Activités

16-1 | 2019

Comprendre le travail dans les "métiers adressés à autrui"

Comprendre l'activité des infirmiers libéraux : légitimation de gestes professionnels liés au *care* dans une visée formative

*Understanding the activity of liberal nurses: legitimizing professional actions
related to care for training purposes*

Isabelle Eyland et Serge Leblanc

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/activites/3951>

DOI : 10.4000/activites.3951

ISSN : 1765-2723

Éditeur

ARPACT - Association Recherches et Pratiques sur les ACTivités

Référence électronique

Isabelle Eyland et Serge Leblanc, « Comprendre l'activité des infirmiers libéraux : légitimation de gestes professionnels liés au *care* dans une visée formative », *Activités* [En ligne], 16-1 | 2019, mis en ligne le 15 avril 2019, consulté le 08 août 2019. URL : <http://journals.openedition.org/activites/3951> ; DOI : 10.4000/activites.3951

Ce document a été généré automatiquement le 8 août 2019.

Activités est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Comprendre l'activité des infirmiers libéraux : légitimation de gestes professionnels liés au *care* dans une visée formative

Understanding the activity of liberal nurses: legitimizing professional actions related to care for training purposes

Isabelle Eyland et Serge Leblanc

NOTE DE L'ÉDITEUR

Article soumis le 3 juin 2018, accepté le 16 janvier 2019

- 1 Le concept du prendre soin a toujours été lié à la fonction de l'infirmière. Les soignantes étaient à l'origine des religieuses dévouées aux malades et aux pauvres et la vulnérabilité a toujours été intrinsèquement liée au concept du *care*² (Svandra, 2009). On demandait par ailleurs à ces soignantes d'avoir un rôle similaire à celui d'une mère ou d'une sœur, ce qui renforce l'idée que le *care* est affaire de femmes (Molinier, Laugier, & Paperman, 2009). Pourtant, comme l'illustrent ces auteurs dans leur ouvrage « Qu'est-ce que le *care* ? Soucis des autres, sensibilité, responsabilité », le *care* est un savoir qui se construit dans les expériences de vie, les expériences du travail et donc au cours de la formation aux soins infirmiers.
- 2 Le *care* est donc un concept reconnu dans les soins infirmiers, mais pas forcément identifié sous ce terme par les professionnels, car les référentiels de formation ne font pas mention de ce concept pourtant central dans la profession. Ainsi, Petrus-Krupsky (2015) énonce que dans le référentiel des études conduisant au diplôme d'État infirmier, n'apparaît « aucune mention de la posture humaniste et empathique infirmière, aucune mention du prendre soin ou du *caring*. Les aspects législatifs et déontologiques sont certes

mobilisés dans plusieurs unités d'enseignement, mais l'approche des soins par une éthique du *care* est absente » (*Ibid.*, p. 91). Dans un contexte où la profession se technicise de plus en plus et est davantage centrée sur le *cure*³ (Rothier-Bautzer, 2012), nous pouvons nous interroger sur la place actuelle du *care* dans les soins et ses manifestations dans le travail réel. Les infirmières mettent-elles en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin » (gestes professionnels, Jorro, 1998) plutôt que de « faire des soins » (gestes de métier (*Ibid.*) ?

- 3 Cette distinction entre *care* et *cure* peut se rapprocher de la distinction que l'on trouve dans la littérature sur les formations médicales par simulation entre les compétences techniques (compétences psychomotrices pour réaliser une tâche) et les compétences non-techniques (compétences sociales, cognitives et organisationnelles) (*e.g.* Maran & Glavin, 2003). Des chercheurs et praticiens (Howard, Gaba, Fish, Yang, & Sarnquist, 1992) qui ont étudié cette relation par exemple dans la formation des professionnels en anesthésie ont repéré l'insuffisance des compétences dites non techniques ainsi qu'une faible articulation entre les compétences techniques et non techniques. Suite au rapport *To err is human* (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000), les formations par simulation ont cherché à reproduire un nombre important de caractéristiques de la situation professionnelle de référence (communication, activité collective, coordination spécifique entre les professionnels...) de façon à entraîner simultanément les compétences techniques, non techniques et leur articulation. Notre article se situe dans cette double perspective : a) mettre à jour les gestes professionnels liés au *care* déployés en situations de soins par les infirmiers libéraux et comprendre comment ils s'articulent avec le *cure*, b) proposer des dispositifs de formation *via* l'analyse de situations et la simulation en soins qui intègrent le *care* dans les apprentissages et le combine avec le *cure* en formation initiale ou continue des infirmières.
- 4 Dans une première partie, nous présenterons le contexte historique, institutionnel et sociétal de cette recherche et nous montrerons l'étendue du concept de *care* qui va de la reconnaissance d'un problème à la réponse reçue par le bénéficiaire du *care*. Cette recherche est axée sur ce que Tronto (2009) nomme le *care giving*, c'est-à-dire le travail concret du *care* dans l'activité des infirmiers libéraux. Dans une deuxième partie, nous présenterons le cadre conceptuel de l'activité et des gestes professionnels puis troisièmement la méthodologie de construction et de traitement des données. Nous exposerons dans une quatrième partie les principaux résultats avant de les discuter et de montrer leurs intérêts en formation en soins infirmiers.

1. Cadre contextuel et problématique du *care* dans la profession infirmière

1.1. Contexte historique, institutionnel et sociétal

- 5 Les infirmières ont eu, à travers l'histoire de la profession, des fonctions liées au prendre soin, au *care*. Cet héritage historique a eu un impact fort sur la conception actuelle du métier.
- 6 Les infirmières, à l'origine, étaient des religieuses qui aidaient les médecins dans les soins aux pauvres et aux malades ou dirigeaient le personnel domestique essentiellement constitué de prostituées, « de personnes médiocres, issues de milieux pauvres et illettrés,

sans compétences spécifiques, perçues comme “bonnes à tout faire” » (Geadah, 2012, p. 27). Ainsi, longtemps considérées comme « les petites mains » des médecins, leurs tâches se concentraient davantage sur le bien-être, l'hygiène et quelques petits soins et relevaient donc presque exclusivement du *care*. L'évolution de la profession infirmière est associée aux grandes phases d'humanisation de l'hôpital. La première date du début du XIX^e siècle où les établissements subissent une mutation colossale : auparavant l'hôpital était un lieu de « gardiennage » et il devient un lieu de soin (Nardin⁴, 2013). À cette même époque, une infirmière, Nightingale, réforme totalement le système hospitalier britannique, suite à la guerre de Crimée où elle s'investit et où elle découvre « les effets désastreux de l'inorganisation matérielle, de l'improvisation dans les techniques de soin et surtout l'absence des mesures d'hygiène » (Geadah, 2012, p. 27), ses théories gagnent rapidement le reste de l'Europe. La deuxième mutation a lieu avec Pasteur : l'hygiène est renforcée ; on pose du carrelage sur les sols, les rideaux sont retirés alors qu'ils séparaient les grandes pièces communes en sorte de boxes, les uniformes apparaissent. Victime de son succès, l'hôpital connaît alors une troisième mutation : à la fin des années 1920, les classes moyennes sont prédominantes et vont à l'hôpital pour se faire soigner, les cliniques étant réservées aux classes aisées. Cette demande massive entraîne des adaptations et les structures doivent se convertir à la modernité. L'hôpital devient ainsi peu à peu un lieu où la culture scientifique se développe et ce, d'autant plus que la médecine passe de l'observation (Hippocrate, 460 av. J.-C.) à l'expérimentation (Claude Bernard, 1813-1878). On demande alors aux infirmières des compétences plus techniques, ce qui va imposer des besoins pour la formation des auxiliaires. Peu à peu, l'hôpital va se réaménager et créer des boxes, voire des chambres individuelles réservées en priorité aux pathologies aiguës. Avec l'évolution structurelle, il est recherché un meilleur rapport à l'humain. « Il ne faut pas seulement demander aux locaux et au matériel d'être humains à notre place. Ce serait trop facile. La dignité du malade, cela n'est point affaire de texte, c'est affaire d'homme » (Aurousseau, 1959⁵, cité par Nardin, 2013). Nous pouvons ici constater la recherche d'une autre dimension dans le soin, qui s'attache à la relation à la personne soignée et à sa considération, axes que nous retrouvons dans le *care*. En ce qui concerne les infirmières, en 1906, leur rôle auprès du malade selon la Croix-Rouge française (CRF) est « celui d'une mère ou d'une sœur » (Nardin, 2013). En 1952, on demande à l'infirmière : bonté, douceur, fermeté et patience (Croix-Rouge française). Dans les années 50 et 60, l'infirmière devient un peu l'icône de l'humanisation. Elle porte une tenue blanche de référence scientifique, et porte un voile comme les religieuses : « il est certain que l'essentiel de la mission humaine de l'hôpital réside dans le geste maternel de l'infirmière devant un être affaibli » (Leclainche, 1956 cité par Nardin, 2013)⁶, l'infirmière s'inscrit ainsi pleinement dans la dimension du *care*.

- 7 Une quatrième révolution va marquer l'histoire de l'humanisation dans les soins. C'est l'intégration des usagers. Depuis 2002, le patient est partie prenante des soins qui lui sont prodigués notamment avec la parution de la charte du patient hospitalisé et le libre choix d'accepter ou de refuser les soins.
- 8 Pourtant, malgré la multiplication des concepts traitant de la relation à l'humain (bientraitance, humanité...), force est de constater qu'à travers l'histoire et l'évolution de la profession infirmière, le lien entre le patient et le soignant s'est peu à peu effiloché. De nombreuses infirmières se plaignent aujourd'hui de ne pouvoir entrer en relation que lors de la réalisation d'actes de soins techniques, faute de temps. Peut-être s'agit-il de saisir l'occasion de ce malaise pour reconstruire « une culture du soin » (Rothier-Bautzer,

2012) qui corresponde aux attentes des professionnels. Ces derniers subissent le contrecoup des bouleversements techniques et organisationnels qu'a connus notre société. Ces innovations affectent inexorablement les professionnels en activité (Godin, 2013). Dans la profession infirmière, ces dernières années, la technique a pris davantage de place comparativement au soin relationnel. La conception actuelle du soin est centrée sur le *cure* qui prédomine sur le *care* (Rothier-Bautzer, 2013). Notre recherche vise à identifier comment dans l'activité réelle d'infirmiers libéraux ces deux pôles indissociables du travail de soin s'articulent. Comment le *care* et le *cure* sont-ils, dans l'action, des ressources l'un pour l'autre ? Malgré l'importance prise par la technique et la pression temporelle dans ces situations de soins, quelles ingéniosités les infirmières trouvent-elles pour continuer à faire un travail de soin de qualité ?

