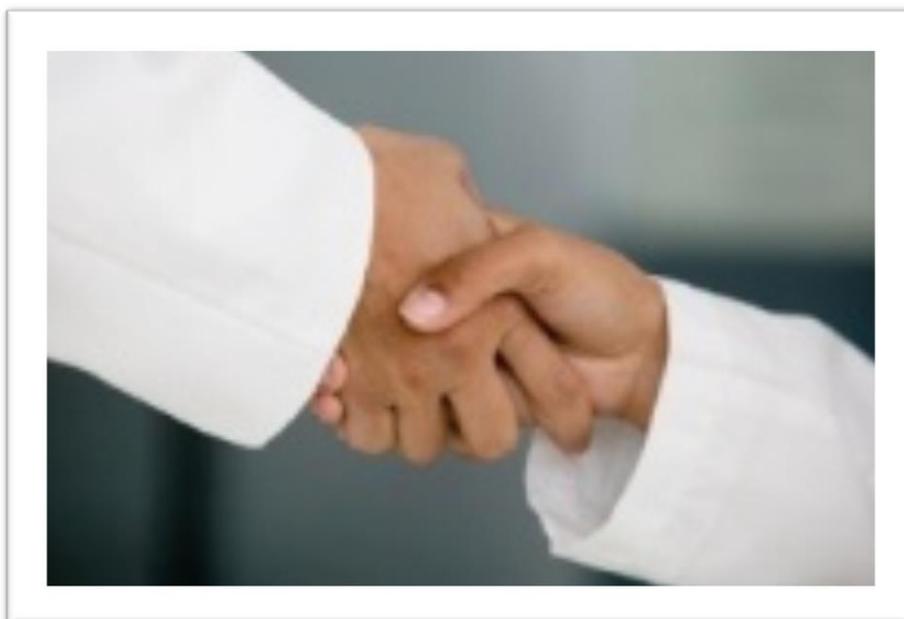


TRAVAIL DE FIN D'ETUDES



*« Quand binôme aide-soignant/infirmier rime avec
soins de qualité. »*

Soutenance : 12 Juin 2015

Sous la guidance de M. Pascal JOCTEUR-MONROZIER

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaiterais remercier mon guidant de Travail de Fin d'Etude, M. Pascal Jocteur-Monrozier, pour sa grande disponibilité, tant par mail qu'à l'IFSI ; pour sa bonne humeur qui le caractérise et qui m'a accompagné durant ces huit mois dans la production de ce TFE.

Je souhaite aussi adresser ma gratitude à l'ensemble des cadres formateurs de l'IFSI de Saint-Lô, à ma référente de suivi pédagogique Mme Nathalie Yon, à l'ensemble des soignants et des patients que j'ai pu rencontrer durant ces trois années de formations, qui font de moi la personne et le soignant que je suis aujourd'hui.

J'adresse aussi mes remerciements aux huit soignants qui ont répondu à mes entretiens et, à leurs cadres de santé, m'ayant permis l'accès à leurs services dans des moments où la charge de travail était particulièrement intense.

Je tiens particulièrement à remercier ma famille : Ma maman pour le « virus du soin » qu'elle a transmis à deux de ses enfants et qui ont pris la relève pour elle. Mon papa, mes frères et sœurs, qui m'ont supporté moi et mon caractère durant ces trois ans, non sans mal. Et Maël, qui me donne le sourire.

Enfin, je souhaite remercier plus que tout au monde Guillaume, Audrey, Marine et Laura, pour ces trois années, pleines de bons moments, de fous rires, de bonne humeur et de partage. Mes amis, croyez-moi, si je suis ici aujourd'hui c'est aussi grâce à vous !

Pour tout, MERCI !

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION	8
I) CONSTAT DE DEPART	10
II) PHASE EXPLORATOIRE	12
A) ANALYSE DES LECTURES	12
B) ANALYSE DES ENTRETIENS	14
1) Objectifs des entretiens	14
2) Analyse du contenu des entretiens	15
C) ANALYSE CROISEE DES LECTURES ET DES ENTRETIENS	17
III) QUESTION DE DEPART DEFINITIVE.....	19
IV) CADRE CONCEPTUEL	20
A) CONCEPT DE COLLABORATION	20
1) La collaboration d'un point de vue sociologique	21
2) La collaboration dans la profession infirmière.....	22
3) Collaborer n'est pas déléguer.....	23
RESUME DU CONCEPT « COLLABORATION ».....	24
B) CONCEPT DE BINOME AIDE-SOIGNANT/INFIRMIER.....	25
1) Le cadre législatif.....	25
2) Le projet de soin, l'outil indispensable du binôme	27
3) Des valeurs partagées pour une prise en soin adaptée.....	28
RESUME DU CONCEPT DE « BINOME AIDE-SOIGNANT/INFIRMIER »	29
C) CONCEPT DE PRISE EN SOINS	30
1) Approche globale du prendre soin	30
2) L'approche du soin par le « Caring » selon Jean Watson	31
3) « Prendre soin », un concept définit par Walter Hesbeen	32
RESUME DU CONCEPT « PRISE EN SOINS »	34
V) HYPOTHESE DE RECHERCHE	34
VI) ENQUETE PRINCIPALE	35
A) CONCEPTION DE L'ENQUETE.....	35
1) Choix de l'outil d'enquête.....	35
2) Choix des services pour l'enquête.....	35
3) Objectifs de l'enquête	36

4) Difficultés rencontrées	36
B) DESCRIPTION ET ANALYSE CATEGORIELLE DES RESULTATS DE L'ENQUETE....	37
1) Le binôme et son intérêt.....	37
2) Binôme et complémentarité des soignants	38
3) Binôme et qualité des soins.....	40
C) ANALYSE CROISEE DES CONCEPTS ET DES ENTRETIENS	42
VII) RETOUR SUR L'HYPOTHESE	44
VIII) CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	52
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE	53
ANNEXE 2 : PRISE DE NOTES LORS DE L'ECOUTE DES ENTRETIENS.	54
ANNEXE 3 : LES 14 BESOINS FONDAMENTAUX DE VIRGINIA HENDERSON	57
ANNEXE 4: LES 10 FACTEURS « CARATIFS » DU « CARING » SELON JEAN WATSON.....	59
ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE PRINCIPALE.	60
ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS REALISES EN SERVICE DE SOINS.....	61
Entretien 1 : Hospitalisation à domicile	61
Entretien 2 : Réanimation.....	62
Entretien 3 : Chirurgie Vasculaire.....	63
Entretien 4 : Neurologie	64
Entretien 5 : Hospitalisation à domicile	65

NB : Pour l'ensemble de mon Travail de Fin d'Etude, le mot « infirmier(-ère) » sera remplacé par « infirmier » et le mot « aide-soignant(e) » par le mot « aide-soignant » bien que les deux sexes soient pris en considération .

INTRODUCTION

Depuis le début de ma formation en soins infirmiers, les valeurs soignantes que j'ai pu développer et que j'ai pu confronter au terrain mettaient en avant la volonté de travailler en équipe, dans la confiance et le respect de chacun. En institut, on m'a largement appris, au travers d'exercices ou de discussions, que le travail en équipe et en particulier celui entre l'infirmier et l'aide-soignant est prépondérant dans notre vie professionnelle quotidienne pour l'accompagnement du patient dans des conditions optimales.

Mes valeurs soignantes sont telles que la qualité de la prise en soins du patient est pour moi la chose primordiale lors de l'exercice de mon métier. En effet, quel que soit le service, quels que soient les patients, je recherche toujours, à travers ma disponibilité, mon écoute, mon empathie mais aussi mes compétences, à mettre en place des soins de qualité permettant la prise en soins de chaque patient de manière identique et optimale.

Jamais auparavant je n'avais constaté un travail entre infirmier et aide-soignant aussi présent dans un service avant mon stage en réanimation. Bien que j'aie pu constater la collaboration entre soignants dans de nombreux services ; lors de ce stage de troisième année, l'osmose entre soignants permettait d'effectuer les soins, auprès du patient, en binôme. Par ailleurs, mes stages en hospitalisation à domicile et en hémodialyse m'ont permis de confirmer cette volonté de comprendre l'intérêt de ce travail en binôme.

Ainsi, il m'est aussi paru très intéressant de comprendre les avantages et les inconvénients de ce travail en binôme dans ces différents services de soins. Effectivement, je trouve enrichissant de comprendre quelle relation particulière il est nécessaire d'instaurer entre deux soignants pour permettre cette relation ; de comprendre quels sont les impacts qu'ont ces professionnels travaillant en binôme lors de la prise en soins de leurs patients. Enfin, cela me permettra d'enrichir mes connaissances personnelles sur l'efficacité de ces prises en soins et d'aborder ces méthodes dans mon futur exercice professionnel d'infirmier diplômé d'Etat.

Je détaillerai, ci-après, mon constat de départ puis le questionnement relatif à celui-ci me permettant de définir ma question de départ provisoire. Ensuite, je procéderai à l'enquête exploratoire (analyse des lectures, analyse des entretiens puis analyse croisée de ces deux

parties) qui me permettra de rédiger ma question de départ définitive de mon travail de fin d'étude.

La seconde partie de mon travail consistera en l'étude du cadre conceptuel, puis je formulerai mon hypothèse de recherche, qui me permettra d'effectuer mon enquête principale auprès de professionnels de santé que j'analyserai. Je terminerai mon travail de fin d'étude par valider ou infirmer mon hypothèse de recherche. La conclusion de ce travail me permettra d'effectuer une ouverture propice à la poursuite de la réflexion sur le thème de ce travail de fin d'études.

I) CONSTAT DE DEPART

Depuis le début de mon cursus de formation en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), j'ai été amené à effectuer plusieurs stages dans des services très diversifiés. Lors d'un de mes stages, certaines situations de soins m'ont interpellé.

Durant mon stage en réanimation polyvalente, j'ai en charge, avec les différents collègues aides-soignants et infirmiers, la prise en soins de différents patients. Tous les jours, je réalise, sous couvert de l'infirmier et avec son aide ou celle de l'aide-soignant, divers actes et surveillances auprès du patient. Les patients dont je m'occupe sont pour la plupart du temps sédatisés, intubés et ventilés.

Lors de la prise en charge de M. L 68 ans entré dans le service pour détresse respiratoire aiguë sans étiologie déterminée, je suis toujours en binôme avec un infirmier ou un aide-soignant. La journée débute auprès du patient par l'ensemble de ses injections du matin, pendant lesquelles ma collègue aide-soignante réalise l'ensemble des surveillances de base auprès de Mr L. comme la température ou la diurèse.

Nous réalisons ensuite conjointement la toilette de M. L, nous permettant de constater d'éventuelles altérations cutanées lors des changements de positions ou de tourner le patient en tenant son système de ventilation alors que l'autre soignant effectue la toilette du dos et du siège. Nous terminons ensuite la toilette par le changement de fixation de la sonde d'intubation qui se fait nécessairement à deux soignants : l'un tenant le tube en vérifiant le repère, le second changeant la fixation.

Puis, tout au long de la journée, des soins de bouches, des surveillances, des aspirations sont réalisés par mes soins ou ceux de l'aide-soignant, nos deux actions étant complémentaires. Ces actes ayant pour objectif le bien-être du patient et la limitation de toutes les infections pouvant être associées aux soins.

Quel que soit le patient, quel que soit le soignant, quels que soit les actes à réaliser auprès du patient, le binôme aide-soignant/infirmier en réanimation m'est apparu comme omniprésent tout au long de mon stage pour toutes les prises en charges. De l'annonce de l'entrée d'un patient en réanimation - où l'aide-soignant vérifie les fonctionnalités du respirateur, pendant que l'infirmier prépare le matériel - à la prise en charge du patient dans sa globalité, le duo infirmier/aide-soignant travaille nécessairement ensemble.

Ce stage était le premier lieu où l'interprofessionnalité aide-soignant/infirmier fût, pour moi, la plus évidente et observée.

L'ensemble de ces situations m'a amené à me poser les questions suivantes :

Concernant le patient :

- Quel est l'impact du travail interprofessionnel dans la prise en soins du patient ?
- Quelle place occupe le patient au sein du binôme aide-soignant/infirmier en réanimation ?

Concernant le binôme des soignants :

- Pourquoi les soignants de réanimation réalisent-ils l'ensemble de leurs soins en binôme ? Quels sont les avantages et les inconvénients de ce travail ?
- Quels actes, régis par protocole, l'aide-soignant peut-il réaliser en complémentarité de l'infirmier ?
- En quoi les actes réalisés par les aides-soignants sont-ils complémentaires de ceux réalisés par les infirmiers ?
- Quelle confiance est-il nécessaire d'avoir entre deux soignants pour la bonne entente au sein du binôme ?
- Quels sont les moyens de communication utilisés entre les soignants au sein de ce binôme ?

Concernant l'organisation de ce binôme :

- Comment le travail interdisciplinaire en réanimation est-il programmé ?
- Quelles sont les limites de cette interprofessionnalité ?
- Pourquoi ce binôme a-t-il été mis en place ?

Toutes ces questions relatives à l'analyse de ma situation m'ont conduit à la question provisoire suivante :

QUESTION DE DEPART PROVISOIRE

Dans quelle mesure le binôme aide-soignant/ infirmier a-t-il une influence dans la prise en soins du patient hospitalisé en service de réanimation ?

II) PHASE EXPLORATOIRE

Dans le cadre de cette phase exploratoire du thème de mon travail de fin d'étude, j'ai effectué différentes lectures d'articles et mené différents entretiens auprès de professionnels du soin, à savoir des infirmiers.

