIDANCE – PRESENCE – DECIDEUR – ECOUTE (7x) – COMMUNICATION (5x) – OBSERVATION (2x) – PARTAGE – DISCUSSION – ENTENTE – PARTICIPATION (3x) – COHESION (2x) – COLLABORATION (2x) – MOTIVATION – SOLIDARITE – SATISFACTION – ENSEMBLE – IMPLICATION – SENSIBILISATION – GROUPE –

QUESTION N°5 DEUXIEME MOUTURE

Vous êtes chef d'unité. Quelles sont vos priorités incontournables dans l'art de mener votre équipe ?

Nombre total de mots-clés : 101

Catégories de réponses :

Les aptitudes professionnelles 38 mots-clés sur un total de 101

PROFESSIONNALISME (2x) – RELATION EMPATHIQUE – AIDE à LA PERSONNE – LEADER – QUALITE DES SOINS (3x) – ESPRIT d'EQUIPE à DEVELOPPER – EXPERIENCE – COMPETENCE (3x) – AUTORITE (2x) – MOTIVATION (2x) – OBJECTIFS PERSONNELS – OBJECTIFS (2x) – INFORMER – MANAGER – SUPERVISER (2x) – DELEGUER (2x) – COHERENCE (2x) – VIGILANCE – BONNE CONNAISSANCE des TECHNIQUES DE SOINS – OBJECTIVITE – PERFORMANCE – DEFINIR les TACHES – VEILLER à la PRISE en CHARGE du PATIENT – EVALUER les BESOINS des PATIENTS – RESOUDRE les CONFLITS – COACHING – MAITRISE de la PROFESSION –

Les aptitudes humaines 63 mots-clés sur un total de 101

PSYCHOLOGIE – EQUITE (9x) – JUSTICE – RESPECT (7x) – RESPECT des PATIENTS – RESPECT des autres – ACCOMPAGNEMENT – CARACTERE – DIALOGUE (4x) – HONNETETE – FRANCHISE – ATTENTION – ABSENCE DE MALTRAITANCE – BIEN ETRE AU TRAVAIL – SATISFACTION – TRANSPARENCE – COMMUNICATION (4x) – ADAPTATION – ECOUTE (5x) – CONFIANCE – DYNAMISME – ECHANGE d'IDEES – ENTRAIDE – VALORISER – COLLABORER – OBSERVER (2x) – SOUTENIR – CONFIER – PARTAGE (2x) – HUMANITE (2x) – AIDER à PROGRESSER – COMPREHENSION – TOLERANCE – DISPONIBILITE – PATIENCE – SOLIDARITE –

Interprétation des résultats

Le constat général, sur base des deux moutures, est le suivant :

En tant que chef d'unité, il s'agit de monopoliser davantage ses aptitudes humaines que ses aptitudes professionnelles pour mener son équipe.

En effet, moutures 1 et 2 confondues :

- Aptitudes professionnelles : **67** mots-clés sur **187**,

soit **36%** des réponses.

- Aptitudes humaines : **120** mots-clés sur **187**,

soit **64%** des réponses.

6. Critique du mode de recueil des données

Ce qui peut être perçu comme des FAIBLESSES ...

- Pas d'exploitation des rapports concernant les entretiens de groupe ;
- Influence de l'environnement et du contexte lors de la passation du questionnaire ;
- Echantillons sondés à élargir ;
- Entretien de groupe peu productif ;
- Subjectivité du chercheur ;
- Pré-test n'ayant apporté aucune modification au déroulement du test ;
- Chiffres réducteurs ;
- Constats a posteriori sans concession ;

... peut représenter aussi des ATOUTS

- Au-delà de trente participants à une enquête, le chercheur privilégie le questionnaire pour un traitement optimal et rationnel des données ;
- Questionnaires remplis sur place, en nombre important (une quarantaine) ;
- Deux types d'échantillons, permettant une étude comparative ;
- Entretien de groupe comme proposition d'échanges et surtout comme lieu commun à la diffusion d'une information ;
- Motivation et conviction du chercheur ;
- Pré-test très productif ;
- Chiffres comme moyen d'illustration ;
- Construction d'hypothèses déductives, sources de réflexions futures ...

Conclusions et perspectives

En prenant racine dans ce terreau de considérations tantôt philosophiques, tantôt empiriques⁵¹, autour des concepts d' « humanité » et de « leadership » comment l'arbrisseau pourrait-il faire croître toute une forêt ?