1.2. Le *care*

- 9 D'un point de vue étymologique, selon l'Oxford English Dictionary, *care* proviendrait du vieil anglais *caru* signifiant « tristesse, anxiété ». Le *care* a évolué vers la « surveillance » et la « protection » dès le début du XV^e siècle pour en arriver au « prendre soin » vers 1580.
- 10 L'idée d'attention à l'autre est étroitement associée au *care*. Dans sa version négative : « *I don't care !* » signifie « ça m'est égal ! ». De plus, Svandra souligne que l'étymologie du mot « négligent » associe deux termes latins « le suffixe “*neg*” signifiant “ne pas” et ensuite “*ligere*” signifiant “lier”. Ainsi “être négligent” renvoie à l'idée de “ne pas lier” » (2009a, p. 19) et traduit une non-reconnaissance de l'autre. Svandra souligne que si la négligence consiste à « ne pas lier », le soin, constituant son contraire, est une forme de lien et le *care* vise donc « à la préservation du lien qui nous attache à l'autre et qui nous fait nous préoccuper de sa vulnérabilité » (2009b, p. 1).
- 11 « Soigner » en Anglais, possède deux significations bien distinctes. *To cure* se traduit par soigner dans un sens purement thérapeutique. *To care* est utilisé dans l'idée d'un soin ayant pour objet de porter attention à autrui, de la sollicitude à l'autre. Cette distinction, aisée en anglais, entraîne des amalgames en français du fait de l'utilisation du même terme pour deux signifiants.
- 12 Mayeroff, aux USA, est un des premiers à identifier ce concept et le définit dans *on caring* (1971) comme un processus de mise en relation avec l'autre favorisant son développement.
- 13 Watson (1998) élabore une théorisation de la démarche soignante en tenant compte de l'aspect spirituel de l'être humain. Elle nomme cette théorie de soin *Human caring*. Cette approche s'appuie sur des facteurs qu'elle nomme « caratifs » (par opposition au curatif) et qui favorisent le maintien de la santé ou une mort paisible. Ces facteurs contribuent à la compréhension du processus thérapeutique interpersonnel entre soignant et personne soignée, dans une approche holistique de la personne (le corps, l'esprit et l'âme). La profession infirmière est considérée comme un art, reposant sur des valeurs humanistes, altruistes et sur des connaissances scientifiques. Pour Watson (*Ibid.*), le *caring* fait appel à un engagement personnel dans le but du respect de la dignité humaine à travers un regard, un toucher, une parole, en dehors des soins techniques.
- 14 Watson (*Ibid.*) différencie ce qu'elle appelle l'essence et l'accessoire des soins infirmiers : l'essence est la démarche de construction entre la personne soignée et l'infirmière en vue

d'obtenir un résultat thérapeutique en contribuant à son bien-être et l'accessoire est l'ensemble des techniques, des protocoles, des modes d'organisation servant de support à cette activité du soin infirmier.

- 15 Les philosophes de l'antiquité (Platon, 424-347 av. J.-C.) considéraient le corps comme la prison de l'âme ou un tombeau. Puis, historiquement, prêtres, philosophes et tribunaux de l'Inquisition ont identifié le corps comme une œuvre de Satan. Le corps médical se méfiait des « soigneurs » bénévoles et de celles détenant le savoir (oral donc sans valeur voire dangereux) de l'accouchement, « force a donc été d'exercer un contrôle sur toutes celles et tous ceux qui s'approchent du corps, celles et ceux qui pourvoient les soins de la naissance à la mort » (Collière, 2001, p. 5), car tout ce qui est rattaché au corps, y compris les personnes s'en occupant « devient vil, ou suspect » (*Ibid.*, p. 4).
- 16 Les soignantes deviennent des subalternes, un personnel secondaire et inférieur à qui sont confiés ces soins à ce corps assimilé à la saleté. Ils subissent alors déconsidération et mépris, car « celles et ceux qui assistent les personnes dont le corps est emporté par la dérive de la maladie ou du vieillissement seront assimilés à leur dégradation » (*Ibid.*, p. 5).
- 17 Collière (*Ibid.*) définit l'acte de soins comme a) un acte de vie individuel, car dès qu'il y a acquisition de l'autonomie, nous nous en occupons par nous-mêmes, b) un acte de réciprocité qu'on attribue à toute personne qui a besoin d'aide de façon temporaire ou définitive, pour assurer les soins relevant du *care*, c) lié aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie qu'elle oppose aux soins de réparation (*to cure*), aux thérapeutiques et à tout ce qui fait obstacle à la vie. Elle considère que la vie se retire dès que l'on s'occupe davantage de ce qui meurt que de ce qui vit et déplore qu'aujourd'hui, les soins se soient centrés sur la maladie et non plus sur l'individu, la personne. Ainsi, l'auteur insiste sur le fait qu'il est important d'associer *care* et *cure* dans les situations, car privilégier le *cure* entraîne un déséquilibre des forces de la personne, perdant ainsi peu à peu son énergie vitale (de nature physique, psychique, affective, sociale...).
- 18 Hesbeen (1997) différencie « faire des soins à quelqu'un » en considérant l'être humain comme un corps-objet ou « corps que l'on a » et « prendre soin de quelqu'un » en considérant l'être comme un corps-sujet qui a besoin de sens et d'une attention particulière ou « corps que l'on est ». La médecine expérimentale moderne, appliquant les principes des sciences dures, « progresse vers une réduction de l'être humain en le limitant à sa seule partie objectivable » (*Ibid.*, p. 13), dissociant ainsi la maladie du malade.
- 19 L'auteur décrit le soin infirmier comme « une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de « petites choses » qui offrent la possibilité de témoigner d'une « grande attention à la personne soignée et à ses proches » (*Ibid.*, p. 45). Il ajoute que c'est par la mise en exergue de toutes ces « petites choses » qui constituent le soin infirmier et des qualités professionnelles nécessaires pour leur donner vie et sens que la profession clarifiera son identité en révélant leur rôle primordial pour la santé des individus. Malheureusement, ces « petites choses », non spectaculaires, peu observables ou mesurables, ne bénéficient pas ou peu de reconnaissance contrairement à la technique scientifique. Il est donc primordial de revaloriser le soin, de lui réattribuer contenu et sens.
- 20 Hesbeen (*Ibid.*) explique que s'il est facile d'apporter confort, chaleur, douceur, attention à ceux qu'on aime, lorsqu'il s'agit de personnes étrangères, cela est bien plus difficile et relève alors du professionnalisme :

« Le professionnalisme est dans cette subtilité, dans cette capacité à aller à la rencontre de l'autre et de donner sens à cette rencontre et, ensuite, à effectuer un bout de chemin avec l'autre » (*Ibid.*, p. 69).

- 21 Les soins liés au *care* procurent un confort de vie qui semble « naturel » pour ses bénéficiaires. Pourtant, la complexité de ce travail (incluant responsabilité, affects...) ne se révèle que lorsqu'il est absent ou mal effectué, dévoilant ainsi notre toute relative autonomie et notre vulnérabilité.

- 22 L'étude des concepts d'autonomie, de vulnérabilité, fait partie du référentiel de formation en soins infirmiers dès le premier semestre de formation initiale. L'approche des soins est centrée sur l'individu et sa singularité dans une démarche holistique. Pourtant, quand les étudiants partent en stage, les soins sont plus axés sur la pathologie, sur le « curatif », que sur l'individu qui occupe la chambre. Ainsi, De Hennezel déplore que :

On n'attire pas assez l'attention des soignants sur la mimique des patients, sur le langage de leur « corporalité », on ne les aide pas à être davantage présents à l'autre, dans les soins. On sait à quel point la qualité d'une présence et la finesse d'une attention peuvent changer la manière dont n'importe quel soin ou intervention médicale, même les plus agressifs, sont perçus par les malades. (1995, p. 71)

- 23 Ce témoignage de De Hennezel, psychologue ayant travaillé dans les services de soins palliatifs, conforte le besoin de formation en soins relationnels axés sur le *care*. Nous citerons également le témoignage d'un patient :

Ils débarquent à dix dans votre chambre. À peine une poignée de main indifférente, et les voilà autour de vous à discuter du traitement, comme si vous n'étiez plus là ! Le médecin-chef demande à la surveillante combien de fois vous avez souillé vos couches, si vous dormez bien, si vous vomissez, tout cela par-dessus votre tête, comme si vous étiez débile ! Les internes regardent les yeux vagues par la fenêtre, pour ne pas croiser votre regard anxieux. On grommelle quelque chose d'incompréhensible concernant l'essai d'un autre traitement, et tout ce monde tourne les talons, sans que quelqu'un ait eu l'humanité de s'asseoir près de vous et de vous demander comment vous vivez tout ça ! (De Hennezel, 1995, p. 111)

- 24 Par ailleurs, suite à une recherche sur l'activité des tuteurs lors de l'évaluation de l'étudiant en fin de stage, nous avons montré (Eyland & Jean, 2013) que les tuteurs avaient des difficultés pour proposer des situations de soins liées au *care* et donc à les évaluer. Bien que fortement présents dans l'activité soignante, les soins liés au *care*, si l'on excepte les soins d'hygiène confiés aux aides-soignantes, ont une très faible prise en compte dans l'activité infirmière et sont peu mis en valeur. Les soignants ont donc du mal à les repérer, à les verbaliser et à leur donner leur place au milieu de la technicité des soins.

- 25 Pour notre recherche, nous avons souhaité nous appuyer sur la définition du *care* donnée par Tronto :

Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie. (Tronto, 2009, p. 37).

- 26 Elle propose ainsi quatre phases de *care* (*ibid.*, p. 37) :

- le *caring about* : se soucier de l'autre ou de quelque chose après identification et prise en compte d'un besoin ;
- le *taking care of* : on répond au besoin de quelqu'un en assumant la responsabilité ;
- le *care giving* : soigner quelqu'un avec compétence, travail concret du *care* ;

- le *care receiving* : il s'agit de la réponse de la personne dont on a pris soin.

- 27 Cette définition a l'avantage de préciser quatre niveaux constituant la démarche du *care*. Les deux premiers correspondraient aux obligations politiques selon Tronto (*Ibid.*), alors que les deux suivants seraient laissés aux acteurs sociaux, sanitaires ou familiaux. Cet article porte sur ces deux derniers niveaux, les manifestations liées au *care giving* dans l'activité infirmière et le *care receiving*, réponse éventuelle de la personne soignée envers le soignant.
- 28 L'espérance de vie de la population étant en augmentation, les soins de confort aux personnes âgées, soins relevant du *care*, sont centraux dans l'exercice libéral. Cette population infirmière nous a donc semblé particulièrement adaptée pour étudier les situations de soins relevant du *care*. En effet, dans la plupart des structures de soins, ces situations sont confiées aux aides-soignantes. Dans cet article, nous cherchons à rendre compte de la façon dont se manifeste le *care* dans la complexité de l'activité d'infirmiers libéraux, en montrant à la fois comment le *care* peut servir de ressource dans l'action et les techniques du *cure*, et comment cette ressource est mobilisée et ajustée par les infirmières, qui en font une ressource psychosociale pour faire un travail de soin de qualité. En ce sens on ne peut pas exclure que du point de vue de l'activité réelle, le *care* est imbriqué dans d'autres dimensions que celles des relations interpersonnelles, dans lesquelles on la tient peut-être trop à l'étroit pour penser son développement dans la relation aux techniques du *cure*... Y compris du point de vue de la formation au métier.

2. Cadre conceptuel

2.1. Activité autonome, située et incarnée

- 29 Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une approche de l'activité des acteurs en contexte, qualifiée « d'approche située » (Barbier & Durand, 2003) qui est construite sur trois présupposés ontologiques.
- 30 Premièrement, l'activité humaine est autonome, c'est-à-dire consiste en des interactions asymétriques entre l'acteur et son environnement. Cela signifie que l'acteur ne subit pas la force prescriptive des stimuli de l'environnement (que sont les prescriptions de différents niveaux et les événements émergents en situation), mais qu'il recherche un état d'équilibre en éliminant les perturbations qu'il sélectionne et en produisant lui-même les changements compatibles avec son organisation interne. Pour appréhender l'activité des infirmiers libéraux, il est donc essentiel de se focaliser sur la dimension intrinsèque de l'activité de l'acteur qui décide, de façon autonome, des significations à accorder aux perturbations de l'environnement. Ce présupposé rejoint l'idée partagée en ergonomie que le travail réel déborde toujours de la prescription (Leplat, 2000) puisqu'imbriqué dans une succession d'événements nécessitant une part d'ajustements et de création, utiles à la réalisation de la tâche. Ces événements, imprévisibles, font irruption dans le cours de l'activité, bouleversent le cours de l'action et entraînent l'acteur dans une gestion d'imprévu (Jean, 2008). Ces imprévus obligent l'acteur à emprunter un autre chemin et à faire preuve d'adaptation et de compétence, ils sont alors « approchés comme des occasions d'inventer » (Clot, 1998, p. 118), ce qui est parfois relevé par des auteurs traitant du raisonnement clinique infirmier (Psiuk, 2013). Il existe donc toujours une appropriation de la prescription qui entraîne des écarts d'un individu à l'autre pour une même tâche à réaliser. C'est ce que Clot (1998) sous-entend quand il parle

de « style » d'être dans l'agir. Une prescription relevant du *care* peut consister en une prescription d'une toilette complète par exemple, à effectuer au domicile de la personne par l'infirmière libérale. Mais comment l'infirmière libérale réalise-t-elle cette tâche prescrite, quels ajustements met-elle en place, qu'effectue-t-elle d'autre pour réaliser cette tâche ? Comment l'infirmière redéfinit-elle cette tâche, où nombre d'attendus ne sont pas prescrits, pour réaliser son activité ?

