



Directeur d'enseignement

Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement

Professeur Éric GALAM

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE  
SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU  
Présenté et soutenu publiquement  
Le 12 novembre 2020

Catherine JOCHMANS MORAINÉ et Alain DESBOUCHAGES

« ENTRE-AIDE » ET SOLIDARITÉ INFIRMIÈRE

LE BESOIN D'ACCOMPAGNEMENT PAR L'ÉLU ORDINAL

*Comment concilier la fonction d'élu ordinal et le prendre soin du soignant*

Membres du jury :

- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Professeur Éric GALAM
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES
- Assesseur : Docteur Bénédicte JULLIAN

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Madame Catherine JOCHMANS-MORAINE  
Infirmière libérale – Joigny (89)  
Secrétaire générale du CNOI

Monsieur Alain DESBOUCHAGES  
Infirmier Cadre de santé Toulouse (31)  
Secrétaire adjoint du CNOI  
Président du CDOI31

### REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui nous souhaitons témoigner de toute notre reconnaissance.

Aussi, tous nos remerciements vont à l'attention de :

- **Dr Jean-Jacques Ormières** pour son implication, son soutien et sa bienveillance tout au long de cette année.
- **Pr Éric Galam**, pour son engagement, son appui et sa bonne humeur permanente.
- **Pr Jean Marc Soulat** pour son implication dans le DIU tout au long de cette année.
- **Dr Bénédicte Jullian**, d'avoir participé à nos échanges, pour sa présence et ses conseils.  
Nous lui souhaitons la bienvenue dans la coordination du DIU.

Nous remercions également **Patrick Chamboredon**, président du CNOI, pour son soutien et ses encouragements pour notre engagement dans le DIU.

Enfin, toutes nos salutations et nos chaleureux remerciements adressés à vous toutes et tous, **chères et chers membres de la promotion 5 du DIU**, impactés dès le début, et tout au long de l'enseignement du DIU, notamment par la crise sanitaire. Nos échanges, partages et soutiens, ont contribué à nourrir notre réflexion, et ont été d'une immense aide et l'occasion de très belles rencontres.

Merci à **Françoise, Bernard et Fabien** pour leur aide, patience et encouragements.

### **RESUME :**

Les infirmières et les infirmiers peuvent avoir besoin lors de leur exercice professionnel, d'aide, de soutien et de solidarité. La crise sanitaire que nous avons traversée a montré la capacité des infirmiers à être solidaires face à une situation de stress intense liée à l'arrivée de la pandémie où ils étaient les premiers à devoir « monter au front » et cette solidarité s'est développée et s'est exprimée fortement y compris en interprofessionnalité. Ce besoin d'accompagnement, peut donc s'exprimer de différentes manières, mais souvent il n'est pas facile à identifier.

### Objectif

L'idée est de démontrer que les élus ordinaires ont des missions régaliennes dans l'exercice de leurs mandats mais sont aussi des soignants interpellés par la détresse de leurs pairs... Peuvent-ils avoir un rôle d'accompagnement de leurs collègues infirmiers dans leur exercice professionnel, soit lors d'une demande directe de la part du professionnel soit par une sensibilisation aux repères de situation d'entraide ?

### Méthode et moyens

Description et analyse de situations d'appels, afin d'identifier, le rôle et les missions du conseiller ordinal à travers l'accompagnement.

### Résultats et discussion

Le besoin d'accompagnement prend différentes formes, un besoin direct, pratique et concret, que l'on peut qualifier d'accompagnement de proximité, et un besoin d'accompagnement non formulé par le professionnel mais identifié et repéré par le conseiller ordinal dans l'exercice de son mandat, et plus particulièrement du fait de sa fonction initiale dans le Prendre Soin...

### Conclusion

Nous verrons si le conseiller ordinal a un rôle dans l'accompagnement, confronté à une dualité entre sa responsabilité d'élu, sa mission réglementaire et son appartenance à la communauté soignante. Notre analyse nous amène à devoir réfléchir sur le choix stratégique au sein de l'ONI d'une autre forme d'entraide et semble-t-il au développement d'une stratégie organisationnelle pour mieux répondre à ce besoin.

Ne s'agit-il pas de l'émergence d'une nouvelle mission au sein de notre institution ?

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                      | <b>4</b>        |
| <b>METHODE.....</b>  | <b>5</b>        |
| <b>Situations d'appels Catherine.....</b>                      | <b>6/7</b>      |
| <b>Situations d'appels Alain .....</b>                         | <b>8/9</b>      |
| <b>RESULTATS.....</b>  | <b>10/11</b>    |
| <b>DISCUSSION</b>  |                 |
| <b>1) Le conseil de l'Ordre Infirmiers</b>                     |                 |
| <b>Définition de l'entraide Ordinale.....</b>                  | <b>12</b>       |
| <b>Historique.....</b>   | <b>13/14</b>    |
| <b>2) Le Prendre soi et le besoin d'accompagnement.....</b>    | <b>15</b>       |
| <b>3) L'Ecoute et La Relation d'Aide.....</b>                  | <b>16/17/18</b> |
| <b>4) Vision Ethique et Philosophique.....</b>                 | <b>20</b>       |
| <b>Propositions.....</b>                                       | <b>21</b>       |
| <b>Nouvelle Définition : Entraide et SOI.....</b>              | <b>22/23</b>    |
| <b>Le CNOI et l'entraide de proximité.....</b>                 | <b>24</b>       |
| <b>Les Infirmiers formés au DIU Soigner les Soignants.....</b> | <b>25</b>       |
| <b>Carte mentale et Arborescence.....</b>                      | <b>26</b>       |
| <b>Outils : Communication.....</b>                             | <b>27</b>       |
| <b>Formation.....</b>  | <b>28</b>       |
| <b>CONCLUSION.....</b>   | <b>29</b>       |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                      | <b>30</b>       |

## INTRODUCTION :

Lors de demandes d'inscriptions, de médiations ou de conciliations ordinales, dans un souci permanent de bienveillance face à ses pairs, l' élu ou plutôt le conseiller ordinal peut observer un besoin d'aide et de prise en compte de la souffrance d'un confrère ou d'une consœur ...

Y a-t-il alors « conflit de valeurs » ?

Quelles sont les orientations possibles pour l' élu « soignant », dans la prise en compte de la souffrance de l'infirmier qu'il est amené à croiser pour une question plutôt juridique en lien avec les missions régaliennes ordinales ?

A travers ce mémoire nous allons essayer de trouver comment nous pourrions au mieux « ACCOMPAGNER » nos confrères et consœurs en difficulté, en respectant la notion de confidentialité et tout en restant bien- sûr, dans le champ de nos missions ordinales.

La SOLIDARITÉ a été le mot d'ordre pendant la crise, encore plus entre nous soignants et qui plus est dans l'inter-professionnalité...

L'état de sidération et de stress dans lequel nous a plongés cette crise a tout particulièrement révélé la capacité à devoir rapidement nous réorganiser sur nos territoires respectifs, à aller à l'essentiel pour répondre au mieux et au plus vite aux besoins des patients, mais aussi de nos collègues infirmiers qui se sont retrouvés pour beaucoup directement confrontés à leurs obligations de continuité des soins. Quant à nous élus ordinaires, nous devons rapidement répondre à leurs interrogations avec toute la bienveillance possible...

Beaucoup de questions nous ont été très rapidement posées sur les pratiques dans ce contexte inédit face à la crise sanitaire ,en tant qu'infirmiers et aussi en tant qu'élus ordinaires, au niveau départemental, régional ou national...

## QUESTION :

Comment mettre en œuvre l'« accompagnement » pour un conseiller ordinal infirmier ?

## **METHODE :**

Nous avons choisi de vous raconter deux situations d'appels chacun, que nous avons vécues lors de nos missions ordinaires respectives afin de démontrer le besoin ressenti de mettre en place d'autres formes d'aide au sein de notre institution et plus particulièrement en lien avec notre envie de mieux accompagner nos collègues en difficulté.

Pour cela nous avons fait le choix de situations très différentes en nous plaçant sur deux points de vue qui nous semblaient résumer l'essentiel de nos observations :

- Point de vue ordinal et juridique
- Point de vue du soignant/élu

## **Situations d'appels :**

*Catherine :*

### **1 POINT DE VUE MISSION JURIDIQUE ORDINAIRE**

Je garde un souvenir très émouvant d'une conciliation entre une infirmière libérale (IDEL) et une infirmière cadre de service à l'hôpital. Cette dernière qui avait besoin de soins pour un pansement post-opératoire avait contacté l'IDEL pour convenir d'un rendez-vous et lui avait dit qu'elle ne serait pas disponible ce jour-là avant 17h...

