

# La soumission en héritage

Refuser l'héritage laissé par nos aïeux revient, pour les femmes, à renoncer à une pseudo sécurité dont la soumission est le prix à payer. Tel est, aussi, le dilemme des infirmières.

**I Anne Perraut Soliveres**, praticienne chercheuse, cadre infirmier

*« L'essentiel est invisible. »  
Le Petit Prince, Antoine de Saint Exupéry.*

Poser la question de l'invisible dans les soins, couplé au féminin, s'est imposé à moi comme une évidence, sans que je sache par quel bout attraper le lien invisible qui les tient ensemble. Toute ma vie professionnelle, comme personnelle, a dû se définir dans cette invisibilité que je n'ai eu de cesse de traquer, tantôt pour dévoiler ce que je croyais indispensable de partager, tantôt pour travailler dans son ombre complice, propice à une liberté de penser que je n'aurais jamais soupçonnée dans la lumière du jour.

## Une histoire de femmes et de classe

Je ne me suis jamais reconnue dans le féminisme pur et dur, rencontré à l'aube de ma vie d'adulte et ce n'est que maintenant que j'en comprends les raisons profondes. Issue d'une famille pauvre et résignée, où les femmes étaient très actives et se débrouillaient de tout, j'ai été d'emblée beaucoup plus préoccupée par l'inégalité d'accès au savoir et par l'injustice de classe, particulièrement criants dans mon milieu rural, qui ne faisaient guère meilleur sort aux hommes. Je me suis donc toujours pensée « égalitariste » plutôt que féministe, associant une conscience aiguë de l'écart phénoménal entre les nantis et les autres et le rejet de la distinction de genre face aux corvées et aux responsabilités. J'étais destinée, comme beaucoup de filles de ma génération et de ma « condition », à « servir » dans une famille bourgeoise, la fille des ex-employeurs de ma mère espérant me récupérer à la sortie du cycle scolaire obligatoire. J'aurais de loin préféré continuer à aller à l'école mais, comme le disait ma mère avec amertume : « Ce n'est pas pour nous ». Je fis mes premiers pas de « bonne à tout faire » dès le mois de juillet suivant le certificat d'études

primaires, auprès d'une vieille marquise d'un château voisin pendant les vacances d'été. J'y découvris (j'avais 14 ans) le « droit de cuissage » au travers du harcèlement d'un de ses neveux, un père de famille aussi laid que malsain, chez lequel elle m'avait emmenée pour quelques jours, et au service duquel j'étais « invitée » à me tenir pour l'occasion. J'étais d'une timidité maladive et ne savais guère comment me sortir de cette situation, n'ayant ni les mots pour le dire ni l'audace de me plaindre, ni surtout aucun interlocuteur à qui me confier. Je ne cédaï pas à ses manœuvres malgré son insistance, mais n'osai jamais en parler à la vieille dame, un peu « décalée », qui me racontait des histoires du passé jusqu'à des heures avancées de la nuit. Plongée dans ce monde étrange, dont je ne connaissais pas les codes, je saisis avec effroi ce que pouvait signifier « être au service de ». A notre retour au château (magnifique édifice médiéval), l'intendant de cette femme a convaincu ma mère de ne pas m'enterrer dans ce lieu d'un autre temps et c'est sans doute à son intervention que je dus d'échouer dans une « école ménagère » où j'étais supposée apprendre à bien « tenir une maison », ce qui me laissait, en outre, le temps de grandir.

## Une affaire de dignité

A l'issue de cette formation de deux ans, je décidai de préparer le concours d'entrée à l'école d'infirmières et je dus, en attendant d'avoir l'âge requis, accepter d'occuper une fonction de « jeune fille au pair » (doux euphémisme pour qualifier un travail non rémunéré, sauf par le gîte et le couvert et un peu d'argent de poche) dans un autre château, proche de l'école où je me rendais deux heures par jour. J'y vécus le temps d'une année scolaire, décisive pour mon identité « féminine », au cours de laquelle je refusai viscéralement toute marque de déférence à mes employeurs et toute allégeance aux

mœurs pseudo aristocratiques qu'on me demandait d'adopter. Pas question de prononcer le « Madame est servie » de rigueur, ou « Monsieur demande à Madame »... Jamais ces formulations n'ont pu franchir mes lèvres et je m'obstinais à les interloquer par mes « C'est prêt... » ou « Votre mari vous appelle », ou « C'est votre femme qui l'a dit... » que je marmonnais en regardant obstinément le bout de mes chaussures. Heureusement, ils n'étaient pas souvent là, ce qui me soulageait de ces situations gênantes et me laissait beaucoup de liberté dans leur bibliothèque...