Je vous propose, ci-après, l'analyse de mes lectures puis l'analyse de mes entretiens. Je terminerai ensuite par une analyse croisée de mes lectures et mes entretiens afin d'y confronter les différentes idées. Cette dernière analyse me conduira à la question de départ définitive de mon travail de fin d'étude.

A) ANALYSE DES LECTURES

L'ensemble des lectures effectuées lors de cette phase exploratoire m'a permis de me renseigner sur le binôme aide-soignant / infirmier et son utilisation en service ainsi que son encadrement législatif. Je vous propose ci-après l'analyse de ces lectures.

La profession infirmière est une profession où le soignant côtoie en permanence des humains, qu'ils soient eux-mêmes soignants ou malades. Le travail de l'infirmier consiste en l'apport de soins relationnels ou techniques au patient mais, fait appel, dans de nombreux cas, à une collaboration avec les collègues aides-soignants.

Tout d'abord, la profession infirmière est régit par le Code de la Santé Publique dans lequel est défini le décret de compétence de l'infirmier. Effectivement, ce dernier exprime le fait que l'infirmier effectue de nombreux actes auprès du patient et qu'il « *peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, [...] qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation* »¹.

L'infirmier, de par sa fonction, est donc en mesure de collaborer, c'est-à-dire effectuer des actes conjointement avec l'aide-soignant. D'ailleurs, pour Isabelle Genot-Pok (juriste et

¹ Code de la Santé Publique, Décret de compétence de l'infirmier, 29 juillet 2004, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006913888&idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20141104>, [consulté le 04/11/2014]

formatrice en droit de la santé), l'infirmier est le garant de la sécurité des soins auprès du patient lorsqu'il délègue des actes issus de son rôle propre et donc que « *la collaboration ne porte que sur le rôle propre de l'infirmier et n'a lieu que dans les domaines où les aides-soignants ont reçu un enseignement au cours de leur formation.* »² Il est donc obligatoire, pour ce dernier, de s'assurer de la compétence de son binôme aide-soignant ; c'est-à-dire qu'il est nécessaire de s'être assuré que la personne connaît l'objectif des soins et sait effectuer les actes pour lesquels elle collabore. Il est effectivement nécessaire d'être formé dans la mesure où toute violation des lois est « *pénalement sanctionnée* »³. Effectivement, nul ne peut penser effectuer un acte dont il n'a pas la responsabilité impunément. Cette sanction pouvant être mise en œuvre quand la délégation d'actes ne relevant pas du rôle propre de l'infirmier peut mettre en danger la sécurité du patient.

Selon Pascal Macrez (formateur auprès d'aides-soignants), la collaboration entre les infirmiers et les aides-soignants nécessite cependant un outil commun à tous, qui permet d'avoir le même objectif dans la prise en soins et l'accompagnement du patient : cet outil est le « *projet de soins* »⁴. En effet, cet outil, dont tous les soignants ont la connaissance et dont l'utilisation est faite de manière quotidienne, permet « *une meilleure connaissance du patient* »⁵(selon Sylvie Martin, cadre de santé), de l'évolution de son état de santé dans la mesure où les actes effectués par les soignants sont différents et pas effectués aux mêmes moments de la journée. Ainsi, un patient peut être amené à plus se confier lors de sa toilette qui est un moment intime.

Le projet de soins permet aussi une communication importante entre l'infirmier et l'aide-soignant et ainsi le réajustement de ce projet afin d'adapter la prise en charge du patient au mieux à ses besoins par le biais des différents soins que l'infirmier et l'aide-soignant peuvent effectuer.

² GENOT-POK Isabelle, « La relation infirmier/aide-soignant, collaboration oui, délégation non », *Soins*, n°689, Octobre 2004, p.37.

³ *Ibid.*, p.36.

⁴ MACREZ Pascal, « Les secrets d'une collaboration réussie infirmière/aide-soignante », *Revue de l'infirmière*, n°103, Septembre 2004, p.25.

⁵ MARTIN Sylvie, « Le binôme infirmière aide-soignante, une organisation bénéfique pour tous », *L'aide-soignante*, n°117, Mai 2010, p.20.

Chacun des infirmiers et des aides-soignants sont complémentaires les uns des autres et permettent, par le biais de cette complémentarité et par le biais de leurs compétences acquises en formation ainsi que durant leur exercice professionnel, une prise en charge personnalisée adaptée au patient. Cette prise en soins permet l'instauration de soins de qualité dans lesquels les droits du patient sont nécessairement pris en compte et respectés.

Il ressort de ces différents articles, qu'outre la nécessité de la détention de compétences par les différents soignants, ce travail en binôme est un réel soutien psychologique dans la prise en charge des patients dont les pathologies sont parfois lourdes et très difficiles à gérer émotionnellement pour les soignants. Effectivement, chaque soignant peut évoquer avec ses collègues des situations difficiles qui peuvent mettre en jeu les émotions. De plus, cette prise en charge pluridisciplinaire dont « *le malade est le principal bénéficiaire* »⁶ favorise « *la qualité des soins* »⁷ et la prise en charge optimale et personnalisée du patient.

B) ANALYSE DES ENTRETIENS

Afin d'approfondir l'enquête exploratoire de mon sujet de travail de fin d'étude, j'ai décidé d'élaborer une trame d'entretien⁸ composée de cinq questions afin d'aller interviewer trois infirmiers d'un service de réanimation polyvalente dont les soignants travaillent en binôme.

1) Objectifs des entretiens

Les objectifs de ces entretiens ont été définis de telle manière à ce que l'infirmier évoque de façon naturelle son expérience professionnelle sur le binôme aide-soignant/infirmier en service de réanimation.

⁶ MACREZ Pascal, op.cit. p.12., p.26.

⁷ *Ibid.*, p.26.

⁸ Trame des entretiens insérée dans les annexes : ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE, disponible p.52

Les différents objectifs sont :

- Comprendre la définition que se font les soignants du binôme aide-soignant/infirmier et la conception de celui-ci au sein d'un service de réanimation.
- Définir la mise en place et l'utilisation du binôme de façon quotidienne au sein du service de soins.
- Démontrer la complémentarité que possèdent les soignants travaillant en binôme.
- Comprendre quels peuvent être les avantages et les inconvénients de ce travail en binôme.
- Comprendre la répercussion que peut avoir le travail en binôme dans la prise en soins d'un patient en service de réanimation.

Afin de répondre à mes questions d'entretien, je me suis rendu dans un service de réanimation polyvalente où j'ai pu rencontrer trois infirmiers et donc effectuer trois entretiens exploratoires.

Les entretiens ne furent pas d'une très grande longueur mais les soignants répondirent de façon complète et de façon très intéressée aux questions que je leur ai posé⁹.

2) Analyse du contenu des entretiens

Tout d'abord, les trois soignants interrogés définissent le binôme comme deux personnes travaillant ensemble. Ils disent que c'est un « *travail intéressant* » et « *complémentaire* » mais qui s'inscrit dans un travail d'équipe. Effectivement, l'aide-soignant et l'infirmier font partie d'une équipe mais sont une entité à part qui prend en charge un nombre défini de patients en soins d'une manière complémentaire.

Selon les infirmiers, le travail en binôme en service de réanimation se décline sous divers actes. La toilette est évoquée par les trois soignants. En effet, elle permet un soin plus

⁹ Notes prises lorsque les entretiens furent réécoutés jointes en annexe : ANNEXE 2 : PRISE DE NOTES LORS DE L'ECOUTE DES ENTRETIENS.

rapide et dans de meilleures conditions pour le patient, dans la mesure où les mobilisations s'effectuent à deux, et que les patients sédatisés ont des soins particuliers qui demandent la présence de deux soignants. Ces actes évoqués s'effectuent dans le respect du champ de compétence de chacun.

Il est indéniable que le travail entre les aides-soignants et les infirmiers est « *complémentaire*¹⁰ » dans la mesure où l'aide-soignant effectue des actes sur rôle propre en complément (ou remplacement) de ceux de l'infirmier. D'ailleurs, la collaboration des soignants se voit à la fois dans la vie quotidienne du service mais aussi dans les situations d'urgence auprès du patient et permettent un bien-être, un confort et une qualité de prise en soins du patient. De plus, selon un infirmier, le travail en binôme permet un « *accompagnement psychique*¹¹ » pour les familles, le soignant mais aussi pour le collègue avec lequel nous pouvons travailler.

Deux soignants trouvent, après analyse de leur pratique professionnelle, qu'il n'y a que des avantages à travailler en binôme dans le service de réanimation dans la mesure où « *il y a deux paires d'yeux donc on voit plus de choses qu'à deux yeux* »¹². Ainsi, la complémentarité des deux soignants dans le binôme s'explique par une observation plus globale et de façon différente du patient. De plus, la complémentarité s'exprime aussi par une compréhension parfaite entre les deux soignants qui réalisent la plupart des actes quotidiens de façon naturelle en parfaite osmose.

Il est cependant exprimé par un soignant, qu'outre ces avantages, un inconvénient majeur peut survenir, notamment dans la prise en soins des patients sédatisés, cet inconvénient étant les discussions personnelles que les soignants peuvent avoir en effectuant des soins auprès du patient.

De plus, une soignante souligne aussi que tout soignant apporte quelque chose de singulier à la prise en soins dans la mesure où tout soignant a un caractère, une façon de s'exprimer (parole, toucher, regard...) différent et induit donc la construction de binôme aide-

¹⁰ Soignant 2, infirmier en soins généraux, service de Réanimation Polyvalente.

¹¹ Soignant 3, infirmier en soins généraux, service de Réanimation Polyvalente.

¹² Soignant 3, infirmier en soins généraux, service de Réanimation Polyvalente.

soignant/infirmier singulier permettant une adaptation permanente du projet de soin du patient aux besoins repérés par les soignants.

Enfin, il est exprimé par les trois soignants que la prise en soins du patient par le binôme aide-soignant/infirmier est bonne dans la mesure où le patient « *se sent plus rapidement pris en charge* ¹³ » du fait de la proximité que le soignant possède avec son patient.

Effectivement, comme le signale deux soignants, le nombre de patients par soignant est légiféré au sein d'un service de réanimation, donc les soignants ont une parfaite connaissance du patient qui permet une prise en soins très personnalisée de celui-ci. Ainsi, les deux soignants n'attribuent pas cette prise en soins rapide seulement à la présence du binôme au sein du service.

C) ANALYSE CROISEE DES LECTURES ET DES ENTRETIENS

Après avoir analysé de façon linéaire et séparée mes lectures d'articles ainsi que mes entretiens, je vais désormais, à travers cette partie, croiser les deux analyses. Effectivement je vais rapprocher mais aussi confronter les différentes idées qui ont pu être mise en évidence lors de mes lectures ou de mes entretiens auprès des soignants.

Tout d'abord, comme le définit le décret de compétence de l'infirmier, la profession infirmière nécessite un travail en collaboration entre les différents acteurs de soins. Dans la pratique quotidienne, les infirmiers collaborent avec tout type d'acteurs (manipulateurs en électroradiologie médicale, médecins, kinésithérapeutes) mais les aides-soignants sont les collaborateurs privilégiés du fait de leur proximité avec l'infirmier au sein des services de soins. Les infirmiers interrogés lors de mes entretiens utilisent d'ailleurs de manière quotidienne ce mode de collaboration par la mise en place du binôme aide-soignant/infirmier

¹³ Soignant 1, infirmier en soins généraux, service de Réanimation Polyvalente.

au sein du service. Ce binôme permettant, selon eux, une meilleure prise en charge de la personne avec une rapidité d'action et un confort de soins pour le patient.

Cette prise en soins en binôme relatée comme meilleure par les différents infirmiers est aussi évoquée dans mes lectures où les auteurs précisait que « *le malade est le principal bénéficiaire*¹⁴ » de ce mode de prise en soins.

Il est ainsi expliqué que le travail en binôme est un travail incessant de collaboration entre l'infirmier et l'aide-soignant dans le respect du champ de compétence et dans le respect des protocoles qui sont mis en place dans le service. La loi impose, effectivement, que chacun des acteurs de soins effectuent des actes auprès des patients pour lesquels ils ont été formés ; c'est-à-dire que les actes ne sont en aucun cas délégués à une personne qui n'aurait pas été formée et donc que l'aide-soignant effectue des actes relatifs au rôle propre de l'infirmier ou des actes régis par protocoles pour lesquels il aura reçu une formation¹⁵.

D'autre part, exprimée par l'instauration d'un projet de soins personnalisé¹⁶ à chaque patient, la collaboration entre les aides-soignants et les infirmiers permet une meilleure connaissance du patient entraînant une adaptation constante de la prise en soins aux besoins du patient. Effectivement, comme le dit un soignant interrogé lors de mes entretiens, le fait d'être deux soignants permet d'observer le patient différemment et donc de ne pas toujours observer les mêmes choses. Ainsi chacun des soignants, somme toute différent des autres, expose ses observations et ses propositions de réajustement afin de décider en binôme de la conduite à adopter pour la prise en soins du malade. Ces réajustements sont initiés par une communication incessante entre les soignants.

En addition à cette collaboration, les infirmiers interrogés lors de mes entretiens sont unanimes et expriment le fait que le travail en binôme ne fait pas seulement preuve de collaboration mais aussi et surtout de complémentarité. Effectivement, le binôme est amené à travailler ensemble dans de nombreux soins quotidiens comme la toilette ou les mobilisations,

¹⁴ MACREZ Pascal, *op.cit.* p.12. , p.26.