- 31 Deuxièmement, l'activité humaine est située dynamiquement et culturellement, au sens où elle est indissociable des ressources matérielles, sociales, culturelles avec lesquelles elle interagit de manière constante et évolutive. L'activité humaine est une interaction sociale (communication, coopération avec les autres) et une interaction avec l'espace et le monde des objets (artefacts cognitifs). Cette hypothèse s'appuie sur de nombreuses recherches empiriques, notamment issues du paradigme de l'« action située », de tradition sociologique et ethnométhodologique (Lave, 1988 ; Suchman, 1987). La référence à l'« action située » nous a conduits d'une part, à appréhender le couplage structurel entre l'acteur et son environnement plutôt que d'isoler son activité de son contexte de production, et d'autre part, à n'étudier l'activité cognitive mobilisée que dans la dynamique de la situation (Varela, 1989). Dans cette perspective, nous nous inscrivons dans la conception du plan comme plan-ressources plutôt que plan-programme :

Plutôt que d'essayer d'abstraire l'action de ses circonstances et de la représenter comme un plan rationnel, mieux vaut étudier comment les gens utilisent les circonstances pour effectuer une action intelligente (Suchman, 1987, p. 507).

- 32 L'action dépend des circonstances, c'est « l'indexicalité » et le fait d'agir permet de définir le contexte de l'action et met l'acteur en réflexivité. Dans l'exercice professionnel de l'infirmière, la situation de la personne soignée, le contexte et le lieu du soin vont avoir des impacts importants sur la conduite de celui-ci. Dans les soins et particulièrement ceux liés au *care*, l'approche sera différente si le soin s'effectue en contexte institutionnel où protocoles et normes organisationnelles doivent être respectés ou en milieu libéral où, le professionnel jouit d'une certaine autonomie dans la programmation, la conduite et l'approche du soin. Lorsqu'il s'agit d'un soin technique, l'infirmière libérale va faire preuve d'ingéniosité et d'adaptabilité pour mener le soin au mieux en fonction du contexte du soin : sur un fauteuil avec un plan de travail constitué d'un coin de table encombré par exemple. L'infirmière exerçant en structure de soins aura davantage de règles à appliquer et bénéficiera d'un choix en matériel plus adapté, plus important et plus spécifique que l'infirmière libérale.
- 33 Troisièmement, l'activité humaine est cognitive et incarnée. Varela (1989) a proposé le terme « d'action incarnée » pour signifier que perception et action sont fondamentalement inséparables dans tout acte cognitif. Cela veut dire que c'est à partir de l'action, de ses perceptions et de ses émotions que l'acteur produit des connaissances sur le monde environnant, mais, qu'en même temps, de manière constante dans l'action, il mobilise, valide et construit des savoirs. Clot (1999), s'appuyant sur la théorie des émotions de Vygotski, développe les synergies qui s'instaurent entre les émotions, les inhibitions, les intentions, l'engagement corporel et les constructions mentales. C'est par la médiation des émotions que se forme l'action mentale. Les émotions constituent donc un instrument d'action efficace et ne sont pas à isoler de l'action et de l'activité mentale, si l'on veut espérer appréhender l'efficacité du fonctionnement cognitif en situation naturelle. Clot nous alerte sur cette séparation préconisée encore par certains cognitivistes, voulant « établir une sorte de “cordon sanitaire” protégeant de la

contamination conative les processus cognitifs » (Clot, 1999, p. 131). La référence à la dimension cognitive et incarnée de l'action nous a conduits à rendre compte du caractère inextricablement mêlé des perceptions, actions, cognitions et émotions. Les émotions sont omniprésentes dans l'activité d'infirmières : « un contexte de soins est un lieu où les émotions fleurissent » (Phaneuf, 2013, p. 33). Le terme d'émotion « possède comme racine le verbe « mouvoir » qui indique déjà clairement que ces ressentis nous mettent en mouvement, qu'ils sont instigateurs de nos comportements (*Ibid.*, p. 30). Les émotions peuvent favoriser la démarche intellectuelle ou au contraire la freiner en fonction des circonstances dans laquelle la tâche a été « reçue » : « la participation indispensable de l'émotion au processus de raisonnement peut être avantageuse ou néfaste selon à la fois les circonstances de la décision et l'histoire passée de celui qui décide » (Damasio, 2010, p. 3). L'émotion participe dans un sens ou dans l'autre à un raisonnement clinique, une prise de décision ou dans la réalisation de tâches lors de l'exercice infirmier : la fin de vie, la souffrance, mais aussi la rémission d'un patient, sont porteurs d'émotions qui contribuent obligatoirement à une individualisation, une personnalisation.

Nos relations avec les malades nous mettent en contact avec leurs craintes, leur souffrance, leur colère, voire leur désespoir et ces émotions sont susceptibles de susciter en retour, chez nous, l'empathie, l'anxiété, l'agacement ou le rejet. (Phaneuf, 2013, p. 32)

2.2. La notion de geste professionnel pour rendre compte de la signification de l'activité

- 34 Pour étudier l'activité des infirmiers libéraux, nous utilisons la notion de gestes professionnels développée par Jorro (1998) selon une approche phénoménologique herméneutique qui est compatible avec nos présupposés ontologiques. Nous situons tout d'abord l'intérêt de cette notion par rapport à d'autres, utilisées dans le domaine médical que sont l'« acte de soins » et la compétence.
- 35 En médecine, on parle d'« acte » de soin, d'« acte médical » comme d'un « acte juridique ». La Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé définit l'acte médical comme « tout acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale, dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence ». Le terme d'acte est utilisé de façon très généraliste et ne prend en compte que la dimension visible, manifeste de l'activité.
- 36 La notion de compétence est également régulièrement utilisée par les responsables de formation et cadres de santé en référence aux textes institutionnels (Référentiel de compétences, Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier). La compétence est régulièrement considérée comme une combinaison de notions dont le sens et la compatibilité peuvent être remis en question (connaissances, capacités, attitudes...). Si la définition de la compétence permet un éclairage concernant l'efficacité normée en situation complexe, elle s'avère difficilement compatible avec une conception de l'activité pensée comme autonome, située et incarnée. Trois autres critiques relatives à l'exploitation de la notion de compétence sont récurrentes dans la littérature (Rey, 2009) : a) la compétence ne s'observe pas directement, on ne peut seulement qu'apprécier un résultat, une performance dans une situation donnée, b) pour parler de compétence, il est nécessaire de généraliser la production d'une performance réalisée dans une situation donnée par un acteur à x situations similaires ce qui soulève un certain nombre de questions, et c) l'énoncé de la compétence n'informe pas sur l'organisation de l'activité de

l'acteur pour la mettre en œuvre et ne permet donc pas ni de connaître ni de comprendre ce qui a permis de produire la performance. Pour Alin (2007) les compétences :

- a) « Se situent en aval des gestes professionnels », b) « représentent les attendus d'expertise espérés par les commanditaires et/ou les bénéficiaires », et c) « guident et donnent sens au geste professionnel en même temps qu'elles sont actualisées par lui » (p. 5).

- 37 Pour dépasser les limites de ces notions afin d'étudier l'activité des infirmiers libéraux, nous nous sommes appuyés sur la notion de geste professionnel qui « a su migrer au fil des 60 dernières années, du domaine du faire au domaine du penser, en se délestant de l'incarnation de la technique. Le geste, comme un mouvement du corps caractériserait non plus un acte [...], mais plutôt une forme d'agir. Le geste passerait ainsi du statut d'une mise en forme de la pensée à la visibilité d'une intention » (Perrier, 2011, para 4-5). Cette notion a fait l'objet de nombreux travaux dans différents champs scientifiques qui s'accordent sur le caractère expérientiel, contextualisé, subjectif, social et culturel des gestes (Alin, 2007 ; Clot, 2010 ; Jorro, 1998, Leplat, 2013, Ria, 2016 ; Simonet, 2016). Ria (2016, p. 1) définit le geste professionnel comme une « technique corporelle et cognitive en usage dans un milieu professionnel, porteur d'une efficacité et efficience (économie de soi) et sens (valeurs) reconnus par les professionnels ». En nous appuyant sur ces différents travaux et définitions, nous avons retenu cinq caractéristiques essentielles du geste :

- Le geste est éthique et tient compte de l'autre. C'est « un mouvement du corps adressé (porteur de valeurs) » (Jorro, 1998) ou « faire un geste ce serait porter attention à l'autre tout en interagissant avec lui avec l'intention de transmettre des valeurs » (Bucheton & Jorro, 2012, p. 23) ;
- Le geste est une composante du processus cognitif et permet de révéler « les intentions ou représentations de celui qui parle et qu'il n'exprime pas dans le langage » (Leplat, 2013, p. 17-18). Cette composante correspond à une partie non visible de l'activité et c'est elle qui permet d'attribuer une signification à l'action. Les gestes professionnels « ne se réduisent pas aux actions qui les manifestent, ils signifient » (Alin, 2007, p. 4) ;
- Le geste s'inscrit toujours dans une situation et ne s'exprime que dans le couplage acteur-environnement. Pour en appréhender la signification, le geste doit être à la fois situé dans les contextes de sa production (Leplat, 2013) et en même temps ne peut être dissocié de la biographie et de l'expérience de l'acteur (Jorro, 1998) ;
- Le geste a un effet performatif auprès des acteurs à qui il est adressé (ici les patients). Il est adressé au moment opportun (kaïros) ou non et il a une amplitude, c'est-à-dire une capacité de répondre ou non à une situation, à un engagement (Jorro, 1998) ;
- Le geste a une fonctionnalité expressive et de communication. Comme le précise Collière (2001, p. 2) : « Le geste et la parole demeurent le moteur des soins, c'est-à-dire de ce qui mobilise la vie et lui vaut de s'affirmer. Le geste qui découvre, qui impulse, qui perçoit le rythme, qui apaise, qui met en mouvement... et la parole qui appelle à EXISTER ». Les expressions verbales et les gestes des mains entrant dans la communication non verbale, et associés ou non à la parole sont assimilés à des codes verbaux ou imagés appelés « gestes-signes » (Leplat, 2013) qui seront importants à repérer et à s'approprier en formation.