C'est dans ce contexte que j'ébauchai une posture de méfiance absolue à l'égard de toute hiérarchie, jugée définitivement suspecte, préférant adosser mes valeurs professionnelles à des notions comme la compétence, la sincérité, l'honnêteté. Je devins particulièrement attentive à la distinction entre les notions de service et de servitude, sans vraiment la conceptualiser, mais avec une conscience très nette que si j'acceptais régulièrement de « payer de ma personne » au-delà de ce qu'il est convenu d'exiger dans le travail, il était hors de question qu'on m'y oblige. La prescription de soumission explicite que je retrouvai à l'école d'infirmière ressemblait à s'y méprendre à celle que j'avais refusée au château.

### Soigner ou servir ?

L'expérience intime d'une invisible frontière entre le besoin et le plaisir d'être « utile » à mes semblables, sans accepter pour autant d'être « utilisée » par eux, a guidé ma quête de la meilleure posture soignante possible (et supportable) pour l'infirmière comme pour les personnes auxquelles elle a affaire. Là encore, je me heurtai au discours institutionnel qui veut que le malade ait raison contre l'infirmière, toujours suspecte aux yeux de sa hiérarchie comme à ceux du médecin. Les réformes actuelles, conduisant à la judiciarisation du moindre conflit, n'ont pas manqué d'aggraver cette situation, dressant entre certains patients et les soignants une barrière de méfiance peu propice à une écoute bienveillante et réciproque. Ma sensibilité à l'injustice fut largement alimentée par les faits et méfaits du quotidien qui m'ont formée à l'analyse des pratiques au travers d'enquêtes diligentes au moindre incident. Qu'on n'y se trompe pas, si ma position de cadre de nuit me portait à assurer la défense des infirmières dont j'étais responsable, souvent seules face à un groupe hostile (le jour), j'ai été parfois témoin de faits regrettables et dommageables pour le patient, mais ils n'étaient quasiment jamais le fait d'une malveillance individuelle. La recherche minutieuse des causes dans les multiples documents de suivi des patients m'a conduite à pénétrer un écheveau de négligences, d'oublis, d'omissions dans la mise en œuvre des soins aboutissant à une erreur. On a pu

voir, par ailleurs, au travers de faits dramatiques et largement médiatisés, comment une infirmière qui se trompe dans l'exécution d'un traitement se trouve jetée en pâture par les médias, mise en garde à vue (y compris lorsqu'elle a alerté elle-même les autorités). Cette lourde responsabilité qui pèse sur les épaules des soignants est une réalité dont les infirmières ont aujourd'hui une conscience anxieuse, tandis que l'aggravation des conditions d'exécution des soins les met de plus en plus en risque de commettre une erreur.

### Des bénéfiques inévaluables

Parler de l'invisible dans les soins nécessite que l'on s'accorde sur le sens de ce mot qui recouvre des réalités fort différentes. Ainsi, lorsque les infirmières disent que l'essentiel de leur travail n'est pas reconnu, elles ne le nomment jamais, ni n'énoncent par qui elles voudraient le voir reconnaître. La plupart des changements opérés dans l'exercice du métier, protocoles, procédures, rationalisations de toutes sortes, l'ont été avec leur assentiment, même s'il s'avère que « consentir » n'est pas « désirer » ni même apprécier... Les multiples documents qu'elles doivent remplir au moindre geste, et dont elles se plaignent qu'ils contribuent à les empêcher de passer le temps nécessaire auprès des patients, étaient destinés à « montrer » leur travail, comme si elles devaient sans cesse le justifier. En réalité, cette traçabilité a surtout pour effet de dresser les contours d'un cadre « sécuritaire » et d'identifier chaque auteur de chaque geste au cas où... Le comble de l'ironie pour des soignants en mal de reconnaissance...

Le dossier du patient, qui permet aujourd'hui que toutes les informations le concernant soient accessibles à chaque soignant et archivées, a paradoxalement contribué à invisibiliser la contribution du soignant à sa prise en charge. L'accélération des séquences de soins, les découpages en fonction de la spécialité, du stade de la pathologie, de la diminution de la durée des séjours, associés à la mobilité forcée des soignants, rendent de plus en plus difficile le maintien du lien qui permet à chacun de s'y retrouver. Alors qu'un des principaux bénéfiques qu'énoncent les soignants reste la gratitude du malade, le sentiment d'avoir été utile, tous les dispositifs tendent aujourd'hui à les rendre anonymes.

### Reconnaître la complexité

Le travail patient d'élaboration des stratégies face à la maladie et la souffrance exige des trésors d'imagination pour faire face à des situations inédites et complexes. L'attention portée à chacun des patients, confrontée à des moments difficiles,

« Lorsque les infirmières disent que l'essentiel de leur travail n'est pas reconnu, elles n'énoncent jamais par qui elles voudraient le voir reconnaître. »

.../...