¹⁵ GENOT-POK Isabelle, *op.cit.* p.12. , p.37.

¹⁶ MACREZ Pascal, *op.cit.* p.12, p.26.

mais, à d'autres moments l'aide-soignant devient complémentaire de l'infirmier, et, effectue en même temps que l'infirmier un acte auprès du patient. Par exemple lors d'une réanimation cardio-respiratoire, l'infirmier peut effectuer le massage cardiaque pendant que l'aide-soignant ventile le patient à l'aide d'un BAVU, et inversement.

Enfin, je n'en avais pas pris connaissance par mes lectures, mais plutôt par mon vécu en stage et par le biais de mes entretiens : les infirmiers expriment le fait que la prise en soins des patients en réanimation est légiférée et impose un nombre de soignants défini par patient. Pour eux, cela permet une prise en charge optimale mais surtout sécuritaire du patient.

Ainsi, le binôme aide-soignant/infirmier en service de réanimation agit de façon complémentaire pour une prise en soins personnalisée du patient.

Toutes ces lectures, entretiens, analyses linéaires et croisées m'ont permis d'affiner ma réflexion et de prendre en compte des dimensions du soin en binôme dont je n'avais pas conscience. Ces réflexions m'ont donc fait élaborer la question de départ définitive de mon travail de fin d'études ci- après

III) QUESTION DE DEPART DEFINITIVE

Dans quelle mesure la collaboration au sein du binôme aide-soignant/infirmier influence-t-elle la prise en soins du patient hospitalisé ?

La question de départ définitive de mon travail de fin d'étude va me permettre d'introduire mon travail de recherche, d'analyse et de réflexion de l'unité d'enseignement 5.6 de mon Travail de Fin d'Etude.

IV) CADRE CONCEPTUEL

Dans cette partie de mon travail de fin d'études je vais développer trois concepts cités dans ma question de départ définitive. Ces trois concepts seront éclairés selon trois champs (ou trois parties) qui permettront de définir ce concept, le comprendre et éclairer le thème de mon TFE.

Les trois concepts que j'ai choisi d'aborder sont :

- La collaboration
- Le binôme aide-soignant/infirmier
- La prise en soins

Ces trois concepts ont été choisis par rapport au lien qui les unit, leur importance dans le travail quotidien de l'infirmier auprès du patient. Je développerai au début de chaque concept les trois champs d'exploration.

A) CONCEPT DE COLLABORATION

Le concept de collaboration s'avère l'un des plus importants dans ce travail de fin d'étude car, ce dernier est le quotidien de tout soignant dans un service de soins. Après avoir donné la définition commune de la collaboration, je développerai la collaboration d'un point de vue sociologique, puis son utilisation au sein de la pratique infirmière. Enfin j'expliquerai la différence entre collaborer et déléguer. Cette partie sera conclue par un résumé du concept.

Tout d'abord, selon le Larousse, la collaboration est l' « *action de collaborer, de participer à une œuvre avec d'autres*¹⁷ ». Collaboration est issu du latin « *cum laborare* » qui signifie « travailler avec ».

L'action de collaborer est à différencier de coopérer. Effectivement coopérer signifie « *prendre part, concourir à une œuvre commune : contribuer, participer* »¹⁸. Ainsi, il est

¹⁷ Définition de « collaboration », [En ligne], [consulté le 20/02/2015], disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>

¹⁸ Définition de « coopérer », [En ligne], [consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9rer/19060>

nécessaire de signaler que dans la collaboration chacun des acteurs agit selon son champ de compétence même si l'intérêt est commun ; alors que dans la coopération, chacun des acteurs agit de façon identique quel que soit leurs formations.

1) La collaboration d'un point de vue sociologique

Le sociologue français Erhard Friedberg, en 1993, ainsi que Crozier et Friedberg, en 1995, définissent les dimensions relatives à l'action collective. En effet les, différents acteurs de la collaboration, après avoir effectué une « *prise de conscience de leurs interdépendances*¹⁹ », instaurent des « *règles de conduite qui tentent de réguler une action*²⁰ », la régulation s'effectuant de façon autonome ou par le biais d'un intervenant extérieur. Enfin, « *les acteurs intègrent les résultats de leur collaboration [...] les transforment en enjeux*²¹ ». Ces résultats deviennent donc les objectifs à atteindre lors de la prochaine collaboration.

Ces objectifs et ces enjeux permettent une évaluation continue de l'efficacité de la collaboration et de la nécessité ou non de la poursuivre dans les différentes situations. L'intervenant extérieur permettant la régulation des actions collectives peut être, en service de soins, le cadre de santé.

En 1992, Anselm Strauss, sociologue américain²² définit la collaboration comme « *un travail d'articulation autour d'un patient inscrit dans une trajectoire de maladie*²³ ». Trois années plus tard, en 1995, Caroline S. Wagner²⁴ développe le concept de collaboration comme « *la contribution volontaire pour l'accomplissement de tâches interdépendantes*²⁵ ». Par le biais de ces deux définitions, nous comprenons donc que la collaboration est l'ensemble des phénomènes qui permettent à plusieurs personnes de s'inscrire dans un travail commun quel que soit leurs origines dans la mesure où l'objectif devant être atteint est semblable pour tous les participants à cette ou ces action(s).

¹⁹ D'AMOUR Danièle, et AL. « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », *Sciences sociales et santé*. Volume 17, n°3, 1999. p.73.

²⁰ D'AMOUR Danièle, et AL, *Ibid.* p.73

²¹ D'AMOUR Danièle, et AL, *Ibid.* p.73

²² Sociologue américain ayant travaillé dans le domaine de la sociologie médicale. Il travailla notamment à partir de l'interactionnisme symbolique » qui stipule que la société est le produit des interactions entre les individus.

²³ D'AMOUR Danièle, et AL, *op.cit.* p.20. p.69.

²⁴ Caroline S. Wagner, experte dans le domaine des sciences et de la technologie aux Etats-Unis.

²⁵ D'AMOUR Danièle, et AL, *op.cit.* p.20. p.69.

Après avoir étudié la collaboration d'un point de vue sociologique, je vais expliquer la collaboration dans la pratique infirmière.

2) La collaboration dans la profession infirmière

Les auteurs de l'article « L'action collective au sein des équipes interprofessionnelles dans les services de santé » évoquent la définition du terme « collaboration » par la définition suivante : c'est « *un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci*²⁶ ».

Ainsi, quels que soit les acteurs impliqués, l'objectif devant être atteint doit être le meilleur qu'il soit pour la personne pour laquelle il est formulé. Et, cet objectif pluri-professionnel doit être atteint par l'ensemble des actions mises en œuvre selon les connaissances et les compétences de chaque acteur.

De par sa hiérarchie et sa construction, le système professionnel, quel qu'il soit, n'est pas créé pour collaborer sans arrêt. Effectivement, la collaboration, comme le dit Danièle D'Amour, nécessite une cohésion d'équipe et une entente de celle-ci malgré la présence de hiérarchie. L'ensemble des collaborateurs doivent donc interagir de façon quotidienne dans une confiance, une communication certaine et efficace. L'ensemble de ces déterminants permet d'agir tous ensemble dans un intérêt commun qui reste celui du patient.

Dans les services de soins, tels que j'ai pu les voir, cette collaboration est nécessaire et utilisée entre les infirmiers et les aides-soignants principalement, du fait de leur proximité quotidienne, mais bon nombre d'acteurs médicaux, administratifs ou paramédicaux (médecins, kinésithérapeutes, secrétaires...) peuvent se joindre à cette collaboration. L'ensemble de ces interactions étant souvent coordonné par les cadres de santé.

Elizabeth Hennemann évoque aussi que la collaboration ne se fait que par l'interaction entre différentes personnes et que cette interaction est favorisée si les personnes appartiennent à la même équipe.

²⁶ D'AMOUR Danièle, et AL , *op.cit.*p.20. p.69

Contrairement à ce que pouvait affirmer Danièle D'amour dans son article, l'infirmière clinicienne américaine Elizabeth A. Hennemann n'évoque pas le pouvoir des individus dans le mécanisme de collaboration à partir de leur fonction mais plutôt que le pouvoir « *émane des connaissances et de l'expertise des professionnels plutôt que des fonctions* »²⁷. Ainsi, Mme Hennemann explique l'importance de la présence d'un nombre d'acteurs suffisant avec des expériences différentes permettant une mixité, une richesse et une complémentarité dans le travail plus importantes.

La collaboration est donc très utilisée dans la profession infirmière ; cependant elle ne doit en aucun cas être confondue avec la délégation.

3) Collaborer n'est pas déléguer

La collaboration, qui est l'action d'effectuer une tâche de manière conjointe avec quelqu'un d'autre, peut donc être exercée dans de nombreux actes de la vie quotidienne et en particulier au travail. Dans notre profession infirmière, la collaboration s'inscrit dans un travail de pluridisciplinarité avec différents acteurs dont les aides-soignants sont les privilégiés.

Cependant, il est nécessaire d'évoquer la différence entre la collaboration et la délégation. Effectivement, la délégation, qui est l'« *action de déléguer, de transmettre un pouvoir à quelqu'un* »²⁸, est de transférer des compétences à une autre personne qui n'a pas toujours reçu la formation pour les exercer. Or, l'infirmier dans l'exécution de son travail quotidien ne peut laisser effectuer les actes dont il a la responsabilité par des personnes ne détenant pas la formation pour. C'est ainsi, que l'infirmier exerce son activité en collaboration avec certains acteurs de soins ayant reçu une formation sur le rôle propre de l'infirmier.

²⁷ Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire, [En ligne], [Consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2614/wacheux.PDF?sequence=2>, p.4.

²⁸ Définition de « délégation », [En ligne], [consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/delegation/>

RESUME DU CONCEPT « COLLABORATION »

La collaboration s'illustre comme le fait d'interagir avec d'autres personnes avec un objectif commun.

Tout d'abord, le sociologue Ehrard Friedberg développe les dimensions relatives à l'action collective comme permettant la mise en place d'actions avec un objectif et une évaluation. Strauss complètera le principe de collaboration en signifiant que c'est un « *un travail d'articulation autour d'un patient inscrit dans une trajectoire de maladie*²⁹ ».

Concernant la pratique infirmière, Danièle d'Amour décrit la collaboration comme des interactions entre des personnes au travail, permettant le partage de connaissances au service des autres pour lesquelles il existe un objectif à atteindre. Selon cette auteure, il est parfois difficile de collaborer dans certains lieux de travail du fait de la présence d'une hiérarchie.

Au contraire, Elizabeth Hennemann explique que ce n'est pas le diplôme de chacun qui fait la hiérarchie mais plutôt les connaissances que chaque personne possède par le biais de son vécu personnel ou professionnel. Cette mixité dans le travail permettant des échanges riches et adéquats à la prise en soins des patients.

Enfin, il est nécessaire de faire la différence entre collaborer et déléguer. Effectivement, collaborer dans le milieu du soin, c'est agir avec d'autres acteurs du soin en respectant le champ de compétence de chacun. Mais, en aucun cas nous pouvons demander à un acteur d'effectuer un soin sans que ce dernier soit inscrit dans son champ de compétence, ce qui serait de la délégation.

Après avoir étudié le concept de collaboration, je vais développer le concept de binôme aide-soignant/infirmier.

²⁹D'AMOUR Danièle, et AL. *Op.cit.*p.20. p.69.

B) CONCEPT DE BINOME AIDE-SOIGNANT/INFIRMIER

D'un point de vue commun, le binôme est « *un ensemble constitué de deux éléments, de deux personnes considérés en un bloc* ³⁰ ». C'est donc, deux personnes qui se lient pour effectuer des choses ensemble.

Je vais développer, à travers cette partie, le cadre législatif permettant à l'infirmier et à l'aide-soignant de collaborer, puis je développerai l'outil principal dont le binôme a nécessairement besoin pour la prise en soin du patient. Je terminerai par évoquer les autres outils nécessaires au binôme. La partie sera conclue par un résumé de ce concept.

1) Le cadre législatif

Le travail pluridisciplinaire est défini et encadré de façon légale par le référentiel de compétence infirmier. Effectivement, le Code de la Santé Publique stipule :

Article R. 4311-4 du Code de la Santé Publique : « *Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.* »³¹

Article R. 4311-3 du Code de la Santé Publique : « *Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personne.* »³²

L'infirmier ne peut donc, comme le stipule son décret de compétence, collaborer que pour les actes qu'il effectue selon son rôle propre. Cependant, il est indispensable de se référer

³⁰ Définition de « binôme », [En ligne], [consulté le 20/02/2015], disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bin%C3%B4me/9373>

³¹ Article R4311-4 du Code de la Santé Publique

³² Article R4311-3 du Code de la Santé Publique

au référentiel de formation de ses collaborateurs, dans la mesure où les aides-soignants ne peuvent effectuer tous les actes que l'infirmier exerce sur son rôle propre.

En effet, les aides-soignants, de par leur référentiel de formation reçoivent des enseignements relatifs à la surveillance clinique du patient et la suppléance des actes de la vie quotidienne du patient pour lesquels il n'est plus autonome³³.

Ainsi, il en va de la responsabilité de l'infirmier d'effectuer en collaboration avec l'aide-soignant seulement des actes pour lequel celui-ci a reçu une formation. Effectivement, le Code de la Santé Publique, par l'article R4312-14 stipule que « *l'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants [...] qu'il encadre.* »

Ainsi, le non-respect de ce principe entraîne la responsabilité de l'infirmier (comme de l'aide-soignant) et peut le conduire à répondre de l'ensemble de ses actes devant la hiérarchie ou le tribunal si un dommage est constaté lors de la réalisation d'un acte³⁴.