Le jour J (un 25 décembre...) l'IDEL arrive bien pour 17H, mais ne trouve personne dans la maison Elle attend ... Au bout d'un certain temps, elle entend sa patiente descendre « tranquillement » l'escalier... Elle peut « enfin commencer les soins » ... C'est alors que la patiente fait une réflexion à l'IDEL, ce qui finit par « agacer » celle-ci. Cette dernière n'ayant pas encore défait le pansement, signifie à la patiente qu'elle a encore beaucoup de monde à voir, que les soins qu'elle doit lui prodiguer n'ont aucun caractère d'urgence et que dans ces conditions elle repassera le lendemain... Très mécontente de la conduite de l'IDEL et du risque potentiel que cette dernière lui fait encourir, la patiente, qui plus est, Cadre Infirmière, décide de porter plainte contre l'IDEL ...

Ce sont donc quelques semaines plus tard que nous sommes amenés avec un autre élu de mon département à devoir faire une conciliation ordinaire entre ces deux infirmières...

Lors de la conciliation, chacune a exposé les faits. La cadre est restée sur sa position de prise de

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

risque inacceptable liée au fait que son pansement n'avait pas été fait dans les délais « prescrits » et qu'elle avait dû faire appel dès le lendemain à un autre cabinet, estimant de plus, que si l'IDEL n'avait pas le temps de faire ses soins, il eut été plus professionnel de le lui dire au départ...

L'IDEL, pour sa défense, a reconnu sa faute par rapport au manquement de soins, et s'est alors effondrée en pleurant, décrivant son état d'épuisement ce jour-là, le jour de Noël, où elle-même avait dû sacrifier un repas de famille le midi avec ses enfants. Elle avait, en outre, dû organiser sa journée en fonction des désirs de chacun de ne pas « perdre » de temps avec l'infirmière pour des soins, et que, si elle avait su la raison de ces soins, et si la patiente, elle-même infirmière avait été conciliante, elle aurait d'emblée pu lui dire que ça pouvait attendre le lendemain matin. Enfin la goutte d'eau qui a fait déborder le vase et l'a conduite à perdre le contrôle d'elle-même, a été la nonchalance avec laquelle la patiente est arrivée, la faisant attendre et perdre son temps si précieux ce jour-là...

A ce moment-là j'ai senti basculer l'attitude de la plaignante, qui, sans lâcher prise sur le fait qu'elle ne comprenait pas pourquoi, si l'IDEL était « débordée », elle ne le lui avait pas dit en arrivant, a assez rapidement accepté de concilier avec elle... Nous avons ensuite échangé très sereinement sur les difficultés réciproques de l'une et de l'autre...

Difficulté de l'une en tant que patiente et qui plus est soignante mais également « sachante » d'encourir des risques infectieux si les soins n'étaient pas faits selon le protocole établi par le chirurgien, confrontée à la difficulté de l'autre dont l'état d'épuisement pouvait l'amener malgré elle à des conduites à risques...

A l'issue de cette conciliation, la cadre infirmière, avant de partir, nous a remerciés de notre investissement, en nous informant qu'elle était jusqu'alors très méfiante vis-à-vis de l'Ordre Infirmiers mais que nous lui avons donné envie de faire les démarches pour s'inscrire... Quelle ne pensait pas que l'on pouvait avoir ce regard « bienveillant », quelle ne savait même pas en portant plainte tout ce que cela pouvait impliquer... Qu'elle était juste en colère et inquiète pour elle-même et pour les complications qu'elle aurait pu avoir...

Quant à l'IDEL, elle était dans un tel état de choc émotionnel, que je n'ai pu m'empêcher de lâcher ma casquette ordinaire pour reprendre mon rôle d'aidante et de soignante et que, sûrement grâce à ma formation en relation d'aide, j'ai pu aller vers elle pour prendre le temps d'un échange beaucoup plus en lien avec mes valeurs de soignante... Elle m'a confié qu'elle avait bientôt 65 ans, qu'elle était en effet dans un état d'épuisement professionnel avéré, qu'elle ne trouvait pas de remplaçante et qu'elle n'avait pas encore pris le temps de mettre en place des démarches pour envisager de diminuer son activité ou de se mettre à la retraite, mais que cette conciliation lui avait « ouvert les yeux » et qu'elle allait très rapidement s'en occuper.

## 2 POINT DE VUE SOIGNANTE/ELUE

J'ai mis en place, en tout début de la crise sanitaire liée à la montée en puissance de l'épidémie du COVID19, des mini- formations pluri-professionnelles, avec les médecins et infirmières hygiénistes de mon hôpital de proximité, dans le but de faire des rappels par rapport aux règles d'hygiène et sur la bonne utilisation des EPI (Equipements de Protections Individuelles), et surtout pour nous protéger au mieux nous, les soignants de ville, qui allions devoir inévitablement faire face aux

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

patients contaminés...

Toute cette organisation s'est vite révélée être un moment très fort où il a fallu mettre en place rapidement un arbre décisionnel, créer des WhatsApp, prioriser et déléguer selon les modes d'activité. Nous avons également tenu compte de l'état d'anxiété de certains collègues, y compris des médecins libéraux ou des sages-femmes, qui restaient les seuls à assurer respectivement des consultations dans leurs cabinets avec nous infirmiers, qui assurons le maintien des soins chroniques à domicile, qui plus est, dans ce contexte particulièrement nouveau, inconnu, anxiogène, chronophage et épuisant...

A l'issue de ces formations nous continuions à échanger avec les hygiénistes pour l'élaboration de fiches techniques plus spécifiques pour les IDEL sachant que nous prenions conscience que la pénurie de masques allait vite devenir un problème majeur...

J'ai alors beaucoup échangé, le soir tard au téléphone avec une collègue à l'ONI de la région grand Est qui était à ce moment-là déjà grandement impactée par les très nombreux cas de COVID19, de patients et de soignants, et qui en tant que formatrice en IFSI, avait des retours très alarmistes de ses élèves...

Parallèlement, en tant qu'élue ordinale, j'ai dû faire beaucoup de visioconférences pour répondre aux diverses problématiques, à la fois sur le terrain, directement liées à notre activité de soins, qu'avec les institutions (ARS, CPAM, CD, ...) et tout particulièrement aussi avec mes collègues élus ordinaires infirmiers au niveau départemental, régional et national ...

Ce qui restera de cette période, c'est vraiment que j'ai ressenti encore mieux l'importance de mon rôle de soignante directement en lien avec celui d'élue ordinale de proximité.

Je pouvais faire directement remonter les difficultés du terrain, sachant que j'y étais moi-même confrontée, mais surtout, en organisant toutes ces formations, puis des distributions de masques FFP2 qu'avaient pu nous avoir nos tutelles, ce qui me permettait de rencontrer et d'échanger beaucoup avec mes consœurs et confrères... et même si cela n'était pas dans nos missions ordinaires...

J'ai dû être à plusieurs reprises, l'interlocutrice directe avec la Déléguée territoriale de l'ARS de mon département et avec le médecin et le directeur en charge des problèmes de santé du Conseil départemental, comme avec les référents COVID des différents hôpitaux, des centres dédiés, du CDOM, des URPS, ect...

J'ai de fait, pu faire prendre conscience des difficultés et du stress que mes collègues rencontraient, et de la plus-value de mon rôle d'élue ordinale de proximité, qui m'a permis de mieux faire face aux aides et à l'accompagnement à mettre en place vis-à-vis de mes collègues ...

La « SOLIDARITE ORDINALE » a pris alors tout son sens à mes yeux et restera l'un des éléments essentiel et positif de toute cette période sur laquelle j'aimerais bien pouvoir rebondir ...

***Alain :***

### 1- POINT DE VUE MISSION JURIDIQUE ORDINALE

Lors d'un conseil départemental nous avons reçu un infirmier dont le B2 « l'extrait du casier



## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

judiciaire » était non vierge et révélait des condamnations pour conduite en état d'ivresse ainsi qu'un délit de fuite.

Lors de l'audition de cet infirmier, ses propos étaient très incohérents et manifestement il était dans un état d'alcoolémie avancée.

