

# L'avenir vous appartient

C'est ce que l'on aurait envie de dire aux soignants en formation, comme à toutes celles et ceux qui se préparent à entrer dans la vie active.

Peuvent-elles, peuvent-ils encore rêver ? Rêver à un monde du travail où l'on exercerait un métier choisi et dans lequel on pourrait s'épanouir... Un métier enseigné par un service public qui favoriserait l'égalité des chances et des enseignants heureux de l'être qui auraient à cœur de favoriser des « têtes bien faites », plutôt que des « têtes bien pleines »...

De la maternelle à l'université, rien ne va plus !

L'école maternelle n'a plus les moyens d'accueillir tous les enfants de moins de 3 ans. Les structures privées d'accueil sont favorisées.

Dans le primaire et le secondaire, le ministère de l'Education nationale veut supprimer près de 34 000 postes en 2011, qui s'ajouteront aux 100 000 déjà supprimés depuis 2003. L'enseignement privé est favorisé aux dépens du service public et laïc. Les enseignes payantes de soutien scolaire fleurissent à tous les carrefours et sont cotées en bourse.

Dans le supérieur, le montant des inscriptions ne cesse d'augmenter. L'autonomisation des facultés fait que les plus riches gagnent au détriment de celles qui ont peu de moyens. Les réformes s'enchaînent sans concertation avec les principaux acteurs que sont les élèves et les professeurs. Dans certaines filières, pour réussir, il faut passer par des organismes de « préparation » pratiquant des tarifs rédhitoires. La transmission des savoir-faire se perd, particulièrement dans les métiers du soin qui risquent d'y perdre leur sens. La notion de conscience professionnelle devient désuète.

Pendant ce temps, à grand renfort de pub, avec un budget de communication de 1,3 millions d'euros, le ministère de l'Education nationale recrute 17 000 personnes non qualifiées pour enseigner. En entretenant de surcroît, des idées sexistes. La photo du garçon dit : « Julien a trouvé un poste à la hauteur de ses ambitions », il travaille devant un ordinateur. La photo de la fille dit : « Laura a trouvé le poste de ses rêves » en tenue décontractée, elle lit un livre.

Un seul but semble prévaloir, diminuer les coûts de formation à court terme pour l'Etat, les augmenter pour les familles.

Exit l'égalité des chances, exit la formation à la pensée et à l'esprit critique, exit le service public.

Si vous voulez que l'avenir vous appartienne, n'acceptez pas que l'on bafoue les valeurs d'un enseignement de qualité accessible à tous !

**La réforme de la formation des soignants, dont l'universitarisation des études infirmières, met en jeu le contenu et le sens même des métiers.**

10 Olivier Pasquiers, photographe

## 1. Un déficit de reconnaissance

12 **Michel Nadot**

Savoir d'où l'on vient  
*On ne peut produire de nouvelles connaissances sans connaître l'histoire de la profession infirmière.*

15 **Hélène Fontaine**

Ras-le-bol

16 Entretien entre **Françoise Acker** et **Anne Perraut Soliveres**

Les enjeux d'une réforme  
*Quels sont les véritables bénéficiaires de la réforme des études d'infirmières ?*

20 **Marie-Françoise Marchon**

J'ai appris à me débrouiller seule

21 **Didier Ménard**

N'aie pas peur !  
*L'expérience pluriprofessionnelle des réseaux peut-elle convaincre les infirmières réticentes à entrer dans les maisons de santé ?*

22 Entretien avec **Emma Pinson**

Infirmière, non merci !  
*Une aide-soignante commence la formation d'infirmière puis y renonce.*

24 **Christiane Vollaire**

Faux monnayeurs  
*La réforme des universités vise la soumission du travail aux aléas du marché.*

28 **Didier Morisot**

Pourquoi faire simple ?  
*La dérive administrative torpillerait-elle le sens profond du métier de soignant ?*

30 **Frédéric Wynants**

Un cœur de métier, deux fonctions ?  
*Les pérégrinations d'un infirmier formé en Belgique et enseignant en France.*

## 2. Pratique et théorie, une délicate alchimie

34 **Agnès Gueguen Cluzel**

Les maillons manquants  
*Le contenu de l'exercice infirmier en psychiatrie se « ratatine » au fil du temps et se restreint à exécuter des protocoles, au lieu de chercher à apaiser.*

36 **Roberta Carvalho Romagnoli**

Psychologues et santé au Brésil  
*Quelle adéquation entre la formation des psychologues et leur intervention dans la santé communautaire au Brésil ?*

38 **Patrick Guès**

Préparer sa formation d'infirmier  
*Apprendre le métier d'infirmier ou d'aide-soignant en alternance, dans les maisons familiales rurales, plus pour longtemps ?*

40 **Sarah Stettler**

Devenir cadre de santé ?  
*La formation de cadre de santé, très exigeante, permet-elle d'ouvrir l'esprit et de préparer aux nouvelles fonctions ?*

42 **Frédéric Launay**

Chicken Run  
*Témoignages d'étudiants sur la différence entre ce qui est enseigné en IFSI et ce qui est vécu sur le terrain.*

44 **Mathias Waelli et Philippe Fache**

Des bancs à la blouse  
*L'apprentissage en stage est compromis par la dégradation des conditions de travail des infirmières.*

46 Entretien entre **Pascale Molinier** et **Anne Perraut Soliveres**

Les aléas d'une réforme  
*Peut-on développer une formation de praticiens au sein de l'université ?*

## 3. Université : une chance ou un piège ?

52 **Bernard Roy**

Pour en finir avec l'infirmière !  
*A trop vouloir définir l'infirmière, on en oublie son rôle éminemment politique.*

56 **Claire de Firmas**

I have a dream  
*Dans un film, tout ce qu'on voudrait apprendre à des étudiants orthophonistes.*

57 **Anne Perraut Soliveres**

Vous avez dit reconnaissance ?

58 **Paul Scheffer**

Pas d'esprit critique chez les diètes  
*Face à l'influence des lobbies, on espère développer l'esprit critique dans la formation des diététiciens.*

59 **Emmanuelle Bordes**

Nouvelles identités soignantes ?  
*De la difficulté à changer les mentalités dans un système rigide et cloisonné.*

60 **Amélie Perron**

Déconstruction d'une dichotomie, entre action et réflexion infirmières  
*Expérience québécoise : l'université permet de prendre du recul pour réfléchir sur les pratiques.*

62 **Martine Lalande**

Vous êtes seule juge, docteur

64 Entretien entre **Gilles Monceau** et **Anne Perraut Soliveres**

Les enjeux de l'institution  
*En réponse à leur demande de reconnaissance, on va demander aux infirmières des compétences de gestion et d'encadrement.*

66 **Claire Martin-Lucy**

Fière d'être infirmière

- 67 Entretien avec Josette Lanoue**  
Du temps pour apprendre  
*Même sans le bac, on peut devenir une très bonne infirmière, et transmettre son expérience à de jeunes collègues.*
- 68 Entretien avec Magali Pichard par Martine Lalande**  
Et la douleur ?  
*Une infirmière s'interroge sur la douleur et initie un travail de recherche.*
- 70 Arielle Ancel**  
Préserver le sens de notre métier  
*On ne peut pas découper le métier d'orthophoniste. Il faut privilégier la réflexion clinique.*
- 72 Claudia Penido**  
Des professionnels qui forment des professionnels  
*Au Brésil, des psychiatres et des psychologues interviennent auprès d'équipes de professionnels de santé, dans une stratégie de formation.*
- 74 Frédéric Launay**  
Le palmier Hawaïen  
*Observons avec prudence les conséquences de la réforme en cours...*
- 76 Jean Vignes**  
L'envers des décors  
*Comment on parle la réforme dans les coulisses du ministère.*
- 78 Anne Perraut Soliveres**  
Un métier d'avenir  
*Entre pratique et théorie, de l'humain à la recherche.*

### 4 **Courrier des lecteurs**

Yveline Frilay

*En écho à l'entretien avec Denis Robert paru dans Pratiques n° 53*

« Résister pour soigner »

### 4 **Nouvelles de la diffusion**

#### 5 **IDÉES**

Claude Alphandéry

#### **Les Etats généraux de l'économie sociale et solidaire**

*Claude Alphandéry a été à l'initiative, avec Stéphane Hessel et Edgar Morin, des Etats Généraux de l'Economie Sociale Solidaire qui se sont tenus à Paris autour du 18 juin.*

#### 82 **ACTU**

Marie Kayser

#### **Dépendance, un débat mal posé**

#### 86 **ÉCONOMIE DE LA SANTÉ**

Pierre Volovitch

#### **Complémentaires, une couverture inégalitaire**

#### 88 **REGARD CLINIQUE**

Alain Quesney

#### **Emincé de coelioscopie sauce Winnicott**

#### 90 **ÉCONOMIE DE LA SANTÉ**

Pierre Volovitch

#### **Deux déficits pour le prix d'un**

#### 91 **NOUS AVONS LU POUR VOUS**

*Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir :*

*Ma province de Maxime Ossipov, l'analyse de deux livres d'Hélène Chaigneau et Le quai de Ouistreham de Florence Aubenas.*

■ **En écho à l'entretien avec Denis Robert paru dans Pratiques n° 53 « Résister pour soigner »**

Le ressenti qui transpire de cet entretien se superpose à ce que j'ai vécu et ce que j'ai pu ressentir depuis juillet 2002, quand j'ai reçu ma première plainte à l'Ordre, et surtout depuis octobre 2004. Et qui m'a valu une interdiction d'exercice, puis toutes les pressions que j'ai subies jusqu'en septembre dernier.

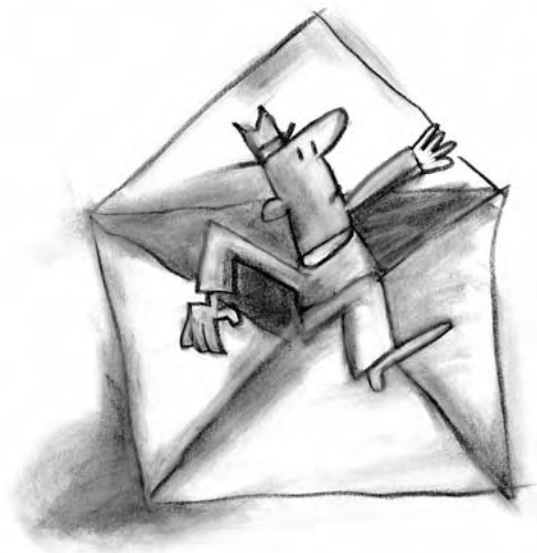
Tout est bon pour vous faire plier, et surtout par l'aspect financier.

La glue dans la serrure un samedi matin au cabinet, c'est plus cher et plus embêtant qu'en semaine. Les roues crevées, contrôle fiscal, frais d'avocat, tuteurs qui ne payaient pas, interdiction de faire le tiers payant dans le cadre du médecin référent, etc.

Pendant près d'un an et demi, je n'ai pu dépenser que 20 € par semaine pour manger, ne pas réparer la chaudière qui était en panne. Jusqu'à ce jour, ce n'est pas fini, car j'ai perdu un prud'homme

fin février, je me suis retrouvée avec 400 € pour débiter le mois. Il y a eu saisie bancaire, et maintenant il faut que je continue au pénal pour abus de confiance. Mais la plainte déposée à la PJ n'est jamais parvenue au parquet, ce qui m'a fait perdre dix-huit mois. Il a fallu déposer une nouvelle plainte au parquet. Pas de réponse depuis sept mois, faute d'argent je n'avais pu prendre d'avocat à ce moment-là. Et pour l'instant, pas d'argent pour poursuivre, pas de vacances depuis près de sept ans. Les affaires s'imbriquent les unes dans les autres, et il ne faut pas sombrer dans la paranoïa.

Heureusement qu'on trouve des soutiens, moi j'ai eu ceux du Syndicat de la Médecine Générale et de la revue *Pratiques*, et aussi des journalistes dans l'affaire qui m'a valu l'expertise psychiatrique, j'ai pu vivre grâce à la confiance que m'apportaient les patients, ceux qui n'ont pas compris sont partis, mais les meilleurs sont restés. Il faut dire que je suis à Montmartre, un haut lieu de la révolte.



Pendant ces années, ce que j'entendais dans la presse me faisait penser à des magouilles, les affaires de Denis Robert,

l'affaire d'Outreau (un tel réseau pour moi n'était pas possible, ils sont le fait le plus souvent de gens très puissants et riches), et les pseudo-terroristes du Sud-Ouest, je ne l'ai jamais cru. Quand on est passé par là, on reconnaît les stratagèmes employés, ce sont toujours les mêmes. J'ai gardé les coupures de presse pour un jour écrire là-dessus.

La phrase de Denis Robert la plus importante est « On peut se regarder dans la glace », et c'est pourquoi on ne peut rien regretter. Il faut oser toujours devant ces gens de pouvoir (financier), il faut oser dénoncer et savoir rechercher ses appuis. ■

**Yveline Frilay**

**Vous voulez nous faire part de vos commentaires sur la revue ?  
 Vous souhaitez réagir sur un article qui vous a plu ou au contraire ne vous a pas plu ?  
 Rien de plus facile : il vous suffit de nous écrire, soit par courrier,  
 soit encore plus simple par courriel à l'adresse :  
 revuepratiques@free.fr.  
 Votre avis en tant que lecteur est important !**

## Vous avez aimé...

### **Anne T., suite à la parution du *Pratiques* n° 51 sur les images du corps**

Je suis infirmière de secteur psychiatrique depuis 1981. L'article sur la disparition de la sectorisation a fait écho à ma pratique, je l'ai diffusé dans le secteur où j'exerce.

J'apprécie la diversité des articles qui, je trouve, sont ouverts vers une réflexion où le doute est présent. « Le plus grand savoir, c'est de douter. » Le dernier *Pratiques* « Que fabriquent les images », m'a renvoyée à l'image du corps, le corps réel, la psychose avec le morcellement... et derrière l'image, l'humain. Bref, des interrogations, des réflexions, des pistes de travail.



### **Jean-Baptiste B.**

Sur la forme : la maquette est belle ; la rigidité de la tranche est trop importante, une économie est donc possible en utilisant un carton plus fin pour la couverture.

Sur le fond, rien à redire (rien à réduire non plus !) Ce trimestriel devrait être une lecture de chevet (non pas parce qu'il est soporifique, mais parce que la nuit porte conseil) pour tous les soignants.

Je pense qu'il est souhaitable d'ouvrir ces pages à encore plus de soignants et notamment aux usagers/usagères du système de soins et à des correspondants étrangers.

Merci et bravo pour votre travail.

### **Elodie V.**

Revue croisée pendant mes études (joie !) puis perdue de vue... et redécouverte en fin d'internat.

Malgré les années passées, la revue reste fidèle à ses origines et c'est tant mieux.

Bravo et merci !

## Vous critiquez...

### **Jean-Luc L.**

Sur le fond, ce n'est plus une corvée de lire une revue professionnelle, mais un réel plaisir, même si certains articles sont « très militants »... trop ?

### **Nadia B., suite à la parution du n° 48 sur l'enfermement**

La forme est très agréable.

Pour le fond : il manque un état des lieux de la situation avant de commencer les témoignages. Pas très long, peut-être une page, d'éléments objectifs et chiffrés pour avoir une vue d'ensemble de la situation, avant de se plonger dans la lecture des témoignages. Car quand on ne connaît rien au sujet (ex. prisons, enfermement) cela permettrait d'avoir une idée générale avant de plonger dans la complexité du sujet (Combien de prisonniers ? Comment ont-ils accès aux soins en pratique ? Humanitaire : Combien de médecins y participent en France ? A l'étranger ? Quels moyens financiers ? Evolution de la demande de soins humanitaires en France ?).