Lorsqu'il collabore, l'infirmier doit s'assurer de la compétence de son collaborateur aide-soignant et doit l'encadrer dans la réalisation de ces actes. En aucun cas, la collaboration n'est une délégation. Effectivement, même si les aides-soignants collaborent avec les infirmiers, ces derniers supervisent toujours la réalisation de ces actes et « *les actes accomplis sont sous la responsabilité cumulée de l'aide-soignant [...] et de l'infirmier*³⁵. »

La collaboration entre aide-soignant et infirmier est donc légiféré, je vais donc développer ci-après l'outil utilisé par le binôme aide-soignant/infirmier.

³³ Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant.

³⁴ <https://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/responsabilite-par-profession-sante/responsabilites-infirmiere.html>

³⁵ DEVERS Gilles, *Droit, Responsabilité et Pratique du soin*, Editions Lamarre, p.233.

2) Le projet de soin, l'outil indispensable du binôme

En 1982, Catherine Mordacq³⁶ évoque le fait que la prise en soin du patient émane d'une démarche de soins qu'elle qualifie comme l'action, « *après analyse des informations, à prévoir, organiser, donner les soins infirmiers en fonction de l'état de santé, des prescriptions médicales, des préoccupations de chaque personne et de son environnement et à évaluer le résultat*³⁷ ». Cette démarche de soin « *débouche sur un projet de soin*³⁸ ».

Le projet de soin, comme l'affirme Brigitte Guerrin, cadre de santé formatrice en IFSI, est « *individualisé, en lien avec la démarche de soins*³⁹ » et « *est la contribution infirmière à la prise en charge de la personne soignée*⁴⁰ ».

De plus, le projet de soin individualisé « *suppose une identification des problèmes de santé et des ressources de la personne soignée et de ses proches*⁴¹ ». Ainsi, « *l'élaboration de ce projet de soins infirmiers implique une collaboration pluri professionnelle*⁴² ». Cette pluri-professionnalité, comme décrit précédemment, peut concerner de nombreux acteurs médicaux et paramédicaux, mais, les infirmiers et les aides-soignants sont les acteurs privilégiés du projet de soins infirmier. Effectivement, de par son référentiel de compétence, l'infirmier est épaulé quotidiennement dans la prise en soin du patient par les aides-soignants pour tout un ensemble d'actes, et « *chacun, à son niveau de compétence, dispense des soins dont il connaît le tenants et les aboutissants*⁴³ ».

Afin de répondre au mieux aux besoins du patient, le binôme aide-soignant/infirmier permet de maintenir « *le lien nécessaire entre soins d'entretien de la vie et soins curatifs*⁴⁴ ». Ces moments différents auprès du patient permettent d'appréhender le patient de manière

³⁶ Catherine MORDACQ a été l'une des infirmières françaises et pionnière dans la promotion de la profession. Elle fût enseignante au département d'enseignement supérieur infirmier de Lyon (l'École Internationale) dans les années 1980.

³⁷ GUERRIN Brigitte, « Démarche de soins », *Les concepts en sciences infirmières*, Mallet Conseil (2e édition), pp.146-147.

³⁸ *Ibid.* p.146.

³⁹ GUERRIN Brigitte, « Projet de soins », *Les concepts en sciences infirmières*, Mallet Conseil (2e édition), p.317.

⁴⁰ *Ibid.* p.317.

⁴¹ Guide du service de soins infirmiers, [En ligne], [Consulté le 18/03/2015], disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf, p.4.

⁴² « Guide du service de soins infirmiers », *Ibid* p.4

⁴³ MACREZ Pascal, *op.cit.* p.12 , p.25

⁴⁴ *Ibid.* p.26

totalement différente et ainsi de réajuster le projet de soins « *en fonction de l'évolution de l'état de santé, des besoins et des souhaits de la personne soignée.*⁴⁵ »

L'ensemble des besoins du patient sont évalués de manière conjointe et complémentaire entre l'infirmier et l'aide-soignant par le biais du modèle des « *14 besoins fondamentaux*⁴⁶ » selon Virginia Henderson⁴⁷. Tout au long de la journée, de son séjour au sein d'un service de soins, le projet de soins du patient « *est un processus dynamique qui évolue*⁴⁸ », par le biais d'évaluation des soignants; il est réajusté en temps réel selon les besoins du patient.

Ce projet de soins permet donc, comme dit précédemment, de mettre en place des actions adaptées aux besoins du patient donnant à chaque acteur de soins du binôme la possibilité d' « *évaluation des résultats, base de réajustements éventuels*⁴⁹ » de la démarche de soins.

Ce projet de soin individualisé, mis en place par les soignants et en accord avec leurs valeurs, permet une prise en soins adaptée du patient. Je vais donc développer, dans la prochaine partie, la nécessité du partage de valeurs entre les professionnels.

3) *Des valeurs partagées pour une prise en soin adaptée*

La richesse d'une équipe est créée par l'ensemble des soignants qui la composent. La prise en soins du patient par le binôme aide-soignant/infirmier est basée sur la communication entre le patient et les soignants mais aussi entre les différents soignants.

Effectivement, des temps d'échanges sont nécessaires pour l'évaluation du projet de soin du patient. L'ensemble de cette communication peut se faire par le biais de réunions de service, mais aussi lors des transmissions. A cette communication verbale peut s'ajouter la communication non verbale notamment par le biais du dossier de soin du patient dans lequel les actions de soins peuvent et doivent être consignées ainsi que leur évaluation permettant leur réadaptation.

⁴⁵ « Guide du service de soins infirmiers », *op.cit.* p26. p.4

⁴⁶ ANNEXE 3: « Les 14 besoins fondamentaux » selon Virginia Henderson, disponible p.56

⁴⁷ Virginia Henderson était une infirmière américaine à l'origine des 14 besoins fondamentaux

⁴⁸ « Guide du service de soins infirmiers », *op.cit.* p26. p.4

⁴⁹ GUERRIN Brigitte, *op.cit.* p26. p.147.

A cette communication s'ajoute également la nécessité d'un partage des valeurs professionnelles des soignants pour le projet de soin du patient. Effectivement, les valeurs professionnelles (souvent liées aux valeurs personnelles) permettent de créer des liens de confiance entre soignants et ainsi de mettre en place une prise en soins adéquate des patients.

L'ensemble de ces valeurs permet de créer l'ensemble de ces binômes de soignants dont l'action permet « *l'optimisation de la qualité des soins pour le malade*⁵⁰ » dont « *le malade est le principal bénéficiaire*⁵¹ ». Effectivement, les patients expriment le fait de se sentir « *plus entourés*⁵² » ce qui entraîne la diminution de leur « *stress et facilite ainsi les soins*⁵³ ».

Pour les soignants, cette prise en soins du patient en binôme permet d'effectuer les soins « *en concertation avec l'autre soignant [...], permet une meilleure connaissance du patient et un suivi plus personnalisé, [...] les aides-soignantes se sentent valorisées*⁵⁴ ».

RESUME DU CONCEPT DE « BINOME AIDE-SOIGNANT/INFIRMIER »

Le binôme est défini communément comme le résultat de l'alliance de deux personnes mettant en place des actions ayant pour but un objectif commun.

D'un point de vue législatif, le binôme aide-soignant/infirmier est régi par les articles R4311-3, R4311-4 et R4312-14 du Code de la Santé Publique qui stipule que l'infirmier peut collaborer avec l'aide-soignant dans la limite du champ de compétence de chacun, ce dernier étant défini pour l'aide-soignant comme la majeure partie du rôle propre de l'infirmier. Chacun des actes effectués par l'aide-soignant avec sa collaboration entraîne la responsabilité des deux acteurs.

Pour Catherine Mordacq, la démarche de soin, qui relève de l'analyse des informations concernant le patient afin de mettre en place des actions adéquates, permet la mise en place d'un projet de soin.

⁵⁰ MACREZ Pascal, *op.cit.* p.12, p.26

⁵¹ MACREZ Pascal, *op.cit.* p.12, p.26

⁵² MARTIN Sylvie, *op.cit.* p.12, p.20

⁵³ *Ibid.* p.20

⁵⁴ *Ibid.* p.20

Brigitte Guerrin complète cela en disant que le projet de soins est « *est la contribution infirmière à la prise en charge de la personne soignée* ⁵⁵ ». Ce projet de soin est individualisé et permet une collaboration pluri-professionnelle dont les infirmiers et les aides-soignants sont les acteurs privilégiés.

Ce projet de soins est défini selon les besoins du patient, dans le respect du choix de la personne. Son efficacité est régulièrement évaluée et, ce projet est évolutif dans le temps.

Enfin, la construction du binôme aide-soignant infirmier nécessite un partage certain de valeurs professionnelles. Il nécessite aussi des temps d'échanges entre soignants.

Tous ces outils permettent une meilleure qualité des soins dont le patient est le principal bénéficiaire.

Après avoir étudié le concept de binôme aide-soignant/infirmier, je vais développer le concept de prise en soins.

C) CONCEPT DE PRISE EN SOINS

Comme précédemment, après avoir donné une définition générale du concept, j'évoquerai le concept de « *caring* » par l'infirmière Jean Watson, puis le concept de « *prendre soin* » par Walter Hesbeen (cette sous partie se terminant par une comparaison des deux concepts). Enfin, la partie se terminera par un résumé du concept.

Afin de définir la prise en soins du patient au sein des différents services de soins, je vais définir la prise en charge, anciens termes utilisés dans la prise en soins des patients.

1) *Approche globale du prendre soin*

Tout d'abord, je vais apporter une définition générale de la prise en soins ou prise en charge du patient. Selon le site internet « *L'internaute* », la prise en charge est le « *fait d'assumer une responsabilité. Celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une*

⁵⁵ GUERRIN Brigitte, « *projet de soins* ». *op.cit.*p26.p317

situation⁵⁶ » mais « *cette expression s'emploie aussi plus spécifiquement dans le domaine de la médecine et désigne le fait de prodiguer des soins à un patient*⁵⁷. »

« Prendre soin » est un terme issu de l'anglais « *to care* ». « Care », signifie « *attention* », « *sollicitude* », « *soins(s)*⁵⁸ ». Cependant, dans la prise en soins des patients, il est très difficile de différencier le « *care* » du « *cure* », du fait de la juxtaposition des actes permettant le maintien de l'autonomie du patient, mais aussi, des actes plus techniques permettant l'accompagnement dans le processus de soins médicaux.

Au XXe siècle, deux infirmiers, Jean Watson⁵⁹ et Walter Hesbeen⁶⁰ ont rédigé des articles et des ouvrages respectivement sur le « *Caring* » et le « *Prendre soin* », y apportant ainsi les similitudes et différences.

2) L'approche du soin par le « *Caring* » selon Jean Watson

Jean Watson, infirmière américaine, définit le « *caring* » comme « *un idéal moral faisant appel à un engagement personnel, dont l'objectif est le respect de la dignité humaine et la préservation de l'humanité*⁶¹ ». Selon Watson, ce concept convient à la profession infirmière qui est composée d'un « *système de valeurs humanistes et altruiste et sur des connaissances scientifiques*⁶² », c'est-à-dire que le soignant prend en soin le patient dans sa globalité en considérant la personne comme telle et non comme seulement un malade. Le « *caring* » est une juxtaposition de facteurs qu'elle nomme « *caratifs*⁶³ » en opposition au curatif. Les facteurs « *caratifs* » définit par Watson permettent une « *démarche soignante favorisant le développement ou le maintien de la santé, soit une mort paisible*⁶⁴ »

La science du « *caring* » associe donc « *connaissances biophysiques et connaissances du comportement humain dans le but de susciter ou de promouvoir la santé et*

⁵⁶ Définition de « *prise en charge* », [En ligne], [consulté le 20/02/2015], disponible sur <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/prise-en-charge/>

⁵⁷ *Ibid.*

⁵⁸ VIGIL-RIPOCHE Marie-André, « *Caring et Care, prendre soin et soigner* », *Les concepts en sciences infirmières*, Mallet Conseil (2e édition), p.96.

⁵⁹ Jean Watson est une infirmière américaine théoricienne du « *caring* » et professeure en sciences infirmières.

⁶⁰ Walter Hesbeen est un infirmier belge, docteur en santé publique ayant écrit sur le « *Prendre soin à l'hôpital* »

⁶¹ Journal Association FSI-USJ, « *La Théoricienne du Caring, Madame Jean Watson à la Faculté des sciences infirmières* », [En ligne], [consulté le 14/03/2015], disponible sur <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2006/arti4.pdf>. P.15

⁶² *Ibid.* P.15

⁶³ Les 10 facteurs caratifs de Jean Watson, ANNEXE 4, disponible p.58

⁶⁴ VIGIL-RIPOCHE Marie-André, *Op.cit.*p27 p96.

de procurer des soins à ceux qui sont malades »⁶⁵. Cette science comme le dit Watson, est l'expression de la prise en soin du patient par l'infirmière par l'entrée en relation de cette dernière avec la personne soignée. L'infirmier mobilise ainsi à la fois ses connaissances scientifiques et son savoir-faire infirmier afin d'évaluer les besoins du patient et proposer des solutions adaptées.

Je vais donc développer ensuite le concept de « prendre soin » développé par Walter Hesbeen.