.../... le travail informel de lien entre les multiples acteurs pour harmoniser les soins et l'ambiance dans l'équipe, sans compter le ressenti des soignants, sont les fondements de cette invisible alchimie qui permet que l'institution fonctionne. La subjectivité incontournable mobilisée par cette construction délicate passe par conséquent à la trappe de l'objectivation. Les sentiments et les émotions éprouvés dans les situations de grande souffrance auxquelles sont confrontées quotidiennement les infirmières ne se monnaient pas et il ne s'agit pas de mesurer la qualité de l'attention qu'elles portent aux patients. Cependant, il faudrait reconnaître la nécessité du travail sur soi et à

**« Travailler la nuit met en évidence l'écart incommensurable entre ce qui se voit, se compte et ce qui se fait réellement, amplifiant le sentiment que l'essentiel n'est pas reconnu à l'échelle de l'institution. »**

partir de soi qu'exigent les aspects relationnels d'un métier dont on mesure encore trop peu les impacts sur l'équilibre psychique des soignants. La « relation d'aide » n'est pas une relation ordinaire, bien que l'absence de prise en compte dans la formation de sa dissymétrie tende à le laisser croire. L'attention à l'autre, la bienveillance, l'écoute sont refoulées du côté du « naturel » alors qu'il s'agit bien de postures professionnelles faisant appel à un savoir-faire et exigeant des compétences particulières qui s'acquiert.

La méconnaissance (ou le refus de voir) par les décideurs de la nécessité du maintien d'un cadre favorisant des échanges de qualité (invisibles) dans les métiers du soin est à l'origine de ce malaise poisseux, désormais palpable, qui pollue les relations à tous les niveaux de la hiérarchie.

#### **Quand montrer contribue à faire disparaître**

Les transmissions ciblées restent, à mon sens, l'exemple le plus flagrant de la perversion d'un système destiné à objectiver les informations concernant la maladie au travers de mots convenus (les mots cibles). L'insuffisance d'esprit de synthèse sans cesse reproché aux infirmières est le prétexte de la mise en place de cet outil, véritable machine de guerre, d'ailleurs tiré de cette école si l'on en croit les promoteurs. Il faut dire que l'enjeu est de taille : obliger ces professionnels des relations humaines à renseigner la machine à soigner au travers de logiciels, dont les cases sont de plus en plus petites, afin qu'on puisse tirer l'essentiel des informations en un minimum de temps. C'est là où l'essentiel change de main et donc d'essence, sans le dire. En effet, d'observations simples et souvent informelles sur le quotidien des patients destinées aux collègues pour assurer la continuité des soins, on passe à des données ciblées sur les dysfonctionnements liés à la pathologie, purement médicales et administratives, destinées à renseigner de multiples référentiels informatisés. Ce mode de communication a contribué

à dessécher l'écriture des infirmières, à les culpabiliser en rendant suspect tout « jugement » qui, disparaissant de l'expression, finit par disparaître de l'action. L'interdit de subjectivité plonge ainsi des pans entiers du travail d'élaboration des soignants dans l'ombre, entretenant leur sentiment d'être dévalorisés, négligés, robotisés. L'évaluation ne cherchant à mesurer que ce qui se compte, donc les éléments quantitatifs des soins, ce qui ne se dit pas, ce qui s'éprouve (et donc ne se prouve pas), voire ce dont nous n'avons pas conscience au moment où nous agissons, devient comme superflu, passe après, voire disparaît lorsque la charge de travail s'intensifie. Même le temps, dont chacun s'accorde pourtant à reconnaître l'importance dans la réussite d'une relation, mais également dans l'adaptation des gestes et des stratégies de soin, est disqualifié par l'incertitude qui entourera toujours son impact réel.

#### **La nuit qui révèle**

C'est paradoxalement la privation de visibilité (au sens propre) qui va être déterminante dans la construction identitaire originale des infirmières de nuit. Confrontées à la solitude, dans tous les sens du terme, elles sont amenées à surinvestir les aspects les moins valorisants de la fonction soignante, de plus en plus abandonnés par leurs collègues de jour. L'attente active, la vigilance qui utilise tous les sens, la présence muette, la répétition jusqu'à l'épuisement des explications à des personnes qui ne les entendent pas, les réponses patientes à des questions qui en cachent d'autres, indicibles, sont de multiples tentatives d'apaisement d'une intranquillité qui résiste... Toutes ces fonctions qui prennent tant de temps sont particulièrement imperceptibles à qui ne veut pas les voir...