**Dans un souci constant d'amélioration, notre maquette évolue, les thèmes sont proches de l'actualité tout en constituant des dossiers utiles, notre équipe s'enrichit d'auteurs de tous horizons, nos rencontres-débats trimestrielles permettent l'échange non seulement avec nos lecteurs, mais également avec toutes personnes attirées par les sujets développés... Si vous pensez comme nous que notre revue a tout à fait sa place, n'hésitez pas non seulement à nous faire connaître, mais également à contacter ou nous proposer des auteurs susceptibles de nous faire profiter de leur savoir-faire !**

**L'équipe de la rédaction**

# Les Etats généraux de l'économie sociale et solidaire

**Claude Alphanféry a été à l'initiative, avec Stéphane Hessel et Edgar Morin, des Etats Généraux de l'Economie Sociale Solidaire qui se sont tenus à Paris autour du 18 juin. Pour faire entendre les voix de ceux qui non seulement s'indignent, mais résistent et agissent.**

Entretien avec **Claude Alphanféry**, ancien résistant français, banquier, économiste, président du Conseil national de l'insertion par l'activité économique. Propos recueillis par **Lucien Farhi**

**Pratiques : Claude Alphanféry, vous avez offert à la revue Pratiques l'opportunité de participer aux Etats généraux de l'ESS que vous animez. Pouvez-vous expliquer en deux mots à nos lecteurs le sens de cette initiative ? Et pour commencer par le commencement, peut-être vous présenter à ceux d'entre eux qui n'ont pas la chance de vous connaître ?**

**Claude Alphanféry :** Bien d'entre vos lecteurs auront, j'imagine, du mal à déceler le fil rouge d'une existence qui leur paraîtra tissée de contradictions : engagé à 18 ans dans la Résistance, président du comité de Libération de la Drôme en 1944, puis haut fonctionnaire des Finances, membre du parti communiste, banquier par la suite, et enfin, retour à des

préoccupations d'intérêt général au titre de Président du Conseil national de l'insertion par l'activité économique et surtout de France Active, un réseau de quarante structures régionales mobilisant un millier de bénévoles pour aider à la création ou la consolidation de quelque 10 000 emplois par an. Une espèce de franc-tireur, en quelque sorte. D'où l'adéquation à ce concept de l'économie sociale et solidaire, une association elle aussi apparemment incongrue de termes contradictoires, concept dans lequel je me sens à l'aise, pour promouvoir une autre approche de l'économie, loin de la toute puissance des marchés financiers et du mépris accordé au travail par un capital rivé à l'obtention de taux de rentabilité déconnectés de l'économie réelle.

Pourquoi ces Etats généraux, me demandez-vous : tout simplement pour faire entendre une voix – une voie ? – différente, cela dit sans arrogance aucune : nous ne prétendons pas à LA solution de l'ensemble des problèmes, mais simplement affirmer, pour ceux qui veulent bien nous y accompagner, que des chemins parallèles existent, qu'ils peuvent amener des réponses opérationnelles à des pans entiers de la société, que la solidarité entre individus peut être génératrice d'autant, si ce n'est davantage, d'efficacité économique qu'une concurrence effrénée, que l'exemple peut être contagieux...

**Mais n'y a-t-il pas une contradiction fondamentale entre des concepts tels que ceux d'économie et de solidarité ? Comment la résolvez-vous ?**

Pourquoi contradiction ? L'économie n'est jamais

que l'allocation de facteurs rares en vue d'atteindre un objectif déterminé. C'est par un profond dévoiement que l'on se donne pour objectif l'enrichissement personnel d'une minorité de privilégiés au détriment du plus grand nombre. En clair, il s'agit de remettre à l'endroit ce qui a été indûment déplacé à l'envers.

**Vous avez, par ailleurs, lancé les débats des Etats généraux dans l'ancienne Bourse de Paris à Brongniart le 17 juin au soir avec deux de vos amis : Edgar Morin et Stéphane Hessel. De quelle manière participent-ils à votre démarche ?**

Après avoir participé tous trois à la Résistance, nous avons eu de nombreux engagements communs. Edgar Morin a été pour moi un maître à penser et l'autorité morale de Stéphane Hessel m'a beaucoup guidé. De leur côté, je pense que c'est très naturellement qu'ils adhèrent, s'intéressent, participent à ce grand mouvement pour une autre économie. J'en profite pour vous informer que ces Etats généraux ont fait l'objet, le 9 juin 2011, d'une conférence de presse animée par Michel Rocard et Jean-Paul Delevoye, à la corbeille du Palais Brongniart sur le thème, un brin provocateur : « Célébrer d'autres valeurs »

**Les Etats généraux étaient précédés par l'écriture de Cahiers d'Espérance, reposant tous sur un trépied : l'indignation d'abord, l'expérimentation ensuite, le développement enfin. Ce qui frappe c'est l'insistance que vous mettez sur les deux dernières étapes.**

Vous avez mis le doigt sur l'élément fondamental de ma démarche. Il faut éviter à tout prix de se cantonner à l'émotion qui naît du spectacle de l'injustice. Comme le dit mon ami Patrick Viveret : résister à des choses qui nous indignent c'est bien, mais la résistance, si l'on n'expérimente pas, si l'on ne prend pas d'initiatives, se réduit à des règlements de comptes. Et les expérimentations, à leur tour, si elles ne partent pas d'une vision, ne sont que pragmatiques. Et enfin, si la vision elle-même ne s'appuie pas sur l'expérimentation, elle demeure une utopie. Résistance, Expérimentation, Vision : le REV... !

**Dans cet esprit, les Cahiers ont-ils répondu à votre attente ?**

Dans l'ensemble, oui. Je me félicite du nombre



considérable de réponses : 305 Cahiers reçus, dont une centaine sont collectifs et synthétisent en fait plusieurs Cahiers individuels. Soit un total de 600 Cahiers de base. Tous sont d'une qualité remarquable, même si les trois étapes exigées n'ont pas toujours été intégralement respectées. L'indignation prédomine, mais l'ensemble constitue une mine incroyablement féconde de propositions concrètes.

**Entrons dans le vif du sujet. Les Cahiers d'espérances sont répartis selon dix thèmes. Avez-vous reçu des réponses pour l'ensemble d'entre eux ?**

Seul le thème « Renouveau des générations » n'a pas fait l'objet de création d'un groupe de travail. En revanche, la séance du dimanche 19 juin au matin était consacrée à une réunion sur le thème « Que pensent les jeunes de la société actuelle et de celle à venir ». Le débat était animé par J.-L. Laville et B. Marie. En amont, avec la participation de plusieurs organisations concernées (JOC, UNEF, Mutuelles étudiantes etc.), nous avons préparé le débat en posant la question : « Comment sortir de cette société déséquilibrée qui fonctionne mal ? »

**Parmi les thèmes traités, l'un d'entre eux nous concerne au premier chef, bien évidemment : « Soigner et prévenir ». Pourquoi avoir retenu ce thème, quelle efficacité perdrait ce qui relève de la santé sans l'ESS ?**

Est-ce vous, à *Pratiques*, qui posez cette question ? Si les industriels avaient été animés par un esprit de solidarité et non de lucre, aurait-on mis des dizaines d'années à bannir les technologies basées sur l'amiante, avec leur cortège de victimes ? Etre

solidaires, c'est prévenir autant que guérir. Ce qu'il nous faut donc démontrer, c'est que le bilan économique d'une bonne prévention est supérieur à celui du traitement du mal lorsqu'on l'a laissé se développer. Et là, il me semble que nombre de Cahiers d'espérance déposés au sein du groupe Soigner/Prévenir en ont bien intégré la nécessité.

Poursuivons sur un exemple concret. *Pratiques*, la première, a, en 1977, alerté l'opinion sur les dangers potentiels du Médiateur®. Trente-quatre ans plus tard, plusieurs centaines de morts sur la conscience n'empêchent pas le fabricant d'être devenu milliardaire aux frais de la Sécu, cependant que *Pratiques*, qui refuse toute publicité des labos ou autres, en est réduite à se battre quotidiennement pour survivre, à l'euro près. Croyez-vous que l'ESS puisse contribuer à promouvoir un modèle financier et éthique permettant à l'information de santé publique d'accomplir sa mission dans des conditions pérennes et décentes ?

Je veux le croire, en effet, mais c'est à vous tous, membres de ce groupe, d'en amener la démonstration. Les centaines de millions d'euros que devrait entraîner l'indemnisation des victimes du produit que vous citez ne pourront pas ne pas faire réfléchir quant aux modalités de financement par la collectivité de contre-pouvoirs dans l'information médicale, indépendants de l'industrie du médicament. C'est un exemple parfait de la suprématie de l'ESS sur le modèle d'une concurrence dévoyée. N'avez-vous pas, vous mêmes à *Pratiques*, plaidé pour la dévolution de fonds propres aux organes de presse intervenant dans le secteur de la santé et non financés par la publicité ?

**Il n'y a pas que l'information. D'autres initiatives, parmi les Cahiers de Soigner et prévenir – Maisons de santé de quartiers, Maisons de la mutualisation, cellules de prévention des risques psychosociaux, etc. –, font bien ressortir combien la santé relève d'une approche globale impliquant aussi bien les conditions de vie que de travail de la population. Ces initiatives ne trouvent aujourd'hui que des financements précaires. Il est clair que la guérison par le médicament prime sur les mesures de prévention des risques sociaux, malgré les effets délétères de ces derniers sur la santé. N'y a-t-il pas là matière à réflexion pour les économistes ? De quelle manière l'ESS pourrait-elle contribuer à l'émergence d'autres référentiels de calcul en la matière ?**

L'ESS n'a pas l'ambition de révolutionner le calcul économique. Mais si les économistes voulaient bien s'emparer du thème, c'est bien volontiers que nous leur offririons le terrain d'observation

« Résister à des choses qui nous indignent c'est bien, mais la résistance, si l'on n'expérimente pas, si l'on ne prend pas d'initiatives, se réduit à des règlements de comptes. »

.../...

#### La rencontre du palais Brongniart : un bilan

5000 participants  
70 intervenants  
400 Cahiers d'espérances  
44 initiatives présentées dans le village de l'innovation sociale  
7 projections films/débats  
Plus de 70 artistes sur site  
1 grand concert solidaire « solidarités au féminin »  
12 régions présentes sur site

#### Et la conclusion de Claude Alphanéry :

« Une alliance pour une autre économie doit pouvoir être nouée entre les personnes et les organisations qui participent aux Etats généraux. A travers elle, il ne s'agit pas de créer une nouvelle organisation mais de porter et mettre en œuvre collectivement des actions communes telles que : une loi-cadre sur l'ESS, poursuite des débats dans tous les territoires et élaboration de propositions entre les régions, l'organisation d'événements citoyens au printemps 2012, l'approfondissement des Cahiers d'espérances. ».

.../... adéquat. Tout le monde sait bien, par exemple, que les systèmes de prix sont faussés, car ne tenant pas compte des déséconomies engendrées par les pollutions, les maladies professionnelles, les inégalités sociales de santé.

**Et pour terminer, sur le point d'orgue de ces Etats généraux, les rencontres des 17, 18 et 19 juin au Palais Brongniart ? Comment les avez-vous conçues ? Point final ou début d'une nouvelle phase ? Et dans ce cas, qu'attendez-vous éventuellement de Pratiques ?**

*Vous pouvez retrouver la version longue de cet article sur le site de Pratiques.*

D'abord, une rencontre festive ! Mais aussi, prendre conscience, par le simple fait de cette réunion, de la force que nous représentons, d'ores et

déjà. Faire naître de nouvelles idées en prenant connaissance des initiatives des uns et des autres. Et, bien sûr, ne pas s'arrêter en si bon chemin : dégager ensemble nos objectifs pour demain et les voies pour y parvenir. Faire entrer l'économie sociale et solidaire dans le débat public.

*Pratiques ?* Une rencontre heureuse, du moins en ce qui me concerne ! Oui, je, nous, comptons sur vous pour nous accompagner au cours de l'année à venir. Nous resterons attentifs à vos analyses, guetterons vos propositions. N'oublions pas que 2012 sera une année cruciale pour les décideurs : l'ESS aura à cœur de montrer son dynamisme, faire en sorte que l'on compte désormais avec nous, donc aussi... avec *Pratiques* ! ■

## « Liberté, égalité, santé : l'heure des choix ! »

**Sous ce titre, le Comité Fédéral Régional de la Mutualité Fonction Publique \* Ile-de-France organise un colloque samedi 22 octobre 2011 de 14 h à 17 h 30 au Siège de l'Université Paris Descartes (12, rue de l'Ecole de Médecine, M° Odéon)**

Les objectifs de cette rencontre sont principalement de :

- ▼ Contribuer à l'ouverture d'un large débat public sur les questions de santé et de protection sociale afin qu'elles pèsent avant les élections de 2012, en synergie avec les sorties à l'automne du Livre blanc de la Sécurité Sociale par la Mgen, d'un *Manifeste des 123 pour une santé égalitaire et solidaire* (initié principalement par André Grimaldi, Frédéric Pierru, Didier Tabuteau...) et avec les initiatives de la Mutualité Française, en affirmant simultanément les valeurs de la Mutualité Fonction Publique en matière de défense de la Sécurité sociale et des services publics...
- ▼ Dresser un bilan de la situation dégradée autant dans le secteur hospitalier (impact des mesures affectant tous les services publics et gestion inspirée des logiques marchandes), que dans l'accès aux soins de proximité (nombre croissant de spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires, et apparition de déserts médicaux), dans l'accroissement du poids des intérêts privés dans le choix de santé (en particulier dans le domaine pharmaceutique qui occupe l'actualité médiatique) et plus globalement en matière de protection sociale avec la poursuite des désengagements de la couverture de base par la Sécurité sociale... le tout générant un accroissement des inégalités sociales de santé.
- ▼ Mettre particulièrement en évidence la nécessité de préserver et développer des services publics performants pour l'égalité d'accès à des soins de qualité pour tous, et plus globalement pour une politique de santé reposant sur une approche solidaire et non marchande du développement social et humain, prenant en compte les multiples facteurs, éducatifs, sociaux, professionnels, environnementaux... qui concourent à la santé.

Une table-ronde associera notamment :

- Axel Kahn, Président de l'Université Paris Descartes, généticien, médecin, auteur de nombreux ouvrages, ancien membre du Comité consultatif national d'éthique, ancien Président du groupe des experts en Sciences de la vie auprès de la Commission européenne.
- André Grimaldi, diabétologue, chef de service à La Pitié-Salpêtrière, auteur de nombreux ouvrages, notamment de *L'Hôpital malade de la rentabilité* et l'un des initiateurs du Mouvement de Défense de l'Hôpital Public.
- Frédéric Pierru, sociologue, docteur en sciences politiques, chargé de recherches au CNRS, auteur notamment de *Hippocrate malade de ses réformes*.
- Pierre Volovitch, économiste, animateur de « l'Observatoire de l'Environnement Mutualiste » Mgen.
- Martine Lalande, médecin généraliste, rédactrice à *Pratiques*.

Animée par Ingrid Mercxx, de la rédaction de l'hebdomadaire *Politis*, la table-ronde sera suivie de débats.

Contact (entrée libre mais réservation conseillée) :

colloqueoctobre@mfp.fr

ou par courrier à MFP, Comité Fédéral Régional IDF (Anna Bernard), 62, Rue Jeanne d'Arc 75640 PARIS Cedex 13

\* La Mutualité Fonction Publique (www.mfp.fr) est une Union de mutuelles au sein de la Mutualité Française, associant 17 mutuelles couvrant tous les secteurs des trois fonctions publiques avec 4 millions d'adhérents actifs et retraités (7 millions de personnes protégées au titre du régime complémentaire, dont 5 millions au titre du régime obligatoire de Sécurité sociale). Parmi les plus importantes de ces mutuelles, par ordre décroissant du nombre d'adhérents : Mgen, MNH (hospitaliers), MNT (territoriaux), MGEFI (finances), Intériale (intérieur, police...)



# Infirmières, la fin d'un mythe ?

La réforme de la formation des infirmiers sonne-t-elle le glas d'un métier de soignant « inadapté » à un modèle économique qui veut passer la santé au crible de la rentabilité ? Ainsi, si le mythe de l'infirmière « plus qu'humaine » a du plomb dans l'aile, quel autre mythe cherche-t-on à lui substituer ?

De multiples enjeux se croisent, voire se chevauchent. Du côté de l'institution, la volonté de contrôler les budgets domine, en valorisant le développement ambulatoire des soins sans prendre en compte la temporalité de la personne. Les infirmiers, eux, réclament un meilleur sort que celui qui leur est fait, mais ont bien du mal à dissocier les questions de statut, de rémunération, de condition d'exercice, de qualité des soins et d'estime de soi.