Comment un infirmier fraîchement diplômé de l'école des cadres pourrait-il faire en sorte que le soin prodigué au chevet de quiconque soit nourri d'humanité ?

Incontestablement, en procédant par étapes, en faisant confiance au temps qui passe et à l'expérience acquise, sans jamais perdre de vue la raison profonde de ce bel objectif...

Pratiquer l'humanité, c'est à tous les niveaux qu'il s'agit de le faire :

- en tant qu'infirmier de terrain, qui côtoie de si près l'homme ou la femme en état de dépendance ;
- en tant que collègue de travail, auprès de celui ou celle qui se laisse parfois submerger par la fatigue, l'incompréhension, l'intolérance face à la souffrance de ses semblables ;
- en tant que responsable d'équipe, habilité à discerner les comportements harmonieux de ceux qui trahissent un mal-être ;
- en tant qu'homme parmi les hommes, dans la joie comme dans les épreuves.

⁵¹ Empirisme : méthode basée sur l'expérience, en excluant les a priori.

Certes, l'humanité dans les soins se pratique déjà et partout. La relation d'aide est indissociable du dévouement et des compétences professionnelles. Cependant, le mot n'est pas connu, le concept n'est pas défini et l'attitude n'est pas identifiée dans le chef de la plupart des soignants.

Or, faire accoucher nos actes instinctifs d'une noble motivation, c'est valoriser notre rôle à la fois auprès de ceux qui souffrent et au sein même de la société dans laquelle nous agissons.

C'est donner du crédit, de la consistance et du mérite à ce qui aurait tendance à être relégué au second (ou dernier) plan, comme, par exemple, prodiguer des soins dans un service hospitalier gériatrique...

Au cœur de son équipe soignante, le cadre de santé est là pour développer une pratique professionnelle porteuse de sens et respectueuse des personnes.

La société attend du soignant qu'il prenne soin. Par définition, prendre soin, c'est porter une attention particulière, c'est montrer que l'objet de cette attention est important. Or, le soignant n'a été formé qu'à prodiguer des soins... techniques. Pourquoi devrait-il manifester de la chaleur humaine dans son métier ?

C'est ici qu'intervient le rôle de l'infirmier « **responsable** », à double sens, c'est-à-dire la responsabilité du cadre infirmier si celle du professionnel de terrain fait défaut.

Car l'humain n'est pas né pour être asservi, ni le soigné par son soignant, ni le soignant par son chef !

Quand nous évoquons le grand principe de **l'autonomie professionnelle**, c'est bien de cela qu'il s'agit. En fait, la liberté professionnelle est toujours associée à la qualité de la connaissance à laquelle nous nous référons. Cultiver la connaissance, c'est se libérer du joug du non-sens. Ignorer pourquoi nous devons faire preuve de soin dans les soins, c'est aller à l'encontre de notre responsabilité de soignant, et donc nier notre identité professionnelle.

Pour clore cette large réflexion, il nous apparaît enfin que la grande mission d'un cadre pétri d'humanité est de fonder la pratique soignante sur **la délicatesse** dans tous les actes professionnels. **Le sens de la finesse** dans le rapport à l'autre, qu'on soit soignant au chevet du malade, ou chef face aux membres de son équipe, reste un vecteur déterminant dans la prise de conscience que l'autre est unique..., rare..., et précieux !

Ainsi, un professionnel ne doit pas étouffer un malade parce qu'il est détenteur d'un statut. Tout comme un cadre ne doit pas chercher à dominer ses subordonnés.

Un cadre pétri d'humanité interdira aussi d'appliquer aveuglément les procédures ! Il incitera plutôt à penser, c'est-à-dire agir en conscience – en tant qu'homme – et en conformité avec la science – en tant que professionnel –.

Pour conclure enfin en évoquant tout simplement **le talent** dans l'art d'exercer la pratique infirmière, c'est Jacques Brel que nous citerons :

« Le talent, c'est avoir envie de faire quelque chose pour quelqu'un ».



BIBLIOGRAPHIE

Ouvrage général

- Petit LAROUSSE illustré, Paris, 2006.