3) « Prendre soin », un concept défini par Walter Hesbeen

Concernant le « prendre soin », Walter Hesbeen, dans son livre *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*⁶⁶, définit le « prendre soin » comme un art. « *Il s'agit de l'art du thérapeute, celui qui réussit à combiner des éléments de connaissance, d'habileté, de savoir-être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière* »⁶⁷. Cet art, comme le définit M. Hesbeen, nécessite une connaissance du patient dans sa singularité, c'est-à-dire qu'il est nécessaire de s'adapter sans cesse au patient, à ses besoins, ses habitudes de vie, son vécu et mettre en place des actions de soins qui permettent de satisfaire l'ensemble de ces besoins et aider le patient sur son chemin du soin.

Hesbeen considère le « prendre soin » comme une valeur car cela le situe « *dans l'ordre du désir* »⁶⁸ ; c'est-à-dire que les professionnels, infirmiers ou autres, gravitant autour du patient dans sa prise en soins, doivent utiliser ce concept comme l'idée directrice de leur démarche de soins. Effectivement, il ajoute même dans l'un de ses articles que le prendre soin est « *une intention* » regroupant « *l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire* »⁶⁹ s'inscrivant dans la perspective soignante.

Outre le fait que les soignants doivent prendre en compte la singularité de chaque personne soignée, la prise en soin de chaque patient dépend aussi du soignant qui le prend en

⁶⁵ HESBEEN Walter, « Le caring est-il prendre soin ? », [En ligne], [consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>, p.4

⁶⁶ HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Masson, 195 pages.

⁶⁷ *Ibid* : p.35.

⁶⁸ *Ibid* : p.37

⁶⁹ HESBEEN Walter, « Le caring est-il prendre soin? » *op.cit.*p30, p.8

soin. En effet, chaque professionnel de santé possède une manière singulière d'aborder le patient et de s'inscrire dans la prise en charge. Cette singularité dépendant de son vécu personnel et professionnel, est en lien avec « *son projet, de vie ou professionnel* ⁷⁰ ».

Pour Walter Hesbeen, il est nécessaire de « *tisser des liens de confiance avec cette personne* ⁷¹ » car « *les liens de confiance qui se tissent sont les premiers éléments qui permettent de prendre soin d'une personne* ⁷² ». Pour cet auteur, la prise en soin consiste aussi en l'analyse de l'expression de la maladie par le corps du patient et le vécu de cette dernière par la personne. Cette analyse passe par les connaissances soignantes apprises au cours de la formation mais aussi par l'expérience professionnelle des acteurs de soins qui est nécessairement et indispensablement complétée par la relation construite avec le patient.

Cet accompagnement fait par le soignant dans la prise en soins doit être l'accompagnement de « *la personne sur son chemin et pas de la capturer pour la mettre sur notre chemin de professionnels* ⁷³ ».

Enfin, dans son article « *Le caring est-il prendre soin ?* », Walter Hesbeen termine par faire une comparaison entre sa théorie du « prendre soin » et la théorie de Jean Watson à propos du « Caring ».

Il en conclut que l'approche du soin par le « caring » relève uniquement de l'approche infirmière alors que sa théorie du « prendre soin » relève volontiers d'une approche pluri-professionnelle. Il insiste sur le fait que le « prendre soin » est une approche des soins tant par la suppléance des besoins fondamentaux, une présence continue des soignants permettant une réévaluation continue du projet de soin, mais aussi par « *une multitude d'actes aux aspects plus ou moins techniques qui s'inscrivent, pour la plupart dans la subdivision du travail médical* ⁷⁴ » et donc du versant curatif du travail infirmier.

Ainsi, le concept de « prendre soin » permet aux équipes une plus grande ouverture d'esprit sur la prise en soins du fait de la multiplication des acteurs de soins ; ce qui se différencie du « caring » qui est exclusivement utilisée par les infirmiers

⁷⁰ HESBEEN Walter, "Prendre soin à l'hôpital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante", *Op.cit.* p.31,p.37

⁷¹ HESBEEN Walter, "Le caring est-il prendre soin? » *op.cit.*p30, p.9

⁷² HESBEEN Walter, "Le caring est-il prendre soin? ", *op.cit.*p.30 ,p.10

⁷³ *Ibid.* p10

⁷⁴ *Ibid.*p17

RESUME DU CONCEPT « PRISE EN SOINS »

La prise en soins du patient se définit comme la volonté de porter attention à quelqu'un. Il existe essentiellement deux théoriciens infirmiers ayant étudié la prise en soins.

Tout d'abord, Jean Watson, avec son concept du « caring », relève la valeur humaniste et l'approche relationnelle du patient par le biais de dix « *facteurs caratifs* » essentielle à la prise en soins infirmière.

D'autre part, en complément et sur certains points, en opposition à ce concept de « caring », Walter Hesbeen, définit le concept de « prendre soin » comme le fait d'aider quelqu'un de façon singulière en créant des liens de confiance entre le patient et le soignant. Cette approche étant pluri-professionnelle, elle permet l'instauration de plus grands échanges avec des personnes ayant eu des expériences professionnelles ou personnelles. Ainsi, des projets de soins peuvent être réévalués en concertation avec d'autres professionnels.

Cependant, quel que soit l'auteur, le patient est, de manière certaine, placé au centre de la prise en charge avec des actions de soins répondant à l'ensemble de ses besoins dans un contexte d'échanges entre les deux parties.

V) HYPOTHESE DE RECHERCHE

Après avoir étudié l'ensemble des concepts dans la partie précédente, je pose l'hypothèse selon laquelle :

La complémentarité au sein du binôme aide-soignant/infirmier favorise une prise en soins de qualité pour le patient.

Je vais donc, dans la partie suivante, essayer de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse de recherche par le biais d'une enquête auprès des professionnels de santé. L'analyse de cette enquête me permettra de conclure mon travail de fin d'études.

VI) ENQUETE PRINCIPALE

Cette enquête a pour but de vérifier ou d'infirmer l'hypothèse évoquée ci-dessus. Je vais donc présenter les objectifs de cette enquête ainsi que les services dans lesquels je réaliserai cette enquête.

A) CONCEPTION DE L'ENQUETE

1) Choix de l'outil d'enquête

Afin de vérifier mon hypothèse de départ, j'ai choisi d'effectuer des entretiens auprès d'infirmiers dans des services de soins. Il était évident pour moi d'effectuer des entretiens afin de permettre au professionnel de santé de pouvoir s'exprimer plus librement lors d'un entretien semi-directif qu'en répondant aux questions fermées d'un questionnaire. L'entretien permet, en effet, au soignant de pouvoir exprimer des ressentis, ou des expériences professionnelles plus facilement et naturellement. Enfin, le fait d'effectuer un entretien permet d'éclaircir auprès du soignant certaines questions qu'il pourrait ne pas comprendre.

2) Choix des services pour l'enquête

J'ai choisi d'effectuer mes cinq entretiens dans quatre services différents afin d'avoir un plus grand panel de professionnels pouvant travailler ou non en binôme. Ces lieux ont été validés par mon guidant. Ils m'ont permis de rencontrer des soignants travaillant en binôme ou non, et dans des spécialités très différentes que sont la médecine, la chirurgie, ou les soins d'urgences. L'ensemble de ces services m'ont aussi permis de rencontrer des professionnels avec des expériences différentes et qui, par conséquent, permettent une richesse d'enquête plus importante.

Les entretiens sont donc effectués au sein des cinq services suivants :

- Un service de médecine : Neurologie. L'infirmière travaillant ce jour en Unité de Soins Intensifs en Neurologie.
- Un service de chirurgie : Chirurgie Vasculaire.
- Un service d'hospitalisation extrahospitalier : Hospitalisation A Domicile dans lequel j'ai effectué deux entretiens.
- Un service de soins d'urgences : Réanimation.

3) Objectifs de l'enquête

Les objectifs à atteindre par le biais de ces entretiens sont les suivants :

- Comprendre pourquoi les soignants travaillent en binôme ou non, et, l'impact que cela a sur la prise en soin du patient.
- Découvrir les moyens utilisés pour échanger sur la prise en soins d'un patient et déterminer comment le projet de soins du patient est mis en œuvre.
- Déterminer dans quelles mesures il existe une complémentarité au sein du binôme aide-soignant/infirmier et ce que cela signifie pour ces soignants.
- Obtenir un retour des patients sur l'impact du binôme aide-soignant infirmier dans leur prise en soins.

4) Difficultés rencontrées

Lors de mes entretiens, les principales difficultés que j'ai rencontrées ont été principalement de l'ordre de la compréhension de certaines de mes questions par les professionnels de santé. Effectivement, dans la question n°2 intitulée :

- « *Selon vous, dans quelles mesures le travail de l'aide-soignant est complémentaire de celui de l'infirmier ?*

Relance : Que partagez-vous entre professionnels ? »,

Les soignants ne comprenaient pas toujours la question de relance, qui visait à faire évoquer à ces derniers le partage de valeurs professionnelles au sein de l'équipe.

Malgré une acceptation rapide de la part des cadres de santé des services dans lesquels j'ai enquêté, les entretiens auprès des soignants ne furent pas toujours d'une grande longueur du fait de la charge de travail importante dans les services de soins.

Mon choix était celui d'enquêter auprès de soignants travaillant quotidiennement ou non en binôme auprès des malades. Pour les entretiens que j'ai effectués auprès des soignants ne travaillant pas en binôme, leur compréhension de ma venue pour ces entretiens n'était pas toujours évidente ; cependant, ils ont quand même participé à mes entretiens. Mais, ce travail

effectué auprès de soignants ne travaillant pas en binôme me permet de comparer les deux façons de travailler en équipe.

B) DESCRIPTION ET ANALYSE CATEGORIELLE DES RESULTATS DE L'ENQUETE

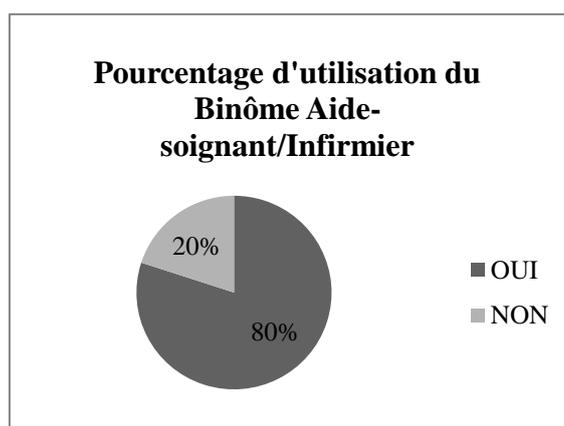
Afin d'analyser mes entretiens, j'ai choisi d'utiliser une méthode d'analyse par thèmes. Cette analyse me permettra de confirmer ou d'infirmier mon hypothèse de recherche.

Les trois thèmes de l'analyse sont : « le binôme et son intérêt », « la complémentarité » et « la qualité des soins ».

1) Le binôme et son intérêt

Voici les résultats obtenus après l'interrogation des soignants sur l'utilisation du travail en binôme en service de soins :

Utilisation du binôme		
OUI	4	80%
NON	1	20%



Pour les deux infirmières exerçant en HAD⁷⁵, le travail en binôme est un mode d'exercice quasi-quotidien, il permet une prise en soins de « *patients lourds* », « *douloureux* », « *en soins palliatifs et de fin de vie* ». Pour l'infirmière de réanimation, ce binôme permet que les soins soient « *plus agréables pour le patient* » puisqu'ils ont la possibilité de l'utiliser.

Quant à l'infirmière de neurologie, interrogée dans le service de soins intensifs en neurologie, l'utilisation de ce binôme est possible car « *il y a une aide-soignante pour quatre patients* ». La dernière infirmière interrogée en chirurgie vasculaire n'a pas l'occasion d'utiliser le binôme de façon quotidienne à cause de la charge de travail importante.

Il est intéressant de noter que l'infirmière de neurologie évoque le travail en binôme en service « classique » de neurologie que lorsque la charge de travail le permet. Quant à

⁷⁵ HAD : Hospitalisation à domicile.

l'infirmière de chirurgie vasculaire, elle évoque la possibilité de travailler en binôme lors des nuits.

Ainsi, il est intéressant de noter que l'utilisation du binôme a un intérêt certain dans la prise en soins du patient puisqu'il permet d'avoir une vision globale du patient, de compléter les connaissances et les compétences de chacun par celles de l'autre. Mais, ce travail en binôme est parfois chose difficile notamment dans les services où l'organisation ne peut se faire de telle sorte que les soignants travaillent constamment à deux. Effectivement, en réanimation ou en soins intensifs en neurologie la loi impose le nombre de soignants par rapport aux nombres de lits. Quant à l'HAD, l'organisation des « tournées » permet la mise en place du binôme sur certaines d'entre elles.

2) Binôme et complémentarité des soignants

100 % des infirmières interrogées estiment que les aides-soignants effectuent un travail complémentaire du leur. Cette complémentarité s'exprime au profit du patient, elle permet un meilleur « suivi des patients⁷⁶ ». En effet, les aides-soignants « rapportent des choses que l'on ne voit pas⁷⁷ » ou des « informations que le patient ne dit pas à l'infirmière comme le moral, les soucis...⁷⁸ ». Le travail en binôme permet aussi de sentir « une équipe, sans grade et sans hiérarchie⁷⁹ ». De plus, une infirmière stipule que les aides-soignants « n'ont pas le même regard sur l'environnement⁸⁰ » et qu'ils voient donc des choses différentes des infirmiers. L'infirmière de neurologie conclut même en soulignant que « nous ne pouvons pas travailler sans elles et vice et versa » lorsqu'elle évoque la complémentarité entre les aides-soignants et les infirmiers.