L'idée de donner à ces études un statut universitaire pourrait contribuer à leur valorisation, mais elle fait courir le risque d'une académisation de la profession, qui éloignerait la formation de la réalité du terrain, de la proximité nécessaire avec la subjectivité des patients. Elle risque également de priver la profession de ceux qui, peu tentés par l'université, seront dissuadés, voire éliminés par une sélection qui répond davantage aux canons universitaires qu'aux qualités humaines et pratiques qu'exige l'exercice. Or, on ne peut pas dissocier ces valeurs de proximité de leurs racines éthiques et philosophiques ni des connaissances qui doivent les accompagner.

La proximité avec les patients se construit autant dans le développement des savoirs pratiques et théoriques, que dans celui du pouvoir-être-soignant et des savoir-faire. La recherche qui doit accompagner et soutenir ces savoirs complexes doit donc s'en faire le révélateur et le support, participer de leur conceptualisation sans jamais perdre de vue que l'objectif essentiel de la formation est de donner aux soignants la capacité de faire face aux situations présentées par les patients.

Pour les professions paramédicales, la formation à des métiers dont les implications humanistes sont manifestes, et sans cesse soulignées par les soignants comme un bénéfice majeur, ne saurait se dérouler sans un compagnonnage éprouvé et compétent. Il s'agit de transmettre les expériences concrètes de la complexité des situations cliniques et stimuler le questionnement qui doit les nourrir. C'est le fondement même de l'originalité et de la richesse de ces professions. Ce sont le travail en train de se faire, l'intelligence que cela suppose et non pas les protocoles, les procédures, les prêts à penser et agir, qui doivent présider à la formation.

Ce numéro veut poser la question des savoirs indispensables et de la priorité de l'observation et de l'apprentissage sur le terrain, en constante adaptation aux intérêts des patients, ainsi que des conditions nécessaires à l'équilibre des soignants. La profession étant majoritairement féminine, à plus de 80 %, il est habituel de parler des « infirmières », ce qui ne constitue pas pour autant un déni de présence des hommes en son sein. Merci aux lecteurs de faire la conversion.

BR  
E  
S  
S  
D



Olivier Pasquiers est né en 1960 à Paris. Il est membre du collectif « le bar Floréal. photographie » depuis 1991.

*Si photographier est une façon d'être parmi les hommes et les femmes, d'être avec eux, de les regarder, de les écouter ; faire un portrait c'est établir une relation de confiance et traduire cette confiance en un échange de regards à égalité.*

Il a publié près de vingt ouvrages par lesquels il témoigne de ces rencontres et leur rend hommage.

Son travail est visible sur le site [www.pasquiers.com](http://www.pasquiers.com)

Centre National des Arts du Cirque.

**Photographier le corps en apprentissage.**

Aller chercher les gestes de la transmission du savoir, entre professeurs et étudiants, entre étudiants qui travaillent, qui essayent ensemble... Photographier au plus près, dans l'effort, dans le mouvement... Corps fragmentés avec ou sans visages. Je voudrais réussir à capter ces moments d'échange entre deux mains ; d'équilibre entre deux corps ; de tension entre l'œil, la main, l'objet...

# Un déficit de reconnaissance

**T**irillés entre les usagers, les médecins, les contraintes médico-administratives et leurs propres divisions, les personnels infirmiers éprouvent de la difficulté à se faire entendre dans les institutions. Leur aspiration à une certaine autonomie se heurte aux multiples attentes des autres acteurs, ainsi qu'à leurs propres constructions identitaires, plus proches des images d'Epinal que de la réalité. La pression institutionnelle cherche à canaliser ces attentes dans une réingénierie globale des métiers qui privilégie l'aspect gestionnaire et distancié des situations à la fonction plus directement soignante. Les mesures statutaires qui accompagnent ces changements sont bien loin des aspirations de ces soignants en perpétuel désarroi identitaire. Du fait de leur histoire et tenus sous le joug de la religion puis de la médecine, les infirmiers sont pénalisés par leur difficulté à se définir collectivement dans une société qui préfère ne pas voir ce qui se joue dans les lieux de souffrance. Le conflit, non assumé, réside entre deux manières d'aborder la question : un repli dommageable sur une position insatisfaisante et une réforme contrainte par un contexte général défavorable. *Pratiques* fait le pari d'une troisième voie, celle d'un réinvestissement des aspects humains et d'un développement de savoirs appropriés à ce choix. ■

# Savoir d'où l'on vient

**La discipline infirmière se doit aujourd'hui de quitter le monde symbolique entourant ses connaissances propres et de sortir de sa pusillanimité pour accéder aux lieux légitimes de production du savoir scientifique.**

**Nicole Nadot Ghanem**, infirmière, master science et DESS en analyse du travail, doctorante à l'université de Genève, professeure en science infirmière, Haute école de santé de Fribourg (Suisse).

**Michel Nadot**, infirmier Ph. D., professeur d'histoire et d'épistémologie en science infirmière (Suisse), professeur associé à la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec (Canada), professeur invité à la Faculté des sciences infirmières de l'université St-Joseph à Beyrouth (Liban).

Pour savoir où l'on va, il faut savoir d'où l'on vient, car comme nous le rappelle Popper (1985, 53), c'est la tradition de langage qui « représente la source à l'évidence la plus importante, en qualité comme en quantité, pour notre savoir ». Alors, comment produire de nouvelles connaissances en vue de développer une discipline, si l'on méconnaît les traditions de langage du passé et les savoirs anciens qui la fondent ? Toutes celles qui exerçaient le métier de prendre soin dans les hôpitaux laïcs du passé étaient issues de la classe populaire et des servantes. Leurs traditions de langage que l'on peut situer à la fine pointe des sciences humaines servent de fondements à la discipline du prendre soin et ont des siècles d'existence. Les soignantes se sont toujours transmis, de générations en générations et en l'absence d'écoles, les pratiques exercées, fussent-elles profanes. Pour prendre soin et aider à vivre, on n'avait pas besoin de soins dits « infirmiers ». Le mot « infirmier » n'a donc rien à voir avec les traditions de langage et l'histoire des pratiques soignantes laïques. Dire que les soins sont infirmiers relève d'un non sens, voire du mythe qu'il faut dépasser pour rechercher de nouvelles certitudes. Pour Popper, en effet, « le développement de toute connaissance consiste dans la modification d'une connaissance antérieure, qu'il s'agisse de son altération ou de son rejet complet » (1991, p. 133).

## Peut-on construire une identité à partir d'un mythe ?

Avec étonnement, on peut voir que l'origine du terme infirmier reste encore méconnue pour une majorité de professionnelles et de professeurs et une grande partie des dictionnaires ont perdu la trace du sens donné au terme infirmier. Le terme infirmier ne dérive pas du latin ni d'une fonction d'aide aux infirmes, comme on peut parfois l'entendre. Ce n'est pas non plus sur les axiomes religieux accompagnant la conceptualisation du terme infirmier que la discipline infirmière s'est

construite. Quelle place occupe le terme « infirmier » dans les cours d'histoire de la discipline ? Si on veut que les soignantes assurent leurs missions, il est bon que leur identité comme celle de leurs savoirs soient un tant soit peu consistante. Méconnaissant leur propre histoire par déficit de recherche fondamentale sur le sujet, et avec une filiation disciplinaire erronée, les infirmières ne peuvent pas retrouver l'identité propre de leur rationalité. Comme exposé au IV<sup>e</sup> congrès mondial du SIDIIEF à Marrakech en 2009, dire que les soins sont infirmiers relève du mythe. Comment avec de « faux parents » peut-on construire une identité professionnelle et scientifique univoque ? Cette question est primordiale parce que nous pensons qu'il est plus important pour une discipline de commencer à déterminer l'identité de ses savoirs, avant de se questionner sur l'identité de ses personnes qui s'y réfèrent. A l'abri de leurs certitudes, les infirmières continuent de faire un peu de tout, n'importe quoi et rien de spécial sans pouvoir donner un sens particulier à la polysémie de leurs propres énoncés. Pas étonnant que leur identité professionnelle et scientifique demeure dans ces conditions une problématique récurrente.

Ne sachant pas sur quels fondements conceptuels s'est construit le terme infirmier et ses représentations, la profession infirmière est toujours à la peine pour déterminer les orientations futures de ses quatre champs d'activité<sup>1</sup>. On le voit notamment lorsqu'il faut négocier des partenariats avec le monde académique ou participer aux énoncés interdisciplinaires. Quelle part est donnée aux contenus propres à la discipline, en proportion des connaissances connexes utiles pour atteindre les référentiels de compétences établis ? Selon quelle orientation se fera la formation future ? Par un accroissement de la dépendance biomédicale des savoirs ou par une extension de l'autonomie de pensée au sein de la discipline en science infirmière ?

Les fondements profanes du prendre soin institutionnel et leurs énoncés étaient déjà en place dans l'hôpital, bien avant que la médecine ne s'invite en ces lieux ou que l'Eglise n'y trouve un moyen de rechristianiser une société en voie de déchristianisation. Ce n'est pas sur la maladie et les traite-

§ Réseau de soins,  
réseau de santé  
§ Identité professionnelle  
§ Prendre soin  
§ Savoir scientifique

ments que commence la standardisation des savoirs du prendre soin institutionnel, mais sur l'accueil et le prendre soin de l'humain en difficulté (*care*). En se centrant exclusivement sur « le soin », la profession laisse parfois de côté les compétences requises pour que l'homme, objet de soins, puisse recevoir correctement ces derniers. Sans tomber dans l'anachronisme, on peut dire que « prendre soin » (au XVIII<sup>e</sup> siècle, comme au XXI<sup>e</sup> siècle du reste), c'est avoir la compétence de capter des informations, des langages, développer des savoir-faire non dénués de sens qui permettent, notamment, de gérer l'espace, le temps, les mouvements (activité logistique, économique, organisationnelle et domestique), qui permettent aussi de prendre soin du groupe (activité sociale et relationnelle non exemptés de conflits, de bagarres, d'ordre) et, enfin, permettent de prendre soin de l'humain en assurant une aide spécialisée d'intermédiaire culturelle dans les activités de la vie quotidienne. Prendre soin sur un plan institutionnel, reste aujourd'hui une prestation de service<sup>2</sup>, dont l'usager de la prestation, quel qu'il soit, est toujours celui qui a le pouvoir de fournir l'information verbale ou non verbale nécessaire à la conception et à la production du service. Mais l'infirmière n'est pas là que pour le bien des malades, comme on voudrait le laisser croire, et ne l'a jamais été. L'organisation, les médecins et les patients sont les trois grands ensembles d'usagers qui bénéficient du travail des soignants. En effet, avec l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage, ce sont trois ensembles discursifs bénéficiaires des prestations soignantes qu'il faut impérativement coordonner et qui vont façonner les exigences de la fonction.

### Et « Bologne » dans tout ça ?

Pour rejoindre les modalités d'application de la déclaration de Bologne signée en 1999 par les ministres de l'Éducation de vingt-neuf pays, cela a demandé aux leaders de la profession en Suisse romande de soutenir la modification de la constitution Suisse (amendements) pour que la formation, alors d'une compétence cantonale, passe à une compétence fédérale, changer la direction politique des écoles qui dépendaient de la santé publique et les rattacher aux directions de l'instruction publique ou de l'Éducation nationale, plus concernée par les accords de Bologne, mettre fin au mandat privé de la Croix-Rouge suisse sur la formation et la reconnaissance des diplômes

« “Prendre soin”,  
c'est avoir  
la compétence  
de capter des  
informations,  
des langages,  
développer des  
savoir-faire  
non dénués de sens  
qui permettent,  
notamment,  
de gérer l'espace,  
le temps,  
les mouvements... »

et, enfin, fermer les écoles de cadres (Nadot, 2010). Avec les modifications du statut des écoles, le rôle du professeur va se modifier, car ce dernier devra être producteur de savoirs scientifiques transférés dans l'enseignement et sur le terrain. Selon l'Académie Suisse de Sciences Médicales, les infirmières « exécutent les soins, en pratique, sur la base de preuves scientifiques. Pendant leur formation, elles apprennent à adopter une démarche et des méthodes de travail scientifiques. Leur collaboration à des projets de recherche est, de ce fait, souhaitable. En revanche, les étudiants au niveau de la maîtrise universitaire sont tenus de participer à des projets de recherche sous la direction d'un responsable. Une carrière scientifique autonome est possible après l'obtention d'un doctorat. Les soignants titulaires d'une formation de niveau maîtrise universitaire peuvent briguer ce titre » (ASSM, 2007, 1950).

Récemment, lors du 1<sup>er</sup> congrès international de l'Ordre des infirmières libanaises le 13 mai 2011 à Beyrouth et lors du Congrès tenu au Centre hospitalier de Luxembourg le 26 mai, on a pu entendre que, pour faire face aux changements en cours, six défis devront être envisagés pour répondre aux compétences finales des professions de la santé et ceci en synergie avec les attentes et discussions des ministres européens responsables de l'enseignement supérieur dès 2012. Nous les énumérerons ici, mais faute de place, nous développerons particulièrement en dernier le cinquième défi. Il s'agit :

- D'actualiser la formation en relation avec le projet de compétences finales.
- De créer des situations d'apprentissage « de soins et professionnelles emblématiques », en évitant une référence exclusive au langage biomédical et stéréotypé.
- De mettre en œuvre un dispositif d'alternance et d'analyse de l'activité, non seulement en utilisant des connaissances connexes à la discipline, mais aussi en développant la réflexivité à partir des modèles conceptuels propres à la discipline.
- De reconnaître et modifier les représentations symboliques issues du sens commun et remplacer ces dernières par des représentations actualisées voire fondées scientifiquement.
- De valoriser la totalité de l'activité de l'infirmière. En effet, cette dernière ne peut plus se cantonner dans une seule fonction du rôle professionnel, mais démontre son expertise dans les trois fonctions du rôle professionnel qui l'ac-

.../...



.../...

compagnent depuis toujours, la fonction d'institutionnalisation (prescriptive et souvent implicite), la fonction indépendante (réflexive) et la fonction prescriptive médico-déléguée.

- Quant au dernier défi, qui nous semble le plus important dans les changements en cours, il consiste à permettre aux professeurs de développer des compétences en matière de recherche et de développement d'une culture scientifique au sein de leur propre discipline.

Il est nécessaire également que les directions d'écoles, très souvent peu familiarisées avec le contexte académique de la science et les activités R&D, perçoivent la recherche, non pas comme un

accessoire que l'on peut acquérir si on en a les moyens, mais comme une nouvelle composante de base de tout professeur producteur de savoirs (ce qui change radicalement par rapport au statut de formateur), car dans une Haute école, il ne peut y avoir enseignement sans le transfert des résultats de la recherche et des nouvelles connaissances dans l'enseignement. Le développement de la recherche passe obligatoirement par un changement de représentation du formateur appelé à devenir professeur : quel est le rôle des différents acteurs face à la science, à sa gouvernance, les finalités de la recherche, ses enjeux à la fois pour le professeur, la haute école et la profession ? La veille scientifique et le partenariat avec les facultés de sciences infirmières étrangères devraient être privilégiés, car la discipline n'appartient pas à un pays.

Les professeurs en hautes écoles sont appelés impérativement à :

- Transférer les résultats de leurs recherches, financées par les agences de moyen de la science, dans l'enseignement. Pour ce faire, une recherche de financement auprès d'agences scientifiques nationales ou internationales est inexorablement liée à l'acceptation du projet par les experts.
- Fournir des prestations de service à nos institutions et à la société.
- Participer à la formation post-grade, master ou doctorat de nos hautes écoles.
- Accroître les collaborations avec le terrain (services de soins, directions de la santé) et les universités.
- Publier et valoriser les résultats de la recherche en utilisant les financements mis à disposition par les agences de moyens, car un mémoire ou un rapport de recherche qui « dort » sur une

étagère n'a jamais servi la recherche scientifique. Publier, confronte aux exigences de la reconnaissance de l'écriture scientifique.

Devenir professeur en science infirmière ne consiste pas uniquement à changer de nom, il y a des exigences et un prix à payer. Comment ont été anticipés par les directions d'écoles en France par exemple, les changements liés à la signature des accords de Bologne ?