La réglementation impose que nous posions des questions sur les faits qui ont amené la convocation de l'infirmier c'est-à-dire l'extrait de casier judiciaire B2 ... Après l'audition de celui-ci un malaise s'est ressenti au sein du Conseil départemental. Tout d'abord les explications de l'infirmier concernant sa condamnation n'étaient pas claires mais son état d'alcoolémie nous avait tout autant interpellés ...

Notre conseil a décidé à l'unanimité de ne pas inscrire cet infirmier au tableau de l'ordre mais beaucoup de questions sont restées en suspens pour bon nombre des membres du conseil.

Comment pouvions-nous accompagner cet infirmier afin de lui permettre de reprendre son activité ? Comment aurions-nous pu l'amener à rentrer dans un processus de soins alors que nous venions de lui refuser l'inscription au tableau de l'Ordre ?

De quelle manière pouvions-nous sensibiliser cet infirmier à son problème d'alcool ?

Toutes ces questions ont été sans réponse, d'autant plus que l'infirmier verbalisait clairement le fait et la nécessité de vouloir retravailler : « J'ai besoin de travailler » « si vous ne m'inscrivez pas je ne peux pas travailler » ...

L'ensemble du conseil et moi-même avons été soumis à cette dualité que connaît l'élu ordinal entre aide et mesure de « salubrité »... (cf. les propos du Professeur Eric Galam DIU « soigner les soignants »).

Cependant les propos de l'infirmier, son visage et son attitude ont fait écho à mon sens à la pensée d'Emmanuel LEVIMAS (1): « Autrui m'oblige ».

Comment aurions-nous dû agir sur le moment ?

Ou a posteriori, après la notification reçue par l'infirmier de sa non-inscription au tableau de l'Ordre ?

Toutes ces questions restent à ce jour en suspens.

### 2- POINT DE VUE SOIGNANT/ELU

J'ai été confronté à cette dualité entre ma fonction d'élu ordinal et mon rôle de soignant.

J'ai le souvenir d'une situation où une infirmière a fait un recours à la suite de sa non-inscription au tableau de l'Ordre par un Conseil départemental pour insuffisance professionnelle.

Cette infirmière qui travaille dans une grande institution hospitalière avait fait un burn-out et avait été mise en arrêt de travail plus de deux ans.

Lors de sa reprise d'activité en mi-temps thérapeutique, elle a fait une erreur administrative au sujet d'un traitement et par suite d'un rapport de sa hiérarchie elle a été licenciée pour faute grave...

Cette notification a été transmise à L'ARS qui l'a fait suivre au Conseil départemental, au même moment même où elle demandait son inscription au tableau de l'Ordre.

Lors de l'entretien pour valider ou non sa demande d'inscription, elle a verbalisé le fait qu'elle s'est sentie en difficulté à la suite d'une organisation qu'elle a qualifiée de « non adaptée » à la suite de son burn-out.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

On s'est bien- sûr demandé pourquoi elle n'était pas déjà inscrite, et pourquoi avait-elle décidé de s'inscrire à ce moment-là ?

Après avoir demandé une expertise pour insuffisance professionnelle le Conseil départemental de l'Ordre infirmiers (CDOI) a maintenu sa décision de non-inscription, car le rapport d'expertise était trop « flou » pour eux.

L'infirmière face à cette non-inscription a fait un recours, et lors de l'audience, elle s'est exprimée très clairement, a détaillé avec précision son expérience professionnelle, ses compétences et tout ce qu'elle avait pu mettre en œuvre pour retravailler... Le Conseil régional (CROI) après délibération a décidé de l'inscrire au tableau de l'Ordre.

Cette situation démontre bien que nos consœurs et confrères peuvent être dans des difficultés personnelles et professionnelles avérées.

Notre consœur a verbalisé son « désir de reprendre son activité » mais a émis également « des réserves sur sa capacité à retravailler car toute cette période la faisait douter d'elle ».

A travers cet échange, j'ai compris qu'elle aurait besoin d'être accompagnée dans sa reprise d'activité, d'avoir un soutien afin de la conforter sur son professionnalisme et sa capacité à exercer ou non son activité.

Cependant il nous a été impossible d'apporter une aide de manière ouverte car nous étions là pour décider ou non à l'autoriser à exercer, et comment pouvions-nous lui dire : « si on vous y autorise, on sera là aussi pour vous accompagner » ?

Le besoin d'entraide ou d'accompagnement n'est pas toujours exprimé par l'infirmière ou l'infirmier de manière explicite.

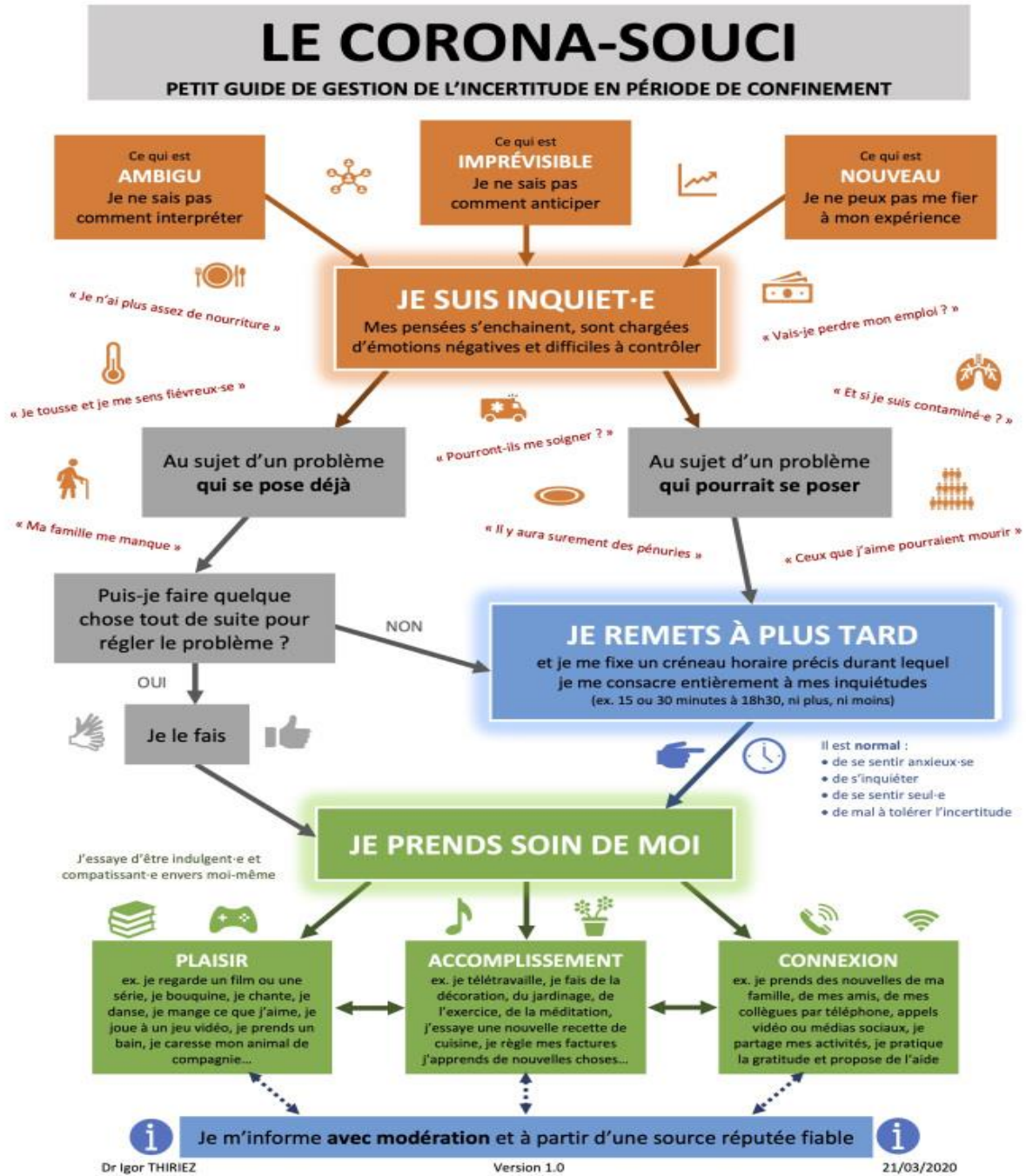
L' élu ordinal doit-il repérer cette demande ?

Peut-il repérer cette demande en fonction de ses compétences ?

Que doit-il faire s'il repère ce besoin ?

