À la recherche de gestes professionnels liés au *care* chez les infirmiers libéraux

Isabelle Eyland
Université Montpellier-III – LIRDEF, équipe d'accueil 3749
isabelle.eyland@orange.fr

Alain Jean
Université de Montpellier – LIRDEF, équipe d'accueil 3749
alain.jean@umontpellier.fr

Revue *Éducation, Santé, Sociétés* Vol. 3, No 2 | pp. 153-168
Reçu le : 17/02/2017 | Accepté le : 25/09/2017

Résumé : Le terme de *care* est devenu ces dernières années, de plus en plus populaire dans divers domaines comme l'éducation, la sociologie ou la politique. Historiquement, la notion du prendre soin, du *care*, a toujours été attachée à la fonction infirmière. Les premières mentions au concept datent des années 1970 aux USA et ont donné suite à de nombreux travaux, écrits et définitions. Cet article présente quelques résultats d'une thèse en Sciences de l'Éducation qui s'intéresse à la mobilisation de gestes professionnels liés au *care* dans l'exercice professionnel d'infirmiers libéraux. La recherche menée a un double enjeu. Dans un premier temps, il s'agit d'identifier les gestes professionnels liés au *care* afin de les rendre visibles et de questionner leur éventuelle plus-value dans le soin. Dans un deuxième temps, il est proposé d'élaborer un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* permettant de renseigner l'activité des infirmiers pendant les soins et d'approcher les préoccupations des professionnels dans des situations de travail.

Mots-clés : *care*, prendre soin, infirmier, gestes professionnels.

Introduction

Le *care* est un concept reconnu dans le domaine des soins mais pas forcément connu sous cette appellation par les infirmiers. Ils parlent de globalité du soin ou d'adaptation

aux besoins de la personne soignée ou encore d'attention particulière. L'une des raisons qui pourrait expliquer cette méconnaissance provient peut-être du fait que les référentiels de formation ne font pas mention de ce concept pourtant central dans les fondements historiques de la profession. Petrus-Krupsky (2015) confirme ces propos en énonçant 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 » (p. 91). Sans en connaître la définition, les activités des infirmiers sont pourtant intimement liées au *care,* ne serait-ce qu'à travers le rôle propre infirmier centré sur le prendre soin, sur le *caring*. Dans un contexte où la profession se technicise de plus en plus et est davantage centrée sur le *cure* (Rothier Bautzer, 2012), il est pertinent de se demander où se situe actuellement la place du *care* dans les soins ? Comment peut-il se révéler dans le travail réel ? Les infirmiers mettent-ils en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin » (gestes professionnels – Jorro, 1998) plutôt que de s'en tenir à « faire des soins » (gestes de *métier* – *ibid.*) ?

Cet article présente quelques résultats d'une thèse en Sciences de l'Éducation. La recherche, qualitative, est axée sur la mobilisation des gestes professionnels liés au *care* par les infirmiers libéraux par l'intermédiaire de l'analyse de l'activité qu'ils déploient en situations de soins afin de proposer des dispositifs de formation intégrant le *care* dans les apprentissages en formation initiale ou continue des infirmiers.

L'étude du concept de *care* montre que son étendue est vaste et va de la reconnaissance d'un problème à la réponse reçue par le bénéficiaire du *care*. Cette recherche se centre sur ce que Tronto (2009) nomme le *care giving*, c'est-à-dire le travail concret du *care* et ce que l'infirmier met en place concrètement pour faire du *care*. L'analyse se situera au niveau de cette relation entre professionnel et patient avec des traces de *care receiving* (*ibid.*), le *care* étant imbriqué dans des relations interpersonnelles.

La recherche étant axée sur les aspects constitutifs du *care* et ses manifestations, le choix de centrer l'enquête sur les lieux de vie et plus particulièrement sur les infirmiers libéraux en milieu rural est plus pertinent. En effet, 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 en milieu rural. Cette population a donc semblé particulièrement adaptée pour étudier les activités de soins relevant du *care*.

1 Cadre théorique

1.1 Le *care*

Le *care* ne fait pas l'objet de consensus et diverses définitions ont été proposées. Nous avons retenu celle proposée par Fisher et Tronto qui définissent le *care* comme :

> « 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, in Molinier *et al.*, 2009, p. 37.]

Fischer et Tronto proposent ainsi quatre phases de *care :*

- 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 et y être réceptif.