- 38 Jorro (1998), qui a repris ce concept au domaine de l'ergonomie, propose une double dimension interprétative « entre faire et signifier » en liant les aspects opératoires aux aspects symboliques. Elle différencie les gestes de métier, dimensions structurantes et symboliques (savoir-faire génériques, partagés et reconnus par la profession, invariants

d'une activité faisant référence au genre (Clot, 2010)) et les gestes professionnels illustrés par la disponibilité et la réactivité de l'individu au travail :

Les gestes professionnels intègrent les gestes du métier en les mobilisant d'une façon particulière, leur mise en œuvre dépend de processus d'ajustement, d'agencement, de régulation. Il n'y a pas un modèle opératoire à privilégier, mais des variations à construire dans l'interaction avec le contexte. (Jorro, 2006, p. 7)

- 39 Dans les soins infirmiers, des gestes se construisent au cours de l'activité. Cette recherche vise à identifier et à modéliser ces gestes professionnels liés au *care* mobilisés *in situ* par les infirmières libérales lors d'actes de soins.

3. Méthodologie

3.1. Participants à l'étude et construction des données

- 40 La recherche s'est centrée sur un infirmier libéral et deux de ses remplaçantes. Le choix de ce cabinet s'est fait au hasard. Un appel téléphonique spécifiant l'objet de recherche d'identifier les savoirs professionnels infirmiers sans énoncer le *care*, afin de ne pas influencer les comportements, a permis de fixer un rendez-vous pour réaliser la tournée de soins avec l'infirmier. Un document spécifiant le droit d'exploiter les données a été signé par le professionnel. Pour chaque visite à un domicile, l'accord de la personne a été demandé avec explications sur la raison de notre présence. Par la suite, cet infirmier nous a mis en contact avec ses remplaçantes pour solliciter leur accord et le même procédé a été réalisé. Les trois infirmiers ont une trentaine d'années et une quinzaine d'années d'ancienneté dans la profession. Ils effectuent la même tournée de soins dans un secteur rural en région Centre de la France. Plus de quarante patients ont ainsi été vus lors des différentes visites pour effectuer les soins. Les trois infirmiers connaissent parfaitement la patientèle, certains patients étant suivis depuis de nombreuses années et visités plusieurs fois par jour. Dès l'arrivée chez un patient, un enregistrement audio des interactions entre patient et infirmier était effectué avec des prises de notes simultanées de type ethnographique afin d'y associer toute trace de geste lié au *care* dans l'activité soignante et qui ne relevait pas du verbal. Nous avons noté le temps d'enregistrement afin de faire coïncider les propos de l'acteur avec les observations réalisées. À la sortie du domicile du patient, des entretiens d'autoconfrontation simple (Mollo & Falzon, 2004) à partir des enregistrements et des prises de notes étaient menés avec le professionnel de soins d'abord dans la voiture à l'arrêt pour permettre l'accès à la conscience pré-réflexive puis faisaient l'objet de discussions complémentaires lors des trajets assez longs d'un village à l'autre en voiture vers le domicile du patient suivant, dans l'immédiateté du soin réalisé. Nous avons conscience qu'éthiquement, la notion de danger est ici prégnante, mais le milieu rural dans lequel a été menée cette investigation présente peu de circulation et de mises en danger. Par ailleurs, le professionnel pouvait à tout moment suspendre l'entretien si son attention était requise par la route. La technique de ce type d'entretien consiste à présenter au sujet son propre comportement en même temps qu'il verbalise son activité correspondante. Il s'agit de « montrer, raconter et commenter ce qui est significatif pour eux dans le déroulement de la situation » (Leblanc, 2007, p. 14).

L'entretien d'autoconfrontation vise à documenter les interactions significatives de l'acteur avec l'environnement. Il permet à l'acteur de fournir des éléments indispensables à la compréhension de la production de son activité en relation avec la réalité de sa pratique » (*Ibid.*, p. 19).

41 Il s'agit pour le chercheur d'identifier les particularités dans les situations à interroger. Les questions posées sont donc construites à partir de l'activité du professionnel, de manière à provoquer l'engagement de l'enquêté et favoriser son analyse.

42 Cette méthode de recherche permet de recueillir des données qualitatives sur des savoir-faire personnels, qui sont enregistrées et qui permettent ensuite l'élaboration d'hypothèses. Leblanc précise que :

Ainsi on accède à une partie de l'activité significative pour l'acteur en contexte ainsi qu'à sa dynamique de production. L'adoption d'un point de vue articulant l'intrinsèque et l'extrinsèque, contextualisé et dynamique, favorise la production d'hypothèses interprétatives pertinentes au vu de la situation dans laquelle l'acteur est réellement engagé. (Ibid., p. 18)

43 Cette méthode a permis la dé-construction et re-construction de ce qui, dans l'activité, peut être « raconté » en y intégrant les ressentis, les émotions et les interprétations de l'interviewé. L'alternance d'enregistrements et d'entretiens, menés avec une grande proximité spatiale et temporelle (même contexte et quasiment à chaud) a permis de produire des verbalisations de l'activité en lien direct avec les situations de travail vécues. Voici en illustration deux exemples issus de l'autoconfrontation simple :

Enquêteur à l'IDE 1 : « Tu l'as rassurée beaucoup par la parole là, tu as essayé de dédramatiser ? » (En entendant les propos enregistrés)

IDE 1 : Mme P quand je suis arrivée chez elle, elle marchait plus elle disait que le club c'était fini pour elle et puis j'arrêtais pas de la tanner et puis un jour et ben elle y est allée elle était ravie et depuis elle fait des sorties avec des copines. Et puis je lui répète ils aiment bien qu'on leur répète souvent ça les rassure.

Enquêteur à l'IDE 2 : « C'est votre évaluation clinique de la situation de la personne qui vous guide à faire ce geste ou pas ? » (Question issue des observations, ce geste (caresse) n'étant pas perceptible sur l'enregistrement).

IDE 2 : *pouhh ! j'sais pas trop... si j'ai fait ça c'est parce que c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées il y a un côté rassurant affectueux ça la rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit... pour qu'elle soit plus sereine, apaisée quoi si au moins ça pouvait apporter ça.*

44 De plus, une instruction au sosie (Saujat, 2005) a été réalisée une quinzaine de jours après la tournée de soins auprès d'un des infirmiers, à son cabinet, afin d'approfondir l'analyse de son activité en accédant à des aspects récurrents de celle-ci. Il a ainsi été demandé à l'infirmier de décrire son activité de manière à instruire un sosie (ici la chercheuse) qui devait prendre sa place en faisant en sorte que la patiente ne s'en aperçoive pas. Dans l'objectif d'informer au mieux le sosie, l'infirmier devait être précis sur les détails de son activité réelle afin que le sosie dispose du maximum d'éléments concrets pour pouvoir prendre sa place. Le travail de l'infirmier libéral peut avoir, avec certains patients, un côté répétitif où l'expertise du professionnel s'exprime. Ces manifestations quotidiennes de gestes ou interactions avec le patient peuvent être en lien avec les gestes professionnels infirmiers liés au *care* que nous cherchions à repérer. Cette méthode, centrée sur les détails quotidiens, répétitifs et le « comment » faire, a donc semblé particulièrement bien adaptée pour obtenir de l'infirmier qu'il nous révèle son activité et nous permette d'accéder à ses savoirs professionnels développés, venant ainsi compléter les données recueillies lors de l'autoconfrontation simple. Voici, en exemple, un court extrait de cette instruction au sosie :

Enquêteur : Comment procèdes-tu ? Décris-moi ces automatismes

IDE : toc toc toc bonjour Madame, comment ça va c'matin... « oh Luc j'ai bien dormi, j'ai mal dormi... oui c'est parce qu'il fait beau c'est parce qu'il fait pas beau parce

que ah » et puis on discute surtout on discute de tout et puis on dit oui, non, peut-être, surtout on répond aux questions

Enquêteur : quels gestes tu fais ? Décris-moi comment tu fais

IDE : alors euh j'arrive je prends le seau hygiénique euh (on entend beaucoup de euh de remémoration) je vais le vider j'en profite pour prendre la bassine qui est à côté du lavabo, je remplis la bassine je ramène le tout

Enquêteur : le seau hygiénique ? Donc en fait il était pour la nuit

IDE : dans la chambre oui voilà il était plein je vide le tout je le rince je remplis la bassine je la ramène Mme P elle est déjà prête

Enquêteur : elle s'est levée toute seule ?

IDE : oui ça dépend sinon elle m'attend devant la télé près de sa table, en général elle regarde les informations elle me fait croire qu'elle est levée depuis longtemps longtemps (il fait un geste de la main pour appuyer ses dires) alors que moi j'passe devant cinq minutes avant et que tout est noir euh donc je souris et puis voilà je joue le jeu euh.

- 45 Toutes les interactions patients-soignants et les entretiens effectués auprès des professionnels ont été retranscrits (25 h d'enregistrement). Pour concilier l'analyse des verbatim issus des interactions entre les infirmiers et les patients et nos observations d'une part, et les discours tenus par les professionnels sur l'activité menée d'autre part, nous avons articulé ces différentes données dans un tableau à trois colonnes : dans la première sont retranscrits tous les enregistrements des traces de l'activité des soignants auprès des patients ainsi que les observations correspondantes ; dans la seconde apparaissent les entretiens d'autoconfrontation simple et l'instruction au sosie, menés avec les professionnels et synchronisés avec les moments repérés ; enfin dans la troisième est développée l'analyse.
- 46 Les deux méthodes utilisées pour investir l'activité sont à la fois compatibles théoriquement (intérêt pour ce qui se passe *in situ* et dynamiquement du point de vue des acteurs) et complémentaires (singularité et généricité). L'autoconfrontation vise la description par l'acteur du déroulement d'une action passée clairement spécifiée et contextualisée, telle qu'elle a été effectivement mise en œuvre. L'instruction au sosie permet de rendre compte pour un acteur donné d'une activité plus générique qui se base sur x situations professionnelles ressemblantes. Par ailleurs, en se projetant dans une situation future sur la base de multiples expériences, elle permet également de « *dégager l'activité réelle (ce qu'on ne fait pas, ce qu'on n'arrive pas à faire, ce qu'on voudrait ou pourrait faire, ce qu'on est empêché ou que l'on s'empêche de faire, etc.) dans l'activité réalisée* » (Saujat, 2005, p. 2). Ces deux méthodes visent à contribuer à une science empirique de l'activité humaine conçue ni comme une simple reproduction d'habitudes, de façons de faire compte tenu de l'émergence régulière d'occurrences particulières et locales, ni comme jamais totalement inédite, car possédant une dimension générique révélée à partir de l'identification de régularités transposables d'une situation à l'autre.

3.2. Traitement des données

- 47 Pour effectuer cette analyse, nous nous sommes appuyés sur l'analyse inductive générale de Blais et Martineau (2006) en reprenant les quatre étapes conduisant à la réduction des données (*Ibid.*, p. 6) :
- préparer les données brutes ;
 - procéder à une lecture attentive et approfondie afin d'avoir une vision d'ensemble des sujets abordés et d'en ressortir les points importants ;

- procéder à l'identification et à la description des premières catégories : il s'agit d'identifier des unités de sens (segments de texte), de les assigner à une catégorie explicitée (en lien avec les objectifs de recherche et le cadre théorique : définition du *care* et des gestes professionnels) ;
- poursuivre la révision et le raffinement des catégories : il s'agit d'affiner l'analyse en faisant des regroupements, des recoupements de catégories afin d'obtenir un nombre de trois à huit catégories les plus révélatrices.

48 Cette analyse a ainsi permis une première catégorisation qui s'est faite à partir d'une immersion dans les données (notes ethnographiques, retranscription de l'ensemble des propos en situations de soins et d'entretiens, enregistrements audio) pour faire émerger des premières catégories de manière inductive. Elles ont ensuite été regroupées et validées à partir des catégories construites sur l'objet de recherche (dimensions éthique, cognitive, performative, interprétative, émotionnelle, intentionnelle des gestes professionnels). Pour illustrer ce traitement, voici un extrait d'un tableau où nous avons repéré des types de catégories qui émergeaient des verbatims, ici repérables par des codes couleur (Figure 1).