Comme le mentionnait déjà Guy Jobert il y a plus de vingt-cinq ans (1985, p. 133), la constitution par les infirmières de leur discipline « réclame qu'il y ait reconnaissance de ce savoir par l'élite des autres professions, le public et les gouvernants, ainsi que la possibilité de transmettre ce savoir au plus haut niveau du système éducatif ». Avec la naissance des hautes écoles reconnues par l'Etat, l'expérience se trouve alors transformée en savoirs par le jeu de l'écriture. Ces savoirs peuvent alors se transmettre, se développer et assurer leur traçabilité.

Attention cependant à quelques illusions. Pour Nicole Rousseau, historienne et professeure émérite canadienne en science infirmière, « les premières tentatives de conceptualisation du nursing auraient dû s'inspirer des traditions ou des interventions que posent les infirmières quand elles font autre chose qu'exécuter des prescriptions médicales. Or, ce n'est pas ce que les premières infirmières théoriciennes ont fait. Dès lors, à l'approche du XXI<sup>e</sup> siècle, la profession infirmière est en crise et ne semble pas pouvoir s'appuyer sur les théoriciennes pour s'en sortir. Ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire n'ont encore réussi à redonner aux soignantes leur indépendance perdue au fil des siècles. Les infirmières auraient avantage à prendre conscience des racines historiques de leur profession et à s'en inspirer pour mieux définir le type de services qu'elles peuvent rendre à la société » (1997, p. 44).

### Conclusion

La redéfinition des compétences professionnelles et les modifications des identités professionnelles se réaliseront en partie d'elles-mêmes, sous la pression des forces de l'innovation et du marché. Mais attention, cependant, à l'endoctrinement ultralibéral animé par l'OCDE et qui a pour but l'aliénation des générations futures. Comme le relève Michel Bugnon-Mordant (2004), professeur ès Lettres et Essayiste, « la mise en conformité des systèmes scolaires au sein d'un projet euro-américain, promu par la Commission de Bruxelles, a pour but de faire des futurs étudiants des travailleurs consommateurs performants et des êtres sans mémoire, sans identité, sans racines ». L'évolution des systèmes de formation doit participer au renforcement des identités et des compétences disciplinaires pour améliorer la collaboration, dés-

« Le développement de la recherche passe obligatoirement par un changement de représentation du formateur appelé à devenir professeur : quel est rôle des différents acteurs face à la science, à sa gouvernance, les finalités de la recherche, ses enjeux. »

amorcer la problématique des points de liaisons et accroître l'efficacité des prestations (ASSM, 2007). Dans ce contexte, l'innovation côtoie les enjeux scientifiques ou politiques qui accompagnent la société de la connaissance vers laquelle nous allons. Il s'agit, comme le disent Samurçay et Rabardel, cités par Pastré (2005), de mettre l'accent sur la dimension de développement d'un acteur qui, non content de tenir un poste de travail, se construit dans la durée par et dans son travail, car quand il agit, il transforme le réel mais en transformant le réel, il se transforme lui-même. D'où l'importance également d'avoir du temps et des structures qui permettent de donner du sens à ce que l'on fait, qui permettent à l'activité de se rendre visible et enfin de légitimer les investissements

consentis ainsi que la place occupée par les acteurs professionnels. Les charges de travail liées à des typologies diagnostiques ou thérapeutiques ne suffisent plus à assurer la dotation en ressources humaines des hôpitaux. Toute organisation qui, par une mesure excessive de la productivité hospitalière pousse ses collaborateurs à « ne pas avoir du temps » assure l'aliénation et le maintien d'une forme d'impuissance. ■

■

1. Dans l'ordre de leur apparition sur le marché du travail : la pratique du prendre soin, la pratique de formation, la pratique de la gestion, la pratique de la recherche.
2. Le secteur de la santé, depuis un certain temps déjà, se trouve effectivement dans le secteur tertiaire, celui des services.

#### Références

- Académie suisse des sciences médicale (ASSM 2007), Groupe de travail sur les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique. *Bulletin des médecins suisses*, 88, 1942-1952.
- Bugnon-Mordant, M. (2004), « Cet endoctrinement qui passe par PISA », *La Liberté*, 16 décembre 2004.
- Jobert, G. (1985), « Processus de professionnalisation et production du savoir », *Education permanente*, 80, p. 125-145.
- Nadot, M. (2010 mars), « La recherche en Suisse », *Recherche en soins infirmiers*, 100, p. 94-100.
- Pastré P. (2005), « La deuxième vie de la didactique professionnelle », *Education permanente*, 165, p. 29-46.
- Popper, K. (1985), *Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique*, Paris, Payot.
- Popper, K. (1991), *La connaissance objective*, Paris, Aubier.
- Rousseau, N. (1997 mai), « De la vocation à la discipline », In *Infirmière canadienne*, p. 39-44.

## Ras-le-bol

■ Hélène Fontaine

Cela fait vingt-quatre ans et six mois que j'exerce le métier d'infirmière et j'ai eu la chance de pouvoir le pratiquer dans différentes branches de la profession. Mais, si c'était à refaire aujourd'hui, je ne le ferais pas car la manière dont sont conçues les études est bien loin de pouvoir donner la satisfaction que j'ai eue dans ma pratique.

Aujourd'hui, tout est fait pour protéger l'institution de la moindre erreur de la part des infirmières, dans un contexte où la charge de travail est de plus en plus élevée. Tous les jours des réunions, des staffs, des cours viennent prendre la place des soins et il reste de moins en moins de temps pour les malades.

Les jeunes professionnels nous prennent de haut, mais ils sont incapables de se débrouiller tous seuls et il faut sans cesse les aider. C'est usant.

A cela s'ajoutent désormais les séances de nettoyage de la pharmacie, des placards, les vérifications de péremption de médicaments, les vérifications des chariots d'urgence, le comptage pluriquotidien des stupéfiants, ainsi que le nettoyage des frigos. J'en ai ras-le-bol et je suis en train, à 56 ans, d'envisager de changer de métier. ■

# Les enjeux d'une réforme

**Un nouveau programme de formation initiale des infirmières vient d'être mis en place. On peut s'interroger sur les raisons de ces modifications.**

Entretien entre  
**Françoise Acker**,  
sociologue,  
EHESS – Cermes3,  
Centre de recherche  
médecine, science,  
santé, santé mentale  
et société  
et **Anne Perraut  
Soliveres**,  
cadre supérieur  
infirmier à  
la retraite,  
praticien-chercheur

**Françoise Acker** : Une formation infirmière universitaire pour quoi faire ? Pour qui ? Pour la profession ? La société ? Les institutions de soins ? Les patients ? La population ? Pour quel métier ? Quelle place dans l'organisation sociale du travail de santé ? Pour quelle reconnaissance, et de quoi ?

**Anne Perraut Soliveres** : Les infirmières qui sont sur le terrain ne se reconnaissent pas dans les discours ni dans les projets de formation, pas plus que dans l'Ordre infirmier. Ceux qui mènent les réformes le font sans considérer la multiplicité des types d'infirmières.

Je reproche à ceux que j'appelle « l'élite autoproclamée » de projeter un modèle d'infirmière qui ne correspond ni à la réalité des professionnels d'aujourd'hui ni aux besoins de la population, qui n'ont guère évolué.

Si l'on peut s'accorder sur le fait que les infirmières méritent mieux que le sort qui leur est fait, certains pensent que plus elles seront formées et plus elles seront respectées, ce qui n'est pas vrai.

**Françoise Acker** : Tu soulèves la question de la légitimité de ceux qui parlent pour l'ensemble des infirmières à définir leur formation. Il me semble que la difficulté, au-delà de l'écart entre modèle et réalité – sur lequel il faut revenir –, c'est l'existence d'un trop plein de représentants, de porteurs de discours sur les infirmières, qu'il s'agisse de syndicats, d'associations, mais aussi de membres de ce que tu appelles l'élite : les enseignants, les experts administrativo-techniques...

Il a existé plus de cent vingt associations et syndicats. Les tentatives de rassembler ces multiples groupes pour avoir un interlocuteur qui soit représentatif n'ont jamais marché.

La préparation du nouveau programme s'est déployée en parallèle d'une ingénierie des « métiers » menée sous l'impulsion – et l'accompagnement, pour ne pas dire l'encadrement – du ministère de la Santé. Des « consultants », des infirmiers et des experts de la définition des emplois

et des métiers (tous secteurs d'activité confondus) ont (re)défini une cartographie des emplois infirmiers, avec une distribution par niveaux. Une masse d'infirmières – de base – et un nombre, restreint, d'infirmières spécialisées, avec une hiérarchisation des spécialisations. Il s'agit en arrière-plan de contrôler la masse salariale. L'ingénierie de la formation avait plusieurs enjeux, le passage à l'université et au LMD (licence, master, doctorat) et un référentiel de compétences à acquérir. Le recours à des dispositifs généraux et à une catégorisation « universelle » contribue sans doute aussi à occulter la spécificité du travail et du métier d'infirmière tel qu'il se pratique et se vit au quotidien.

**Anne Perraut Soliveres** : Au lieu d'aller se former à l'université, d'aller y chercher un autre métier, on aurait plutôt dû travailler le nôtre, réfléchir à ses particularités. On ne peut pas faire ça sans des professionnels d'expérience qui en connaissent tous les aspects et à qui on donne les outils conceptuels appropriés.

J'ai le sentiment que « la profession » est en train de scier la branche sur laquelle elle s'est construite et cela éclaire la problématique des infirmières. C'est la confusion entre un désir de reconnaissance par le statut administratif (cadre A ou B) et l'exercice réel du métier qui sape le plus sûrement le moral des troupes et empêche les infirmières de mettre en avant les aspects essentiels de leurs missions. Ce sont des professionnelles de terrain qui ont fait évoluer ce métier, pas à pas, et c'est ce qui en fait la richesse. Pourquoi vouloir à tout prix en faire un cursus universitaire ? J'y vois davantage d'enjeux de pouvoir que d'intérêt professionnel. Le déplacement qui s'opère va influencer la construction d'un regard sur le soin qui risque fort d'être surplombant et contribuer à éloigner davantage les soignants des patients.

**Françoise Acker** : Il s'agit donc de partir du travail tel qu'il se fait au quotidien. De déchiffrer, comprendre, donner à voir le travail des infirmières, dans leurs différents lieux d'exercice, de s'intéres-

ser à leur expérience, de favoriser une analyse des pratiques en situation. S'intéresser au travail permet de tenir compte non seulement de ce qui est considéré comme travail de « soins », mais aussi de l'ensemble du travail à entreprendre pour pouvoir réaliser les soins, de tenir compte du travail visible et invisible qui caractérise toute activité professionnelle. Étudier, donc, le travail et son inscription dans son environnement.

Je suis d'accord avec toi, le travail défini de l'extérieur renvoie au silence ce que les infirmières ont à faire pour mettre en balance ce qui est prescrit – et contraint – et ce qu'elles jugent nécessaire pour le mener à bien. Pour pouvoir faire du « bon » travail (un travail de gens de « métier »), il faut déployer une intelligence de la situation.

Le travail de soin est un accomplissement pratique, en situation. Les infirmières mobilisent des savoirs acquis en formation et au long de leur expérience de travail, elles mettent ces savoirs à l'épreuve des situations de soin et réinventent individuellement et collectivement leurs façons de faire et leur compréhension des situations. C'est d'ailleurs cette posture qui les conduit à reconfigurer leur travail, à proposer de nouveaux modes de prise en charge. Mais elles ne savent pas toujours donner à voir ce travail d'ajustement qui vise à une meilleure efficacité de leurs actions, dans le cadre de contraintes organisationnelles et économiques sans cesse changeantes.

**Anne Perraut Soliveres :** C'est pourquoi je pense que l'essentiel de ce métier ne peut s'appréhender correctement que sur le terrain, avec un accompagnement de qualité, par des soignants eux-mêmes attentifs, expérimentés et aptes à questionner leur pratique. C'est là où tout se joue, où se révèlent les difficultés à appliquer les « cas d'école », la résistance du réel au prescrit, les problèmes de refus de soin, les questions d'observance... C'est dans ce contexte que l'intelligence et l'écoute se développent pour faire face à l'inédit, pour dépasser les multiples obstacles dont les lieux de souffrance sont pleins.

Les tuteurs ne doivent pas servir l'institution en appliquant des directives, mais plutôt remettre inlassablement la place du patient et des conditions de soins en avant. Il est remarquable que cette question du patient soit passée au second plan dans la préoccupation des réformateurs, alors qu'elle est dans tous les référentiels, et surtout dans tous les discours. C'est là où il y a des choses intéressantes à questionner, où l'université pourrait apporter des pistes de réponses, encore faut-il faire en sorte que les questions surgissent de l'observation. Lorsque j'interviewais les infirmières pour mon travail de thèse, elles étaient unanimes à me dire combien elles avaient été intéressées par le dispositif qui les amenait à parler longuement de leur rapport à leur métier et donc à y réfléchir.

**Françoise Acker :** Les infirmières, comme tous les gens qui sont en première ligne, ont à traiter avec du flou, les choses sont loin d'être claires.

Lorsque le travail est formalisé en entités bien définies, il est approprié par des « spécialistes » qui peuvent se centrer sur des soins bien délimités et laisser aux non spécialistes le « tout venant », le non spécifique, le travail peu formalisé et, partant, peu reconnu.

**Anne Perraut Soliveres :** Il y a une grande complexité dans la relation de soin, qui n'a rien à voir avec les relations « normales ». Cette relation sous haute surveillance s'inscrit dans une multitude d'objectifs, dont une partie nous échappe totalement. On a d'abord le souci de l'autre dans son accueil, la considération de ses besoins particuliers, à quoi s'ajoute le souci de son état de santé, le projet de son « moins mal être ». Toutes ces réalités doivent alimenter le projet de soins qui ne doit pas aller à l'encontre du projet thérapeutique... le tout sous la juridiction d'une institution qui instaure des règles de plus en plus contraignantes qui vont souvent à l'encontre des objectifs soignants.

**Françoise Acker :** Dans un contexte de montée en puissance de la prescription, il importe d'analyser la façon dont les infirmières exercent leur jugement. Les prescriptions concernent surtout les actions de soins formalisées, anticipées, mais pour un patient « en toute généralité », sans tenir compte de ses besoins, de ses désirs en situation. Comment tenir ensemble les prescriptions du travail, de toutes natures, et le souci de l'autre ? Comment développer une attention à ses attentes ?

L'organisation du travail (comme l'organisation de l'offre de soins) est avant tout fondée sur l'acte technique. Ce qui n'en relève pas directement (du moins en apparence) est renvoyé aux interstices, à des plages de rattrapage (consultation d'annonce...).

Un projet de soin requiert autre chose que la simple capacité à effectuer des actes techniques. Les très courts séjours qui se développent sont très représentatifs de cet aspect technique exclusif, c'est la temporalité de la technique qui se substitue à celle de la personne, celle du patient comme celle du soignant.

**Anne Perraut Soliveres :** Les séjours sont codifiés sans la moindre référence à l'histoire de la personne et à la complexité de sa situation.

**Françoise Acker :** Prendre soin de l'autre se concrétise dans des actions qui semblent aller de soi, mais

« On a d'abord le souci de l'autre dans son accueil, la considération de ses besoins particuliers, à quoi s'ajoute le souci de son état de santé, le projet de son "moins mal être". »

qui, de ce fait, sont peu discutées collectivement. Le souci du patient est peu visible parce qu'il se déploie selon un processus continu, celui de la prise en compte de la situation d'une personne et qu'il se traduit dans des actions imbriquées dans d'autres, de natures différentes. La cohérence des actions est liée à cette préoccupation continue, à la compréhension de la situation dans son contexte local et au souhait de répondre aux attentes de la personne malade.

Ceci suppose un apprentissage spécifique, qui consiste à observer comment des infirmières plus expérimentées arrivent à garder cette posture et à la traduire en actes.

Il suffit de regarder le positionnement du téléphone sur la tablette du patient pour se rendre compte qu'il est inaccessible... ou le verre plein d'eau hors de portée de la main du patient... C'est un problème d'attention à la personne. On voit bien qu'il a froid par exemple...