Pour Tronto, les deux premiers niveaux de cette fragmentation du *care* correspondraient aux obligations politiques tandis que les deux suivants seraient laissés aux acteurs sociaux, sanitaires ou familiaux. Ces quatre phases sollicitent différents acteurs dans une même activité de *care* pour construire les réponses les plus adaptées, ce qui permet par ailleurs aux fournisseurs du *care,* d'en ressortir des satisfactions dans le travail comme la dignité et l'estime. Le choix de retenir cette définition repose sur l'objectif de la présente recherche centrée sur le *care giving* manifesté par les infirmiers en situations de soins.

Si les anglais ont deux manières de dire « soigner », leurs significations sont bien distinctes. *To cure* se traduit par soigner dans le sens thérapeutique du terme. *To care* qui peut se traduire également par soigner, est cette fois utilisé dans le sens de porter attention à l'autre et son gérondif *caring* est traduit par « prendre soin » dans le langage professionnel, c'est-à-dire soigner en accordant de la sollicitude à l'autre.

De ce fait, si en anglais, à travers l'usage de l'un ou l'autre des deux mots, il est facile d'identifier la dimension sous-jacente, il n'en est pas de même en français, le terme de soigner pouvant tant être employé dans le sens curatif que dans le sens de la préoccupation portée à l'autre.

Étymologiquement, selon le site de l'*Oxford English Dictionary*, *care* proviendrait du vieil anglais *caru* qui signifie « 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.

L'idée d'attention à l'autre est intimement liée au *care*. Pour en donner la preuve, nous citerons le terme utilisé dans sa version négative : « *I don't care !* » qui signifie : « Ça m'est égal ! » Svandra, pour définir le *care*, s'attache également à son opposé : la négligence. L'auteur souligne que l'étymologie du mot « négligent » est associée à 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 ainsi une non-reconnaissance de l'autre. Svandra souligne ainsi que si la négligence consiste à « ne pas lier », le soin constituant son contraire, est une forme de lien et le *care* « viserait donc au "souci de l'autre", à la préservation du lien qui nous attache à l'autre et qui nous fait nous préoccuper de sa vulnérabilité » (2009b, p. 1).

Les premières mentions du concept datent des années 1970 aux USA. Le philosophe Mayeroff le définit dans *On Caring* (1971) comme un processus de mise en relation avec l'autre qui favoriserait son développement, le but étant d'aider la personne à croître et à s'actualiser.

Watson (1979) propose une approche humaniste du soin infirmier en tenant compte de l'aspect spirituel de l'être humain. Elle élabore une théorisation de la démarche soignante qu'elle nomme *Human caring* et qui s'appuie sur des facteurs qu'elle nomme « caratifs » (par opposition au curatif) favorisant le développement, le maintien de la santé ou une mort paisible. Ces facteurs permettent de comprendre le processus thérapeutique interpersonnel entre l'infirmier et la personne soignée, dans une approche holistique de la personne (le corps, l'esprit, l'âme). Watson considère la profession infirmière comme un art qui repose sur des valeurs humanistes, altruistes et sur des connaissances scientifiques. Pour elle, le *caring* fait appel à un engagement personnel dans le but du respect de la dignité humaine. Le *caring* est un moment privilégié d'un regard, d'un toucher, d'une parole, en dehors des soins techniques permettant d'entrer dans le champ de l'autre.

Watson 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'infirmier 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... tout ce qui peut servir de support à cette activité du soin infirmier.

En France, dans les années 1980, Marie-Françoise Collière, infirmière formée aux USA, nous rappelle que les premiers philosophes voyaient le corps comme la prison de l'âme, ou un tombeau (Platon), et que depuis, tout ce qui est rattaché au corps « devient vil, ou suspect » (Collière, 2001, p. 4), y compris les personnes qui s'occupent des soins aux corps. Historiquement, prêtres, philosophes, tribunaux de l'inquisition puis les médecins poursuivront le corps dans ses pires représentations et l'assimileront à des œuvres de Satan. Le corps médical se méfie des personnes bénévoles qui soignent 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).

Les soignantes deviennent des subalternes, un personnel secondaire et inférieur soumis aux soins de ce corps assimilé à la saleté, subissant par là même, déconsidération et mépris : « 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. » (*Id.*)

Collière explique en parlant des soins, qu'il s'agit d'un acte de vie individuel puisque nous nous l'attribuons à nous-mêmes dès qu'il y a acquisition de l'autonomie, mais également un acte de réciprocité qu'on attribue à toute personne qui a besoin d'aide de façon temporaire ou définitive, pour assumer les soins liés au *care*. Elle définit ces derniers comme les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité (soins coutumiers et habituels ayant pour fonction d'entretenir la vie et en assurer sa permanence en la réapprovisionnant en énergie) qu'elle oppose aux soins de réparation (*to cure*) liés à la réparation et au traitement de ce qui fait obstacle à la vie. Collière insiste sur le fait que la vie se retire dès que l'on s'occupe davantage de ce qui meurt que de ce qui vit. Elle déplore que dans nos sociétés modernes, les soins se soient centrés sur la maladie en écartant l'homme en relation avec son environnement. Lorsque le *cure* prédomine le *care,* les forces de la personne s'annihilent par épuisement des sources d'énergie vitale (de nature physique, psychique, affective, sociale...). Pour Collière, il est important d'associer *care* et *cure*

dans les situations pour apporter les soins et l'aide répondant aux besoins vitaux de la personne.