### **RESULTATS :**

Le petit guide sur le CORONA SOUCI concernant la gestion de l'incertitude en période de confinement du Dr Igor THIRIEZ (2) résume bien toute la complexité de la gestion des stress pendant cette période et à travers nos expériences personnelles pendant ou en dehors de la crise...



## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Il est à noter que le conseil de l'Ordre des Infirmiers est le tout dernier ordre professionnel de santé à avoir été créé par la loi du 21 décembre 2006.

Cette « jeunesse ordinale » fait porter sur notre ordre un regard probablement différent de la part des infirmiers par rapport à d'autres professionnels de santé comme les médecins qui ont un ordre beaucoup plus ancien et inscrit dans le paysage sanitaire depuis plusieurs années.

Beaucoup d'infirmiers ont exercé leur activité professionnelle sans ordre et beaucoup rentrent dans la vie professionnelle avec cette obligation d'inscription.

Les infirmières et les infirmiers sont une profession très peu syndiquée.

De plus, notre profession, par son histoire et ses origines, ne s'est jamais auto-régulée, ce changement de paradigme modifie peut-être le rapport à l'ordre ? Ou à la vision de l'ordre ?

L'exemple de la crise sanitaire que nous avons traversée a conforté l'idée que l'ordre pouvait être une sorte de « guichet unique », « une porte d'entrée » dans le besoin d'entraide, de soutien, de solidarité et d'accompagnement.

En effet, nous avons été avec quelques élus ordinaires prêts à donner notre numéro de téléphone pour répondre à nos consœurs et confrères, cette attitude était guidée par un besoin de solidarité dans ce contexte si particulièrement anxiogène.

Même si au début les appels étaient très tendus, voire agressifs, il semble qu'ils étaient synonymes d'un état de tension et de stress intenses.

Si parfois nous n'avions pas de réponse très concrète (ex : absence de masques ou de surblouses... ) nous avons pu nous rendre compte qu'une écoute attentive, un échange, et souvent une vision réflexive de l'exercice de l'appelant permettait non seulement de relativiser la situation, parfois de trouver une solution, mais toujours de répondre à l'angoisse, au stress grâce à cet accompagnement. Le fait d'être « à côté d'eux » était parfois suffisant à calmer ces angoisses.

Mais si la crise a pu démontrer cela davantage, bien souvent, nous, les élus ordinaires nous sommes questionnés sur notre rôle dans nos missions institutionnelles nous demandant si nous devons répondre ou pas à des questions organisationnelles ou à ce que nous dictaient plutôt nos envies personnelles, relationnelles et surtout professionnelles en nous confrontant à cette réalité... Comment trouver le juste milieu quant à pouvoir ou devoir répondre ou pas aux attentes de nos collègues infirmiers en détresse ...?

Cette demande exprimée par nos consœurs et confrères est un besoin que nous pourrions qualifier d'accompagnement de proximité, sur les « petites choses de la vie » qui parfois « polluent » l'existence du professionnel qui a le sentiment de ne pas s'en sortir.

On donc peut se demander si :

- L' élu ordinal peut exercer cet accompagnement de proximité ?
- L' élu ordinal doit exercer cet accompagnement de proximité ?
- L' élu ordinal est sensibilisé à cela ? S'il a une formation suffisante pour cela ?

Les différentes situations d'appels que nous avons vues, interrogent sur la dualité qui peut exister entre la fonction d' élu ordinal et le rôle de soignant de l'infirmière ou l'infirmier.

Pour cela nous allons essayer de comprendre pourquoi cette dualité existe pour l' élu ordinal infirmier.

## **DISCUSSION**

### **1) Le Conseil de l'Ordre Infirmiers**

Le conseil de l'Ordre des infirmiers a été créé en France à la suite de l'adoption d'une loi le 14 décembre 2006, qui sera promulguée sous le numéro n° 2006-1668 le 21 décembre 2006.

L'article L. 4312-1 du Code de la santé publique déclare :

« L'ordre national des infirmiers veille au maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie de la profession d'infirmier.

Cet article développe la nécessité pour l'élu ordinal d'assurer auprès de nos concitoyens la mission de service public et garantir que l'infirmier qui exerce possède bien les principes d'éthique, de moralité et de compétence indispensables à sa profession

Cependant le Code de la Santé Publique (CSP) stipule également dans

L'article L. 4312-2. :

« L'ordre des infirmiers peut organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

Cet article démontre que l'ordre peut venir en aide à une infirmière, un infirmier, mais cet article reste flou quant à la définition de cette entraide.

### **Définition actuelle de l'entraide ordinale :**

#### **Historique**

L'entraide tire clairement son origine de l'aide dans l'adversité comme le mentionne l'article 56 du code de déontologie médicale (Art. R.4127-56 ) issu de code de la santé publique. ( 3)

Tout comme pour les médecins, on retrouve cet article dans le Code de déontologie des infirmiers, issu du même code de la santé publique) :

« Les infirmiers doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.( Art.R.4312-25. du Code de Déontologie des infirmiers)

Un infirmier qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du Conseil départemental de l'Ordre.

Les infirmiers se doivent assistance dans l'adversité.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Il est donc important de mentionner en premier lieu que si les Ordres doivent fournir un service d'entraide, tout professionnel doit y participer au titre de l'assistance à confrère ou une consœur dans l'adversité. L'Ordre peut donc solliciter tout professionnel pour participer aux œuvres d'entraide auprès de ses consœurs et confrères.

Toutefois, il est important de préciser que pour l'Ordre National des Infirmiers, l'entraide fut envisagée et fut instaurée dès le début de son action.

En effet, dès la création de l'Ordre national des infirmiers, par la loi : LOI n° 2006-1668 du 21 décembre 2006, la mission d'entraide est inscrite et est même positionnée comme mission prioritaire.

En effet, lors de l'étude de ce projet de Loi à l'Assemblée Nationale (comme mentionné dans le compte rendu analytique officiel) pendant la 1ère séance du 13 juin 2006 de 9 heures 30 et sous la Présidence de M. Maurice Leroy, sera rappelé ce point :

***M. Paul-Henri Cugnenc (répondant à Jean Marie le Guen) : – Cet ordre regroupera obligatoirement – et ce terme lève toute ambiguïté quant à sa représentativité – tous les infirmiers habilités à exercer en France.***

***Ses missions prioritaires seront la défense et l'indépendance de la profession, l'organisation d'œuvres d'entraide et de retraite, et la participation à titre consultatif aux projets de loi et de règlement concernant les conditions d'exercice et la formation des infirmiers. Pour les accomplir, il entendra les syndicats et associations de professionnels et d'usagers. Enfin – et surtout – il effectuera le suivi démographique de la profession : son rôle et les contacts qu'il nouera à cette occasion avec d'autres instances du monde de la santé s'avéreront essentiels lorsqu'il faudra réfléchir à la délégation à accorder à la profession infirmière et aux nouveaux types de partenariats qu'exigera la mutation démographique du secteur.***

*Cette nouvelle instance est utile, légitime et nécessaire. Placée au-dessus des clivages traditionnels, elle donnera un éclairage dont tous nos concitoyens pourront bénéficier.*

Il est donc clair que la volonté du législateur était de placer l'entraide au cœur des missions de l'Ordre.

Toutefois, on voit bien que ce concept d'entraide reste assez obscur et peu détaillé. S'agit-il seulement d'argent ?

L'Ordre National des Médecins en donne la définition suivante sur son site internet :

*« Le service de l'entraide créé par l'Ordre, conformément à ses missions constitutives, permet d'apporter une aide confraternelle à des médecins en difficulté ou à leur famille. Ce soutien peut prendre la forme d'une aide financière, ponctuelle ou non, de conseils, d'accompagnement social, etc.*

*L'entraide s'adresse à tous les médecins, inscrits au tableau de l'Ordre, qui rencontrent des difficultés qu'elles soient ponctuelles ou durables (difficultés financières, sociales, professionnelles,*

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

*personnelles ou relatives à leur état de santé). Elle s'adresse aussi à leurs familles et à leurs ayants-droit.*

*Pour en bénéficier, le médecin (ou sa famille) s'adresse en priorité à son Conseil départemental ou au Conseil national de l'Ordre des médecins. »...*

A travers nos réflexions et nos discussions nous nous efforcerons de faire des propositions quant à une nouvelle définition de l'Entraide pour l'Ordre Infirmiers...