**Anne Perraut Soliveres :** Ce n'est pas sûr, car il y a des gens qui ne pensent pas l'autre. On nous a appris à nous méfier de l'identification au patient, comme on nous prescrivait de « laisser sa vie au vestiaire »... La juste distance est un apprentissage délicat, jamais acquis, jamais pareil et aucune théorie ne saurait rendre compte de ces allers et retours entre empathie, rejet, sympathie, déception... qui caractérisent ces relations de soin. Or, se mettre un peu à la place de l'autre est le meilleur moyen de repérer ce dont il pourrait avoir besoin.

**Françoise Acker :** C'est la lumière dans le cabinet de toilette plutôt que le plafonnier, c'est des petits détails... C'est un travail en soi de tenter de comprendre l'autre. Tout le monde n'y est pas disposé de la même manière.

**Anne Perraut Soliveres :** Une autre question essentielle concerne l'apprentissage des gestes invasifs. Certains soignants mal à l'aise avec certains gestes, mal ou insuffisamment appris, entraînent une crainte permanente de mal faire ou de faire mal. On devrait enseigner ces gestes le plus systématiquement et le plus complètement possible, sur des mannequins, de façon à les débarrasser de toute inquiétude, sans pour autant négliger cet aspect essentiel pour la sécurité du patient et du soignant. Une fois qu'on connaît bien un geste, non seulement la technique mais aussi l'asepsie, on peut mieux comprendre comment le proposer au patient et se focaliser sur tous les autres aspects de ce geste et de la relation qui le soutient. Se préoccuper

de l'aspect de la peau, de la douleur induite, de l'appréhension du patient... C'est vrai pour tous les gestes invasifs pour les infirmières comme pour les médecins. J'ai toujours été très mal à l'aise de devoir m'exercer sur un patient. Dans ma formation, je n'ai guère été préparée à tous ces éléments et on commence tout juste à évoquer la douleur induite.

**Françoise Acker :** C'est sûr que si on est piqué par quelqu'un d'inexpérimenté, cela peut être très traumatisant avec des hématomes qui restent pendant des semaines. Après plusieurs tentatives infructueuses, tu as envie de les envoyer jouer ailleurs. En cancérologie, j'ai été frappée de voir que les infirmières prévoyaient de faire un shoot de morphine avant de faire des soins douloureux.

**Anne Perraut Soliveres :** C'est assez récent et ça reste inégal, c'est lié aux soins palliatifs et aux consultations de la douleur.

**Françoise Acker :** La douleur provoquée, je pense que c'est Strauss, sociologue américain, qui l'a montré en premier, qu'en faisant leur travail les soignants induisaient de la douleur.

**Anne Perraut Soliveres :** Moi je l'ai toujours eu présent à l'esprit, parce que j'avais des difficultés à exécuter tous les gestes où il fallait couper, piquer... Je mettais un temps fou à découper une escarre... Cela me faisait violence et j'ai toujours eu du mal à faire souffrir les patients. Je prenais également beaucoup de temps à vérifier l'état veineux de quelqu'un que je devais piquer pour avoir le maximum de chances de l'avoir du premier coup.

Tu comprends pourquoi je défends une formation très ancrée dans le terrain, pour que les étudiants se posent toutes ces questions, échangent autour de ces gestes avec les patients et leurs formateurs. Pour pouvoir exécuter un geste, il faut avoir tout cela présent à l'esprit et apprendre à le dépasser, cela prend du temps, mais cela évite de prendre le patient pour un objet à remettre en état.

J'ai beaucoup observé ça lorsque j'enseignais les gestes et postures de sécurité dans le travail. Nous étions entre nous et nous servions mutuellement de cobaye. Je voyais des soignantes qui avaient des gestes très brutaux pour mobiliser le patient dans son lit, pour le remonter ou le lever. Elles agissaient rapidement pour compenser leur manque de force sans se rendre compte qu'elles insécurisaient le patient qui s'accrochait à elles, les pinçait

« On nous a appris à nous méfier de l'identification au patient, comme on nous prescrivait de "laisser sa vie au vestiaire" ... »



parfois. Aucune théorie ne peut remplacer l'expérience et l'écoute de ce qu'on produit sur l'autre et c'est seulement par l'expérience qu'on peut appréhender la complexité de la relation soignante.

Une autre anecdote est significative du besoin de réflexion sur le travail. Alors que je proposais aux soignants de davantage utiliser le lève-malade, les multiples objections faisaient état des positions obscènes qu'il induisait (il suffisait d'habiller la personne pour que « l'obscénité » disparaisse) ou du risque de chute (alors qu'il suffisait de placer le lève-malade sous le centre de gravité du patient), toutes objections qui en masquaient d'autres plus profondes, indicibles, comme la propre appréhension du soignant. Aucune formation théorique ou technique n'aurait pu, comme l'affrontement de la pratique, révéler ces objections irrationnelles (deux soignantes ont catégoriquement refusé de se laisser porter par le lève-malade).

**Françoise Acker :** J'avais vu un documentaire américain sur la gériatrie où on mettait les internes en médecine dans un lit avec des lunettes qui les empêchaient de voir. On voyait comment les soignants se présentaient en vitesse, comment le patient n'avait pas le temps de comprendre ni qui on était ni ce qu'on lui faisait.

Concernant la pudeur, mon père, qui a été hospitalisé récemment, tenait beaucoup à rester digne, à être habillé. C'est très important également pour l'entourage. Je pense que ça s'enseigne, le respect de la pudeur, comment faire une toilette. Hélas, ces dimensions du soin sont souvent celles qui passent à la trappe lorsque trop de contraintes pèsent sur le travail.

On est en train de segmenter les soins, ce qui rend l'approche globale impossible. On découpe non seulement le bonhomme en morceaux, mais également les lieux où on va le prendre en charge, ce qui fait que pour être malade, il faut vraiment être en forme...

**Anne Perraut Soliveres :** C'est pour toutes ces raisons qu'il faut affronter la mission impossible qu'on demande à l'infirmière de réussir tous les jours. Car les valeurs sur lesquelles repose le métier et qui sont énoncées partout dans l'institution sont difficilement mises en œuvre dans le quotidien des actes, elles ne peuvent pas s'accommoder de ces restructurations qui compromettent les conditions de soins.

**Françoise Acker :** Comment s'enseignent ces valeurs ?

**Anne Perraut Soliveres :** Ce que j'appelle les images d'Epinal de la profession infirmière imprègnent fortement une idéologie inscrite partout dans la déontologie, dans les fantasmes de la mère idéale, dans

l'asepsie forcenée en vigueur dans les soins. L'infirmière n'a pas droit à l'erreur... elle doit être à l'écoute tout le temps... elle doit avoir une patience à toute épreuve... ne jamais montrer ses limites... Elle doit faire face au patient en permanence en évitant tout risque de conflit. J'ai vu, il n'y a pas très longtemps, une infirmière générale proposer une sanction pour une infirmière, alors qu'elle n'avait commis aucune faute, dans le seul but de calmer une famille mécontente.

Cette posture intenable contrarie fortement l'équilibre des infirmières. Je n'avais jamais entendu auparavant les infirmières dire qu'elles avaient peur de faire une erreur, maintenant c'est très fréquent depuis la montée en puissance de l'idéologie de la « gestion des risques ». Il n'y a plus de solidarité de corps et ça les met en insécurité.

**Françoise Acker :** On fait porter aux professionnels la responsabilité de ce qui ne va pas, comme s'il s'agissait de leur propre incompétence. Je me souviens avoir entendu au début des années 80, dans une formation de la Croix Rouge, que les infirmières devaient entreprendre des psychanalyses pour faire face aux problèmes... On renvoie à l'individu la responsabilité de situations qui sont d'ordre professionnel et devraient être résolues collectivement. Il s'agit de repenser les soins et définir ce qu'est un professionnel dans le domaine de la santé.

**Anne Perraut Soliveres :** L'idéal serait de démarrer les formations aux métiers du soin par une mise en situation et d'y aborder les multiples aspects humains, la pudeur, l'écoute, le respect de l'autre dans sa différence, le dégoût, la distance professionnelle... Que chacun s'interroge sur ses propres notions, sur ses connaissances intimes de ça, apprenne à le confronter à d'autres postures et regards. Apprendre à partager, s'interroger sur ce que doit être la transmission. Savoir faire ne suffit pas pour savoir enseigner le bon geste, pas plus que savoir ne suffit à partager la connaissance. L'essentiel se transmet sur le terrain et c'est là où on met le moins de moyens pour que ça se passe bien. L'expérience est essentielle pour transmettre, mais cela ne suffit pas. Si on veut dépasser la reproduction des savoirs, faire évoluer les pratiques professionnelles, il faut apprendre à interroger sa propre expérience. Le binôme étudiant-tuteur devrait s'employer à développer ça dans le respect mutuel. Quand les étudiants sont en difficulté, il faut un sacré bagage pour ne pas les casser, c'est le plus difficile et on confie ça à n'importe qui parce que les services de soin sont de plus en plus désorganisés et que les infirmières n'ont aucune habitude réflexive sur leurs pratiques.

« On découpe non seulement le bonhomme en morceaux, mais également les lieux où on va le prendre en charge, ce qui fait que pour être malade, il faut vraiment être en forme... »

.../...

.../... **Françoise Acker** : J'ai effectivement pu observer il y a peu cette difficulté à transmettre des savoir-faire. Une étudiante infirmière, en salle de réveil, doit transférer un malade dans le service aval et faire les transmissions qui la concernent. Non accompagnée par une infirmière expérimentée, elle ne sait pas bien quelles informations présenter et dans quel ordre, d'autant qu'elle ne s'est pas occupée de cette malade. L'infirmière qui l'écoute est surchargée, peu disponible. Elle rabroue l'étudiante et lit directement le dossier. Lors d'une autre venue, elle expliquera à l'étudiante comment faire, comment hiérarchiser les informations pour qu'elles permettent à l'infirmière qui va prendre la suite de rapidement intégrer les points à surveiller. D'où l'importance d'un tuteur formé.

**Anne Perraut Soliveres** : Pour moi, le tutorat devrait devenir une spécialité accompagnée d'une formation continue sur le temps de travail et assortie d'un avantage salarial. C'est le seul moyen de redonner ses lettres de noblesse à l'expérience et une opportunité extraordinaire de pousser les soignants motivés à s'engager dans une recherche clinique qui ne soit pas une pâle copie des méthodes universitaires d'autres disciplines.

Pour autant, l'expérience ne suffit pas, la notion de compagnonnage ou de tuteurs sur le terrain n'a de sens que si cette expérience est travaillée, confrontée à d'autres regards, mise en perspective. Ce qui est envisagé est davantage de l'ordre de l'adaptation des professionnels aux outils élaborés hâtivement par les formateurs, eux-mêmes trop loin des réalités... On marche sur la tête.

**Françoise Acker** : Malheureusement, les profes-

sionnels sont de plus en plus jeunes, donc inexpérimentés. J'ai fait des observations dans un service où 75 % des infirmières avaient moins d'un an d'ancienneté, il est impensable qu'elles puissent elles-mêmes former des étudiants. On retombe sur la question de l'affectation des ressources humaines. Tout se tient. Dans un rapport, j'avais relaté la différence entre une gestion qualitative des effectifs et une gestion purement quantitative. Une cadre à la direction des soins disait qu'elle recrutait les infirmières et organisait les équipes en fonction de sa connaissance des services et des qualités particulières des soignantes, de façon à avoir des équipes avec de multiples profils et compétences. Alors que certains consultants proposent des organisations qui ne tiennent aucun compte de cela.

Aujourd'hui, où on fait sans cesse des réformes de structures, où on réforme également les parcours de soins, cela devient de plus en plus compliqué. C'est là où il me semble qu'il faudrait donner assez de billes aux soignants pour qu'ils comprennent ces évolutions du système, l'impact qu'elles ont sur l'espace des soins. Cela leur permettrait de savoir s'ils veulent résister ou continuer à investir.

**Anne Perraut Soliveres** : Je suis d'accord, mais je ne crois pas que l'institution soit disposée à donner aux soignants les moyens de résister aux contraintes qu'elle leur impose. D'autre part, pour que le soignant ait une idée de la société dans laquelle il produit ses soins, il faudrait qu'il se préoccupe davantage du politique, qu'il s'intéresse aux besoins de la population. Si on se soucie un peu plus des conditions de la sortie d'un patient qu'avant, paradoxalement on le met dehors de plus en plus vite... ■

## J'ai appris à me débrouiller seule

Marie-Françoise Marchon, infirmière

Je suis entrée à l'école en 1977 avec le bac, plus un concours d'entrée avec des tests psychotechniques. Les études duraient vingt-huit mois et se passaient à moitié en stage et à moitié à l'école.

J'ai appris l'essentiel sur le terrain, à la Pitié Salpêtrière. Pour mon premier stage, j'ai débarqué « petite bleue » en neurochirurgie, j'ai failli me trouver mal, tous ces crânes rasés, c'était très impressionnant et je n'avais aucune expérience.

L'école, les stages, je trouvais tout bien, on regrettait un peu de faire les larbins, mais j'ai beaucoup aimé mes études. Je n'ai jamais eu le sentiment qu'il me manquait quelque chose. On était un mois à l'école, un mois en stage à faire les mêmes horaires que les infirmières. L'école,

c'était gonflant, mais il fallait y aller. Dans les stages, ça dépendait des infirmières, dans certains services, ça se passait bien, dans d'autres tu avais vraiment le sentiment qu'elles te laissaient faire leur job. La plupart du temps on te laissait te débrouiller, moi, j'aimais plutôt ça.

Après j'ai travaillé dix-sept ans à l'hôpital, puis je me suis installée en libéral en province. Je continue à me débrouiller seule, s'il y a des choses qu'on ne connaît pas, on peut aller se former, parfois l'hôpital nous appelle pour vérifier qu'on connaît les nouveaux matériels, les nouvelles pompes de réalimentation parentérale, les pacs. Il est arrivé aussi qu'on vienne nous montrer, mais dans l'ensemble, il faut trouver les solutions soi-même. ■

# N'aie pas peur !

**Pourquoi les infirmières hésitent-elles à intégrer les projets de maisons de santé, alors qu'elles ont déjà fait l'expérience de la formation pluriprofessionnelle dans les réseaux ?**

Quelle est la place des infirmières au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) ? Cette question peut apparaître saugrenue tant l'évidence est de répondre qu'elle est nécessaire et importante. Certes, on ne peut pas exercer le soin et la santé en équipe regroupée du premier recours sans les compétences et savoir-faire du métier d'infirmière. Pourtant, dans la vraie vie, ce n'est pas cette évidence qui l'emporte, bien au contraire, la méfiance, voire le rejet, sont de rigueur. Pourquoi tant d'hésitations ?

Il persiste, dans le vécu d'un trop grand nombre d'infirmiers et infirmières qui ont travaillé en milieu hospitalier, le « douloureux » souvenir du rapport de dépendance hiérarchique entre le médecin et l'infirmière, souvent dominant et infantilisant. Lorsque l'infirmière fait le choix d'aller exercer en ville, c'est aussi pour s'affranchir de cette dépendance. Aussi, lorsque les promoteurs des MSP (ce sont souvent des docteurs) proposent le travail en équipe pluriprofessionnelle, cette représentation resurgit et suscite méfiance et doute sur leurs bonnes intentions. De plus, le discours syndical infirmier ne pousse pas à l'innovation. Il ne cesse de rappeler ce risque et appelle les infirmières à la plus grande vigilance, voire même ne conseille pas le travail en équipe. Comme par ailleurs certains médecins n'ont pas encore fait le deuil de ce type de relation dominé/dominant, la présence des infirmiers et infirmières en MSP n'est pas gagnée. Enfin, pour compliquer le tout, la construction d'une MSP relève du parcours du combattant, ce qui ne facilite pas l'engagement des infirmières dans cette aventure. Comment a-t-on fait dans les réseaux ?