L'ensemble de cette complémentarité s'exprimant auprès du patient et l'issue pour deux soignantes, d'un partage de valeurs professionnelles et d'une confiance mutuelle entre soignants.

Cette complémentarité s'exprime à travers le projet de soins, qui est mis en place et adapté de façon personnelle pour le patient via les soignants.

⁷⁶ Entretien n°3, infirmière en soins généraux, chirurgie vasculaire

⁷⁷ Entretien n°3, infirmière en soins généraux, chirurgie vasculaire

⁷⁸ Entretien n°4, infirmière en soins généraux, neurologie

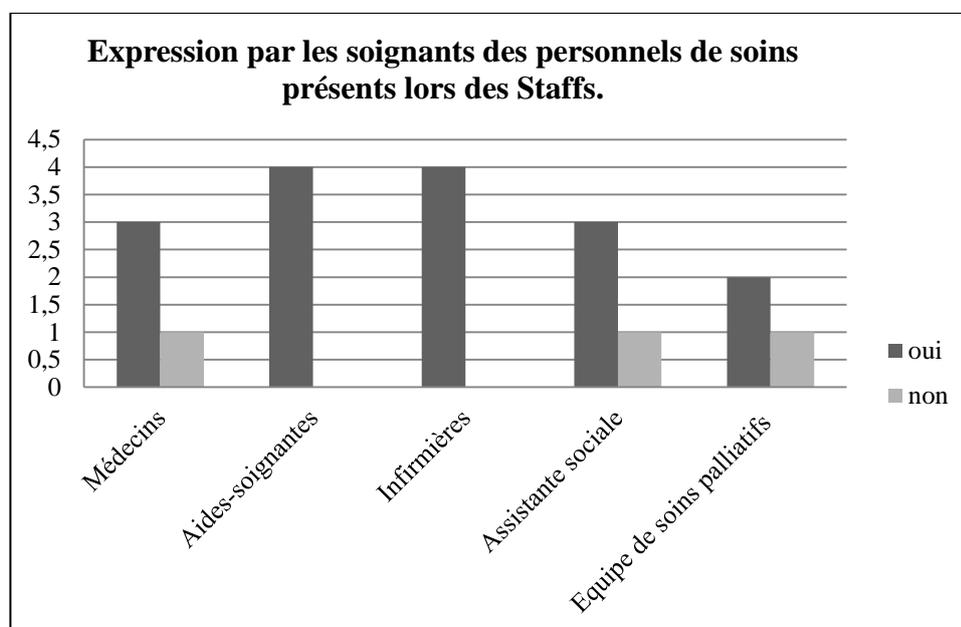
⁷⁹ Entretien n° 1, infirmière en soins généraux, HAD

⁸⁰ Entretien n°5, infirmière en soins généraux, HAD

En effet, quatre infirmières expriment que les transmissions permettent d'évoquer le projet de soins du patient tous les jours. Parmi ces quatre infirmières, trois ont aussi un staff hebdomadaire au sein du service pour réajuster le projet de soins. L'infirmière de réanimation relate seulement un staff quotidien, et non des transmissions.

L'ensemble des transmissions et des staffs permettent que « *le regard de chacun* ⁸¹ » soit exprimé, d'évaluer « *tous les problèmes du jour* ⁸² » et donc de mettre en place les solutions adéquates et adaptées à la prise en soins du patient.

Les staffs permettent de réunir les différents soignants du service mais aussi des personnes n'intervenant que ponctuellement dans le service, comme le démontre le graphique suivant :



Nous pouvons donc voir, à travers ce graphique, que de nombreux professionnels peuvent intervenir dans la prise en soins des patients au sein des services. Ces différents professionnels du soin, ou du secteur médico-social permettent aux équipes de discuter de la prise en soins des patients et, ainsi, de permettre une prise en soins adaptée et personnalisée au patient. Mais nous pouvons aussi voir qu'il est certain que les infirmiers et les aides-soignants sont les acteurs privilégiés du projet de soins, de par leur présence quotidienne auprès du patient et par leur participation aux transmissions et aux staffs.

⁸¹ Entretien n° 1, infirmière en soins généraux, HAD

⁸² Entretien n°5, infirmière en soins généraux, HAD

Effectivement, les deux infirmières de l'HAD transmettent que le staff permet, en sus des transmissions, « *une adaptation aux besoins* ⁸³ » des patients pour une amélioration de la prise en soins. L'infirmière de neurologie souligne, quant à elle, que le staff permet d'aborder sereinement le devenir du patient en vue de sa sortie du service après « *un recueil de données effectué systématiquement à l'arrivée du patient* ⁸⁴ ».

Pour les deux infirmières exerçant en HAD, elles expriment chacune, qu'en plus de l'adaptation du projet de soins, les transmissions et le staff permettent la mise en place d'actions pour la prise en charge des familles et des aidants naturels au domicile.

3) Binôme et qualité des soins

a) Impact dans la qualité des soins

Pour toutes les soignantes interrogées, l'impact du binôme dans la qualité des soins est positif. Cependant, l'infirmière de réanimation concède qu'il existe sûrement des points négatifs dans l'utilisation de ce binôme mais qu'elle ne les voit pas encore. L'infirmière de vasculaire dit que le binôme a un impact positif dans la prise en soins du patient, bien qu'elle ne l'utilise pas souvent. Elle souligne aussi le fait que l'efficacité de celui-ci dépend de la possibilité de le mettre en place.

Pour les quatre autres soignantes, la mise en place du binôme est faite de façon différente. En HAD, une tournée est dédiée à la prise en charge des patients en binôme ; en réanimation, la loi impose 2 infirmiers pour 5 patients, et, en unité de soins intensifs en neurologie une infirmière et une aide-soignante sont présentes pour 4 patients.

Les soignants utilisant ce mode de travail en sont satisfaits, dans la mesure où « il permet un temps de paroles important avec le patient et la famille », « *le patient se sent accompagné et en sécurité* ⁸⁵ », « *il se confie plus* ⁸⁶ », et « *permet un meilleur contact avec la famille* ⁸⁷ ».

Effectivement, chaque soignant a une manière singulière d'aborder les personnes soignées ou les familles, ainsi certains soignants peuvent recueillir des éléments importants pour la prise en soins que les familles n'auraient pas forcément dévoilés à d'autres soignants.

⁸³ Entretien n°1, infirmière en soins généraux, HAD

⁸⁴ Entretien n°4, infirmière en soins généraux, Neurologie.

⁸⁵ Entretien n°1, infirmière en soins généraux, HAD

⁸⁶ Entretien n°2, infirmière en soins généraux, Réanimation

⁸⁷ Entretien n°5, infirmière en soins généraux, HAD

De plus, ce travail en binôme permet un soutien de la part de son collègue dans des moments qui peuvent être durs psychologiquement comme des décès ou des prises en soins de fin de vie, comme le soulignent les soignantes d'HAD et de réanimation.

A ce soutien psychologique s'ajoute une mutualisation des connaissances importantes lors du travail en binôme. Effectivement, la deuxième infirmière interrogée en HAD souligne que chacun a appris des choses, mais que chacun a un vécu personnel différent qui fait que chacun « *voit les choses différemment* » et donc « *que l'on apprend plus en mutualisant les connaissances*⁸⁸ ».

Cette mutualisation des connaissances induit une réflexion pluri professionnelle sur la prise en soins des patients, permettant à chacun d'enrichir son vécu professionnel par les connaissances et les expériences que les autres soignants ont pu exprimer. Cet enrichissement professionnel permet à chaque soignant d'obtenir des outils pour les nouvelles prises en soins à venir.

b) Retour des patients sur l'utilisation du binôme

4 infirmières sur 5 disent que les patients n'évoquent pas à l'ensemble de l'équipe un retour positif sur leur prise en soins en binôme.

La deuxième infirmière de l'HAD, que j'ai interrogé relate elle et souligne que les « *familles apprécient* » quand les soignants se rendent au binôme au domicile, notamment dans les prises en soins palliatives et de fin de vie.

Pour les quatre autres infirmières, elles soulignent volontiers que les patients leur font parfois la remarque qu'ils préfèrent quand les soignants viennent à deux. Cependant, elles n'interprètent pas cela comme l'identification par le patient de la qualité de prise en soins apportée par le binôme aide-soignant/infirmier.

Mais, les infirmières disent néanmoins que les familles et /ou les patients remercient les équipes dans leur globalité lors de la fin de la prise en soins.

Ainsi, nous comprenons que bon nombre de patients et de familles remercient les équipes pour le professionnalisme et leur accompagnement de qualité ; mais ils n'identifient pas spécialement le binôme comme la clé de cette prise en charge adaptée.

⁸⁸ Entretien n°5, infirmière en soins généraux, HAD

C) ANALYSE CROISEE DES CONCEPTS ET DES ENTRETIENS

Dans cette partie, je vais procéder à l'analyse croisée des éléments importants des concepts communs à ceux des entretiens réalisés dans mon enquête principale. Je vais dire en quoi les éléments se recoupent, ou au contraire s'opposent, ce qui me conduira à valider ou non mon hypothèse.

Tout d'abord, la loi permet aux infirmiers de collaborer avec des aides-soignants, selon leur rôle propre par le biais des articles R. 43311-3 et R 4311-4, et sous leur responsabilité. L'ensemble des soignantes interrogées lors des entretiens révèlent en effet une collaboration sur l'ensemble des soins de confort, relevant du rôle propre. Ce partage des actes, ou la réalisation de ces actes de façon conjointe leur permettant une prise en charge globale du patient.

De plus, selon Caroline S. Wagner, experte dans le domaine des soins, la collaboration entre les soignants dans les prises en soins nécessite la volonté de chaque acteur de travailler ensemble, cette volonté se traduit pour l'ensemble des infirmières par la complémentarité de leur travail avec celui de l'aide-soignant et donc aussi l'impossibilité de travailler sans eux. Cette notion de prise en soins a été étudiée par Walter Hesbeen, par le biais du concept « prendre soin » pour lequel il dit que c'est le fruit de « *l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire* ⁸⁹ ».

Effectivement, comme j'ai pu le décrire précédemment, le travail de l'ensemble des soignants dans ces services consiste en la mise en place d'un projet de soins individualisé au patient. Ce projet de soins nécessite, comme le définit le ministère de la Santé dans « *Le guide du service de soins infirmiers* », une identification des besoins de la personne soignée et de son entourage, permettant ainsi la mise en place d'actions et l'évaluation de ces dernières pour réajuster le projet de soins.

En effet, comme le souligne les différentes infirmières, le projet de soins de chaque patient est réévalué tous les jours lors des transmissions, en relatant les différents problèmes du jour et en proposant des actions. Les soignantes d'HAD ajoutent même, que la prise en charge des besoins de la famille est une part importante de leur travail.

⁸⁹ HESBEEN Walter, «Le caring est-il prendre soin? » *op.cit.*p.30, p.8

S'ajoutant à ces transmissions, des staffs pluridisciplinaires sont aussi organisés, souvent de façon hebdomadaire, et permettent, comme le disent les soignantes et Danièle D'amour, un partage des connaissances et de leurs expériences, dans le but d'avoir une prise en soin de patient de la meilleure qualité qu'elle puisse être. D'ailleurs, c'est cette pluri-professionnalité, ces histoires professionnelles et personnelles différentes qui permettent la mise en place d'actions, et donc, que les soignants soient complémentaires les uns des autres. Toutes les infirmières expriment d'ailleurs que chaque patient ne se confie pas à tous les soignants, que chaque soignant voit et perçoit les choses différemment de par son vécu et ses connaissances. C'est d'ailleurs ce qu'explique J. Watson lors de l'explication de la science du « caring » qui consiste en l'utilisation de « *connaissances biophysiques et connaissances du comportement humain dans le but de susciter ou de promouvoir la santé et de procurer des soins à ceux qui sont malades* »⁹⁰.

Les cinq infirmières que j'ai interrogé, qu'elles utilisent ou non le binôme aide-soignant/infirmier de façon quotidienne, confirment que l'utilisation de ce dernier a un impact positif dans la qualité des soins. C'est aussi ce que dit Sylvie Martin, cadre de santé, dans un article au sein duquel elle décrypte l'ensemble des impacts de ce binôme sur les soignants mais aussi les patients. Elle dit que l'utilisation de ce binôme n'entraîne que des bénéfices dans la prise en charge du patient, tant sur la rapidité d'action, que sur le suivi du patient par les soignants.

Cependant, même si dans son article Pascal Macrez signifie que le patient verbalise le fait qu'il est mieux pris en charge lorsqu'un binôme le prend en charge, les soignantes d'HAD et de réanimation utilisant le binôme disent que les patients et les familles sont sensible au fait que les soignants soient deux pour la prise en soins sans pour autant faire de différence entre l'infirmière et l'aide-soignante.

⁹⁰ HESBEEN Walter, « Le caring est-il prendre soin ? », [En linge], [consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>, p.4

VII) RETOUR SUR L'HYPOTHESE

Après l'ensemble des entretiens que j'ai effectué auprès de cinq infirmières dans les services de soins, l'analyse des réponses aux questions que j'ai posées, et l'analyse croisée de ces dernières, je vais à travers, cette partie, confirmer ou infirmer mon hypothèse de recherche.