### 2) **Le « Prendre soin » et le besoin d'accompagnement**

Le « Prendre soin » est un concept qui prend son origine dans la langue anglaise sous le vocable « care », mot difficilement traduisible. Le terme anglais comprend deux unités de sens indissociables : l'une traduit une attitude particulière et responsable dans la relation de soins, l'autre renvoie à une action de soins. L'attitude du « prendre soin » fait appel à une responsabilité pleine et entière, empreinte de sollicitude et du souci des autres (aspect éthique du soin).

Si ce concept central des soins infirmiers, réintroduit en France par Marie-Françoise COLLIÈRE (4) dans les années 80, n'est pas exclusif aux infirmiers, il n'en demeure pas moins la préoccupation même, le socle sur lequel s'appuie ce qu'en France nous nommons le « cœur de métier ». En effet, les infirmiers et infirmières françaises appréhendent intuitivement le « prendre soin » comme le cœur de leur métier et se le représentent idéalement comme généreux et bienveillant.

Walter Hesbeen (5) infirmier et docteur en santé publique apporte de nombreux éclairages et réflexions sur le prendre soin :

« Prendre soin, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière c'est-à-dire unique ».

Le « prendre soin » s'appuie sur le concept de la « pensée complexe », il s'agit d'une approche qui s'efforce de prendre en compte toute la complexité de la personne humaine.

Prendre soin, selon Walter HESBEEN, est un art, l'art du thérapeute qui réussit à combiner les éléments de connaissance, d'habileté, de savoir être, d'intuition qui vont permettre de venir en aide à quelqu'un, dans sa situation singulière. »

Le « prendre soin » est lié à la question du sens :

- Sens pour le soignant : prendre soin d'une personne au lieu de faire des soins ...inscrit le soin dans une perspective aidante pour la personne soignée.

- Le concept de « prendre soin » est ici posé comme une valeur, une orientation philosophique du soin et non comme une orientation scientifique car elle permet de considérer « l'être humain en tant que sujet singulier ou corps que la personne est et jamais comme un objet de soins.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

- Le concept de « prendre soin » est au service de la santé publique car l'individu n'est pas isolé de son contexte collectif, et le collectif ne néglige pas l'individu en tant que sujet singulier.

Les soignants, par le « prendre soin » aident la personne à satisfaire les besoins perturbés, à accéder à d'autres niveaux de besoins, à retrouver un état d'indépendance, d'autonomie, à retrouver une meilleure qualité de vie.

Le « prendre soin » est sous-tendu par des valeurs professionnelles humanistes. Ces valeurs sont déclinées dans la déclaration des droits de l'homme et dans nos règles professionnelles. Elles sont d'ailleurs souvent reprises dans les projets des I.F.S.I. (Instituts de Formation en Soins Infirmiers)

-La valeur fondatrice du soin est le respect de l'autre mais aussi, la tolérance, l'intégrité, la responsabilité, la solidarité.

- L'humanité dans le soin, permet la compassion, l'empathie, la prise en compte de l'autre dans sa singularité.

L'accompagnement pourrait se définir comme un ensemble de conseils personnalisés et de mesures de suivis apportés à court et à moyen terme, à une ou à plusieurs personnes, pour répondre à des besoins d'ordre personnel, familial et professionnel.

Dans le courant humaniste de Walter HESBEEN, c'est « faire un bout de chemin avec l'autre en difficulté ».

Rapidement cette notion d'accompagnement rappelle la pensée de Carl ROGERS (6) psychologue humaniste américain, avec la relation d'aide et l'approche centrée sur la personne.

Pour se faire, selon lui, trois attitudes doivent émerger : L'empathie, la congruence, et le regard positif.

### 3) **L'Ecoute et La Relation d'Aide:**

Les concepts « rogoriens » mettent en avant la notion d'écoute, et Carl ROGERS en est l'un des pionniers et le père de l'écoute active... :

« C'est parce qu'il est difficile d'écouter que nous préférons juger »

Dans ce cas précis ROGERS fait allusion au rôle de « Conseiller » pour aider l'autre (le client) en portant son attention du côté du cœur et non de la raison. L'écouter met ainsi en place une attitude d'authenticité et de compréhension bienveillante sans chercher à interpréter et/ou juger...

La notion de « Conseiller » est ici particulièrement intéressante quand on la transpose au rôle du



## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

« Conseiller Ordinal »

Deux grandes dimensions de l'écoute sont le dit et le non-dit ... :

« Celui qui ne comprend pas un regard, ne comprendra pas une longue explication »

TALLEYRAND (7)

Dans le Prendre Soin, nous devons très souvent savoir ECOUTER l'autre et encore plus la personne en situation de « demande » d'aide et/ou d'entraide. C'est souvent plus à travers de ce que l'on voit, de ce que l'on observe, ce que l'on ressent, que nous sommes le plus en mesure de montrer une véritable empathie dans notre rôle d'aidant.

Prendre conscience qu'« écouter, c'est prêter à l'autre son attention », nécessite un effort sur soi pour aller au-devant de l'autre et donc a fortiori, un savoir-faire... Faire preuve d'humilité, de tolérance au-delà de nos propres considérations affectives, ne s'improvise pas et tout particulièrement dans une relation d'aide.

Et qui plus est, c'est aussi faire l'abnégation de tout préjugé, de jugement ou de subjectivité liés à l'entretien en tant que « conseiller » ordinal.

Développer la relation d'aide selon Carl ROGERS (8), c'est être en mesure de proposer de l'aide afin d'accompagner le soignant en détresse.

Les 3 qualités d'un « aidant » selon Carl ROGERS :

### 1- la congruence ou authenticité –

C'est savoir s'écouter et s'accepter tel que l'on est - savoir exprimer ouvertement les sentiments qui nous habitent de l'intérieur - sentiments en cohérence avec des attitudes disponibles à sa conscience - et être capable de les communiquer au moment opportun. Rogers précise que personne ne peut atteindre pleinement cet état de conscience. Cependant, « plus l'aidant sera vrai et congruent dans ses relations, plus le changement de personnalité aura de chances de se produire chez l'aidé ». Par ailleurs, plus la relation sera authentique et plus l'aidant se sentira à l'aise dans son « intérieur ou insight », donc plus libre.

### 2- la considération positive inconditionnelle ou acceptation de l'aidé –

C'est adopter une attitude chaleureuse, positive et réceptive des sentiments qui habitent l'aidé, sans réserve ni jugement - admettre et apprécier ce qui « est » dans les ressentis de l'aidé; par exemple des émotions de peur, colère, haine, douleur, orgueil ou amour, courage...

### 3- la compréhension empathique –

C'est deviner les sentiments éprouvés par l'aidé et les percevoir « de l'intérieur » - communiquer quelque chose de cette compréhension. Cependant, cela est complètement différent de dire « Je vous comprends... » qui est plutôt une analyse venue de l'extérieur. Il faut arriver à saisir ce que l'aidé éprouve à l'intérieur comme il le voit et le sent sans y dissoudre sa propre identité.

Ainsi, plus le soignant sera vrai et congruent dans ses relations, plus il admettra de façon positive les sentiments traversant l'aidé, plus il les ressentira à son tour et plus le changement de personnalité aura des chances de se produire chez l'aidé. En effet, ce dernier percevra ces comportements d'écoute bienveillante qui favoriseront l'acceptation de ses propres sentiments. Il aura tendance à abandonner ses processus défensifs et une dynamique d'évolution positive se mettra progressivement en place. A travers les entretiens et les expériences ressenties des changements apparaîtront dans son comportement qui seront les résultats d'une relation d'aide aboutie.

L'approche de la formation en relation d'aide de Colette PORTELANCE (8), présidente et directrice du CRAM ( Centre de Relation d'Aide de Montréal), tend à démontrer que l'importance de la relation profonde et authentique, transforme en un « mieux être » la relation thérapeutique et que cette démarche ne se réalise pas dans un climat de confrontation mais bien dans une atmosphère de respect de soi et de respect des autres, d'écoute empathique et d'authenticité, qui se caractérise par la présence chaleureuse de l'aidant.

Naturellement, le meilleur moyen d'être en capacité de pratiquer la relation d'aide est de passer par l'étape de la formation et de la connaissance de soi, de son fonctionnement psychique et de ses propres systèmes relationnels qui sont des atouts majeurs à acquérir pour mieux connaître et appréhender les mécanismes de défense de la personne en situation d'aide et peut permettre une amélioration importante dans la qualité des relations interprofessionnelles comme des missions du conseiller ordinal dans ces situations souvent sous-jacentes et très complexes que l'on peut pressentir à travers les demandes d'entraide.