Heureusement, beaucoup de promoteurs de MSP sont aussi, et ce n'est pas un hasard, des acteurs de réseaux de santé. Nous avons appris dans ces réseaux que si la coopération non hiérarchique entre les soignants n'est pas chose aisée, elle est quand même réalisable et, une fois acquise, devient un levier indispensable à la construction du travail d'équipe. Bien sûr, on ne recrute pas sur petites annonces et au hasard. Il faut avoir envie de travailler en équipe et faire du « collectif » une valeur pour sa pratique professionnelle.

Cet indispensable engagement est la première marche. Ensuite, la formation pluriprofessionnelle permet de dépasser les obstacles sus-décrits.

Cette formation n'est pas seulement un moment d'acquisition de connaissances, c'est un moment où les acteurs du travail en équipe vont apprendre à se connaître, à mieux comprendre la nature de l'exercice professionnel de l'autre, à voir comment les compétences des uns et des autres se complètent, comment se construit pour chacun la relation avec la personne malade, quelles sont les représentations des uns envers les autres... C'est donc des instants privilégiés pour apprendre à se respecter. La collaboration non hiérarchique, c'est comprendre et accepter qu'il n'y a pas une hiérarchie de valeurs des métiers en fonction du niveau d'études, mais des valeurs partagées pour que chaque acteur apporte, par sa compétence, l'action indispensable qui permet la réalisation du projet thérapeutique défini par l'équipe soignante.

C'est ainsi qu'au sein d'une MSP, l'équipe peut décider, à la suite d'un diagnostic sur les problèmes de santé de la population, de mener un projet qui vise à mieux suivre, par exemple, les grossesses à risques. Une formation est faite au sein de l'équipe avec la PMI et le service de la maternité. Suite à cette formation, le projet prend forme, les actions à mener sont décidées, les référentiels définis et le coordinateur de ce projet peut être aussi bien une infirmière qu'un médecin ou un autre professionnel de santé. Mais si chacun ne sait pas ce que fait l'autre, la conduite de l'action est difficile. Nous ne sommes pas dans un fonctionnement pyramidal, mais dans un travail transversal qui met en valeur les compétences et les savoir-faire de chacun. C'est à cette condition que le travail en MSP peut se réaliser, l'étape de la formation collective n'est pas accessoire, elle est indispensable. Alors il ne faut pas avoir peur du travail collectif. ■

« Le "douloureux" souvenir du rapport de dépendance hiérarchique entre le médecin et l'infirmière, souvent dominant et infantilisant. »

**Didier Ménard,**  
médecin généraliste

# Infirmière, non merci !

**Emma Pinson, 30 ans, aime son travail d'aide-soignante. Elle a essayé les études d'infirmière mais a rapidement arrêté, réalisant que ce n'est pas le même métier.**

Entretien avec  
**Emma Pinson**,  
aide-soignante  
depuis dix ans à  
l'Assistance  
Publique de Paris  
Propos recueillis par  
**Martine Lalande**

**Pratiques : Vous êtes aide-soignante dans un grand hôpital. Pourquoi, après avoir commencé des études d'infirmière, avez-vous renoncé à ce métier ?**

**Emma Pinson :** Après le collège, j'ai fait le BEP sanitaire et social puis j'ai travaillé un an comme agent hospitalier et aide à domicile auprès de personnes âgées. Ensuite, pour évoluer, j'ai fait les études d'aide-soignante. J'ai toujours su que je voulais faire ce métier, en contact avec les gens. Le BEP dure deux ans, avec un stage la première année et deux la deuxième année, en crèche, en maison de retraite et à l'hôpital. Les études d'aide-soignante durent un an, en alternant stage et école, c'est très condensé. Je n'ai jamais voulu être infirmière, ce sont mes collègues qui m'ont poussée à passer le concours. Elles insistaient, disant que je pouvais faire une très bonne infirmière, que j'en avais les compétences, les qualités, le courage, la volonté, la motivation... et aussi

la dextérité, le contact, le goût du soin, le travail en équipe. Elles m'ont inscrite au concours. J'ai dû faire une formation de remise à niveau, une journée par semaine pendant six mois, et j'ai réussi. Là, j'ai réalisé qu'il fallait que je retourne à l'école et que la liberté, c'était fini. J'étais sous pression, je devais réussir pour ne pas décevoir mon entourage. Dès le jour de la rentrée, je savais que cela ne me convenait pas. Mais j'ai tenté quand même, j'étais payée en formation professionnelle, je n'avais rien à perdre. C'était intensif, cours et stages, j'étais enthousiaste au départ, mais en stage cela n'allait pas. La première semaine, on est avec les aides-soignantes puis on va avec les

infirmiers. Je n'arrivais pas à passer le cap : je restais avec les aides-soignantes. C'était très dur pour moi de redevenir élève alors que j'avais été professionnelle. Il y a des réflexes automatiques liés à l'expérience, or on nous déconseillait de dire qu'on avait été aide-soignante avant. Pour qu'on ne nous voie pas différemment, et avoir le statut d'élève. On doit faire comme si on ne connaissait rien au milieu, mais ce n'est pas possible. Finalement, je me suis dit que je n'étais pas faite pour ce

métier. Pourtant, j'ai appris plein de choses. J'ai été encadrée par des infirmiers anciens aides-soignants qui étaient très motivés à me transmettre leur passion du métier. Je n'ai pas pu être réceptive. J'ai arrêté après dix mois. A douze mois, j'aurais validé le diplôme d'aide-soignante, mais je l'avais déjà.

**Est-ce la relation avec les patients qui est différente dans les deux métiers ?**

En tant qu'aide-soignant, on prend le temps de s'occuper de la personne, de son bien-être, de son intimité, on prend le temps de s'asseoir pour discuter, on voit nos patients différemment des médecins ou des infirmiers qui n'ont pas le temps. En tant qu'élève, on a encore plus de temps, on nous dit de prendre le temps de connaître nos malades. Mais les infirmiers n'ont pas le temps, ils font un soin puis ils passent rapidement à un autre patient. Pendant l'hospitalisation, c'est notre regard d'aide-soignant que viennent chercher les médecins, car ils savent qu'on est amenés à faire plus de soins, à passer du temps auprès des patients, donc on les connaît. C'est ce qui m'a complètement bouleversée, je me suis rendu compte que j'allais perdre ça. En tant qu'infirmier, on vient faire des piqûres, des pansements, donner des traitements... alors qu'en tant qu'aide-soignant, on vient servir les repas, on fait leur toilette, on les change, on les coiffe... quand on entre dans leur chambre, ils sont contents. Alors que quand l'infirmier entre, ils se crispent, ils s'attendent à avoir des soins qui font mal. Ils savent qu'on n'a pas la même approche, et c'est ce que je n'ai pas réussi à vivre. Quand j'entrais pour un soin, les gens étaient stressés, se fermaient... je n'ai pas pu continuer. Les infirmiers qui avaient été aides-soignants comme moi avaient passé un cap, avec plus de responsabilités, mais aussi beaucoup de stress. Les infirmiers subissent la pression médicale, alors que les médecins viennent nous voir pour avoir d'autres informations.

Et les patients s'adressent plus à nous qu'aux médecins. A nous d'aller chercher l'information, pour la retransmettre aux patients ou aux familles. Parfois les médecins sont passés et les patients nous disent après qu'ils n'ont rien compris, on leur explique avec des mots plus simples et plus adaptés. Dans mon service, je suis la seule aide-soi-

« On prend le temps de s'occuper de la personne, de son bien-être, de son intimité, de s'asseoir pour discuter, on voit nos patients différemment des médecins ou des infirmiers qui n'ont pas le temps. »

§Aide-soignante  
§Travail,  
Conditions de travail  
§Formation initiale,  
Formation continue  
§Infirmière, infirmier  
§Hôpital, réforme hospitalière,  
gestion hospitalière

gnante de garde, mes collègues ont besoin de moi et les familles viennent vers moi, car elles savent que je prends le temps. Ma surveillante me délègue l'accueil des patients et des familles, c'est moi qu'ils voient en premier, je leur explique ce qui va se passer.

**Qu'est-ce qui, dans votre pratique aujourd'hui, vous fait dire que vous avez eu raison de faire ce choix, et qu'est-ce que cela a changé dans votre façon de voir votre métier ?**

J'ai arrêté de faire certains actes que je faisais avant : avant, mes collègues me laissaient faire les glycémies, enlever une perfusion... on me faisait confiance bien que je n'aie pas le droit de le faire. Quand je suis sortie de l'école d'infirmière, j'étais dégoûtée de tous ces soins. Je ne les ai plus faits, alors qu'on m'y encourageait. Je n'y arrivais plus. Si elles ont besoin d'un coup de main, on travaille ensemble, mais je sais où est ma place et quelles sont mes limites. J'ai eu la chance de reprendre mon poste d'origine, et j'avais l'impression de redécouvrir mon travail, cela m'a passionnée. Il faut le vivre pour le ressentir : je me sentais nouvelle. Ensuite, l'expérience et les habitudes sont revenues. J'étais fière de dire que j'étais allée en formation et que cela ne me convenait pas, j'encourageais les gens à y aller, mais j'étais heureuse de retrouver mon métier. Pour conseiller des aides-soignantes qui veulent faire cette expérience, je leur dis que le plus dur est de redevenir élève : accepter les ordres, éviter d'aller de l'avant, attendre qu'on vous donne le feu vert pour faire les choses et s'intégrer dans l'équipe. C'est difficile quand on a un vécu. Mais tout ce que j'ai appris comme connaissances me sert aujourd'hui. Je suis revenue plus enrichie. Avec l'expérience, je peux mieux informer les patients sur les examens qu'on leur fait, mais pas sur les diagnostics. Je sais m'arrêter, je leur dis : je suis aide-soignante, pour savoir plus il va falloir s'adresser à l'infirmière ou au médecin. J'utilise peu mon savoir d'infirmière, mais je sais où je suis.

**« Il faudrait que les élèves soient plus sûrs de leur choix de métier. Certains n'ont pas compris qu'un malade était avant tout un humain, qu'il faut lui parler, l'écouter.... »**

**Comment voyez-vous maintenant la formation des élèves que vous rencontrez dans votre service ?**

Il faudrait que les élèves soient plus sûrs de leur choix de métier. Certains n'ont pas compris qu'un malade était avant tout un humain, qu'il faut lui parler, l'écouter... mais les enseignants qui ont l'expérience du terrain transmettent l'amour du métier.

J'encadre parfois des élèves aides-soignants. Je les trouve moins motivés que les élèves infirmiers, car les études d'aide-soignant sont très courtes. Je m'occupe un peu des élèves infirmiers de première année, comme je sais ce qu'ils vivent, j'essaie de les détendre. On travaille ensemble. Il y a aussi les étudiants en médecine qui viennent en stage infirmier en deuxième année, ils sont très jeunes. Ils sont très naïfs mais motivés. Je leur

apprends le respect du patient, la communication, voir le patient dans sa globalité, se mettre à sa hauteur. Les patients sont toujours allongés, il faut s'asseoir pour leur parler. Vous n'êtes pas là pour regarder votre malade de haut, ni pour avoir pitié, c'est un échange entre humains. Les respecter, et surtout les écouter. Vous ne parlez pas au malade comme vous parlez à vos potes dans la rue. Il y a le respect de l'âge. Si j'entends que l'étudiant ou l'élève parle mal au patient, je le recadre sans pitié. Pas devant le malade, mais après :

attention, ça pourrait être ton grand-père, ton père, toi ou moi. Je leur apprend aussi que les dossiers doivent être impeccables : quand on ouvre un dossier, il faut que ce soit clair et net, tout bien rangé. Pour eux, c'est dur de déshabiller quelqu'un, s'ils ont besoin on reste avec eux et on prévient les patients qu'ils n'ont pas l'habitude. On leur dit qu'ils doivent respecter la pudeur du malade. Parfois des patientes ne veulent pas être examinées par un homme, c'est la question de la pudeur à l'hôpital, il faut s'adapter. On les met à l'aise. Toujours en se disant que notre vécu sert à quelque chose. ■



# Faux monnayeurs

**La dévalorisation actuelle du système universitaire est corrélative de l'universitarisation de la formation infirmière. La flexibilité du marché du travail en est l'un des enjeux.**

**Christiane Vollaire,** philosophe

Le vocabulaire de la réforme est toujours follement excitant, et il porte ici sur deux objets : l'ouverture européenne d'une part, la revalorisation des compétences d'autre part. Il s'agit dans le premier sens d'internationaliser les études, de permettre les échanges, de mettre fin aux particularismes et aux frilosités nationales, d'assurer une dynamique de la recherche et une reconnaissance des équivalences. Une sorte de paradis sur terre.

Il s'agit dans le second sens de recréer une profession dévaluée et systématiquement déconsidérée, non seulement dans les hiérarchies hospitalières, mais dans une sorte de discrédit social.

Deux ambitions parfaitement légitimes, s'appliquant aux demandes de la profession infirmière. Dans les deux cas, il s'agit bien de valeur dans tous les sens du terme, puisque la relation est étroite entre valeur symbolique et valeur financière, et qu'on ne peut valoriser d'un côté ce qu'on dévalorise de l'autre.

Mais, derrière le noble affichage de cette double ambition, se profile une question plus insidieuse : est-il si valorisant de promouvoir à l'université une profession traditionnellement prolétaire, dans le temps même où l'on peut constater tous les jours la prolétarianisation des métiers issus de l'université ? Ou : de quelle monnaie dévaluée se paie cette réévaluation ?

## Un rapport de classe

Le philosophe Etienne Balibar, travaillant sur la relation entre scolarisation et rapports de classe, établit une série de distinctions qui permettent de mieux comprendre ce qui se joue derrière la question de la formation :

*La scolarisation – du moins dans les pays « développés » – se constitue à la fois comme un moyen de sélection des cadres et comme un appareil idéologique propre à naturaliser « techniquement » et « scientifiquement » les divisions sociales, en particulier la division du travail manuel et intellectuel, ou du travail d'exécution et du travail d'encadrement, sous ses formes successives. Or cette naturalisation qui n'est pas, on le verra, sans relations étroites avec le racisme, n'est pas moins efficace que d'autres légitimations historiques du privilège<sup>1</sup>.*

La distinction entre technique et scientifique, entre manuel et intellectuel, entre exécution et encadrement, est, dit-il, « naturalisée ». Ce qui signifie qu'elle est considérée comme originelle,

fondamentale, et donc pas susceptible d'être interrogée. Or c'est bien de cette distinction qu'il est question, lorsqu'on sépare en particulier les professions infirmières des professions médicales.

Sélectionner les cadres, au niveau même de leur formation, signifie dissocier ceux qui seront du côté du travail scientifique, intellectuel et d'encadrement, de ceux qui seront du côté du travail technique, manuel et d'exécution. Et c'est cette distinction qui va déterminer la reconnaissance sociale, dans la mesure même où elle n'est jamais interrogée, mais considérée comme un déterminant originel de l'organisation sociale.

Le métier infirmier, dans son opposition aux professions médicales, présuppose cette dissociation entre manuel et intellectuel, entre exécution et prescription. Distinction de classe qu'on peut mettre en évidence dans l'origine sociale des uns et des autres. Et de ce fait aussi dans le regard que les patients portent sur les uns et sur les autres, dans la manière dont ils s'adressent à eux.

Toucher le corps, le laver, en prendre soin, tous ces gestes vitalement nécessaires sont dévalués pour la raison qu'ils sont justement des gestes au sens physique du terme, et non pas des actes au sens décisionnaire du terme.

L'histoire de la profession de chirurgien témoigne de cette différence, et de ses conséquences sur la valeur accordée au travail : c'est quand les chirurgiens émergeront du simple statut de « barbiers » qu'ils acquerront un véritable statut social. Et plus récemment encore, la chirurgie « de pointe » liée aux nouvelles technologies accentue cette valorisation.

## Deux types de médecine

Cette dissociation du manuel et de l'intellectuel, du pratique et du théorique, se trouvait déjà au XIX<sup>e</sup> siècle dans la distinction établie par Claude Bernard entre le « médecin expérimentateur » et le « médecin empirique » : le premier, biologiste et chercheur en sciences médicales, était très largement valorisé au détriment du second, simple praticien. Et l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, paru en 1865, fait l'apologie d'une médecine d'autant plus efficace qu'elle évacue la relation de soin :

*Voilà donc une maladie qui est arrivée à la période expérimentale, et le médecin en est maître tout aussi bien qu'un physicien ou un chimiste sont maîtres d'un phénomène de la nature minérale. Le médecin expérimenta-*

*teur exercera successivement son influence sur les maladies dès qu'il en connaîtra expérimentalement le déterminisme exact, c'est-à-dire la cause prochaine. Le médecin empirique, même le plus instruit, n'a jamais la sûreté de l'expérimentateur*<sup>2</sup>.