Avec Hesbeen, la notion du « prendre soin » revient en force dans le milieu soignant en France, notamment dans les instituts de formation. L'auteur exprime une certaine urgence à vouloir interpeler, susciter la réflexion et l'action « en vue de contribuer à un système plus authentiquement et plus généreusement humain » (1997, p. 1) et c'est en partant d'une logique soignante « que l'on pourra insuffler une nouvelle atmosphère d'humanité dans les lieux de soins et améliorer la qualité réelle du service offert » (*ibid.*, p. 2).

Hesbeen différencie « faire des soins à quelqu'un », c'est-à-dire en considérant l'être humain comme un corps-objet, et « prendre soin de quelqu'un » en considérant l'être comme un corps-sujet qui a besoin de sens et d'une attention particulière. Pour Hesbeen, les soins effectués s'adressent aux corps-objets ou « corps que l'on a » et non pas aux corps-sujets ou « corps que l'on est ». La focalisation sur les tâches guide aujourd'hui les organisations des unités de soins mais entraine l'insatisfaction des patients et l'usure des soignants. Selon Hesbeen, 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), or on ne peut dissocier le malade de sa maladie.

Hesbeen 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). L'auteur ajoute que c'est par la mise en relief 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, si les infirmiers ne souhaitent pas encore voir s'accentuer leur rôle technique d'auxiliaires médicaux.

Hesbeen (*ibid.*, p. 69) explique qu'il est facile d'apporter confort, chaleur, douceur, attention à ceux qu'on aime mais que lorsqu'il s'agit de personnes étrangères, cela est bien plus complexe 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. »

Molinier, Laugier et Paperman énoncent qu'« on ne naît pas *caring,* on le devient. Et on le devient par le travail… C'est sous la contrainte de devoir s'occuper des autres que la disposition au *care* a quelque chance (pas toujours mais souvent) de se développer » (2009, p. 15). Ces trois auteures soulignent que c'est à travers les tâches accomplies quotidiennement par les femmes au fil des siècles que celles-ci ont acquis des savoirs liés au *care* et se sont vues ainsi identifiées comme féminines. Les tâches liées au *care* fournissent rapidement un confort de vie qui semble « naturel » pour ses bénéficiaires. Cependant, la complexité de ce travail (incluant responsabilité, affects…) ne se révèle que lorsqu'il est absent ou mal effectué, révélant ainsi notre toute relative autonomie et la vulnérabilité de chaque être. Les femmes, qui s'occupaient des enfants ou des parents

vieillissants supportant quasi seules le poids de la maladie et de la mort, ont, par leur émancipation et leur entrée sur le marché du travail, soulagé leurs épaules de ce poids. Ce transfert a provoqué un déplacement des activités relevant du *care* du domaine privé vers le domaine public (Molinier *et al.*, 2009). Trop souvent associé aux femmes et à leur « devoir » de mère ou de fille envers les ainés, le concept du *care* a largement souffert de ces associations empreintes d'histoire, de sentiments et de subjectivité, néfastes à sa reconnaissance comme un « vrai » travail.

Dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), le rôle propre infirmier, centré sur les besoins du patient, est enseigné en France, la première année de formation à travers les projets de soins. De nombreux auteurs ont développé des théories de soins appliquées encore aujourd'hui dans les instituts de formation notamment celle de Henderson et ses quatorze besoins (1966). La maladie est le centre d'intérêt du médecin, alors que ces théories infirmières, placent le patient au cœur de leurs préoccupations. 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. Les étudiants, soumis aux pressions des services, ne peuvent appliquer ces théories qu'à de rares occasions (Rothier Bautzer, 2012). Nombre d'étudiants ont ainsi interpellé leurs formateurs en décrivant une réalité qui, malgré les enseignements à l'institut, n'avaient que rarement l'occasion de se révéler. On parle de « la vésicule du 7 » ou du « colon du 10 ». Les professionnels des services de soins sont pourtant attachés à ce que les étudiants commencent par le rôle propre infirmier quand ils débutent leur formation. Ainsi les infirmiers mettent presque systématiquement les étudiants avec les aides-soignants en début de formation de façon à ce qu'ils apprennent les soins de *nursing*, c'est-à-dire les soins d'hygiène relevant exclusivement du *care*, avant de passer à la technique. Pourtant, une fois diplômés, ils négligent presque tous, à l'exception de quelques services spécialisés, cette part de leur rôle propre (Rothier Bautzer, 2012). Ces attitudes ont pour conséquence d'accentuer la division du travail et de mettre en relief les activités du *care* qui sont alors dévalorisées. Les étudiants, en stage, sont confrontés à des soignants souvent en sous-effectifs, épuisés, centrés sur des problématiques éloignées de l'enseignement effectué en IFSI.