#### L'Approche Centrée sur la Personne (ACP) :

On retrouve une autre approche tout aussi intéressante dans l'ACP : l'Approche Centrée sur la Personne. Toujours selon Carl ROGERS (7), l'être humain a une nature positive, équilibrée et saine. Il est animé d'un dynamisme de vie qui le pousse à se réaliser pleinement. Son approche consiste alors à lui faciliter l'accès à ses ressources.

Basée sur la confiance en la personne, la pratique de l'ACP place la relation au cœur du processus thérapeutique, c'est elle qui est opérante. A la neutralité bienveillante, il préfère une relation basée

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

sur l'acceptation inconditionnelle qui va favoriser pour le patient l'émergence d'une conscience claire des situations vécues.

La séance de type verbale a lieu en face-à-face, assis. L'aidant choisit d'instaurer une relation de type affectif positif où il s'implique de façon à sécuriser son patient et faciliter son expression. Dans une écoute dite active, l'aidant accueille le vécu actuel, qui est privilégié à l'histoire passée, en instaurant un climat adéquat.

On retrouve principalement les « 3 qualités » citées ci-dessus, comme "attitudes" à avoir à l'égard de l'aidé : l'empathie (il se met à sa place), la congruence (l'accord avec soi), l'acceptation positive inconditionnelle.

La plupart du temps, l'aidant se veut non-directif, il parle peu, reformule et accompagne son patient dans la découverte de ses propres ressources

### Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) :

Pour un soignant, « quand sa relation d'aide tombe malade, la symptomatologie est celle d'un Burn-out. » comme l'ont décrit Pierre CANOÛ et Aline MAURANGE (9) dans leur livre sur « le syndrome d'épuisement professionnel des Soignants ou Burn out »

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) ou « Burn out syndrome » sont des termes inventés par des soignants pour des soignants afin de désigner « une expérience psychique douloureusement vécue par des personnes engagées dans un travail ayant pour but d'aider les gens ».

Ce sont des cas déconcertants n'entrant dans aucune classification actuelle : pathologie psychiatrique, phénomène existentiel, expression d'une crise d'identité ... Cet ouvrage définit le concept d'épuisement professionnel des soignants et indique ses limites, permettant de le situer tant sur le plan clinique que psychopathologique. En positionnant la relation à l'autre au centre de ce syndrome, les auteurs en révèlent la spécificité...

Les auteurs font le point sur les facteurs de stress spécifiques, sur les stratégies d'adaptation et indiquent les instruments d'évaluation d'un Burn out. Ils accordent ensuite une large part aux réponses institutionnelles et individuelles pour remédier au SEPS, débouchant sur les possibilités de prévention et les aspects éthiques. Une introduction d'une étude sur la santé mentale des infirmières et des travaux concernant la notion de hardiesse psychique sont également proposés.

Là encore on retrouve la mise en avant de la notion de développement personnel comme moyen de prévenir le Burn out chez les soignants.

On peut rappeler que c'est en 1974 que pour la première fois, le concept du Burn-out ou de l'épuisement professionnel a été décrit par Herbert FREUDENBERGER (10) comme « un état de fatigue ou de frustration causé par le dévouement à une cause, à un mode de vie ou à une relation qui

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

n'a pas répondu aux attentes » ... Depuis c'est devenu une maladie professionnelle où le dénominateur commun est le lien direct entre son emploi et l'état de fatigue ou de surmenage du travailleur. Maladie qu'il faut savoir évaluer et distinguer des autres causes somatiques ou psychologiques ...

### 4- Vision éthique et philosophique

« Autrui me convoque à la responsabilité » nous dit Emmanuel LEVINAS (1), ou encore « La rencontre de l'Autre m'engage, et cela je ne peux le fuir ». Et d'ajouter que cette responsabilité n'est pas interchangeable. Car ce que je fais, personne d'autre ne peut le faire à ma place. « Le nœud de la singularité, c'est la responsabilité ».

EN QUOI LA RENCONTRE DE L'AUTRE M'ENGAGE...



«The Division Bell » Pink Floyd 1994

Notion de responsabilité :

Où est la responsabilité du soignant par rapport à la responsabilité d'élus ordinaux ?

L'ensemble des situations d'appels que nous avons vues, et l'éclairage de ces concepts, démontrent bien la dualité qui existe entre l'exercice et la responsabilité que doit exercer l'élus ordinaux dans sa pratique pour permettre de maintenir la déontologie et l'éthique nécessaires à la fonction de la profession d'infirmier, mais également pour être confronté à sa vision soignante qui est l'essence même de sa formation et de son exercice de la profession ainsi que cette notion de « prendre soin ».

### Notion de la réflexivité selon Donald SCHÖN (11) :

Dans son livre sur le praticien réflexif, il présente les résultats de ses recherches sur la manière avec laquelle les professionnels pensent dans l'action. Essentiellement, il a découvert que les professionnels efficaces sont ceux qui « réfléchissent » de manière méthodique et rigoureuse « durant » leurs actions. Cette réflexion dans l'action est à la fois une « réflexion sur » l'action et une « réflexion pour » l'action (une réflexion pour l'amélioration de l'action). Il a découvert aussi que les professionnels améliorent leur « réflexion dans » l'action (et donc qu'ils améliorent leurs actions) qu'à la condition de prendre le temps de réfléchir méthodiquement après leurs actions, c'est-à-dire en prenant un certain recul par rapport à leurs actions. Dans cette perspective, la réflexion sur l'action doit être faite non seulement sur l'action elle-même, mais aussi sur la réflexion dans cette action. Autrement dit, il faut réfléchir sur l'intériorité de l'action, et non seulement sur l'extériorité de l'action. Mais encore, qu'est-ce que réfléchir pour Schön? C'est d'abord prendre conscience, c'est-à-dire faire émerger au conscient, ce qui est inconscient. Schön dit qu'il faut rendre explicite ce qui est implicite (ou tacite). En d'autres mots, il y a toujours une dimension tacite à mon action, mais il faut que je rende explicite ce que j'ai fait (extérieurement) et ce qui m'a amené à le faire (intériorité).

### **PROPOSITIONS**

Il pourrait apparaître impossible de concilier ces deux fonctions élu ordinal /soignant, car les objectifs sont opposés... Pourtant nous pensons qu'il est possible de trouver un compromis au service de la profession et donner du sens à l'une et l'autre de ces fonctions.

Proposer différents niveaux d'interventions pour l'élu ordinal pourrait être un des moyens pour permettre d'améliorer ce besoin indispensable d'accompagnement à travers sa mission d'entraide.

Nous pensons donc qu'il nous faudrait inévitablement aller vers une nouvelle définition qui pourrait s'appeler : « ENTRAIDE ET S.O.I. » ( Solidarité Ordinale Infirmière)

Elle pourrait être redéfinie de façon claire et précise en tenant compte de toutes ces dimensions et de cette dualité mise en évidence à travers cette analyse, de ce que peut être réellement l'entraide. Ensuite on pourrait décliner une orientation nationale du rôle et des missions à chaque échelon de l'institution ordinale et par extension à chaque « conseiller » ordinal.

En quelque sorte on tendrait à aller vers une sorte de professionnalisation de l'entraide...

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Il resterait à organiser le réseau d'entraide, si possible de proximité, en lien avec le national... Après le « repérage » et « l'abordage », trouver la personne ressource ( infirmiers formés au DIU Soigner les Soignants par exemple) et/ou orienter vers une association, une plateforme, etc...

Il faudrait créer une nouvelle définition qui compléterait la définition existante et permettrait de clarifier les notions d'entraide et de solidarité, de créer des liens entre elles, et ce, grâce aux élus informés/ formés, ce qui entre autre, ferait émerger la notion d'accompagnement...

### **PROPOSITION D'UNE NOUVELLE DEFINITION :**

#### **« ENTRAIDE ET S.O.I. » ( Solidarité Ordinale Infirmière)**

En comparant plusieurs systèmes d'entraide d'Ordres différents, on peut voir une certaine récurrence :

- Il faut être inscrit à l'Ordre pour être soi-même éligible à l'entraide
- Cette éligibilité peut s'étendre à ses ayants droit
- L'entraide prend effet après validation de l'instance nationale
- L'entraide n'est pas que financière (cela peut être une écoute, un soutien social...)