Figure 1 : Exemple d'un premier niveau d'analyse pour faire émerger des catégories.

Figure 1: Example of a first analysis level, emergence of categorization

Verbatim en situations de soins et (observations de la situation)	Autoconfrontation simple ou instruction au sosie	Hypothèses en lien avec la situation et confrontées avec les dires de l'acteur. Émergence de catégories.
attention, je pique... ça va ? (l'infirmier s'est assis sur le canapé à côté du patient)	IE : ce monsieur, là, à qui tu fais la prise de sang, tu lui dis « attention je pique », et pendant la prise de sang : « ça été » ? Pourquoi ? IDE : alors, parce que quelquefois ils me disent « ah vous avez piqué », comme ça ils sont prévenus c'est pas une surprise et je demande toujours si ça été, premièrement pour savoir si ça été voilà est-ce que ça été piqué sans que je massacre au passage, enfin moi je le vois bien aussi hein et puis pour savoir s'il est pas en train de me faire un malaise parce que quelquefois les gens ça va bien ça va bien puis toc il y plus personne donc je demande ça été ça été au départ c'était pour ça...	Préviens le patient Informe le patient de ce qu'il fait : prévenance ? Évaluation de l'état clinique du patient S'assoit à ses côtés Confirme l'anticipation et la prévenance Confirme évaluation état du patient

[Bleu] Geste d'anticipation : anticipation dans le soin ou une prise de rendez-vous, etc.

[Jaune] Geste de sollicitude : inquiétude, réassurance, prise en compte des demandes, geste langagier ou corporel envers la personne.

[Rose] Geste d'évaluation : évaluation technique, clinique et/ou psychique (ressenti de la personne soignée) qui permet d'évaluer le déroulement du soin.

[Vert] Geste d'ambiance : attitudes du professionnel, utilisation de l'humour, propos personnels créant une ambiance propice à une relation de confiance.

49 Pour poursuivre la révision et le raffinement des catégories, nous avons convoqué deux outils théoriques qui nous ont permis de prendre du recul et d'affiner l'analyse des données :

- Les topiques énonciatives développées par Rabatel (2004) : les concepts de co-, sur- ou sous-énonciation pour aider à repérer les degrés de prise en charge énonciative. En effet, si les soignants ont tous un style qui les caractérisent dans leur manière d'entrer en relation avec

le patient, il nous semble intéressant de repérer les enjeux de l'entretien et les niveaux d'implication des protagonistes ;

- Les mondes discursifs de Bronckart (1996) pour analyser les segments du texte. Ce dernier constitue un cadre particulièrement adapté puisque Bronckart énonce que la production d'un texte est le reflet des représentations des mondes de l'individu. Cela nous a permis d'identifier ce qui relevait du *care* dans le discours des acteurs. Selon Bronckart (*ibid.*), c'est l'activité langagière définie comme « les formes et types d'interaction verbale et les conditions concrètes de leur réalisation » (1996, p. 144) qui est créatrice de ces mondes.

50 L'auteur précise que les opérations de construction sont alors :

- Soit disjointes des coordonnées du monde ordinaire de l'action langagière c'est-à-dire que le contenu renvoie ici à une origine spatio-temporelle (faits passés ou à venir, imaginaires...) explicite (un jour, hier, il était une fois...). Les faits sont alors racontés, « le monde discursif est posé dans un "ailleurs" » (1996, p. 155) : monde du RACONTER ;
- Soit conjointes des coordonnées du monde ordinaire de l'action langagière c'est-à-dire que le contenu ne renvoie pas à une origine spécifique et que les faits qui sont alors exposés se réfèrent aux coordonnées générales du monde de l'action langagière en cours : monde de l'EXPOSER.

51 Nous avons donc réalisé un nouveau tableau (Figure 2) où nous avons assigné les unités de sens repérées à une catégorie issue de la première analyse (que nous avons nommée « geste ») afin de confirmer et d'affiner ces dernières (Blais & Martineau, 2006) en utilisant l'analyse langagière. Ces outils d'analyse nous ont permis d'émettre des hypothèses sur les gestes professionnels en lien avec le *care*.

Figure 2 : Exemple du second niveau d'analyse langagière.

Figure 2: Example of the second language analysis level

Vocabulaire utilisé	Temps des verbes	Monde discursif	Hypothèses ou confirmations d'intentions (propos de l'acteur en gras et italique)	Geste (catégorisation issue des premières analyses et de celles-ci)
eh ben alors ? Est-ce que vous avez dormi un petit peu ? -utilisation d'interjection -phrase interrogative -utilisation du « vous » de politesse -utilisation de « petit peu » sens hypocoristique	Verbe au passé composé	Monde de l'exposer Séquence dialogale	Évaluation de la situation du jour « <i>si jamais on voit qu'il y a quelque chose qui va pas qu'elle est pas bien doucement on essaye de savoir « ben alors ça pas l'air d'aller aujourd'hui ? ben euh ? vous êtes fatiguée ? vous avez mal dormi euh ? » et puis ça vient très vite on cause elle m'explique voilà on essaye de dédramatiser un peu c'est pas toujours facile...</i> »	Geste d'évaluation

52 La production d'un texte étant le reflet des représentations des mondes de l'individu, en faisant du lien entre l'activité langagière et l'action réalisée et en nous appuyant sur les intentions formulées des infirmiers, nous avons pu affiner et confirmer l'émergence de quatre catégories de gestes : des gestes d'ambiance, de sollicitude d'évaluation et de régulation

4. Résultats

- 53 En se référant au cadre théorique présenté et en s'appuyant sur les intentions formulées des infirmiers, quatre catégories de gestes professionnels liés au *care* ont émergé, relevant de deux dimensions : langagière et corporelle.

4.1. Des gestes d'ambiance

- 54 Ces gestes comprennent des mots d'humour ou des propos personnels qui créent une ambiance propice à une relation de confiance. Ces gestes s'expriment à travers la dimension langagière et/ou la dimension corporelle. En termes d'occurrences, nous retrouvons une centaine de traces de ce type de gestes chez l'infirmier 1, une trentaine chez l'infirmière 2 et 80 chez l'infirmière 3. Pour créer cette relation de confiance, l'infirmière 3 dit : « tout simplement être à l'écoute, les gens aiment beaucoup et puis à partir d'un certain âge ils sont tous seuls à la maison et c'est tout simplement être à l'écoute et les gens ils ont besoin de beaucoup parler ». Elle cite l'exemple d'un couple : « C'est un monsieur qui est tout seul avec sa femme et son épouse, elle perd énormément la tête et donc ce monsieur se sent très très seul, ils avaient un fils qui est décédé d'un cancer donc en fait il est tout seul avec son aide-ménagère qui passe deux fois par semaine et nous et donc en fait y a une confiance qui s'instaure plus intime que chez d'autres patients ».
- 55 Exemples de gestes d'ambiance :
- « Je vous ai dit que vous devriez venir m'aider à faire les piqûres » (Infirmier 1)
 - « On vous coupe la tête ? Et mon chiffre d'affaires dans tout ça si on vous coupe la tête ? » (Infirmier 1)
 - « Eh ben votre chien il est allé chez le toiletteur ? Oh ben qu'est-ce qu'il est mignon, il va pas prendre froid maintenant qu'il a plus de poils ? » (Infirmière 2)
 - « Oh ben vous avez un trou au pantalon. Là, vous pouvez le dire mon pantalon est décousu » (Infirmière 2)
 - « Y a pas de place, ça va être un peu étroit votre lit pour deux » (Infirmière 3)
 - « Vous prenez l'apéro après le repas vous » (en donnant ses médicaments à une patiente) (Infirmière 3)
- 56 L'humour est ici utilisé par les trois infirmiers, l'infirmier 1 explique : « J'utilise beaucoup l'humour, j'suis fait comme ça. Et puis ça dédramatise vachement les choses parce que c'est déjà assez dramatique comme ça si on leur dit les choses sérieusement ! C'est pour ça il faut dédramatiser, dédramatiser le tout... C'est comme je dis toujours, ici c'est un lieu de vie, si on rigole avec eux ils vous accueillent très bien tandis que si on rigole pas avec eux bon ben ils vous regardent drôlement : oh ! c'est l'infirmier, c'est médical c'est les piqûres tout ça. De toute façon, si c'est pas moi qui sors des bêtises, c'est eux qui vont en sortir et puis le jour où j'en sors pas parce que, pour une raison X ou Y : oh ! Qu'est-ce qui vous arrive ? Et là tout de suite : oh ! qu'est-ce qui vous arrive ? C'est l'infirmier qui nous lâche. C'est des gens qui s'inquiètent vraiment ». La notion de *care receiving* est ici soulevée dans ces propos, comme dans ceux de l'infirmière 3 : « Le relationnel en libéral n'est pas mis en valeur d'un point de vue cotation, mais d'un point de vue humain tu vois en ce moment la période des potagers euh moi tous les jours, je vais rentrer à la maison avec un bout de course, les gens vont t'offrir quelque chose de leur jardin, là le monsieur il nous a offert un chocolat, c'est ça tu vois ça c'est une reconnaissance qui n'a pas de prix ».

L'infirmière 2 confirme : « c'est la petite blague voilà et puis il y a un retour et ça c'est... on le sent tout de suite c'est gratifiant et on sent parce qu'on sent que ça leur fait du bien et que ça leur apporte quelque chose ».

- 57 L'analyse langagière des gestes d'ambiance montre que les trois infirmiers utilisent des phrases interrogatives pour solliciter le patient à entrer en interaction et favorisent ainsi les tours de parole. Les sujets sont divers et concernent la vie personnelle des patients. L'IDE 2 dit à ce sujet que : « Le soin c'est le global, c'est le mari, la fille et même si le chien y va pas bien il faut prendre le temps de s'inquiéter du chien. On va chez une dame, c'est pas rien, son mari doit se faire opérer du cœur ben on le voyait et on lui a filé un p'tit coup de main pour mettre ses gouttes dans les yeux voilà c'est un tas de petits trucs qui font pas partie de ta fiche de poste j'ai envie de dire, mais ouvrir les volets fermer les volets vider le bassin voilà ». L'infirmière souligne ici que le travail réel va au-delà de la fiche de poste donc de la prescription, fait qui est aussi confirmé par les deux autres professionnels. Ainsi, l'IDE 1 prépare le petit-déjeuner de Mme P., fait sortir le chien ou ramasse les journaux souillés, ouvre les volets, etc. Les IDE 2 et 3 emploient beaucoup l'adjectif « petit, petite », et l'adverbe « peu » dans le sens hypocoristique des soignants : infirmière 2 : « Ben pourquoi ? Vous aimiez bien les petites émissions de variétés ? » (Mme X). Pour les IDE 2 et 3, nous nous trouvons uniquement dans le monde de l'exposer à travers des séquences dialogales. Pour l'IDE 1, outre ces mêmes séquences, nous pouvons également identifier une courte séquence injonctive ainsi qu'une séquence narrative du monde du raconter autonome⁷ ce qui montre que le champ des gestes d'ambiance peut être assez large.
- 58 Les gestes d'ambiance tiennent donc une place centrale dans les soins à domicile. Ils permettent de créer une relation de confiance selon les infirmiers et de dédramatiser les soins. Nous pouvons noter que tous les usages lexicaux peuvent se retrouver dans les gestes d'ambiance.