J'ai donc pu constater à travers ces entretiens que les infirmiers et les aides-soignants se jugent complémentaires dans leurs actions quotidiennes de soins. Effectivement, ils ont tous reçus des formations différentes, qui, combinées à leurs vécus personnels et professionnels permet à chacun des soignants d'apporter ses connaissances, son point de vue ou encore ses conseils sur une prise en soins. Tous ces échanges entre les soignants ayant pour but le confort du patient et une prise en soins adaptée de celui-ci.

Cependant, même si toutes les infirmières m'ont parlé de la prise en soin complémentaire entre les aides-soignants et les infirmières, les infirmières de l'HAD et de neurologie sont d'accord pour dire que l'intervention d'autres acteurs paramédicaux dans la prise en soins est indispensable et appréciée pour le patient.

Quant au binôme en lui-même, il est incontestable de noter que son impact n'est que positif pour le patient. En effet, il permet une meilleure connaissance du patient, une proximité avec celui-ci, ainsi qu'une adaptation du projet de soins de façon quotidienne.

Ainsi, je valide l'hypothèse de recherche suivante : ***La complémentarité au sein du binôme aide-soignant/infirmier favorise une prise en soin de qualité pour le patient.***

VIII) CONCLUSION

Durant ce travail de fin d'étude, le choix de travailler sur le binôme aide-soignant/infirmier était pour moi la façon de comprendre plus en profondeur comment s'articulait le travail quotidien de ces soignants. Partant d'une situation vécue en réanimation, le choix de ce sujet s'est confirmé après mes stages de troisième année au sein de l'hospitalisation à domicile et de l'hémodialyse, services utilisant le binôme de façon quotidienne et différente dans leur pratique.

L'ensemble de mon enquête exploratoire m'a conduit - à travers les lectures et les entretiens sur les généralités de fonctionnement, les avantages et les inconvénients du binôme - à la question de départ de mon travail de fin d'études reposant sur le binôme aide-soignant/infirmier et son impact dans la qualité de prise en soins, notamment par la complémentarité des soignants.

L'étude des concepts m'a ensuite permise d'enrichir mes connaissances et mes notions théoriques sur la collaboration mais aussi sur la science du « caring » et du « prendre soin », me faisant découvrir les fondements de grands principes relevant de mon travail quotidien auprès des patients. Cette étude théorique m'a permis de comprendre que le binôme pouvait être utilisé dans différents services, de différentes façons, et il m'a semblé très intéressant de rencontrer des soignants l'utilisant quotidiennement mais aussi, certains ne l'utilisant pas ou peu afin d'avoir des outils de comparaison.

Au final, l'analyse de mes entretiens réalisés en service a enrichi mon travail de fin d'étude par une ouverture de mon esprit sur d'autres services non identiques à celui de ma situation de départ. Ainsi, tout cela m'a permis de comprendre, par le biais de ces recherches et de ces entretiens, que, le travail quotidien en binôme aide-soignant/infirmier, que j'ai pu vivre et auquel je serai sûrement confronté durant ma carrière, induit une qualité de prise en soins pour le patient, dans la mesure où les soignants l'utilisant sont complémentaires.

Mon travail de fin d'études m'a permis de me rendre compte, de façon conjointe aux stages, que l'utilisation d'un binôme dans la prise en soins est quelque chose d'enrichissant pour soi mais aussi pour le patient. Je souhaite donc, dans ma future carrière d'infirmier, le mettre en place dès que cela sera possible afin de répondre au mieux aux besoins du patient.

Aussi, pour moi, le travail en binôme peut aussi s'effectuer avec l'ensemble des professionnels en charge du patient (diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes...), c'est ainsi que la réflexion d'un travail en binôme auprès du patient avec des soignants du même grade, ou des soignants et des étudiants peut s'inscrire dans une dynamique de soins pour le patient.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

DEVERS, Gilles, *Droit, Responsabilité et Pratique du soin*, Lamarre, 295 pages.

FORMARIER, JOVIC, *Les concepts en sciences infirmières*, Mallet Conseil (2e édition), 328 pages

- VIGIL-RIPOCHE Marie-André, « Caring et Care, prendre soin et soin », *Les concepts en sciences infirmières*, Mallet Conseil (2e édition), pp.96-99
- GUERRIN Brigitte, « Démarche de soins », *Les concepts en sciences infirmières*, Mallet Conseil (2e édition), pp.146-147.
- GUERRIN Brigitte « Projet de soins », *Les concepts en sciences infirmières*, Mallet Conseil (2e édition), pp.317-318.

HESBEEN Walter, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Masson, 195 pages.

Articles :

GENOT-POK, Isabelle, « La relation infirmier/aide-soignant, collaboration oui, délégation non », *Soins*, n°689, Octobre 2004, pp.35-39.

MACREZ, Pascal, « Les secrets d'une collaboration réussie infirmière/aide-soignante », *Revue de l'infirmière*, n°103, Septembre 2004, pp.24-27.

MAROUDY, Daniel, « Le binôme infirmière/aide-soignante quelle réalité : Pour le meilleur et pour le pire », *Soins*, n°689, Octobre 2014, p.53.

MARTIN, Sylvie, « Le binôme infirmière aide-soignante, une organisation bénéfique pour tous », *L'aide-soignante*, n°117, Mai 2010, pp.11-20.

Webographie :

- Législation

Article R4311-4 du Code de la Santé Publique, [En ligne], [consulté le 07/02/15], disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913891>

Article R4311-3 du Code de la Santé Publique, [En ligne], [consulté le 07/02/15], disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5565FDCAB8004CD2AB0C6C114F2002E0.tpdjo08v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890&dateTexte=20150207&categorieLien=cid#LEGIARTI000006913890

Article R4312-14 du Code de la Santé Publique, [En ligne], [Consulté le 15/03/2015], disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000421679&categorieLien=id>

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant, [En ligne], [consulté le 07/02/15], disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>

Décret de compétence, Code de la santé publique, [Consulté le 20/10/2014], disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

- Définitions

Définition de « prise en charge », [En ligne], [consulté le 20/02/2015], disponible sur

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/prise-en-charge/>

Définition de « binôme », [En ligne], [consulté le 20/02/2015], disponible sur

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/bin%C3%B4me/9373>

Définition de « collaboration », [En ligne], [consulté le 20/02/2015], disponible sur

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaboration/17137>

Définition de « délégation », [en ligne], [consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/delegation/>

Définition de « coopérer », [En ligne], [consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9rer/19060>

- Soins infirmiers

« Cours - Soins Infirmiers - Virginia Henderson », [En ligne], [consulté le 17/02/2015], disponible sur <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

Dossier sur la responsabilité infirmière, [En ligne], [consulté le 07/02/15] <https://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/responsabilite-par-profession-sante/responsabilites-infirmiere.html>

« Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire », [En ligne], [Consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/2614/wacheux.PDF?sequence=2>

HESBEEN Walter, « Le caring est-il prendre soin ? », [En ligne], [consulté le 28/02/2015], disponible sur <http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>

« Guide du service de soins infirmiers », [En ligne], [Consulté le 18/03/2015], disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_du_service_de_soins_infirmiers.pdf

Journal Association FSI-USJ, «La Théoricienne du Caring, Madame Jean Watson à la Faculté des sciences infirmières », [En ligne], [consulté le 14/03/2015], disponible sur <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2006/arti4.pdf>

“Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson”, [En ligne], [Consulté le 21/03/2015] disponible sur <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE EXPLORATOIRE

Guide de l'entretien :

Julien LE REST

Promotion 2012-2015

IFSI Saint-Lô (50)

Dans le cadre de mon enquête exploratoire de mon travail de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès de soignants. Cet entretien se destine aux infirmiers(-ères).

Ce travail de fin d'étude porte sur :

Le binôme aide-soignant/infirmier en service de réanimation.

Cet entretien reste anonyme, sera retranscrit et fera l'objet d'une analyse

- 1) Selon vous, qu'est-ce que le travail en binôme ?
- 2) Selon vous, quels actes nécessitent un travail en binôme ?
- 3) Selon vous, existe-t-il une complémentarité entre votre travail et celui de l'aide-soignant?
 - ➔ Si oui de quelle manière ?
 - ➔ Si non pourquoi ?
- 4) Selon vous, existe-t-il des avantages ou des inconvénients à travailler en binôme ?
- 5) Dans votre pratique quotidienne, qu'apporte ce travail à la prise en soins du patient ?

ANNEXE 2 : PRISE DE NOTES LORS DE L'ECOUTE DES ENTRETIENS.

1) Question 1

Soignant 1	Soignant 2	Soignant 3
Deux personnes IDE/IDE ou IDE/as	Travail à deux « <i>en équipe</i> » « <i>travail complémentaire</i> »	Soins faits IDE et AS ensemble « <i>travail intéressant</i> » Dans tous les services avec plus de personnels

2) Question 2

Soignant 1	Soignant 2	Soignant 3
Toilette Pansements certaines fois Pose de sonde urinaire Quand l'aide-soignant a le temps	Patients sédatisés « <i>plus confortable et simple d'être à deux</i> » AS et IDE font chacun des choses respectives selon leurs compétences Nursing Actes techniques	Toilette Prélèvement distal protégé (secrétions bronchiques) Soins accompagnement « <i>soutien psychologique</i> » Mobilisations Réanimation : massage et ventilation

3) Question 3

Complémentarité		
Soignant 1	Soignant 2	Soignant 3
Oui c'est complémentaire On ne peut surtout pas s'en passer ici Force du service Sur toute la journée travail en binôme	Oui Beaucoup de mal sans l'AS Important qu'elles fassent les aspirations dans les urgences	Complémentarité Depuis combien de temps on travaille avec AS et IDE tous complémentaires

4) Question 4

Soignant 1		Soignant 2		Soignant 3	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
<p>On ne fait pas attendre le patient pour la toilette.</p> <p>Le patient n'a pas froid.</p> <p>« Plus sympa » de travailler à deux</p>	<p>Le soignant parle plus avec binôme qu'avec le patient, surtout s'ils sont sédatés.</p> <p>Le soignant ne parle pas forcément du travail mais de sa vie.</p> <p>On ne sait pas ce que le patient entend.</p>	<p>Il y a que des avantages.</p> <p>On s'adapte toujours l'un à l'autre.</p> <p>Cela dépend de son binôme mais on trouve toujours la même longueur</p>	<p>Aucun</p>	<p>Que des avantages</p> <p>« deux paires d'yeux donc on voit plus de choses qu'à deux yeux »</p>	<p>Aucun</p>

5) Question 5

Soignant 1 :

Ce sont deux métiers complémentaires. Les patients se sentent pris en charge plus vite car il y a pas beaucoup de patient : les soignants sont plus vite vers eux quand ils sonnent. Le travail est complètement différent par rapport aux étages, les soignants sont plus présents. L'infirmier n'est pas sûr du fait que ça vienne du travail en binôme mais plutôt du faible nombre de patients. L'aide-soignant peut aller facilement voir si on est dans une chambre et venir le dire à l'infirmier. Il est indispensable que les aides-soignants fassent des actes, surtout quand on est beaucoup de temps dans une chambre : ATTENTION Glycémie faite souvent par les aides-soignants.

Lorsqu'on a l'habitude de bosser avec un collègue aide-soignant : *« s'il le fait pas, c'est difficile pour nous » « on délègue » « même pas besoin de délèguer ils savent ce qu'ils ont à faire »* : surtout quand on travaille souvent avec les mêmes aides-soignants. L'infirmier dit qu'il n'y a *« même pas besoin de demander »*, l'aide-soignant sait parfaitement ce que l'infirmier va faire et à quel moment. Les soignants travaillent souvent avec les mêmes collègues, il n'y a pas beaucoup de turnover.

Soignant 2 :

« Deux personnes différentes [...] Certains plus relationnels d'autres plus techniques ; plus d'écoute d'autres moins »

Les soignants sont complémentaires dans leur façon de prendre en charge, dans leur caractère. Toute la prise en soins est bénéfique pour le patient. Les deux soignants se compensent : certains plus sur les soins relationnels, d'autres utilisent plus le toucher. Les patients réveillés sont plus en USC : *« appréhension de repartir dans d'autres services »*. Il n'est pas possible de bosser comme ça en service car pas assez de personnel. Le nombre de patient en réanimation est *« légiféré : tant de patients et tant de personnel »*.

Soignant 3 :

« Meilleure prise en charge en binôme, on est plus attentif aux demandes du patient ». Les soignants reçoivent énormément de cartes postales, de mots de la part des patients et des familles de patients.

« Est-ce que c'est dû au binôme, je ne sais pas ». Il y a peu de patients donc on les voit beaucoup.

Le nombre de patients est légiféré : *« indispensable, 4 patients en réa c'est dangereux »*

« prise en charge bonne en réa ».

Par exemple en dialyse, le binôme est utilisé.

ANNEXE 3 : LES 14 BESOINS FONDAMENTAUX DE VIRGINIA HENDERSON⁹¹

- **Le besoin de respirer** : nécessité pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
- **Le besoin de boire et de manger** : nécessité pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
- **Le besoin d'éliminer** : nécessité pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
- **Le besoin de se mouvoir et de maintenir une bonne position** : nécessité pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
- **Le besoin de dormir et de se reposer** : nécessité pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
- **Le besoin de se vêtir et de se dévêtir** : nécessité pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
- **Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites de la normale** : nécessité pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
- **Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments** : nécessité pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être.
- **Le besoin d'éviter les dangers** : nécessité pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.
- **Le besoin de communiquer** : nécessité pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir

⁹¹ "Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson", [En ligne], [Consulté le 21/03/2015] disponible sur <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

des relations avec autrui par la transmission et la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.