Le Rapport de la Cour des Comptes de 2019 sur l'Ordre National des Médecins est venu préciser les critères encadrant l'entraide :

- Il faut une traçabilité forte des versements financiers dans le cadre de l'entraide
- Il faut un contrôle financier au niveau national
- Il faut des critères édictés pour garantir un versement homogène de fond relatif à l'entraide sur l'ensemble du territoire
- Il faut que tout versement financier soit justifié et argumenté
- Il faut que les règles d'applications de l'entraide soient les mêmes sur tout le territoire

Il faut que l'entraide réponde à un besoin d'un cotisant à l'ordre venant d'un événement qui l'impact négativement et qui était imprévisible et non fautif.

- Il faut qu'en cas de prêts financiers, on respecte la législation bancaire. Ce prêt doit aussi revêtir un caractère social.

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Interrogé sur le sujet de l'entraide, Patrick Chamboredon, le Président actuel de l'Ordre National Infirmiers, s'exprime en définissant les contours de cette mission:

*« L'entraide s'adresse à tous les infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre qui rencontrent des difficultés, qu'elles soient ponctuelles ou durables : difficultés financières, sociales, professionnelles, personnelles ou relatives à leur état de santé.*

*Lors d'un décès, cette entraide s'étend aux ayants droits de l'infirmier décédé. L'entraide intervient dans le cas où un événement imprévu (et non fautif) vient mettre en grave difficulté sociale l'infirmier ou sa famille (maladie, décès, handicap...)*

*L'entraide n'est pas que financière, l'entraide s'entend au sens large avec une prise en charge globale de la problématique (juridique, sociale, psychologique... )*

*Pour déclencher une action d'entraide, financière ou non, une demande doit avoir été formulée par l'infirmier inscrit et remplir certaines conditions établies dans une liste précise et utilisable dans tous les cas de demandes d'entraide Une commission nationale valide et contrôle l'application de l'acte d'entraide. Les sommes allouées sur l'entraide doivent être hétérogènes par dossier*

*De plus, en cas de prêt, cela doit revêtir un objet social et respecter l'article L. 511-6 du code monétaire et financier. »*

En résumé, l'entraide s'adresse à tous les infirmiers inscrits à l'Ordre, rencontrant des difficultés, y compris un décès.

Une commission nationale contrôle et valide l'application de l'acte d'entraide.

Mais celle-ci ne doit pas être pas que financière... Elle doit prendre en charge l'aidé dans sa globalité ; elle doit être étayée par une écoute, un accompagnement, des propositions faites à l'aidé.

Ça doit être une mission essentielle de l'Ordre et un devoir pour tout infirmier inscrit dont le conseiller ordinal.

Alors comment faire pour que cette notion d'entraide impacte chaque professionnel de santé et chaque élu de proximité ?

### Le Conseil National de l'Ordre Infirmiers ou CNOI

- Le CNOI doit **informer** l'ensemble des élus et en particulier les élus de proximité de la définition de l'entraide et de son organisation, et être vigilant quant au repérage de situations d'entraide qui pourraient être « désamorçées » via un accompagnement de proximité.
- Le CNOI doit **sensibiliser** les élus, soit par un « inventaire » de situations pouvant alerter (ex : multiples appels au CDOI et maintes conciliations, comportements anormaux lors de ces dernières, ect ...)
- Le CNOI doit **financer** l'entraide directement demandée par une infirmière ou un infirmier, mais également l'organisation de l'entraide sur le territoire et notamment en professionnalisant celle-ci en s'appuyant sur des professionnels du domaine médical, psychologique, juridique et social quand la problématique n'a pu être résolue par l'accompagnement de proximité. Cela passe par le financement d'une plateforme, ou d'une association ou de réseaux de professionnels.

### L'entraide de proximité

Les conseillers ordinaires dans leur ensemble, mais également les conseillers ordinaires de proximité dans les départements peuvent être à même de repérer des situations qui nécessiteraient un accompagnement professionnalisé (plateforme...) et donc avoir la capacité de proposer à l'infirmière ou à l'infirmier les différentes solutions existantes afin de se faire aider.

Le conseiller ordinal de proximité pourrait également demander un conseil ou une aide face à une situation, ou orienter directement l'infirmière ou l'infirmier vers un infirmier (et /ou conseiller ordinal ?) formé au DIU « Soigner les Soignants » par exemple, ou formé à la Relation d'Aide et qui aurait été préalablement recensé par le CNOI.

Enfin le conseiller ordinal de proximité pourrait être sensibilisé et formé pour répondre à toute demande d'accompagnement que l'on pourrait qualifier « des petites choses de la vie » qui peuvent « empoisonner » le professionnel et qui au risque de s'accumuler viendrait déstabiliser et fragiliser un peu plus celui-ci.



### **Infirmières et Infirmiers formés au DIU Soigner les Soignants**

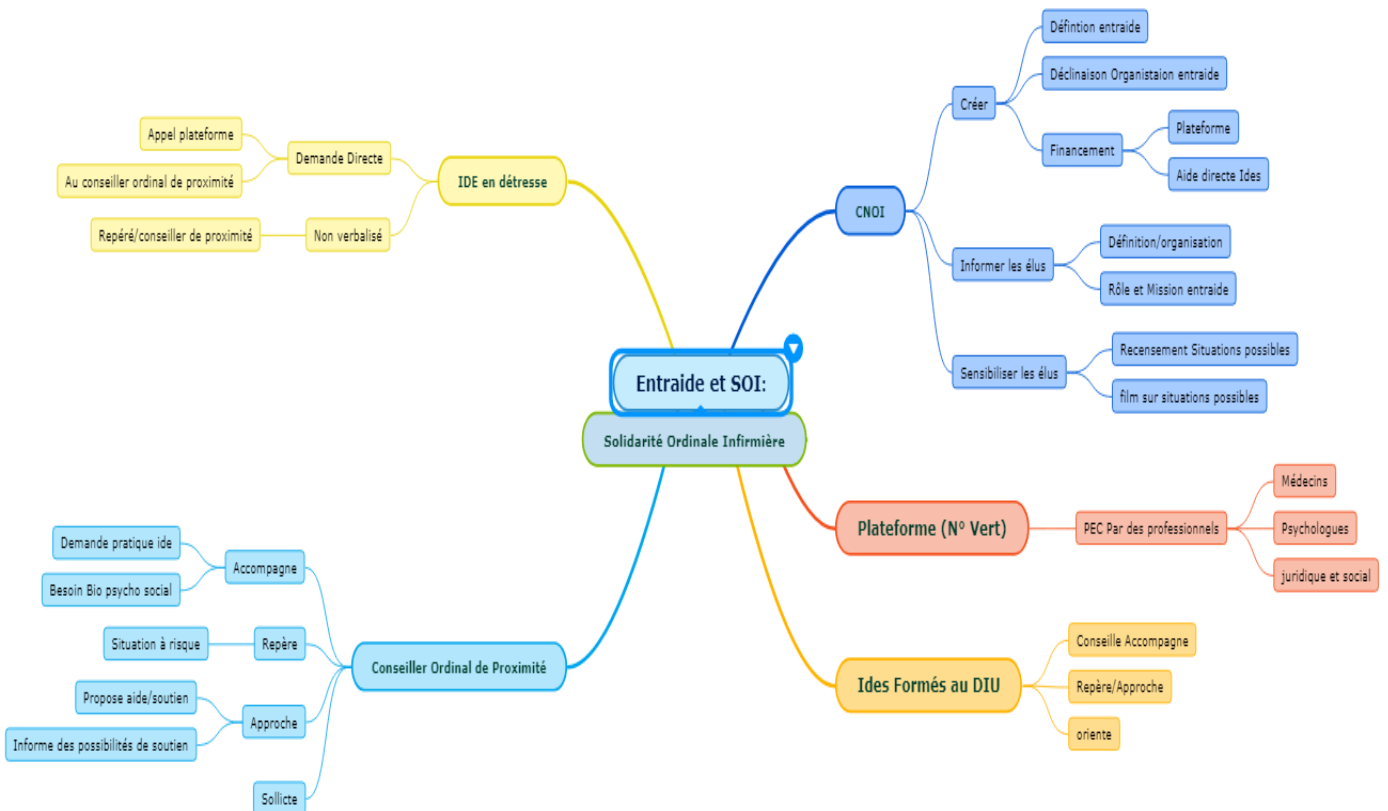
Les infirmières et infirmiers formés au DIU « soigner les soignants » pourraient de fait, être un appui pour les élus ordinaires de proximité en terme d'aide et de conseil, mais également pour prendre le relais face à une situation plus complexe, pour aider à accompagner le professionnel en difficulté et l'orienter vers la personne ou les structures adaptées à sa problématique.