Travailler la nuit met en évidence l'écart incommensurable entre ce qui se voit, se compte et ce qui se fait réellement, amplifiant le sentiment que l'essentiel n'est pas reconnu à l'échelle de l'institution. L'insistance des soignants de nuit à faire apparaître ces éléments constitutifs de leur professionnalité est souvent mal ressentie par leurs collègues de jour, comme si cela soulignait ce qu'elles-mêmes négligent, voire abandonnent à des personnels moins qualifiés. Les transferts de tâches du jour vers la nuit reposent sur la conviction des équipes de jour, qui ne désarment pas, qu'il y a moins de travail la nuit, sans tenir aucun compte de la diminution drastique des effectifs (pourtant elle aussi mesurable...) et de l'absence d'autre interlocuteur ressource. Outre que l'infirmière de nuit est seule pour faire face aux soins prescrits, elle a besoin de toute son attention pour répondre aux impondérables et anticiper sur les événements qui émaillent une période où rien n'est supposé advenir. L'exercice de la responsabilité, que la nuit développe particulièrement, est

ainsi une dimension condamnée à l'invisibilité puisque lorsque le travail est fait, il n'y a rien à voir et par conséquent rien à en dire... D'ailleurs, il est remarquable que l'infirmière de nuit ne devient nommément identifiable dans l'équipe que lorsqu'il y a un doute sur la réalisation d'un soin... L'amplification du moindre incident montre à quel point ces invisibles se remarquent par leur absence (comme le ménage et le rangement dont on ne prend conscience de la réalité que lorsque ce n'est pas fait). Cette absence de reconnaissance symbolique du travail de la nuit est une métaphore de ce qui est mis dans l'ombre en permanence (jour et nuit) parce que difficile à évaluer, voire à démontrer.

### Les cache-misère

La technicité, surinvestie par les soignants de jour, masque ainsi une frustration qui naît de leur difficulté à faire front et à problématiser une « relation d'aide » dont les contours restent flous. La nécessité d'un engagement de l'identité propre de chacun dans une relation, fut-elle soignante, est une des inconnues soigneusement évacuée et pourtant au cœur de la crise d'identité soignante. La crainte d'une intrusion mortifère de nouvelles règles contraignantes et dépersonnalisantes dans un rapport à l'autre, jamais donné d'avance, est un des nœuds de la résistance des infirmières à affronter collectivement cet aspect problématique de leur fonction. Au lieu de cela, le « corps infirmier » se tourne vers une théorisation supposée le sortir de sa frustration, donner un contenu valorisant (et surtout reconnaissable socialement), à cette profession « paramédicale », sans s'apercevoir qu'il éloigne chaque jour davantage les professionnels du cœur de leur métier : soigner.

La crise d'identité professionnelle des infirmières me semble pouvoir être résumée à un conflit non explicite entre ce qu'elles voudraient être, ou qu'elles aimeraient qu'on croit qu'elles sont : sortes d'icônes capables, en silence, de tout absorber du malheur des autres ; et ce qu'elles sont réellement : des êtres humains, certes plutôt plus généreux que la moyenne, mais avec les mêmes limites que leurs concitoyens. Qu'elles n'assument pas d'avoir à reconnaître officiellement

leurs limites témoigne de la partie immergée de l'iceberg : une prescription identitaire calquée sur la soumission à un pouvoir médical d'un autre âge, doublé d'une auto prescription morale inaccessible, elle-même issue d'un ordre religieux dont elles se croient émancipées. La concrétisation de leurs craintes est à considérer à l'aune de la création d'un ordre infirmier massivement rejeté par les infirmières qui annonce explicitement son objectif : remettre encore et encore de l'ordre là où il faudrait plutôt redonner de la souplesse, de la place à l'imagination et à la créativité...

### Pour ne pas conclure...

Les infirmières ne sont pas condamnées à errer entre la confusion des prescriptions de genre, ancestrales, dans lequel elles ont développé des savoirs précieux pour la survie de l'humanité, mais dont rien ne permet de penser qu'ils soient propres à leur « nature » féminine, et une valorisation dont seuls les aspects techniques et théoriques seraient représentatifs de leur professionnalité. Elles ont, au contraire, tout à gagner à sortir du cocon médical qui les protège tout en les asservissant. Le désir de reconnaissance des valeurs qu'elles mettent en actes, soit faire face à l'ensemble des difficultés que rencontrent les patients qui leurs sont confiés, ne peut être satisfait que si elles s'engagent activement à défendre les aspects les moins reconnus et pourtant les plus précieux de leur mission. Il leur faut pour cela accepter d'affronter explicitement le conflit entre le tout médical, y compris dans ses aspects bureaucratique et budgétaire, et le tout humain qui se joue désormais dans les interstices des soins, presque à la sauvette. Soigner, pour une infirmière, exige que toutes les dimensions puissent être considérées à leur juste place et valeur, ce qui impose qu'elles apprennent à travailler davantage avec le patient, dans son intérêt. Il leur faut, pour cela, sortir d'un « devoir de réserve » illégitime, imposé par une hiérarchie qui, au nom d'une idéologie normative stérilisante, a perdu la notion de ce que contient toujours le travail bien fait : une part aveugle incontournable. ■