Ouvrages spécialisés

- Yves GINESTE et Jérôme PELLISSIER, Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux, éd. Bibliophane – Daniel Radford, Paris, 2005.
- Marie-Françoise COLLIÈRE, Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Inter Editions, 1982.
- Anne PINOCHE-LEGOUY, Le souci de la dignité ; l'appel silencieux des aînés dépendants, éd. L'Harmattan, Paris, 2007.
- Alexandre JOLLIEN, Le métier d'homme, éd. Le Seuil, Paris, 2002.
- Xavier CORNETTE DE SAINT CYR, Pratiquer la bienveillance par l'écoute active et l'empathie, éd. Jouvence, Dijon, 2007.

Article

- Walter HESBEEN, Le soin, essence du travail d'humanité – Une perspective d'action pour la clinique managériale du cadre infirmier, dans DECLIC N°1, décembre 2004.

Conférences (notes personnelles)

- ACN – XIIIème Journée de Gérontologie, L'humanisation des soins auprès des personnes âgées, en date du 11 octobre 2007, Campus provincial de Namur.
- Walter HESBEEN, Prendre soin de la personne âgée ... Défi de la pluridisciplinarité, en date du 7 novembre 2008, Haute Ecole Libre du Hainaut Occidental, Quai des Salines, Tournai.

Référence professorale

- Patrick VANTOMME, Méthodologies de recherche – 25 balises, Année scolaire 2007-2008.

Liens INTERNET

- <http://fr.wikipedia.org>
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Humanitude>, 28 janvier 2007 ;
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Leadership>, 7décembre 2008 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Albert_Jacquard, 22 mai 2007 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/L%C3%A9opold_S%C3%A9dar_Senghor, 22 mai2007 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Aim%C3%A9_C%C3%A9saire, 22 mai, 2007 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Paul_Ric%C5%93ur, 22 mai 2007 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Lucien_Mias, 22 mai 2007 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Didier_Anzieu, 27 avril 2008 ;

- http://fr.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers, 6 avril 2009 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Comte_Sponville, 6 avril 2009 ;
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Soin_infirmier, 4 avril 2008.

□ <http://www.cadredesante.com>

- Charlaïne DURAND, Et si la dimension particulière du management du cadre en santé était dans la spiritualité,
http://www.cadredesante.com/spip/article.php3?id_article=335, 9 février 2007.
- Thierry DESBONNETS, Le cadre, peau d'équipe,
<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article237>, 15 avril 2007.

□ Divers

- La décision dans les systèmes de soin : prendre soin, un projet de civilisation,
<http://www.mcxapc.org/docs/dossiermcx/poitiers/poitiers14.htm>, 15 février 2007.

□ Quelques textes d'illustration

- Les chapeaux d'Arturo et l'approche Gineste-Marescotti,
<http://webperso.mediom.qc.ca/-merette/arturo.html>, 28 janvier 2007.
- Les liens d'humanité, ou de l'art d'être ensemble jusqu'au bout de la vie,
<http://perso.orange.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html>, 28 janvier 2007.
- De la distance à la proximité, de la solitude à l'humanité, <http://perso.orange.fr/cec-formation.net/distancesantementale.html>, 28 janvier 2007.

ANNEXES

QUESTIONS OUVERTES

A l'attention des chefs d'unité du C.H.Wa.Pi. Sites UNION et DORCAS

Consigne : pour chacune des questions, veuillez répondre en utilisant des mots-clés : 6 maximum. Pas de phrase ; rien que des mots. Merci.

1. Pour vous, quels sont les grands principes pour « bien vivre ensemble » ?

-
-
-
-
-
-

2. A votre avis, quelles sont les sources de satisfaction dans l'exercice de la profession d'infirmier ?

-
-
-
-
-
-

3. A titre personnel, avez-vous côtoyé, dans votre entourage proche ou éloigné, une ou plusieurs personnes âgées ? Si oui, quels sont les mots qui dépeindraient le mieux vos souvenirs de cette relation ?

-
-
-
-
-
-

4. Selon vous, quelles compétences particulières nécessitent les soins infirmiers à prodiguer aux personnes très dépendantes ?

-
-
-
-
-
-

5. Vous êtes chef d'unité. Quelles sont vos priorités incontournables dans l'art de mener votre équipe ?

-
-
-
-
-
-

HUMANITUDE ¹ *ou comment valoriser l'attitude humaine*

Pour une pratique professionnelle porteuse de sens et respectueuse des personnes...

Dans toute démarche soignante, il y a une rencontre, un accompagnement entre le soignant et le malade ; pour explorer une direction vers laquelle le malade veut aller, non pour imposer un protocole de soins...