Pour conclure cette revue de littérature sur le *care*, nous proposons la définition suivante :

> « 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. »

Cette définition sert de cadre conceptuel à la recherche ici présentée sur les gestes professionnels liés au *care.*

1.2 Le geste et le geste professionnel

Étymologiquement, le mot « geste » provient du latin *gestus* signifiant contenance et de *gestum* (*gerere*) signifiant porter (site du Littré). Il se définit comme l'action et le mouvement du corps et particulièrement des bras et des mains, action et mouvement employés

à signifier quelque chose. Il permet d'illustrer les mots du langage, de les compléter, de les appuyer voire de les remplacer (Barrier, 2006).

Mauss (1934) présente le geste comme une technique du corps. Il est culturellement imprégné car relevant d'un apprentissage. Simonet (2016) ajoute que le geste a une signification historique et culturelle et doit être pensé dans son environnement situationnel.

Citton énonce que le geste est un médiateur social dont les manifestations sont incontrôlées, souvent pré-paramétrées créant des schémas gestuels et dont l'expression est subie (2012, p. 31). Pour Citton, il existe plusieurs types de gestes :

- la gestualité affective : elle influence les comportements ;
- la gestualité immersive : les gestes se communiquent ;
- la gestualité critique : travail d'analyse et d'appropriation identitaire ayant un rôle central dans le processus d'humanisation.

Gendrier, quant à lui, définit le geste comme :

> « Moyen d'expression et de mise en œuvre de la pensée d'un moment social donné, l'acte moteur évolue ainsi en fonction des rythmes du milieu dans lequel il s'insère... C'est ce mouvement même, en tant que porteur de pensées, de culture, d'affectivité et d'espérance qui caractérise et définit le comportement physique de l'homme au travail. » [2004, p. 29.]

Pour cette recherche, nous nous référons au terme de « geste » au sens de Jorro.

Le geste professionnel est un concept issu de l'ergonomie et repris par Jorro en 1998. Elle propose une double dimension interprétative « entre faire et signifier » (1998, p. 165), c'est-à-dire de lier les aspects opératoires aux aspects symboliques. Bucheton le définit comme « une action pour faire agir ou réagir l'autre » selon certaines préoccupations (2012, p. 1). Bucheton et Jorro précisent que « la notion de geste est ancienne, elle puise ses significations dans notre histoire culturelle et porte une dimension éthique : faire un geste ce serait porter attention à l'autre tout en interagissant avec lui avec l'intention de transmettre des valeurs » (*ibid.*, p. 23). De plus, l'approche de Bucheton et Jorro, a l'avantage d'inclure le geste langagier, or dans cette recherche axée sur le *care*, le geste langagier a une place importante. Collière dit que :

> « 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. » [2001, p. 2.]

Jorro distingue les gestes de métier (savoir-faire génériques, partagés et reconnus par la profession, invariants d'une activité faisant référence au genre (Clot, 2010) qui permettent de saisir les dimensions structurantes et symboliques d'un métier et les gestes professionnels caractérisés par la disponibilité et la réactivité de l'individu au travail où on ne regarde plus l'agir du point de vue de l'activité mais du point de vue de la professionnalité (Aballéa, 1992).

> « 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.]

Pour Jorro (2006), le geste se fait aussi à travers le corps qui devient un médiateur entre le sujet agissant et le monde. Le geste est un mouvement du corps adressé, porteur de valeurs, inscrit dans une situation. Il s'appuie sur la biographie, les représentations et l'expérience du sujet et possède un effet performatif. Jorro (*ibid.*) précise que le geste a quatre caractéristiques :

- le geste s'adresse en fonction d'un contexte ;
- le geste est fait au moment opportun (*kaïros*) et relève d'une expertise ;
- le geste a une amplitude c'est-à-dire qu'il révèle le degré d'engagement dans la situation ;
- le geste est éthique et tient compte de l'autre.

Ce sont sur ces gestes construits au fil de la pratique dans le domaine des soins et plus particulièrement sur les gestes professionnels liés au *care* que porte cet article.