4.2. Des gestes de sollicitude

- 59 Ces gestes comprennent des manifestations d'inquiétude, de réassurance et une prise en compte des demandes des patients. Ces gestes s'expriment par la dimension langagière et/ou la dimension corporelle. En termes d'occurrences, nous retrouvons une centaine de traces de ce type de gestes chez l'infirmier 1, une cinquantaine chez l'infirmière 2 et une soixantaine chez l'infirmière 3. L'infirmière 2 précise que « contrairement à l'hôpital, c'est nous qui nous adaptons aux gens, à eux. Faire l'effort de s'adapter, d'aller vers les gens il y a une authenticité ».
- 60 Exemples de gestes de sollicitude extraits des recueils de données :
- « Vous inquiétez pas, on va voir ça », « ça va s'arranger Mme P. », « ben oui j'vois qu'vous êtes toute paniquée c'matin ! Il faut pas vous inquiéter comme ça, vous lui dites que votre infirmier c'est L et puis vous le connaissez ce grand, vous connaissez tout le monde » « détendez-vous un p'tit peu Mme P » (le ton de l'infirmier 1 est plus doux et il regarde souvent le visage de Mme P).
- « Et puis s'il y avait le moindre souci vous passez un p'tit coup de fil, normalement y aura pas de soucis » (Infirmier 1).
- « On va bien vous l'mettre, voilà ! », « regardez donc ! Ça va tout seul ! » (Infirmier 1, d'une intonation douce)
- « Le pull, quel pull vous voulez ? », « d'accord... y a celui-là ? » (L'infirmier 1 montre la prise en considération du patient et le *care* dans la situation.

- 61 L'infirmier 1 dit : « j'ai la chance que ça se passe bien, mais parce que je vois quand ils se préparent à partir en sucette, j'y fais attention euh et ça, c'est le côté le plus difficile, il faut déjà un certain recul par rapport à tout ça pour voir tout ça ». L'infirmier nous souligne ici l'importance de porter attention à l'autre pour déceler un changement de comportement, de santé. Il insiste sur l'importance de savoir entrer en relation avec l'autre et que cette faculté permet de repérer des indices précis dans la situation de soins pour identifier un changement dans l'état de santé du patient.
- « Voilà vous attrapez la canne on va marcher toutes les deux je vais vous aider on va marcher jusqu'au lit maintenant » (Infirmière 2).
- « Rappelez-vous, il y a deux mois de ça on en a fait du chemin » (Infirmière 2).
- 62 L'infirmière 2 avance le verre de médicament de Mme V en lui caressant les cheveux.
- 63 Elle caresse les cheveux et la joue de Mme V à nouveau.
- Enquêteur : « alors cette femme vous lui avez caressé les cheveux et la joue, pourquoi vous avez fait ça ? »
- Infirmière 2 : « pouhh ! j'sais pas trop... si j'ai fait ça c'est parce que c'est le moment du coucher c'est rassurant surtout pour les personnes âgées il y a un côté rassurant affectueux ça la rassure parce que là elle va être toute seule là toute la nuit, pour qu'elle soit plus sereine, apaisée quoi si au moins ça pouvait apporter ça »
- 64 L'infirmière 2 souligne par la suite l'adaptation à la personne et évalue que pour cette patiente, la caresse peut être un plus, par ce qu'elle nomme « le côté intuitif ». Elle ajoute : « je pense que c'est assez naturel chez moi, mais en présence des personnes âgées ça m'touche leur solitude me touche et je pense qu'il y a de l'empathie vis-à-vis de ça, la première fois que je lui ai fait un p'tit bisou sur le front "ah c'est gentil ! ah !". J'ai vu son visage s'illuminer voilà j'ai vu qu'elle était très sensible à ces petites attentions ».
- 65 L'analyse langagière des gestes de sollicitude permet de dire que les trois infirmiers utilisent assez fréquemment la forme interrogative pour impliquer le patient dans des décisions et attendent une réponse. Les infirmières 2 et 3 emploient l'adjectif « petit, petite » dans le sens hypocoristique utilisé par les soignants. Concernant ces gestes de sollicitude, les infirmières 2 et 3 expliquent presque systématiquement tout ce qu'elles vont faire au patient pour qu'il comprenne, d'autant plus quand celui-ci est déficient cognitif. Il y a un maillage de gestes de sollicitude et de régulation à partir du consentement au soin chez l'IDE 2. Elle parle d'adaptation et d'authenticité dans le soin à domicile par la richesse des informations fournies permettant ainsi une meilleure prise en compte des besoins.
- 66 La dimension corporelle est également importante dans les gestes de sollicitude, notamment chez l'infirmière 2. Nous pouvons constater que les touchers de l'IDE 2, assez nombreux, relèvent de l'affect, de la sollicitude et l'empathie à la personne soignée, caractérisant un style propre à cette infirmière. L'infirmière 2 et l'infirmière 3 parlent toutes deux de la solitude de certaines personnes et des émotions que cela génère en elles : de la peine, de l'empathie. Nous faisons l'hypothèse que ces émotions, qui donnent un style singulier de prise en charge à chacune de ces soignantes, pourraient avoir un lien avec le vocabulaire hypocoristique employé par ces deux professionnelles : infirmière 2 : « j'vous donne les p'tits cachets » (Mme V), infirmière 3 « et hop voilà allez un petit bras, l'autre petit bras » (Mme D).
- 67 Les infirmiers associent dimension langagière et dimension corporelle dans les soins notamment par les gestes de sollicitude. L'infirmier 1 et l'infirmière 3 parlent d'un « quelque chose en plus » : « une attention particulière » pour l'infirmier 1 et un

« sixième sens » pour l'infirmière 3 qui leur permettent de repérer une anomalie et de poser une évaluation : « j'arrive à évaluer le pourquoi » nous dit l'infirmière 3. Une hypothèse a été formulée suggérant qu'il pourrait y avoir une combinaison de gestes où le geste de sollicitude permettrait, faciliterait le geste d'évaluation.

4.3. Des gestes d'évaluation

68 Ces gestes d'évaluation relèvent du technique ou du psychique et permettent d'évaluer le déroulement du soin. Ces gestes s'expriment à travers la dimension langagière et/ou la dimension corporelle. En termes d'occurrences, nous retrouvons 25 traces visibles de ce type de gestes chez l'infirmier 1, 35 chez l'infirmière 2 et une cinquantaine chez l'infirmière 3.

69 L'infirmier 1 nous dit : « je demande toujours si ça été, premièrement pour savoir si ça été voilà est-ce que ça été piqué sans que je massacre au passage, enfin moi je le vois bien aussi hein et puis pour savoir s'il est pas en train de me faire un malaise parce que quelquefois les gens ça va bien ça va bien puis toc y'a plus personne ».

70 Exemples de gestes d'évaluation :

« Bon ! Est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? » (Infirmier 1).

« Vous avez pas la fièvre un petit peu ? » (Infirmière 2).

« La toux ça vous empêche pas de dormir ? » (Infirmière 2).

« Ça va ? Vous tenez bien ? Pas de petite faiblesse dans les jambes ? » (Infirmière 2).

71 L'infirmière 2 souligne l'importance de l'observation et surtout la connaissance des patients pour évaluer : « je me base sur ce que je vois, déjà ses pieds je les vois tous les jours donc je me réfère à ce que je les connais et j'ai pas vu de différence donc je regarderai encore demain et si elle s'en plaint plusieurs jours je me dirais qu'il y a quelque chose ». La connaissance du patient permet de comparer un état clinique et de faciliter l'évaluation, ce que déclare également l'infirmier 1. Il ajoute que la connaissance des patients permet une évaluation plus fine des situations et de repérer des risques potentiels.

« C'est le même médicament que vous prenez tous les soirs celui-là ? » (Infirmière 3).

« Et ça vous sert toujours au niveau de la cuisse ? Ça vous fait toujours la p'tite marque ? » (Infirmière 3).

L'infirmière, en même temps, prend le mollet de Mme X avec des gestes lents et doux et soulève la jambe, elle caresse la peau. Il y a maillage :

- d'un geste d'évaluation (en touchant la peau) ;
- d'un geste de sollicitude (geste lent et doux).

72 Les trois infirmiers emploient, dans ce type de gestes, de très nombreuses phrases interrogatives qui montrent le souhait d'obtenir une réponse à une question centrée sur le patient, sur son état et ils utilisent les démonstratifs dans ces questions évaluatives : « ça va ? ». Ces questions, nombreuses, cherchent à évaluer par une question directe au patient comment il se sent. L'IDE 2 utilise aussi la phrase exclamative pour marquer le constat évaluatif : « 1,75 ! Dites donc vous avez mangé quoi ? » Les infirmières 2 et 3 emploient de façon récurrente le mot « petit, petite » ou « peu » dans le sens hypocoristique employé par les soignants : infirmière 2 : « Pas de petite faiblesse dans les jambes ? » (Mme J), infirmière 3 : « Ça vous fait toujours la p'tite marque ? » (Mme X). Le temps des verbes est uniquement le présent pour les IDE 2 et 3 marquant ainsi l'organisation temporelle simultanée des actions. L'IDE 1 utilise aussi le passé composé et

l'imparfait pour marquer l'antériorité et savoir comment s'est passée la nuit précédente. Le discours relève toujours du monde de l'exposer (Bronckart, 1996) en des séquences dialogales, le discours est interactif (*ibid.*). L'IDE 1 semble avoir construit un schéma de conduite marquant le début du soin chez certains de ses patients : il commence par une phase évaluative en demandant comment s'est passée la nuit précédente souvent introduite par « bon ».

- 73 Les trois infirmiers font de l'évaluation presque continue lors des soins, en surveillant le patient, sa peau, sa plaie... ou en demandant directement à la personne comment elle se sent suite à une action ou un déplacement. L'infirmier 1 dit qu'il « veille la faille ».

4.4. Des gestes de régulation

- 74 Ces gestes de régulation sont des gestes d'anticipation dans le soin ou d'ajustement du soin. Ces gestes s'expriment à travers la dimension langagière et/ou la dimension corporelle. En termes d'occurrences, nous retrouvons une quinzaine de traces de ce type de gestes chez l'infirmier 1, cinq chez l'infirmière 2 et vingt-cinq chez l'infirmière 3.

- 75 Exemples de gestes de régulation :

« on va tout de suite faire couler l'eau chaude... » (Infirmier 1) ;
« serrez le poing bien fort, tendez bien le bras » (Infirmier 1).

- 76 L'infirmier 1 dit : « avec la sonde urinaire là je regarde plus particulièrement, car la dame perd la tête et tout ça au cas où ». La connaissance de la personne amène l'infirmier à un geste de régulation du soin. Il ajoute une évaluation plus précise de la sonde, car la personne n'est pas en capacité d'exprimer un problème potentiel.

L'infirmière 3 regarde la plaie d'un patient et va chercher le matériel dans la voiture pour ajuster son soin à l'étendue de la plaie (Infirmière 3)

- 77 L'infirmière 3 nous explique qu'elle a mis en place une stratégie différente pour réguler un soin :

« Mme M je la porte pour la mettre sur sa chaise, je sais que L (*Infirmier 1*) la fait marcher, mais moi je n'ai pas la force et j'ai trop peur de la faire tomber donc je la fais assoir dans sa chaise, mais je la porte ».

- 78 Nous retrouvons une séquence d'un geste de régulation lors d'une injection d'Héparine de Bas Poids Moléculaire (sous-cutanée d'anticoagulant). C'est l'explication de l'infirmière 3 qui a permis de dire qu'il s'agissait d'un geste de régulation, sans cette explication rien n'aurait permis d'en arriver à formuler cette hypothèse :

Infirmière 3 : « si tu veux on avait longuement parlé la dernière fois et il appréhendait pas mal les piqûres ce monsieur donc il préférait qu'on lui dise pas quand on va piquer j'ai dit ok je lui ai dit vous vous préparez psychologiquement quand on pince la cuisse et donc tout simplement si tu veux le pincement il est légèrement plus important que chez un autre tout simplement pour qu'il se concentre sur ce fait là sinon voilà ».