- **Le besoin de pratiquer sa religion et d'agir selon ses croyances** : nécessité pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre événements passés, présents, à venir et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
- **Le besoin de s'occuper et de se réaliser** : nécessité pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assumer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
- **Le besoin de se récréer** : nécessité pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
- **Le besoin d'apprendre** : nécessité pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.

ANNEXE 4: LES 10 FACTEURS « CARATIFS » DU « CARING » SELON JEAN WATSON

- Les valeurs humanistes et altruistes
- La croyance et l'espoir
- Prendre conscience de soi et des autres
- Le développement d'une relation d'aide et de confiance
- L'expression de sentiments positifs et négatifs
- La création d'une méthode scientifique de résolution de problème
- L'enseignement-apprentissage transpersonnel
- Le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel
- La gratification des besoins humains du bénéficiaire
- Les forces existentielles-phénoménologiques spirituelles.

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN DE L'ENQUETE PRINCIPALE.

Dans le cadre de l'enquête principale de mon travail de fin d'étude, je réalise des entretiens auprès de soignants. Cet entretien se destine aux infirmiers(-ères).

Ce travail de fin d'étude porte sur :

Le binôme aide-soignant(e)/infirmier(-ère) en service de soins et son impact dans la prise en soins du patient.

Cet entretien reste anonyme, sera retranscrit et fera l'objet d'une analyse

- 1) Au sein de votre service, travaillez-vous en binôme ?
Si oui, pourquoi ?
Si non, pourquoi ?

- 2) Selon vous, dans quelles mesures le travail de l'aide-soignant est complémentaire de celui de l'infirmier ?
Que partagez-vous entre professionnels ?

- 3) Par quels moyens mettez-vous en place l'évaluation et l'adaptation du projet de soins du patient ?
Avez-vous des temps dédiés à l'étude des projets de soins ?

- 4) A votre avis, travailler en binôme a-t-il (aurait-il) un impact dans la qualité prise en soins du patient ?
Si oui, pourquoi ?
Si non, pourquoi ?

- 5) Avez-vous connaissance de retours positifs du travail en binôme auprès du patient ?
Si oui, par quels moyens ?

ANNEXE 6 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS REALISES EN SERVICE DE SOINS

Entretien 1 : Hospitalisation à domicile

1) Réponse à la question 1

« Oui, pas toutes les voitures mais sur quelques voitures sur les patients plus lourds ».
« Binômes pour les patients les plus lourds à manipuler, hyper douloureux, en soins palliatifs et en fin de vie. Préférable de les manipuler à deux, on leur fait moins mal et on prend plus de précautions. Et puis pour les patients plus lourds aussi par le poids, pour se protéger aussi nous. »

2) Réponse à la question 2

« Hyper important, les aides-soignantes sont plus que complémentaires des infirmières. On leur laisse une grande autonomie dans la prise en charge des soins. Quand on travaille en binôme, si l'infirmière a beaucoup de soins infirmiers à faire, on laisse l'aide-soignant prendre toutes les constantes même la tension. Elles ne se contentent pas de faire que les soins d'hygiène et de nursing. Ça dépasse un peu ça [...]. Elles sont capables de vérifier les boîtes de médicaments et d'administrer les médicaments : elles sont hyper complémentaires de nous »

Relance : « nous on est une équipe, évidemment nous avons notre rôle infirmier car il y a des soins que les aides-soignantes ne peuvent pas faire. Pas de grade pas de hiérarchie, [...] quand on est en binôme et qu'il y a peu de soins infirmiers, on peut faire des toilettes et les aides-soignantes prennent les constantes et font médicaments. La toilette c'est mon rôle propre »

3) Réponse à la question 3

« A l'HAD, on a des transmissions qui durent une heure ou plus, pour évoquer tous les problèmes du patient chaque jour. On remet sur le tapis tout ce qui peut être amélioré pour que la famille et le patient soient le mieux pris en charge possible. »

« Une fois par semaine, on a le staff avec le médecin, l'assistante sociale, le service de soins palliatifs, des choses qui pourraient être mises en place pour améliorer le confort, la fin de vie ou l'accompagnement du patient. »

4) Réponse à la question 4

« Il y a pas photos, quand on est en binôme on peut avoir du temps de parole avec le patient, l'autre fait les soins. Ou l'un fait les soins et l'autre parle avec la famille. A deux pour les manipuler, on est forcément complémentaire. Il a que du bénéfice. »

5) Réponse à la question 5

« La famille ou le patient s'exprime de façon positive : « ah aujourd'hui vous êtes seul », si on vient à deux c'est qu'ils y trouvent du confort, on manipule mieux, on va faire moins mal. Ils ne disent pas c'est parce que vous êtes une infirmière et une aide-soignante, ils vont dire qu'on leur fait moins mal si on est deux. « Ça va être dur de me lever si vous êtes seule ». Nous n'avons pas de retour direct. »

« Après la fin de la prise en soins : éloge du service HAD mais pas d'éloge du binôme en lui-même. Mais beaucoup de remerciements après les décès, éloges sur le service, mais ce n'est pas le binôme qui est mis en exergue. Pour les patients et pour les familles, ils n'ont pas forcément compris pourquoi on est venu en binôme, ils voient seulement que la personne tolère mieux les soins quand les soignants sont deux. »

Entretien 2 : Réanimation

1) Réponse à la question 1

« Oui, eh bien déjà je trouve que pour le patient c'est beaucoup plus agréable, plutôt que d'être en décalé chacun notre tour. Quand on arrive dans une chambre, on est amené plus à faire des soins infirmiers et aides-soignants, alors autant y aller en même temps puisque nous avons la possibilité de le faire »

2) Réponse à la question 2

« Souvent ça nous permet de commencer par les soins infirmiers : surveillance de seringues, injections et l'aide-soignant fait ce qui lui est propre : diurèse température. »

Relance : *« je ne comprends pas la question »*

Relance : *« oui , ça met une certaine valeur pour les deux »*

3) Réponse à la question 3

« Tout comme on travaille en binôme, le matin le staff avec l'équipe médicale et paramédicale, [...] l'équipe médicale attend que le binôme soit en place pour parler de chaque patient.

4) Réponse à la question 4

« Négatif il y en a sans doute mais je ne vois pas pour le moment ».

« Ça ne peut être pour moi, que positif, il se sent accompagné, il se sent en équipe, et quand tu es patient et que tu as une équipe autour de toi soudée qui sait se soutenir même si pas de partage de valeurs professionnelles je pense que ça peut avoir que des impacts positifs. »

« Plus de sécurité ressentie par le patient ».

5) Réponse à la question 5

« Les patients parlent pas beaucoup, ils remercient l'équipe dans la globalité, qu'elle soit médicale et paramédicale et rare sont les patients qui disent que c'est parce qu'on travaille ensemble infirmier et aide-soignant. Il en est de même pour les familles »

Entretien 3 : Chirurgie Vasculaire

1) Réponse à la question 1

«La journée on ne travaille pas en binôme car ce n'est pas possible, on a trop de pansements, on n'a pas le temps. Par contre la nuit tout le temps en binôme. »

2) Réponse à la question 2

« Pour tout pour le suivi des patients, même si on ne travaille pas en binôme la journée on a toujours des transmissions, elle nous rapporte des choses que nous on ne voit pas car on passe moins de temps avec la personne, que des pansements et des soins temporaires. L'aide-soignante passe plus de temps avec le patient donc rapport des choses que l'on ne voit pas forcément. »

Relance : « je pense que les valeurs professionnelles entrent en compte, certaines vont rapporter des choses que d'autres non. »

3) Réponse à la question 3

« Ici c'est très rapide 2-3 jours seulement, pendant les transmissions. Le staff est juste pour les opérés de la semaine mais il n'y a même pas d'infirmière. »

4) Réponse à la question 4

« Bien pour le patient mais après il faut pouvoir le faire et avoir un service qui peut. Si pas besoin d'être à deux pas d'intérêts. »

5) Réponse à la question 5

« Non car on ne l'utilise pas »

Entretien 4 : Neurologie

1) Réponse à la question 1

« Oui quand on est en soins intensif car une infirmière et une aide-soignante pour 4 patients et dans l'autre secteur on le fait quand on a le temps. »

2) Réponse à la question 2

« Elles ont plus le temps de parler avec le patient quand elles font les toilettes, elles ont donc des informations que les patients ne nous disent pas forcément, qu'ils nous disent pas forcément à nous les infirmières. Genre le moral, ils parlent plus avec l'as pendant la toilette, plus le temps de discuter de sentiments, problèmes de familles, de ressentis.

Relance : « oui partage de valeurs professionnelles. Si elles n'étaient pas là on ne pourrait pas faire notre boulot comme il faut et vice et versa »

3) Réponse à la question 3

« On est un service ou c'est une obligation, notre CDS veut des recueils de données pour CHAQUE patient autonome ou dépendant à l'entrée. Chaque semaine staff avec l'assistante sociale pour le devenir. »

Relance : « les transmissions et les transmissions avec les AS de journée permet cela. »

4) Réponse à la question 4

« Moi je dirai que oui, c'est un point positif pour le patient, cette complémentarité avec l'aide-soignante avec qui le patient se confie plus. Les infirmières sont plus techniques et les aides-soignantes plus générales. »

5) Réponse à la question 5

« Non, je ne sais pas s'ils s'en rendent compte, s'il font forcément la différence entre les infirmières et les aides-soignantes »

Entretien 5 : Hospitalisation à domicile

1) Réponse à la question 1

« Oui, par rapport à la lourdeur des patients, souvent on fait les plus lourdes prise en charge comme les soins palliatifs avec des manipulations et mobilisations douloureuses mais aussi les patients lourds corporellement. »

2) Réponse à la question 2

« C'est pas le même regard sur l'environnement. Chez des patients techniques l'infirmière va être sur ses perfusions et l'aide-soignant va être sur la toilette le confort. L'infirmière va avoir l'aspect technique et pathologique et l'as va voir le confort et l'environnement du patient.

La valeur et la confiance professionnelles sont super important. On a besoin surtout quand on peut se retrouver en détresse notamment lors des décès. L'un va vers la famille l'autre commence autre chose. Plus harmonieux. »

3) Réponse à la question 3

« Les transmissions sont importantes, le regard de chacun de l'équipe car on ne voit pas tous la même chose, on voit les choses différemment et cela est modifié tous les jours/ plus le staff une fois par semaine avec le docteur du service, on rediscute de la maladie, de la prise en soins de la douleur, des plaies, pour compléter le prise en charge et réadapter constamment. »

4) Réponse à la question 4

« Oui, le regard différent, l'infirmière fait la toilette car c'est sur rôle propre, on n'a pas le même regard, ça permet un autre regard. L'infirmière a plus le regard de patient technique. Regard par rapport aux AVS aux enfants, prendre en charge la famille et on a plus de contact avec certains membres de la famille et d'autres soignants avec d'autres membres.

C'est génial, impact positif dans la prise en charge, il faudrait faire ça partout, ne pas sectoriser, on apprend plus en mutualisant les connaissances de chacun. »

5) Réponse à la question 5

« Beaucoup plus pour des prise en charge palliatives, ils apprécient que l'on vienne à deux, on essaye aussi de binôme avec les AVS même si l'idéal est d'être avec un soignant du service. On a tellement l'habitude de travailler ensemble, il n'y a pas d'hésitation et c'est beaucoup plus confortable. Le patient et la famille apprécient. C'est homogène.

RESUME

Quotidiennement l'infirmier et l'aide-soignant travaillent ensemble en service de soins. Alors que durant mes différents stages je me suis rendu compte de l'importance de cette collaboration, le stage en réanimation m'a permis de découvrir ce qu'est le binôme aide-soignant/infirmier en service de soin. Mais alors, qu'en est-il dans les autres services ? Qu'apporte le binôme aide-soignant/infirmier au projet de soin du patient ?

L'instauration du binôme en service nécessite l'assemblage de différents facteurs que peuvent être à la fois la collaboration, la complémentarité. A ces facteurs s'ajoute la nécessité de « prendre soin », comme a pu le décrire Walter Hesbeen ; ou l'utilisation de la science du « caring » par les infirmières selon Jean Watson. De nos jours, le binôme est utilisé dans certains services de soins, qu'apporte-t-il aux soignants ? Qu'apporte-t-il aux patients ? Existe-t-il un impact sur la qualité des soins ? Quel retour en ont les équipes ?

Mots-clés : Binôme aide-soignant/infirmier, Collaboration, Complémentarité, Prendre soin, Projet de soin, Qualité des soins.

SUMMARY

Daily, nurses and auxiliary nurses work together in care services. While during all my different work experiences I've realized the importance of this cooperation, during the training in the Intensive Care Unit, I discovered what the binomial auxiliary nurse / nurse care service is. But then, what about the other services? What does the binomial auxiliary nurse / nurse relationship bring to the patient's care?

The introduction of the binomial service requires the assembly of different factors that can be at the same time collaboration and complementarity. Added to these factors is the need to "take care" as could described by Walter Hesbeen; or use of the science of "caring" by nurses according to Jean Watson. Today, the pair auxiliary nurse/nurse is used in some wards, so what does it bring to caregivers? What does it bring patients? Is there an impact on the quality of care? What feedback do the teams have?

Keywords: Binomial auxiliary nurse/ nurse, Collaboration, Complementarity, Caring, Care Plan, Quality Care.