2 Méthodologie de la recherche

Compte tenu du contexte de la recherche : se rendre au domicile des patients avec les infirmiers, la vidéo n'était pas envisageable, ni techniquement, ni éthiquement. Le choix d'effectuer des enregistrements audio des situations réelles de soins s'est donc imposé. Ces enregistrements étaient suivis d'entretiens d'autoconfrontation simple (Mollo et Falzon, 2004) avec le professionnel de soins. La technique de ce type d'entretien consiste à présenter au sujet son propre comportement en même temps qu'il verbalise son activité correspondante. Le principe de l'autoconfrontation simple est ainsi de recueillir auprès du sujet ce qui dans l'activité peut être « raconté » en y intégrant les ressentis, les émotions et les interprétations du professionnel concernant la situation. Outre cette méthode d'investigation, des observations avec prises de notes lors des interactions entre patients et professionnels infirmiers, ont été réalisées, afin de rendre compte des manifestations non verbales liées au *care*.

La population soignante choisie se compose de trois infirmiers libéraux dans un secteur rural, en région centre de la France et plus de 40 patients ont été vus au total lors des tournées de soins réalisées. Il s'agit d'un infirmier libéral et de ses deux remplaçantes qui travaillent donc avec les mêmes patients, ce qui permet d'obtenir des données à analyser qui peuvent éventuellement être comparées puisque portant sur le même « sujet » de soin. Les trois infirmiers ont une trentaine d'années et ont entre dix et quinze ans d'ancienneté dans la profession. Les remplaçantes effectuent régulièrement la tournée et connaissent donc bien les patients. Quant à l'infirmier 1, il s'occupe de certains patients depuis de nombreuses années et les voit, pour certains, plusieurs fois par jour.

Toutes les interactions entre professionnels et patients ont été enregistrées, de l'arrivée au départ du domicile de la personne soignée. Simultanément, des prises de notes étaient

réalisées sur ce qui était observable en termes de mimiques, touchers, tout ce qui relève du non verbal entrant dans la dimension soignante.

Par la suite, des entretiens d'autoconfrontation ont été réalisés pendant le trajet vers le patient suivant, dans l'immédiateté du soin réalisé. Cette alternance d'enregistrements et d'entretiens a permis une grande proximité entre les situations de travail et les verbalisations de l'activité, car ancrées dans une réalité contextuelle. Ces traces de l'activité du professionnel étaient issues soit des enregistrements écoutés pendant les trajets (sans danger car pas de circulation, milieu rural), soit des prises de notes ethnographiques, soit enfin des traces mémorielles suite aux situations observées.

Pour traiter les données, les entretiens ont été retranscrits intégralement puis analysés individuellement pour chaque infirmier, avant d'effectuer une analyse croisée de contenu par inventaire, regroupement par catégories de sens de blocs signifiants (Eymard *et al.*, 2004) des trois infirmiers, afin de lui attribuer du sens.

Pour effectuer cette analyse, l'analyse inductive générale de Blais et Martineau (2006) a été convoquée pour un premier traitement du verbatim. Les quatre étapes identifiées par Blais et Martineau (*ibid.*) conduisant à la réduction des données sont :

- 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) ;
- 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.

Une fois cette première analyse réalisée avec l'émergence des premières catégories et le repérage des occurrences par infirmier, deux outils théoriques de l'analyse du discours ont été ensuite utilisés sur le verbatim des interactions entre infirmiers et patients :

- 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 ;
- les mondes discursifs de Bronckart (1996) pour analyser les segments du texte. En ce qui concerne l'activité particulière présente lors des interactions entre infirmier et patient, les mondes discursifs constituent un cadre particulièrement adapté puisque cet auteur énonce que la production d'un texte est le reflet des représentations des mondes de l'individu, ce qui permet d'identifier ce qui relève du *care* dans le discours des acteurs.

Cette seconde phase d'analyse a permis d'affiner les catégories en s'appuyant sur le contenu linguistique du discours des professionnels.

3 Résultats

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 s'appuyant sur les

intentions formulées des infirmiers et sur le cadre théorique énoncé, quatre catégories de gestes professionnels liés au *care* ont émergé, relevant de deux dimensions : langagière et corporelle.

3.1 Des gestes de sollicitude

Il s'agit des manifestations d'inquiétude, de réassurance et une prise en compte des demandes des patients. Ces gestes s'expriment à travers la dimension langagière ou/et 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.