- 79 En termes d'analyse langagière concernant les gestes de régulation, nous pouvons noter une implication des infirmiers (emploi du « je » et « on »). Le temps des verbes est uniquement le présent, ce qui est logique puisqu'il s'agit pour le soignant d'adapter son soin en fonction de la situation vécue. Tous les discours relèvent du monde de l'exposer (Bronckart, 1996) à travers des séquences dialogales, le discours est interactif (*ibid.*). On peut trouver aussi quelques séances injonctives quand l'infirmier régule le soin en donnant des consignes au patient. Nous retrouvons des gestes de régulation chez les trois

infirmiers, mais ceux-ci ne sont pas les plus représentatifs. Nous émettons l'hypothèse que la nature des soins : toilettes, couchers, sont peu porteurs à des gestes de régulation. Ceux que nous avons repérés relèvent souvent de soins plus techniques comme le soin de la sonde urinaire de Mme M (IDE 1), le pied du diabétique à surveiller de Mme J (IDE 2) et l'injection sous-cutanée de M. G (IDE 3). D'autres soins sont régulés dans le sens d'une anticipation par rapport à un évènement (un rendez chez l'ostéopathe pour Mme P ou une prise de sang) et amènent le professionnel à agir différemment ou à mettre en garde (« attention »).

- 80 Les gestes de régulation semblent ne pas se faire de manière isolée, mais toujours suite à une évaluation d'un problème qui se pose. Les infirmiers sont ainsi amenés à combiner plusieurs gestes et l'hypothèse qu'il y a toujours une évaluation d'un risque potentiel ou réel au départ d'un geste de régulation d'un soin peut se poser.

5. Outil d'analyse : prise en compte des gestes professionnels liés au *care* en formation

5.1. Retour aux auteurs et apports de la recherche

- 81 Un outil d'analyse de ces gestes professionnels liés au *care* dans les situations de soins a été élaboré suite aux résultats. Un schéma descriptif de cet outil a été construit [fig3]. Il permet la représentation des profils de chaque soignant en fonction des occurrences pour chaque type de geste. Le soin, se situant au centre de ce schéma, plus la couleur est foncée, plus il y a de combinaisons de gestes mobilisés.

Figure3 : Outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*.
Figure3: Analysis tool for professional care-related gestures related

- 82 Les résultats obtenus tendent à montrer des similitudes dans l'agir des professionnels face à un même type de situation. Ces combinaisons de gestes professionnels pourraient donc relever de savoirs construits selon un genre commun, mais avec un style professionnel singulier, une personnalisation du soin. Une hypothèse a été posée en ces termes : les représentations des soignants, acquises ou modifiées par les parcours professionnels divers et les expériences de vie, influencent significativement la façon d'entrer en relation avec le patient et les manières de manifester les gestes professionnels liés au *care*.
- 83 Nous souhaitons ici faire le lien entre l'identification des gestes professionnels liés au *care* et la théorisation de Watson (1998) qu'elle nomme *Human caring* et qui s'appuie sur dix facteurs « caratifs » :
- Des valeurs humanistes et altruistes ;
 - Le soutien de la croyance et de l'espoir ;
 - Une prise de conscience de soi et des autres ;
 - Le développement d'une relation d'aide et de confiance ;
 - L'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs ;
 - La création d'une méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de décision ;
 - L'enseignement et l'apprentissage transpersonnel ;
 - Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel ;
 - L'assistance dans la satisfaction des besoins humains ;
 - La prise en compte des forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles.
- 84 À travers les analyses effectuées dans cette recherche, nous pouvons faire du lien avec les facteurs caratifs de Watson. Nous retrouvons, notamment dans les gestes de sollicitude, des valeurs humanistes et altruistes ainsi que le soutien de la croyance et de l'espoir. La prise de conscience de soi et des autres pour le développement d'une relation d'aide et de confiance est prise en considération dans la manifestation des différents gestes. Watson insiste sur l'importance des émotions dans le soin : « La seule façon de développer une sensibilité à soi et aux autres est de reconnaître ses émotions et de s'autoriser à les ressentir qu'elles soient pénibles ou agréables » (Watson, 1998, p. 31). Nous retrouvons cette acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs chez les infirmiers ici sollicités notamment chez les infirmières 2 et 3. Les trois infirmiers montrent de la préoccupation pour le patient dans son environnement mental, physique, socioculturel et spirituel et la satisfaction de ses besoins en tenant compte de ses forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles. Les trois infirmiers, en situation, mobilisent une méthode de résolution de problème dans le processus de décision, les aidant à évaluer la situation (geste d'évaluation) et à mettre en place un éventuel geste de régulation.
- 85 Watson dit que le *caring* est un moment privilégié qui fait appel afin d'entrer dans le champ de l'autre et différencie ainsi ce qu'elle nomme l'essence et l'accessoire des soins infirmiers : l'essence est la démarche qui se construit entre le patient et l'infirmière en vue d'obtenir un résultat thérapeutique en contribuant à son bien-être. À travers les analyses, nous avons pu mettre en relief l'essence identifiée par Watson (1998).

5.2. Perspectives en formation

- 86 L'outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* a depuis été testé dans différents services de soins à l'hôpital auprès de plusieurs professionnels. Il reste tout à fait pertinent dans les situations de soins vécues par les professionnels exerçant en structure hospitalière.
- 87 Suite à ce constat, des ateliers de simulation dans le cadre de l'unité d'enseignement des soins relationnels ont été mis en place auprès d'étudiants infirmiers en formation initiale. À travers l'étude et l'analyse de situations de soins, cet outil permet de mieux faire comprendre les dimensions du soin relevant du *care*, ce qui semblaient jusqu'à présent ne relever que des sensibilités des formateurs et des tuteurs, avec une part importante de subjectivité. Les situations de soins en simulation sont ainsi analysées par les étudiants, décortiquées selon des aspects peu explorés jusqu'à présent, permettant de mettre des noms sur des compétences attendues des soignants, mais non encore valorisées. Il est ainsi proposé de faire du lien entre les gestes professionnels liés au *care*, ici identifiés avec les facteurs caratifs de Watson (1998) dans l'objectif d'« une meilleure compréhension des concepts définis précédemment par le biais d'une pratique réflexive associée à une situation clinique » (Cara⁸ & O'Reilly, 2008, p. 39). Les objectifs pédagogiques ont été définis en ces termes :
- Mener un travail de réflexion sur la posture professionnelle⁹ dans la relation soignant-soigné ;
 - Reconnaître les émotions dans la relation et leur utilisation ;
 - Identifier les points forts et les axes d'amélioration dans la relation soignant-soigné.
- 88 Des situations relationnelles complexes sont proposées aux étudiants comme la gestion de l'anxiété en service d'urgence ou un retour de bloc difficile. Un acteur joue le rôle du patient avec un étudiant placé en situation simulée de soins. Des fiches de description narrative du cas sont proposées en début de séance de simulation avec des éléments techniques permettant d'appréhender la situation. Les objectifs sont définis lors du briefing de la séance. Les observateurs étudiants prennent connaissance des objectifs pédagogiques et reçoivent des consignes pour guider leurs observations et leurs prises de notes :
- Manière d'entrer en relation avec la personne soignée ;
 - Reconnaître les manifestations du patient et s'adapter en termes de techniques relationnelles ;
 - Repérer les émotions véhiculées par la situation ;
 - Repérer les facteurs caratifs de Watson (1998) ;
 - Repérer les gestes professionnels liés au *care* dans la situation de soin : gestes d'ambiance, gestes d'évaluation, gestes de sollicitude, gestes de régulation (Eyland, 2017).
- 89 Les premiers ateliers de simulation réalisés montrent un intérêt certain dans le développement de compétences relationnelles. Les étudiants, placés en situation de soins peuvent s'exercer à la pratique de la relation en mobilisant différents outils comme la négociation ou la médiation. Ils s'approprient différentes formes de communication : le langage, le toucher. De plus, ils apprennent à repérer les réactions et manifestations du patient et à en tenir compte dans la relation en termes d'attitude ou d'écoute.
- 90 Le retour des étudiants montre un vif intérêt pour ces méthodes d'apprentissage qui les aident à mieux décortiquer les activités de soins relationnels complexes. Les

observateurs, lors du débriefing, ont proposé des pistes d'amélioration et ont appris de l'étudiant placé en situation de simulation. Ils sont demandeurs d'autres ateliers et ont suggéré leur mise en place dès le début de la formation. De plus, ils expriment que repérer les gestes professionnels liés au *care*, a été une aide pour une prise de conscience et ainsi un support pour mobiliser ces indicateurs dans la situation.

6. Conclusion

- 91 Au terme de cette communication, il peut être posé que les infirmiers libéraux mettent en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin » (gestes professionnels, Jorro, 1998) plutôt que de « faire des soins » (gestes de métier, Jorro, 1998) et que ce « prendre soin » relève bien de la pratique du *care*. Ces résultats de catégorisation de gestes peuvent toutefois se discuter du point de vue du cadre de l'analyse de l'activité. Comme le précise Leplat (2013), le geste dépend du cadre de référence et de l'interprétation qui lui est donnée : « Le même mouvement peut être geste pour l'un, mais non pour un autre » (2013, p. 3). Ainsi des travaux de recherche, menés dans une perspective de psychologie du travail et d'ergonomie, ont mis en évidence que la mise en œuvre des gestes professionnels peut subir un certain nombre de distorsions à l'usage (Cuny, 1967). L'expérience, les modifications techniques ou organisationnelles peuvent être à l'origine de ces déviations. De plus, rappelons que le geste n'est pas la finalité de l'action, mais une de ses composantes et qu'à ce titre, une confusion entre le geste et l'action peut entraîner des biais, voire avoir des conséquences négatives comme l'a démontré Favergé (1955) en étudiant la formation à la soudure au chalumeau. Il ne suffit pas de faire un geste correctement pour bien souder, en fait un bon geste ne fait pas la finalité de l'action. Nous devons donc être prudents sur l'utilisation de ces gestes professionnels liés au *care*. De bons gestes ne faisant pas l'activité, c'est tout le contexte du soin qui doit être pris en compte. Dans le contexte de la formation par simulation, ces gestes repérés sont un plus pour la construction de l'étudiant, mais doivent être resitués dans l'activité du soin.
- 92 Pour compléter le cadre conceptuel sur lequel s'appuie cette recherche sur les gestes professionnels liés au *care*, nous proposons la définition suivante du *care* :
- « Le *care* est une posture d'attention, de sollicitude engagée et personnalisée envers soi-même ou autrui et peut faire l'objet d'un processus individuel ou collectif. Le *care* s'appuie sur la sensibilité morale, la perception d'une situation singulière et l'anticipation. Il se caractérise par une adaptation en actes aux situations et vise à la satisfaction des besoins du bénéficiaire du *care* sans que celui-ci ne la perçoive nécessairement comme telle » (Eyland, 2017)
- 93 Quatre types de gestes professionnels liés au *care* ont été identifiés : des gestes d'ambiance, de sollicitude, d'évaluation et de régulation à travers les dimensions langagière et corporelle. Des combinaisons de gestes professionnels ont été relevées qui pourraient être issues de savoirs construits selon un genre commun, mais avec un style professionnel singulier. Un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* a été construit et son utilisation en formation initiale teste sa pertinence quant au développement des compétences relationnelles des étudiants. L'activité professionnelle, dans des aspects peu explorés jusqu'à présent, est analysée selon des indicateurs plus fins, plus précis et facilite ainsi la conceptualisation de la situation.