Ils deviendraient ainsi des personnes ressources et pourraient être les précurseurs d'un nouveau métier pour aider à orienter au mieux les infirmiers en difficulté.

### **Plateforme (Numéro Vert)**

La plateforme et/ou association pourrait être, soit un numéro d'appel unique avec une réorientation possible, soit plusieurs numéros, qui permettraient de prendre en considération le soignant souffrant dans sa dimension bio -psycho -sociale et répondre à sa demande aiguë, soit une demande formulée par un élu ordinal de proximité vers un élu formé au DIU ou directement par l'infirmier lui-même. Et surtout cela pourrait accompagner le professionnel dans sa problématique sur le long terme.

**Carte mentale : Une Vision globale de l'entraide**



Nous avons pu voir que les élus de proximité peuvent être devant des situations qui nécessitent un accompagnement de proximité, et /ou la nécessité de passer le relais car ils n'ont pas suffisamment de compétences pour aller au bout de l'accompagnement.

Il s'agit donc de réaffirmer le rôle de l' élu en tant que « Conseiller ordinal » et de le redéfinir non seulement en tant que « Conseiller aidant » mais comme celui qui gardera inexorablement sa capacité à être et se reconnaître comme « Soignant aidant ».

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Pour exemple, il pourrait mettre en place une forme d'accompagnement lors de l'annonce d'une plainte, et serait mieux formé pour, non seulement ne jamais juger de prime abord, toujours rester neutre, mais surtout faire preuve de bienveillance et de prendre soin...

### Outils à retenir :

La Communication : quelques exemples d'outils à utiliser...

- Site internet de l'ONI
- Carte de visite avec Numéro Vert de la Plateforme inter-Ordre, beaucoup plus détaillée
- Carte Mentale avec arborescence pour faire tous les liens au sein de l'ONI et entre autre, entre la commission d'Entraide et S.O.I. (Solidarité Ordinale Infirmière)
- Utiliser un acronyme : « ISA » ou un acrostiche : « AIDER » qui pourraient être le titre d'un flyer mis à disposition, comme celui de l'association « MOTS » (Médecin Organisation Travail Santé) et du CROM d'Occitanie .

### **ISA**

- I** informer les élus de leur rôle et mission dès le début de leur mandat sur l'entraide
- S** sensibiliser les élus sur cette entraide de proximité
- A** accompagner avec des infirmiers effecteurs formés au DIU « soigner les soignants »

### **AIDER**

- A**ccompagner nos collègues en difficulté
- I**nformer les élus des personnes ressources
- D**écliner rôles et missions de chacun sur l'entraide
- E**mpathie avec nos confrères et consœurs
- R**éorienter vers un professionnel formé et sensibilisé à l'accompagnement (DIU)

- Vidéo pour la formation et la sensibilisation des élus :

Ex de script : Création d'un film lors d'une conciliation qui met en avant le rôle d'Accompagnement du conseiller Ordinal vu par l'IDE qui « subit » la conciliation et le rôle et la mission de l' élu dans le repérage et l'abordage...

**La formation :**

Formation des nouveaux élus :

Sensibilisation primordiale car ce sont eux qui au cours de leurs 6 ans de mandat à venir, seront inévitablement confrontés à des situations où ils seront « tirillés » entre leurs fonctions de conseiller ordinal et leur fonction de soignant.

P.P.T à imaginer avec des exemples concrets de mises en situation lors d'une conciliation ou d'un recours...

Formation pour tous les élus :

Formation de type « développement personnel » sur des thèmes autres que juridiques :

Exemples :

- L'ECOUTE ACTIVE
- LA RELATION D'AIDE
- L'APPROCHE CENTREE SUR LA PERSONNE (ACP)
- LA REFLEXIVITE

ect...

### **CONCLUSION:**

Nous avons démontré qu'il n'est pas facile de concilier notre rôle de « prendre soin » et/ou de bienveillance avec les missions des conseillers ordinaires et surtout celles liées à l'entraide, à travers ces situations d'appels issues de nos expériences et vécus respectifs, lors de missions ordinaires mais aussi de notre vécu professionnel et personnel.

Nous avons pu voir qu'il existe une dualité entre le conseiller ordinaire qui exerce ses missions de service public et le conseiller ordinaire soignant qui prend en considération la souffrance de la consœur ou du confrère qui est en face de lui.

La « jeunesse » de l'ordre infirmier montre qu'il peut être une porte d'entrée sur le repérage et la nécessité d'un accompagnement de l'infirmière et l'infirmier.

Nous pourrions répondre à cette dualité en professionnalisant l'entraide et en développant une organisation où le rôle et les missions de chaque fonction pourraient clairement être identifiés.

Le choix stratégique pour l'Ordre National des Infirmiers serait d'organiser l'entraide nationale et l'accompagnement de proximité, pour mettre en place une autre forme d'entraide, autre que financière, en essayant de conseiller et si besoin est, de réorienter l'infirmier en difficulté pour une meilleure prise en compte de ses problèmes.

Nous pourrions sûrement envisager de créer un « *groupe de réflexion inter-Ordres* » constitué des élus formés au DIU « Soigner les Soignants » qui pourraient être force de propositions pour faire évoluer l'ENTRAIDE et la SOLIDARITÉ ordinaire.

Nous pensons aussi qu'il ne serait pas « utopique » que cette dualité soit atténuée par une évolution de notre code de déontologie qui tendrait à définir de nouveaux articles, comme un « devoir confraternel », la proposition d'écoute, d'aide, et d'accompagnement d'une consœur ou d'un confrère...

Mais également que nous pourrions réfléchir à des exemples européens, comme en Espagne dans la région autonome de Catalogne qui accompagne financièrement le professionnel qui accepte d'être suivi pour état pathologique ou d'insuffisance professionnelle...

Enfin, nous pensons clairement que nous ne sommes qu'au début du chemin de la réflexion et de la redéfinition du concept « ENTRAIDE et S.O.I » directement lié au besoin d'ACCOMPAGNEMENT.

### **Mots clés :**

Accompagner Orienter Solidarité Proximité Prendre - soin Relation - d'aide

**BIBLIOGRAPHIE et CITATIONS**

- (1) « L'éthique comme philosophie première » 1998 et « Totalité et infini : essai sur l'extériorité » 1991 Emmanuel LEVINAS
- (2) « Prenez soin de vous » Igor THIRIEZ psychiatre
- (3) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/>
- (4) « Promouvoir la vie » 1981 et « Soigner, le premier art de la vie » 1996, Marie-Françoise COLLIÈRE Paris, Inter Edition
- (5) « Prendre soin à l'hôpital » inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Walter Hesbeen. Paris, inter édition, 1997, 208 p.
- (6) « Le développement de la personne ». Inter Éditions 2018 Carl ROGERS
- (7) « La relation d'aide et la psychothérapie ». (20ème édition).Edition ESF 2019 Carl ROGERS
- (8) « L'approche centrée sur la personne » et « le développement de la personne » Carl ROGERS Dunod 1968
- (9) « Celui qui ne comprend pas un regard, ne comprendra pas une longue explication »

Citation de Charles-Maurice de Talleyrand-Périgord,(2 février 1754 - 17 mai 1838) homme politique et diplomate français.

- (10) « La communication authentique » et « L'aidant en relation d'aide » Colette PORTELANCE édition du CRAM 1994 – 1999
- (11) « Le Burn out ou syndrome d'épuisement professionnel des Soignants » selon Pierre CANOÛÏ et Aline MAURANGE Juillet 2004 3<sup>ème</sup> édition Masson
- (12) «Staff burn-out» Herbert FREUDENBERGER *J Soc Issues*, 1974
- (13) « Les pratiques réflexives de la formation » 1984 Donald SCHON philosophe

**Autres propositions bibliographie qu'il nous semble intéressant de noter :**

- « Le Burn out des Soignants » Vincent LECOURT et Rosette POLETTI RMS éditions
- « La souffrance des soignants » Robert HOLCMAN édition Dunod
- «Soignants- Soignés, approche anthropologique des soins infirmiers » Anne VEGA édition De Boek