Exemples de gestes de sollicitude extraits des recueils de données :

> « Il faut pas vous inquiéter comme ça M^{me} P, hein, je vois que vous vous en rendez malade, là, c'est pas grave. » (Le ton de l'infirmier 1 est plus doux et il regarde souvent le visage de M^{me} P.)
>
> L'infirmière 2 avance le verre de médicament de M^{me} V en lui caressant les cheveux.
>
> Elle caresse les cheveux et la joue de M^{me} 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. »
>
> 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 ».

Les infirmiers associent dimension langagière et dimension corporelle dans les soins notamment à travers 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.

3.2 Des gestes d'évaluation

Il s'agit d'un geste d'évaluation technique ou psychique qui permet d'évaluer le déroulement du soin. Ces gestes s'expriment à travers la dimension langagière ou/et 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.

Exemples de gestes d'évaluation :

> « Bon ! Est-ce que vous avez bien dormi c'te nuit ? » (Infirmier 1.)
>
> « Ça va ? » ; « Ça tourne pas ? » (Infirmière 2.)
>
> « On est confortable quand même ? » (Infirmière 2.)
>
> « Ça va ? Vous tenez bien ? Pas de petite faiblesse dans les jambes ? » (Infirmière 2.)
>
> « 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 M^{me} 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).

Les trois infirmiers font de l'évaluation quasi permanente 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 ». Des schèmes opératoires semblent s'être construits dans une même classe de situation.

3.3 Des gestes d'ambiance

Il s'agit de mots d'humour, des propos personnels créant une ambiance propice à une relation de confiance. Ces gestes s'expriment à travers la dimension langagière ou/et 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 quatre-vingts chez l'infirmière 3.

Exemples de gestes d'ambiance :

> « Allez, la culotte en dentelles ! » (Infirmier 1.)
>
> « Oh ! Vous m'avez eu c'te fois, vous avez tiré la langue avant moi. » (Infirmier 1.)
>
> « Allez ! Faut aller garder les moutons ! » (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.)
>
> « J'ai une bonne nouvelle, on va pas vous couper le bras, tout va bien. » (Infirmière 3.)
>
> « Vous prenez l'apéro après le repas, vous [en donnant ses médicaments à une patiente]. » (Infirmière 3.)

L'infirmier 1 souligne l'importance de l'humour pour dédramatiser :

> « 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.

Les gestes d'ambiance tiennent une place centrale dans les soins à domicile. Ils permettent de créer une relation de confiance selon les infirmiers et de dédramatiser les soins.

3.4 Des gestes de régulation

Il s'agit d'anticipation dans le soin ou d'ajustement du soin. Ces gestes s'expriment à travers la dimension langagière ou/et 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 25 chez l'infirmière 3.

Exemples de gestes de régulation :

> « On va tout de suite faire couler l'eau chaude... » (Infirmier 1.)
>
> 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.

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 permet de dire qu'il s'agit 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. »

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.