BIBLIOGRAPHIE

- Alin, C. (2007). *Les gestes professionnels pour une approche anthropologique et sémiotique en analyse des pratiques*. Repéré à <http://www.aeeps.org/groupe/analyse-des-pratiques-en-eps/analyse-productions/744-les-gestes-professionnels-pour-une-approche-anthropologique-et-semiotique-en-analyse-des-pratiques.html>.
- Barbier, J-M, & Durand, M. (2003). L'activité : un objet intégrateur pour les sciences sociales ? *Recherche et formation*, 42, 99-117.
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. Repéré à <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>.
- Bronckart, J-P. (1996). *Activité langagière, textes et discours*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.
- Bucheton, D., & Jorro, A. (2012). Une posture de « chercheur en lien avec la formation ». La quête d'un éthos scientifique. In D. Bucheton (Éd.). *L'agir enseignant : des gestes professionnels ajustés* (p. 7-24). Toulouse : Octarès.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Clot, Y. (1998). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : La Découverte.
- Clot, Y. (1999). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (2010). *Travail et pouvoir d'agir*. Paris : PUF.
- Collière, M-F. (2001). *Soigner... le premier art de la vie*. Paris : Masson.
- Cuny, X. (1967). La circulation de l'information dans un système élémentaire d'un service de transport. *Bulletin du CERP*, XVI, 1-19. Reproduit In J. Leplat (Ed.) (1993), *L'analyse du travail en psychologie ergonomique* (t. 2, p. 315-339). Toulouse : Octarès.
- Damasio, A. -R. (2010). *L'erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob.
- De Hennezel, M. (1995). *La mort intime-Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*. Paris : Robert Laffont. *Oxford English Dictionary*. Repéré à www.oxforddictionaries.com.
- Eyland, I. (2017). *Les savoirs professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux : construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au care dans des situations de soins*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation. Université Paul Valéry de Montpellier. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01704708/document>.
- Eyland, I., & Jean, A. (2013). L'usage du portfolio pour l'évaluation des étudiants. *Objectif Soins et management*, 215, 42-45.
- Eyland, I., & Jean, A. (2017). À la recherche de gestes professionnels liés au care chez les infirmiers libéraux. *Éducation, santé, sociétés*, 3(2), 153-168.
- Faverge, J-M. (1955). Conséquences normatives de l'analyse du travail. In A. Ombredane, & J.-M. Faverge. *L'analyse du travail* (p. 222-234). Paris : PUF.

- Geadah, R. (2012). Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. *Recherche en soins infirmiers*, 109, 16-32.
- Godin, C. (2013, mai). L'humanisation des soins dans le cadre de la technicisation. *Conférence aux Journées nationales du CEFIEC*. Clermont-Ferrand. Repéré à <http://www.fondationleoniechaptal.fr/img/uploads/files/Abstract%2068eme%20journées%20nationales%20CEFIEC.pdf>
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson InterEditions.
- Howard, S-K, Gaba, D-M, Fish, K-J, Yang G, & Sarnquist F-H (1992). Anesthesia crisis resource management training: Teaching anesthesiologists to handle critical incidents. *Aviat. Space Environ. Med.*, 63, 763-70.
- Jean, A. (2008). *Le traitement des imprévus par les professeurs stagiaires de technologie en formation initiale à l'IUFM ? Quels gestes professionnels d'ajustement en situation de classe ? Quelle utilisation pour leur développement professionnel ?* Université Paul Valéry – Montpellier III. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00636548/document>.
- Jorro, A. (1998). L'inscription des gestes professionnels dans l'action. *En Question*, 19, 1-20.
- Jorro, A. (2006, février). *L'agir professionnel de l'enseignant*. Séminaire de recherche du Centre de Recherche sur la formation-CNAM. Paris, France. Repéré à <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00195900/document>.
- Kohn, L-T., Corrigan, J-M., & Donaldson, M-S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC : National Academy Press, Institute of Medicine.
- Lave, J. (1988). *Cognition in practice: Mind mathematics and culture in everyday life*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Leblanc, S. (2007). Concepts et méthodes pour valoriser l'activité professionnelle au sein de la formation initiale et continue des enseignants. *Formation et pratiques d'enseignement en questions*, 6, 11-33.
- Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.
- Leplat, J. (2013). Les gestes dans l'activité en situation de travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 15(1), 1-23. DOI : 10.4000/pistes.2951
- Maran, N-J., & Glavin, R-J. (2003). Low- to High-Fidelity Simulation-A Continuum of Medical Education? *Medical Education*, 37, 22-28. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2923.37.s1.9.x>
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York : Harper Perennial.
- Molinier, P., Laugier, S., & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Soucis des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot & Rivages.
- Mollo, V., & Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Applied Ergonomics*, 35(6), 531-540. Repéré à <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01584557/document>.
- Nardin, A. (2013). Humanisation de l'hôpital – Mode d'emploi. *Conférence aux Journées nationales du CEFIEC*. Clermont-Ferrand, mai 2013 (Notes libres). Repéré à : <http://www.fondationleoniechaptal.fr/img/uploads/files/Abstract%2068eme%20journées%20nationales%20CEFIEC.pdf>, accès limité.
- Perrier, M. (2011). Pour un geste du préalable, lorsque l'intention se fait forme, *Appareil*, 8, 1-23. DOI : 10.4000/appareil.1291

- Petrus-Krupsky, M. (2015). L'enseignement du *care* en IFSI. *Recherche en Soins infirmiers*, 122, 90-96.
- Phaneuf, M. (2013). L'intelligence émotion. *Santé mentale*, 177. Repéré à : <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2014/05/Intelligence-emotionnelle.pdf>.
- Psiuk, T. (2013). *L'apprentissage du raisonnement clinique*. Bruxelles : De Boeck.
- Rabatel, A. (2004). *L'effacement énonciatif dans les discours rapportés et ses effets pragmatiques*. *Langages*, 156, 3-17.
- Rey, B. (2009). *Apprendre... à l'épreuve des compétences*. Transcription de débat public. Repéré à http://www.gfen.asso.fr/images/documents/textes_seminaire/114_a_comp_tences_bernard_rey.pdf.
- Ria, L. (2016, février). Les gestes professionnels des enseignants comme objet d'étude et objet de formation ? Journée d'études de la Chaire UNESCO « Former les enseignants au XXI^e siècle », Lyon. Repéré à <https://edueville.hypotheses.org/7771>.
- Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre Cure et Care – Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil Malmaison : Lamarre.
- Rothier Bautzer, E. (2013). *Le travail délégué aux infirmiers : ce que les médecins ne veulent pas faire*. Repéré à <http://www.carnetsdesante.fr/Rothier-Bautzer-Eliane>
- Saujat, F. (2005, 20 avril). *Fonction et usages de l'instruction au sosie en formation initiale* [Blog de Patrick Robo]. Repéré à http://Probo.free.fr/textes_amis/instruction_au_sosie_f_saujat.pdf
- Simonet, P. (2016, février), Les gestes professionnels des enseignants comme objet d'étude et objet de formation ? *Journées d'études de la Chaire UNESCO « Former les enseignants au XXI^e siècle »*, Lyon. Repéré à <https://edueville.hypotheses.org/77717>.
- Starck, S. (2016). La posture professionnelle : entre corps propre et corps sociaux. *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur*, 32(3), 1-18. Repéré à : <http://ripes.revues.org/1124>
- Suchman, L. (1987). *Plans and Situated Actions: The Problem of Human-machine Communication*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Svandra, P. (2009a). *Le soignant et la démarche éthique*. Éditions ESTEM De Boeck.
- Svandra, P. (2009b, 10 juillet). *Le care, entre disposition morale et pratique sociale* [blog de Svandra]. Repéré à <http://Svandra.over-blog.com/article-33681864.html>
- Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte.
- Varela, F-J. (1989). *Autonomie et connaissance*. Paris : Seuil.
- Vigil-Ripoche, M-A. (2009). Caring et care, prendre soin et soin. In M. Formarier & L. Jovic (Eds). *Les concepts en sciences infirmières*, (p. 44-248). Lyon : Mallet-Conseil.
- Watson, J. (1998). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris : Seli Arslan.

NOTES

1. Lire partout infirmier, infirmière
2. Dans l'ouvrage des concepts en sciences infirmières le *care* est traduit par « précaution, sollicitude ». En *nursing*, il désigne les soins qui permettent le bien-être physique, mental et social, le prendre soin (Vigil-Ripoche, 2009).

3. Le *cure* se définit comme l'ensemble des soins techniques proposés dans le cadre thérapeutique d'une prise en charge.
 4. Anne Nardin est conservatrice en chef du musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.
 5. Paul Aurousseau était à l'inspection de l'assistance publique des hôpitaux de Paris.
 6. Xavier Leclainche, médecin, fut inspecteur général de la Santé, secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris, il participa à la création de l'Organisation Mondiale de la Santé.
 7. Le monde du raconter autonome (Bronckart, 1996) est ici représenté par une narration de l'infirmier sur un événement passé de sa vie qu'il raconte comme une histoire, sans interaction.
 8. Chantal Cara est professeur agrégée à la faculté des Sciences Infirmières à l'université de Montréal, Québec, Canada.
 9. Starck (2016, p. 5) définit la posture professionnelle comme l'association de trois dimensions : « elle est expression d'un sujet dans un espace de normes, d'attentes sociales et professionnelles ; elle opère l'intégration des multiples dimensions de l'agir professionnel et lui confère une certaine cohérence ; dans ses effets, elle participe d'une assise professionnelle ».
-

RÉSUMÉS

Dans le domaine des soins infirmiers, toute situation est l'occasion d'une rencontre sociale qui permet aux professionnels échanges, engagement émotionnel et mise en pratique des activités liées au *care*. Historiquement, la notion du prendre soin, du *care*, a toujours été attachée à la fonction infirmière (Collière, 2001). Cet article a pour objet de présenter quelques résultats d'un travail de recherche qui s'intéresse à l'identification de gestes professionnels liés au *care* dans l'activité des infirmiers libéraux en situations de soins et ses applications en formation. L'analyse de cette activité a permis de mieux l'appréhender, la comprendre et de révéler des aspects implicites inédits. En rendant ces gestes professionnels visibles, cela a permis de questionner leur potentielle plus-value dans le soin et de proposer l'élaboration d'un outil des gestes professionnels liés au *care*. Cet outil permet de renseigner l'activité des infirmières¹ pendant les soins et d'analyser des situations de travail, notamment dans le cadre de la formation à travers la simulation en soins.

In the nursing field, every situation is an opportunity for a social encounter that allows professionals to exchange, engage emotionally and put care-related activities into practice. Historically, the notion of "taking care of" has always been linked with nursing (Collière, 2001). The purpose of this article is to present certain results of a research study on the identification of professional care-related gestures in the activity of self-employed nurses in care situations and its applications in training. The analysis of this activity has given us a better grasp and understanding and has revealed new implicit aspects. Making these professional gestures visible has allowed us to question their potential added value in care and to propose the development of a tool for professional care-related gestures. This tool makes it possible to inform the activity of nurses during care and to analyze work situations, in particular within the framework of training through care simulation.

INDEX

Keywords : care, to take care, nurse, professional gestures, formation

Mots-clés : care, prendre soin, infirmier, gestes professionnels, formation

AUTEURS

ISABELLE EYLAND

LIRDEF, Université Montpellier et Université Paul Valéry – isabelle.eyland@orange.fr

SERGE LEBLANC

Faculté d'éducation, LIRDEF, Université Montpellier et Université Paul Valéry –
serge.leblanc@umontpellier.fr