Le médecin qui maîtrise la maladie est l'équivalent du physicien qui maîtrise les phénomènes naturels : un chercheur dont l'efficacité est liée à sa position purement objectivante. Cette dévalorisation du praticien au nom de sa proximité avec le patient, de son contact direct avec la réalité des personnes, est éclairante. Le mot d'empirique désigne notre rapport direct à l'expérience sensible. Mais cette expérience est valorisée si elle sert de support à la recherche théorique, et dévalorisée si elle ne concerne que la relation de soin.

On retrouve ce même discrédit jeté sur la médecine empirique dans le roman de Flaubert *Madame Bovary* : le personnage de Charles Bovary, médecin de campagne, est ridiculisé au profit du grand chirurgien parisien pour qui n'existent pas des patients, mais seulement des cas, objets de son activité de recherche.

Or la même hiérarchie, qui dévalue le médecin praticien aux yeux du médecin chercheur, dévalue *a fortiori* l'infirmier à l'égard du médecin. Ainsi les tâches les plus nécessaires sont-elles, pour de simples raisons de distinction sociale, discréditées au nom de cela même qui les rend indispensables. Et la paroi de verre qui sépare le médecin de l'infirmier, rendue, pour cette raison même, infranchissable. Tout ce qui fait la force mythique du médecin humaniste, bienveillant et protecteur, sera donc bien davantage lié au poids de savoir qu'il est supposé mettre en œuvre dans sa gestion de la maladie, qu'au temps de proximité relationnelle, d'écoute et d'attention qu'il lui est demandé, justement à cause de sa position dominante, de déléguer à l'infirmier. Si, selon Claude Bernard, le médecin empirique, même le plus instruit, n'a jamais la sûreté de l'expérimentateur, c'est justement parce qu'il est conduit à « perdre », dans les aléas de son rapport au patient, le précieux temps que le médecin expérimentateur consacre, lui, à la connaissance objectivante du corps et au travail d'élaboration intellectuelle qu'elle nécessite.

C'est ce qui, dans le travail du médecin empirique, le rend très proche du travail de l'infirmier, qui va précisément dévaluer sa profession.

Profession manuelle, profession féminine, profession souvent renvoyée, de ce fait même, du côté de la domesticité, les métiers infirmiers apparaissent ainsi largement définis par ces trois dimen-

sions, qui les opposent en tout point aux métiers médicaux.

Cette volonté de sectorisation, de dissociation radicale des activités, implique donc en toute logique le dispositif qui prévaut depuis le XIX<sup>e</sup> siècle : une relation entre hôpital, université et écoles d'infirmiers (devenues Institut de Formation en Soins Infirmiers) aux termes de laquelle l'hôpital est le lieu de croisement entre les étudiants en médecine issus des milieux bourgeois et formés à l'université (eu égard au poids théorique de leur savoir et de leur futur statut), et les infirmiers issus des milieux populaires et formés dans les instituts d'enseignement pratique attachés à l'hôpital.

### Le contexte d'une réforme des universités

On peut donc se demander quelle motivation profonde prévaut à la volonté de requalification de la formation infirmière, sachant que celle-ci n'est nullement l'aboutissement d'un long combat

contre les abus de la hiérarchie hospitalière, mais semble au contraire se faire avec le plein accord des autorités administratives et médicales de l'hôpital.

Que signifie cette volonté de renvoyer vers l'université la formation des infirmiers, dans le temps même où les universités sont, elles, entrées dans une phase de réforme profonde, élaborée dans les conditions les plus controversées, et contestée par un grand nombre d'universitaires ? Et comment s'inscrit dans cette réforme la requalification

des professions infirmières, qui s'y est engagée ? Il faudra analyser le processus de réforme mis en place autour des années deux mille sous le nom de « Processus de Bologne », pour comprendre un certain nombre d'enjeux du double mouvement qui réforme les études infirmières françaises pour les faire converger vers l'université, et qui réforme en profondeur, dans le même temps, les universités pour les faire converger dans un dispositif européen.

Le processus de Bologne est lancé en 1998 à la Sorbonne, en partenariat entre Allemagne, France, Grande-Bretagne et Italie. Il vise à mettre en place un projet européen de réforme des universités, qui permette la coordination des systèmes nationaux. Il se concrétise en 1999 par la Conférence de Bologne, signée par une trentaine de pays. Puis, entre 2001 et 2009, s'échelonnent les conférences de Prague, de Berlin, de Bergen, de Londres et de Louvain. Cette dernière permet la tenue du Forum politique de Bologne, associant des représentants extra-européens, des continents nord et sud américain, australien, proche-oriental et nord-africain. Actuellement, sur le continent

« La même hiérarchie, qui dévalue le médecin praticien aux yeux du médecin chercheur, dévalue *a fortiori* l'infirmier à l'égard du médecin »

.../...

.../... européen, quarante-sept Etats sont engagés. Il y a donc là un enjeu massif, étroitement lié aux institutions européennes.

On peut y voir évidemment, à bien des égards, un formidable progrès : l'internationalisation du système d'enseignement universitaire garantit aux étudiants l'équivalence de leurs diplômes d'un pays à un autre, des possibilités de circulation accrues, des perspectives d'échanges, un déverrouillage des options nationales, la fin de certains archaïsmes universitaires, et une plus grande cohérence dans l'organisation de l'enseignement supérieur. De ce point de vue, l'accès des infirmiers à l'université entrerait dans cette logique d'ouverture.

Mais les termes mêmes qui définissent les objectifs du processus créent immédiatement un malaise. Il s'agit en effet, pour reprendre ces termes :

- de produire « un niveau de qualification approprié pour l'insertion sur le marché du travail européen » ;
- de « promouvoir la mobilité des étudiants le plus largement possible » ;
- d'« améliorer la compétitivité du système d'enseignement supérieur européen à l'échelon mondial » ;
- de créer des « opportunités pour des parcours flexibles de formation dans l'enseignement supérieur ».

« Insertion sur le marché du travail », « mobilité », « compétitivité », « flexibilité » : on voit bien ici régner en maître le vocabulaire entrepreneurial. C'est, dans une véritable perversion, la logique actuelle d'un marché du travail dérégulé qui prétend imposer des impératifs de régulation à la formation universitaire. On voit bien aussi comment, derrière l'intention avouée et parfaitement légitime de dépoussiérer, de redynamiser, d'internationaliser un système qui mérite en effet des réformes, se profile une véritable confiscation de la formation universitaire, qu'il faut intégralement enrégimenter et normaliser pour la soumettre au marché du travail. On voit bien enfin comment la volonté d'internationalisation aboutit à lever les verrous de l'autorité de l'Etat pour soumettre la gestion même des universités à un rapport marchand :

*Prise dans une logique de plus en plus libérale depuis la réforme dite du LMD (licence, master, doctorat), l'Université française entre peu à peu dans un espace européen de l'enseignement supérieur structuré en pôles de compétitivité. Les universités deviendront plus autonomes au fur et à mesure que leur seront rendues des*

*compétences de gestion qui étaient jusqu'alors nationales. Parallèlement, les liens avec les régions s'intensifieront*<sup>3</sup>.

### « Autonomisation » et dévalorisation

La réforme LMD dont il est question ici se met en place en France, dans le cadre du processus de Bologne, depuis 2002. Elle modifie le cadre général des études post-baccalauréat pour les faire entrer dans le cadre d'une formation intégralement normalisée : un premier cycle aboutissant en trois ans à la licence qui ouvre un accès direct au marché du travail, un second cycle aboutissant deux ans plus tard à deux types de masters : l'un professionnel destiné à la sortie de l'enseignement, l'autre de recherche destiné à la poursuite d'études jusqu'au doctorat.

Mais cette réforme elle-même s'inscrit dans le cadre financier qui sera voté cinq ans plus tard en 2007 : celui de la LRU (Loi sur la Responsabilité des Universités), qui aboutit à ce qu'une belle antiphrase appelle « autonomisation » des universités. C'est-à-dire leur émancipation à l'égard de l'Etat, permettant leur inféodation directe aux systèmes financiers régionaux, locaux et privés. L'université devient à la fois l'otage et le vivier d'un système marchand, dans un marché du travail européen et international intégralement ouvert à la flexibilité.

Le parallèle avec la réforme de l'hôpital est évident : c'est désormais l'exigence administrative qui prédomine, au détriment de l'exigence de

contenu. Mais cette rigoureuse normalisation administrative, avec la bureaucratisation qui l'accompagne nécessairement, sert d'instrument à ce qui paraîtrait en être l'antithèse, et qui n'en est que la finalité : la dérégulation du marché du travail, soumis aux lois très immédiates du profit, et aux aléas des marchés financiers, européens et internationaux. Paradoxalement donc, l'« intensification des liens avec les régions », dont parle Corinne Abensour, entre dans ce dispositif d'internationalisation dans la mesure même où elle participe d'une dissolution de la régulation étatique.

Cet enseignement supérieur « structuré en pôles de compétitivité » s'avère donc profondément inégalitaire, faisant dépendre la formation des diverses sources de financement

des universités, et par là même d'un apport privé : une entreprise à la fois source et finalité de la formation, dans un système internationalement normalisé, dont plus aucune part n'échappe à son contrôle. C'est la porte bien sûr ouverte à la privatisation de l'enseignement supérieur, dans le temps même d'une implacable uniformisation des cursus.

**« Derrière  
l'intention avouée et  
parfaitement légitime  
de dépoussiérer, de  
redynamiser,  
d'internationaliser un  
système qui mérite  
en effet des  
réformes, se profile  
une véritable  
confiscation de  
la formation  
universitaire. »**

Dans cette gigantesque usine à gaz que constitue désormais un système universitaire européanisé par sa libéralisation, tout le contenu d'enseignement fait l'objet exclusif d'une quantification étroite, au détriment d'une évaluation de la qualité des enseignements : temps et contenu des études sont comptabilisés par des « crédits », qui rendent les résultats comparables d'un pays à l'autre, mais fondent cette comparaison sur des critères purement formels, puisque les modalités d'enseignement ne rendent plus obligatoires certains acquis étudiants. Dans cette réforme donc, la question de la qualité de l'enseignement est radicalement occultée au profit de son utilité économique, aboutissant à ce que Corinne Abensour appelle « une professionnalisation accrue des études universitaires ».

Et c'est bien sûr dans le cadre de cette professionnalisation que la formation des infirmiers y est intégrée. Il est donc clair qu'avant de participer d'une promotion des études d'infirmiers, la réforme en cours participe d'abord d'une professionnalisation des études universitaires, qui aboutit de fait à une prolétarianisation des milieux intellectuels, à la dévalorisation des compétences réflexives sur le marché du travail : il y a bien un phénomène de prolétarianisation des milieux intellectuels, qui se traduit en particulier par le chômage des surdiplômés, le sous-paiement, voire la non rémunération des compétences intellectuelles, et conduit bien des chercheurs à vivre du RMI ou du RSA.

Ce n'est donc malheureusement pas parce qu'on considère que les infirmiers doivent avoir des compétences intellectuelles qu'on universitarise leurs études, mais bien plutôt parce qu'on considère que les universités n'ont plus de rôle intellectuel à jouer, qu'on les ouvre à des formations qui étaient jusque là, de façon en effet discriminante, exclues. Le projet participe donc bien d'une forme d'égalitarisation, mais ce terme est désormais aussi perverti que celui de « mobilité » : de même que la mobilité ne signifie plus une dynamique vitale qui augmente l'expression de la liberté, mais au contraire la soumission à la flexibilité du marché, de même l'égalitarisation ne signifie nullement une possibilité d'égalisation des chances, d'équité sociale ou de promotion des activités jusque là considérées comme purement pratiques à la reconnaissance intellectuelle, mais au contraire un nivellement de la pensée qui discrédite corrélativement et l'activité pratique, et l'activité intellectuelle, empêchant précisément qu'elles puissent se renforcer l'une par l'autre.

La même problématique se retrouve dans les Ecoles d'art, où la « mastérisation » conduit dans bien des cas à privilégier les dimensions académiques de l'enseignement artistique au détriment de ses dimen-

sions réflexives et créatives, dans le temps même où le marché de l'art instrumentalise les productions. Au niveau de l'Education nationale, le recrutement des enseignants est considérablement appauvri et dévalué par cette même « mastérisation », qui consiste à recruter au niveau du master, et non plus par la filière des concours, dévalorisant le niveau des enseignants, et remplaçant les exigences de savoir par des exigences de « compétence », c'est-à-dire d'adaptation à un milieu professionnel lui-même dérégulé.

Ainsi la fausse monnaie de l'universitarisation contribue-t-elle à dévaluer tous les dispositifs d'enseignement et de transmission des savoirs.

Un mouvement de contre-réforme s'est initié en France dès 2007 contre la loi LRU, et affirmé au niveau international en 2009, lorsqu'un contre-sommet s'est organisé en Belgique, dans le temps même et quasiment sur les lieux de la Conférence ministérielle de Louvain, avec la participation de nombreux mouvements universitaires nationaux et de syndicats. Il dénonce les finalités purement marchandes de cette volonté d'« efficacité » universitaire, le détournement du concept d'équité au profit d'un véritable nivellement par le bas, et une privatisation des universités aboutissant à une mécanique de reproduction sociale des inégalités.

Mais ce mouvement de résistance, malgré la légitimité de ses dénonciations, peine à s'imposer au niveau international, en raison de la différence des systèmes nationaux, eux-mêmes parfaitement insatisfaisants, et indéfendables en l'état, face au rouleau compresseur de la réforme, et à l'organisation tentaculaire du Processus de Bologne.

Quelle réflexion profonde sur l'université, sur la revalorisation des savoirs pratiques, sur l'interaction du technique et de l'intellectuel, faut-il engager pour qu'une réforme alternative puisse s'imposer ? Et ne devrait-elle pas remettre en cause la distinction même, directement héritée du XIX<sup>e</sup> siècle, entre médical et paramédical ? Il faudrait pour cela que le mouvement de contestation au sein des universités intègre, comme facteur de sa propre dynamique, une vraie contestation infirmière. ■

- 1. Etienne Balibar et Immanuel Wallerstein, *Race, nation, classe*, La Découverte, 1997, p.22.
- 2. Claude Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Champs Flammarion, 1984, p.298-299.
- 3. Corinne Abensour, « Université-Entreprise : les liaisons dangereuses », in *De la Destruction du savoir en temps de paix*, Mille et une nuits, 2007, p.309

« La fausse monnaie de l'universitarisation contribue à dévaluer tous les dispositifs d'enseignement et de transmission des savoirs. »



# Pourquoi faire simple

**Inquiétude sur la transmission par les universitaires des compétences techniques et relationnelles nécessaires au « prendre soin de l'Autre » par la révolution linguistique.**

**Didier Morisot,** infirmier psychiatrique  
Mesdames, messieurs, chers collègues, réjouissons-nous... le monde infirmier, ce grand corps malade, est sur la voie de la guérison. Car il bénéficie, enfin, de toute l'attention de ses autorités de tutelle. Vous n'êtes pas sans avoir remarqué les remaniements en profondeur de la profession, réalisés depuis quelques temps : souvenez-vous, par exemple, de cette révolution linguistique aussi importante que la transformation des femmes de ménage en techniciennes de surface, à savoir le changement d'appellation de la pouponnière... brusquement, les « écoles d'infirmières » ont ainsi été remplacées par les très glamour « Instituts de Formation en Soins Infirmiers ». Ça soulage, n'est-ce pas ? Début du processus...

Souvenez-vous ensuite de l'étape suivante, riche en promesses d'autonomie. Je veux parler de ce grand moment d'humour parlementaire, ce rideau de fumée à l'odeur de vaseline : la naissance de « l'Ordre infirmier ». Vous savez, la petite mafia corporatiste copiée sur celle des toubibs... détendez-vous, ça ne fait pas mal ; vous verrez, vous prendrez votre destin en main, c'est l'occasion pour la profession de devenir véritablement aud-

ble par les pouvoirs publics...