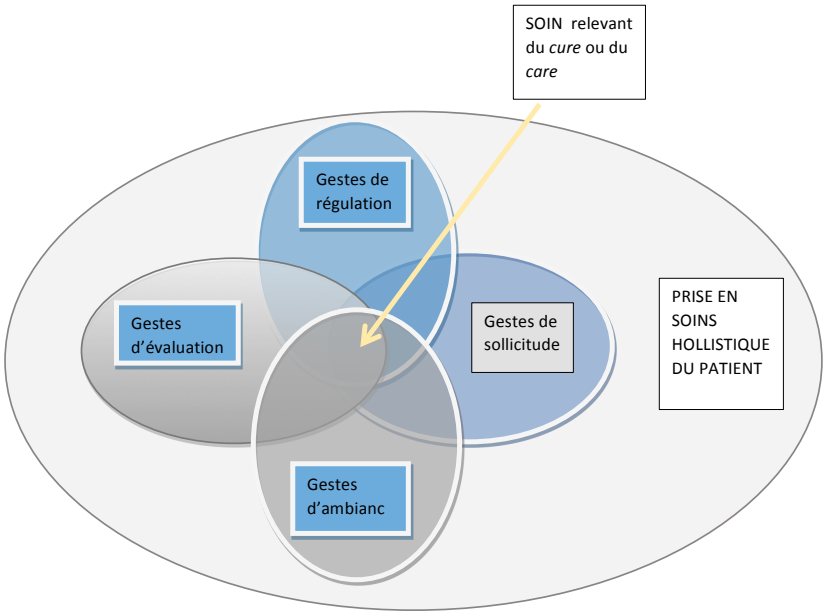


FIGURE 1 – Outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care*

4 Discussion

Cette recherche a mis en évidence que les gestes professionnels liés au *care* existent d'une part mais aussi qu'ils sont identifiables. Ceci permet, à travers les savoirs dégagés de cette analyse, d'envisager les intérêts potentiels pour la formation des étudiants infirmiers. En effet, un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* dans les situations de soins des infirmiers libéraux en milieu rural a été construit suite à ces résultats. À travers l'étude et l'analyse de situations de soins, cet outil pourrait permettre de faire comprendre les dimensions du soin relevant du *care*, ce qui semblait jusqu'à présent ne relever que des sensibilités des formateurs et des tuteurs, avec une part importante de subjectivité. Si cet outil devait être utilisé plus largement dans la formation, il serait nécessaire de tester ce modèle d'analyse des gestes professionnels infirmiers liés au *care* auprès d'infirmiers du secteur hospitalier, pour vérifier sa pertinence en regard du secteur libéral et peut-être le transformer pour l'adapter à ce type de structure. En effet, outre ces gestes repérés chez les infirmiers libéraux ici étudiés, il est possible que d'autres gestes apparaissent qui n'auraient pas été identifiés à travers cette recherche. Par ailleurs, la prédominance de certains gestes repérés dans cette recherche pourrait être minimisée dans des situations de soins différentes tandis que d'autres pourraient être plus marquants.

Les situations de soins en simulation pourraient être ainsi analysées par les étudiants, décortiquées selon des aspects peu explorés jusqu'à présent, permettant enfin de mettre des noms sur des compétences attendues des soignants mais non encore valorisées.

Un schéma descriptif de cet outil de lecture des gestes professionnels liés au *care* a été construit [fig. 1]. Il permet de représenter les 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.

À travers l'analyse effectuée, suite aux recueils de données auprès de ces infirmiers, des similitudes de comportement face à un même type de situation ont été identifiées, ce qui donnerait à penser que ces combinaisons de gestes professionnels relèvent de savoirs construits selon un genre commun mais avec des nuances, un style professionnel singulier. La personnalisation du soin a donc un impact sur la manière de gérer le *care* en situations de soins. Par exemple, il est à noter que l'infirmier 1 et l'infirmière 3 utilisent tous deux beaucoup l'humour dans les gestes d'ambiance, hors ils ont en commun de venir de secteurs de soins très techniques où la charge émotionnelle par la gravité des situations est importante : la réanimation, les urgences et la salle de réveil. Une hypothèse peut être 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*. Les combinaisons de gestes donnent ainsi le style de l'infirmier nourrissant ainsi le genre commun aux professionnels (Clot, 2010).

Conclusion

Au terme de cette recherche et suite à l'analyse des résultats, il peut être posé que les soignants, ou tout au moins les infirmiers libéraux en milieu rural, mettent en place des stratégies d'adaptation pour « prendre soin [1] » (gestes professionnels, Jorro, 1998) plutôt que de « faire des soins [2] » (gestes de métier – Jorro, 1998). Ce « prendre soin » relève bien de la pratique du *care* et a une place centrale dans les soins. Les professionnels parlent tous d'un rôle qui va au-delà de la prescription et de la fiche de poste, ce qui relève le postulat que le travail réel ne correspond jamais exactement à ce que dit la prescription, que la tâche est toujours repensée, réorganisée et transformée par l'auteur (Leplat, 2000).

Avec la construction d'un outil d'analyse des gestes professionnels liés au *care* dans les situations de soins des infirmiers libéraux en milieu rural proposé ici, il a pu être mis en évidence que ceux-ci existent d'une part mais aussi qu'ils sont identifiables. Se manifestant à travers la dimension langagière et la dimension corporelle, ont été identifiés quatre types de gestes :

- des gestes de sollicitude ;
- des gestes d'évaluation ;
- des gestes d'ambiance ;
- des gestes de régulation.

Cet outil peut tout aussi bien servir dans des soins relevant du *care* que du *cure*, ce qui montre que les gestes professionnels des infirmiers liés au *care* sont des constitutifs de tous les soins. Ils sont une valeur ajoutée à ceux-ci, tant pour les personnes soignées que pour les soignants puisque la combinaison de gestes aide à l'évaluation de la situation et optimise la prise en charge, les professionnels ajustant donc leurs gestes selon les situations. De

1. Selon Jorro (1998), les gestes professionnels sont caractérisés par la disponibilité et la réactivité de l'individu au travail, sa professionnalité.

2. Pour Jorro (1998), les gestes de métier sont les savoir-faire génériques partagés et reconnus par une profession, les invariants d'une activité.

plus, à travers les retours des soignants interviewés, le retour gratifiant, ou *care receiving*, de ces gestes professionnels liés au *care*, a été identifié.

Mais cet outil reste-t-il pertinent pour toutes les pratiques professionnelles ?