Faire la différence entre le soin et les soins :

- **les soins** : ensemble des tâches qui ponctuent le quotidien ; on a les soins directs (40% - au chevet du malade) et les soins indirects (60% - préparation du matériel)
- comment apporter plus de soin aux soins ? **Le soin** comme attention particulière à quelqu'un.

Les soins = activité professionnelle

Le soin = acte de vie « *Toi, malade, tu es important pour moi* »

Le « prendre soin » est à l'opposé du « prendre en charge globalement » ...

Lorsqu'on parle de QUALITE, la réduit-on aux actes posés ou englobe-t-elle le savoir-être ?

Pourquoi vouloir prendre soin ? Parce que c'est une question de respect. Le respect de l'être humain.

L'humain n'est pas réductible aux seules ressources qu'il contient (ex : la personne Alzheimer).

Chaque humain est un être unique, exceptionnel, irremplaçable ; qui va seul vers la mort. Chaque humain, qui plus est malade, est précieux.

On voit souvent l'autre à travers des filtres : on ne voit en lui que sa pathologie, sa beauté, son âge... Or, chaque humain, même malade, a une importance intrinsèque, inaliénable ; c'est un tout. Notre patient âgé n'a pas toujours été âgé, sénile ou grabataire ; il a vécu pleinement auparavant : ce n'est pas un **objet de soins** mais un **sujet de soin** !

Il s'agit donc de fonder notre pratique soignante sur la délicatesse. La délicatesse ne va pas de soi : il faut d'abord prendre conscience que l'autre dont je dois m'occuper est rare et précieux, et qu'il mérite donc que je sois délicat avec lui !

Et d'autant plus quand l'autre, dont je dois m'occuper, est malade et qu'il marche seul vers la mort.

Ainsi, si on adhère à l'humanité, entre le soignant et le malade, il faut instaurer l'élégance relationnelle. Et lutter contre la relation de pouvoir, entre le soignant tout-puissant et le soigné fragilisé et dépendant. Car, finalement, il s'agit d'une rencontre entre un humain et un autre humain.

¹ Pour étayer votre réflexion sur le sujet, veuillez vous référer aux nombreux articles et ouvrages rédigés par **Walter HESBEEN**, docteur en santé publique et rédacteur en chef de la revue *Perspective soignante*.

La culture de l'humanité

intégrée au leadership du cadre infirmier

-Quatrième de couverture-

« Que nous demeurions soignant, ou que nous accédions à la fonction de cadre de santé, c'est en privilégiant la relation d'humain à humain que nous obtiendrons le plus de satisfaction dans notre profession. »

Après avoir situé le rôle du soignant dans sa relation au soigné d'une part, et, à plus grande échelle, dans un projet de civilisation d'autre part, comment situer le rôle du cadre infirmier, lui aussi concerné par ce même projet de civilisation, lui aussi toujours en relation avec le soigné, mais, qui plus est, investi de cet objectif supplémentaire à atteindre : manager une équipe soignante ?

Si nous prenons donc le parti de considérer l'humanité comme une culture que le cadre de santé peut chercher à instaurer au sein de son équipe soignante, celle-ci doit alors trouver sa place face à une autre culture dans laquelle ce même cadre de santé baigne depuis qu'il a accédé à sa fonction de chef : la culture managériale.

L'objet de cette réflexion sera, dès lors, d'articuler ces notions d'humanité, de management et de leadership autour de la réalité professionnelle d'un infirmier-chef, à savoir mener un groupe de soignants vers un projet de travail alimentant la motivation, la satisfaction, et finalement le bien-être tant professionnel que personnel.

Au cœur de son équipe soignante, le cadre de santé est là pour développer une pratique professionnelle porteuse de sens et respectueuse des personnes.

Lorsque nous évoquons le grand principe de l'autonomie professionnelle, c'est bien de cela qu'il s'agit. En fait, la liberté professionnelle est toujours associée à la qualité de la connaissance à laquelle nous nous référons. Cultiver la connaissance, c'est se libérer du joug du non-sens. Ainsi, ignorer pourquoi nous devons faire preuve de soin (chaleur humaine) dans les soins (technicité), c'est aller à l'encontre de notre responsabilité de soignant, et donc nier notre identité professionnelle.

Mais finalement, comme pour toute autre culture, chacun reste libre d'adhérer ou non à la culture de l'humanité. Et c'est bien humain...