Pour réinvestir ce modèle dans la formation des étudiants infirmiers, il sera nécessaire de tester cet outil d'analyse des gestes professionnels infirmiers liés au *care* auprès d'infirmiers du secteur hospitalier pour vérifier sa pertinence et peut-être le transformer pour l'adapter à ce type de structure.

Dans un contexte de formation, l'analyse de situations de soins avec la mobilisation des gestes professionnels liés au *care* permettrait de faciliter la conceptualisation de la situation et d'y repérer des indicateurs. Aider à l'identification d'indicateurs (Pastré, 2014) pertinents permettrait à l'étudiant de construire un diagnostic de situation. L'étudiant serait ainsi placé au cœur du développement de ses compétences.

Références bibliographiques

Aballéa, F. (1992). Sur la notion de professionnalité. *Recherche sociale*, 124, 7-9.

Barrier, G. (2006). *La communication non verbale : comprendre les gestes, perception et signification.* Issy-les-Moulineaux : ESF.

Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.

Bronckart, J.-P. (1996). *Activité langagière, textes et discours*. Lausanne : Delachaux et Niestlé.

Bucheton, D. et Jorro, A. (2012). Une posture de « chercheur en lien avec la formation ». La quête d'un éthos scientifique. In D. Bucheton, *L'agir enseignant : des gestes professionnels ajustés* (p. 7-24). Toulouse : Octarès.

Bucheton, D. (2012). *Gestes professionnels des enseignants*. Lyon : Centre de documentation CEPEC de Lyon.

Cepecdoc.superdoc.com/modules/edito/content.php ?id=144 (26/02/2016).

Citton, Y. (2012). *Gestes d'humanités. Anthropologie sauvage de nos expériences esthétiques*. Paris : Armand Colin.

Clot, Y. (2010). *Travail et pouvoir d'agir.* Paris : PUF.

Collière, M.-F. (2001). *Soigner... Le premier art de la vie.* Paris : Masson.

Dictionnaire Littré : https ://www.littre.org/definition/geste (23/07/2017).

Eymard, C., Thuilier, O., Vial, M. (2004). *Le travail de fin d'études : s'initier à la recherche en soins et santé.* Rueil-Malmaison : Lamarre.

Gendrier, M. (2004). *Gestes et mouvements justes. Guide de l'ergomotricité pour tous*. Les Ulis : EDP Sciences.

Henderson, V. (1966). *The Nature of Nursing*. Macmillan.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.* Paris : Masson / Interéditions.

Jorro, A. (1998). L'inscription des gestes professionnels dans l'action. *En question*, 19, 1-20.

Jorro, A. (2006). *L'agir professionnel de l'enseignant*. Séminaire de recherche du Centre de recherche sur la formation – CNAM <halshs-00195900> (26/02/2016).

Leplat, J. (2000). *L'analyse psychologique de l'activité en ergonomie. Aperçu sur son évolution, ses modèles et ses méthodes*. Toulouse : Octarès.

Mauss, M. (1934). Les techniques du corps. *Journal de psychologie*, 32, 3-4.

Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York : Harper Perennial.

Molinier, P., Laugier, S. et Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le care ? Soucis des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot & Rivages.

Mollo, V. et Falzon, P. (2004). Auto- and allo-confrontation as tools for reflective activities. *Laboratoire d'ergonomie*. Paris : Conservatoire national des arts et métiers.

Oxford English Dictionary : www.oxforddictionaries.com (13/05/2014).

Pastré, P. (2014). *La didactique professionnelle. Approche anthropologique du développement chez les adultes* (3e éd). Paris : PUF.

Petrus-Krupsky, M. (2015). L'enseignement du *care* en IFSI. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 90-96.

Rabatel, A. (2004). L'effacement énonciatif dans les discours rapportés et ses effets pragmatiques. *Langages*, 156, 3-17.

Rothier Bautzer, E. (2012). *Entre cure et* care *– Les enjeux de la professionnalisation infirmière*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

Simonet, P. (2016). Regard sur des extraits vidéo d'enseignants en activité avec leurs élèves : qu'en dire et qu'en faire dans une perspective de développement des gestes de métier ? In *Gestes professionnels, gestes de métier : de l'analyse à la formation* : https ://eduveille.hypotheses.org/7771 (23/07/2017).

Svandra, P. (2009a). *Le soignant et la démarche éthique*. Paris : ESTEM / De Boeck.

Svandra, P. (2009b). *Le* care*, entre disposition morale et pratique sociale* : svandra.over-blog.com/article-33681864.html (09/09/2015).

Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une politique du care*. Paris : La Découverte.

Watson, J. (1998). *Le* caring. *Philosophie et science des soins infirmiers.* Paris : Seli Arslan.