Et ta sœur, elle repasse les chemises de Don Corleone ?

Aux dernières nouvelles, le bébé est cependant en petite forme, la gestation ayant un peu foiré. D'ailleurs, au lieu d'offrir les dragées, on parle presque de phase terminale... mais le gouvernement n'est pas resté démuni très longtemps : pour remplacer l'avorton, il a en effet sorti de sa manche la solution ultime, l'Eldorado qu'on nous fait miroiter depuis des années. Même qu'au fil du temps, la bête sortait

des profondeurs du ministère à intervalles réguliers ; un vrai monstre du Loch Ness... il s'agit bien sûr de l'équivalence du DE avec une Licence universitaire. Elle est pas belle, la vie ? Bac plus trois, les enfants ; le premier qui râle est un sale gosse ! Cette quête du Graal aboutie a, soit dit en passant, été facilitée par l'Europe : harmonisation de l'enseignement supérieur sur le vieux continent, ont dit les guignols qui se donnent pour mission d'éclairer le peuple marchant dans les ténèbres...

nos élites dirigeantes doivent vraiment s'emmerder grave dans leurs bureaux climatisés pour imaginer des réformes aussi nazes. A moins que ce ne soit une véritable stratégie, en fait...

Dis donc Albert, qu'est-ce que t'as prévu comme nouveauté à la rentrée ?

Bah... j'ai essayé d'occuper les blouses blanches avec l'Ordre infirmier, mais ça part en couilles plus vite que prévu ; je vais leur balancer une réforme de leurs études, histoire de faire diversion pendant un moment. Le temps qu'elles comprennent l'embrouille, ça sera toujours ça de gagné...

Mais finalement, cette fumisterie est parfaitement logique, tout à fait en phase avec le reste : nos politiques n'ont-ils pas l'habitude de transformer tout ce qu'ils touchent en usine à gaz afin de mieux nous rouler dans la farine ? Regardez donc la complexité du système judiciaire ou du Code des impôts, permettant aux plus malins (c'est-à-dire à nos décideurs et à leurs petits camarades) de passer entre les mailles du filet. Cette réforme ne serait-elle pas tout simplement la marque d'une certaine culture d'entreprise, une habitude plus ou moins consciente de noyer le poisson ?

Bref, l'Europe est vraiment très pratique lorsqu'elle cautionne un tel parcours de formation, celui-ci en rejoignant d'autres similaires dans la CEE...

Ah, Bruxelles et ses normes draconiennes, qui grave dans le marbre la proportion exacte de glucose dans les confitures à la fraise... Bruxelles, garant de la qualité des bigorneaux consommés pour les fêtes de Noël... et qui applique joyeusement son label d'excellence sur le foie gras chinois, lorsque celui-ci est conditionné dans le Périgord...

Mais je m'égare... à présent, donc, le même taux d'université tend à s'appliquer dans le parcours des étudiants infirmiers européens, du cap Nord jusqu'à Gibraltar (après, il faut s'arrêter sinon on tombe dans l'eau...).

Bref, nous voilà sauvés : ce cher enseignement supérieur, en effet, qui dans notre beau pays a fait preuve de son incroyable efficacité, avec la moitié des effectifs largués en cours de route... l'université française, la voie royale pour devenir livreur de pizzas ou travailler dans la restauration rapide ; maintenant qu'elle a pris en main le destin de nos chères blouses blanches, il faut nous habituer à sa façon d'agir. Mais ce n'est pas trop ardu, finalement : il suffit d'abandonner l'ancienne approche

« Ah, Bruxelles et ses normes draconiennes, qui grave dans le marbre la proportion exacte de glucose dans les confitures à la fraise... »



(trop primaire) et de s'habituer à une certaine tournure d'esprit. Dans ce but, la pratique de l'onanisme cérébral peut être d'un grand secours. Car le truc est bien là : pourquoi faire simple lorsqu'on peut faire compliqué ?

Les crétins qui ont torpillé le système scolaire semblent bien avoir inspiré ces géniaux réformateurs, l'évaluation du parcours des étudiants étant un modèle de QCM à deux balles : dix compétences, cent quatre-vingt « crédits » pour évaluer les connaissances... et je te raconte pas la tronche des crédits. Morceau choisi, dans le best of : « Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés... ». Autrement dit, s'occupe-t-il bien du matériel ?

... Non, pas ce soir, chérie, j'ai mal au crâne ; j'ai la complétude migraineuse...

Des intervenants « universitaires » vont donc assurer des cours dans les IFSI ; mais quelles salades vont-ils bien pouvoir raconter, eux qui fréquentent aussi souvent les hôpitaux que j'ai l'habitude de jouer au tennis avec un grizzly ?

C'est à se taper le cul par terre, en fait ; le savoir-faire et le savoir être sont remplacés par du cérébral psycho gélatineux. Une consolation toutefois, le traumatisme étant un peu atténué par les conneries précédentes, car nous étions déjà familiarisés avec les « diagnostics infirmiers », précurseurs du machin, ce système, complexe, ayant le mérite de revaloriser une fonction devenue trop basique dans la tête de certains...

Un exemple pour le fun : « Risque de tension dans l'exercice du rôle de l'aidant naturel... ». Cherchez pas, vous aurez du mal à trouver ; en fait, ça veut dire que l'infirmier est démotivé. Entre nous, c'est pas la lecture des diagnostics qui va l'aider à retrouver le moral... Franchement, vous avez vraiment l'impression d'être plus intelligent(e) en vous gargarisant avec un vocabulaire à la mords-moi le nœud ?

Petite remarque au passage : quid de la promotion professionnelle ? Comment vont se démerder les aides-soignant(e)s, eux, elles qui n'optimisent pas les ressources humaines extérieures afin de réajuster l'équilibre psycho hygiénique de la personne, mais aident tout simplement quelqu'un à faire sa toilette ? Leur propension naturelle à appréhender la vie de manière saine et pragmatique ne sera-t-elle pas un putain de handicap le jour où ils, elles voudront devenir infirmier(e)s ?

Ceci dit, il n'y a pas que du foutage de gueule dans cette évolution sémantique et universitaire, il y a aussi une bonne dose de démagogie : cette réforme caresse en effet dans le sens du poil une profession qui revient de très loin (les cornettes, tout

ça tout ça...) et qui rêve d'un avenir radieux auréolé par la reconnaissance de ses mérites... on va être docteurs, les gars, docteurs en science infirmière : elle est pas belle, la vie ?

Entre nous, pour la reconnaissance financière, oubliez-la et doublez la dose de vaseline...

Bref, je te raconte pas comment les autres docteurs vont se pisser dessus en nous voyant faire : allez, viens jouer dans la cour des grands, ma cocotte, mais ne fais pas durer le caprice trop longtemps...

Cela vous intéresse vraiment de vous engouffrer à la faculté en singeant le corps médical ? Filière où nous ressemblerons furieusement à des vilains petits canards... notre avenir n'est pas dans une démarche cérébrale illusoire, mais bien dans une redécouverte du cœur de notre profession : une compétence technique et relationnelle où l'on prend soin de l'autre et dont la noblesse n'a rien à envier à quiconque, d'ailleurs ! Nous qui sortons péniblement du paternalisme visqueux, nous ferions mieux, plutôt, de garder nos forces afin de lutter contre le management rampant et la dérive administrative qui torpillent le sens profond de notre métier.

J'aimerais également vous mettre en garde, chers collègues, contre les funestes conséquences induites par le piège qui nous est tendu. Tremblons, réagissons avant qu'il ne soit trop tard... car à force de vouloir péter plus haut que son cul, nous risquons de sérieuses complications intestinales : soyons-en persuadés, le tube digestif n'est pas conçu pour expulser les gaz autrement que par l'orifice prévu à cet effet...

Par ailleurs, la branlette inhérente au vocabulaire professionnel évoqué plus haut rajoute aux troubles musculo-tendineux dont souffre déjà la profession. Nouvelles pathologies dont le spectre plane au dessus de nos têtes, selon le sexe de chaque individu : entorse du poignet pour les messieurs, et tendinite du majeur pour les dames. Ou de l'index, les façons de procéder étant fort diverses.

Mais ce n'est pas tout, hélas, la liste n'est pas close... l'hypertrophie de l'Ego entraîne également de terribles phénomènes d'œdème, au niveau des chevilles et du périmètre crânien, par exemple. Sans compter le fait de ne plus se sentir pisser, triste réalité, génératrice de moult consultations d'urgence en urologie...

Mes amis, j'en appelle à votre sens des responsabilités et au bon sens que l'Administration n'a pas réussi à tuer en nous : non, l'onanisme universitaire ne passera pas ! ■

« Le savoir-faire et le savoir être sont remplacés par du cérébral psycho gélatineux. »

# Un cœur de métier, deux fonctions ?

**En France et en Belgique, la formation en soins infirmiers diffère, mais la problématique générale est la même et la comparaison des systèmes laisse deviner l'évolution probable en France.**

**Frédéric Wynants, Deux types de diplômes : le brevet et le baccalauréat**

enseignant en Institut de Formation en Soins Infirmiers

En Belgique, pour accéder à la profession d'infirmière, il existe deux voies possibles, en fonction du parcours scolaire antérieur du candidat. On distingue l'infirmière brevetée et l'infirmière bachelière (anciennement appelée graduée, impact de la réforme de Bologne entrée en vigueur depuis 2004). La formation est plus théorique pour les bachelières et s'étale sur trois ans. Le diplôme est reconnu par l'Union européenne et permet la libre circulation au sein des pays membres. Le Bachelier en Soins Infirmiers a accès aux différentes spécialisations et au certificat en Médecine Tropicale, ainsi qu'aux diverses formations organisées par l'enseignement de promotion sociale. Les spécialisations intéressent les domaines de la pédiatrie, des Soins Intensifs et Aide Médicale Urgente (SIAMU), du bloc opératoire, de la santé mentale et la psychiatrie, de la santé communautaire, de l'oncologie, de l'imagerie médicale et radiothérapie, ainsi que la gériatrie. La spécialisation « cadre de santé » dure deux années et s'effectue par la voie de l'enseignement de promotion sociale et à raison d'un jour par semaine.

Le brevet est également reconnu au niveau européen comme infirmier(e) responsable en soins généraux et donne droit au libre exercice professionnel dans tous les pays de l'Union européenne. Cependant, il n'entre pas dans le cadre des accords de Bologne et ne délivre pas le grade de bachelier. Il s'obtient également après trois années d'études et permet d'exercer dans tous les secteurs d'activité, excepté les soins intensifs, la pédiatrie et les urgences. Il est obtenu dans le cadre de l'enseignement professionnel secondaire complémentaire. Les conditions d'accès y sont plus souples (la réussite de la 6<sup>e</sup> professionnelle suffit), la formation plus pratique (moins de cours théoriques et stages en alternance plus tôt dans la formation), tandis que le baccalauréat développera davantage le jugement clinique (examen et identification de la situation et de ses conséquences). L'infirmière

brevetée qui souhaite développer sa carrière peut utiliser une passerelle vers le baccalauréat (en première année, si elle a moins de cinq ans d'expérience, en deuxième année, si elle a plus de cinq ans d'expérience). Il donne accès à la spécialisation en soins hospitaliers généraux ou en santé mentale et psychiatrie. Qu'elles soient bachelières ou brevetées, les infirmières font le même travail, posent les mêmes actes. L'une toutefois sera mieux payée que l'autre, qui ne se retrouvera pas nécessairement dans un secteur trop pointu. Concrètement, les infirmières brevetées ne sont pas habilitées à poser des actes très techniques comme l'injection de morphiniques ou la perfusion dans une chambre implantable.

## L'accès à la formation

En Belgique, il n'existe pas de concours pour intégrer une école d'infirmières. Il suffit pour les candidats bacheliers d'être titulaire du certificat d'études secondaires supérieures, l'équivalent du baccalauréat français. Quant aux candidats désireux de se diriger vers le brevet, ils proviennent de l'enseignement professionnel supérieur (équivalent d'un baccalauréat professionnel français). Un quota existe et est limité par le nombre de places disponibles au sein de l'établissement de formation ; ce sont par conséquent les premiers inscrits qui ont les places. Les inscriptions se font souvent lors des journées « portes ouvertes », organisées par les écoles. Les candidats ont donc tout intérêt à se renseigner au préalable sur les pièces justificatives à fournir afin de présenter un dossier complet lors de ces journées.

## Deux étapes importantes durant la première année

Un tri naturel s'opère au cours de la formation. Une des étapes importantes est le premier stage, il est décisif. En effet, chaque étudiant débute sa formation par un stage en maison de retraite, qu'on appelle les « homes » en Belgique. Au retour, des étudiants décident d'arrêter la formation car la confrontation avec la dure réalité du métier a

bousculé leurs représentations. Face à un corps malade, vieillissant, à la douleur, la souffrance, voire même la mort, ils se rendent compte qu'ils ne sont pas destinés à ce type de métier qu'ils ont idéalisé ou qu'ils réduisent à un ensemble d'actes exclusivement techniques. La deuxième étape capitale correspond aux partiels de début janvier, la première session d'évaluations théoriques est organisée juste après les congés de Noël.

### Comment déceler la motivation des candidats ?

En qualité de cadre de santé formateur, je participe à la sélection des candidats au travers des jurys. Après trois ans d'exercice, je trouve qu'il n'est pas facile de détecter les réelles motivations au cours d'un entretien de vingt minutes. Il doit aussi permettre d'apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation et d'échanger sur son projet professionnel. Certains candidats ont pu y répondre de manière ponctuelle le temps de l'entretien, mais finalement ne correspondent pas au profil professionnel que nous souhaitons former. Soit parce qu'ils ne possèdent pas les capacités intellectuelles nécessaires à la formation, les capacités humaines nécessaires à apporter de l'aide à la personne, mais également les capacités à être centré sur l'autre, le patient et son entourage. Également responsable du cycle préparatoire au concours d'entrée en IFSI dans mon établissement actuel, je travaille en collaboration avec une psychologue qui fait véritablement émerger les réelles motivations au travers de méthodes de connaissance de soi (le « qui suis-je ? », la ligne de vie) et de la construction du projet professionnel (motivations). Ceci permet au moins au candidat de prendre le temps et la prise de recul nécessaires à son choix professionnel. Un stage d'observation de la fonction infirmière de deux semaines (en hôpital et en milieu extrahospitalier) leur permet également d'être au contact avec la réalité, de confirmer ou d'infirmer leur choix de devenir infirmier. En Belgique, certaines écoles proposent, durant la semaine précédant la rentrée, une session de propédeutique comprenant des cours de remise à niveau des pré-requis en chimie et des cours axés sur la méthodologie de l'apprentissage dans l'enseignement supérieur. Ces quelques jours permettent aux étudiants de se familiariser avec les exigences de l'enseignement supérieur.

La mise en place de certains « guidelines » permettrait peut-être de sélectionner un profil particulier de candidats. Ne faudrait-il pas opérer un premier tri par rapport à un type de bac, car depuis la réforme, le niveau des contenus théoriques a vu son niveau d'exigences augmenter avec l'uni-

versitarisation de la formation ? Je reste persuadé que tout le monde n'est pas fait pour devenir infirmier. Cette profession exige des capacités relationnelles, humaines et intellectuelles spécifiques.

### Un système d'alternance différent

Que ce soit en France ou en Belgique, la formation infirmière est basée sur un système d'alternance. Une année de cours représente trente semaines. En Belgique, les stages représentent 20 % la première année, 50 % la deuxième année et 75 % la troisième année. Cette dernière année vise l'intégration des compétences dans différents domaines de la profession. Les étudiants sont évalués par contrôle continu. De plus, l'approche par compétences du nouveau référentiel de formation infirmière impose un changement de posture pour les formateurs. En Belgique, l'enseignement est assuré par des infirmier(e)s enseignant(e)s. Ces dernier(e)s enseignent à la fois des matières théoriques, pratiques et supervisent les stages. Tous(tes) ont une expérience professionnelle infirmière, le diplôme de la section d'étude dans laquelle ils, elles enseignent, une licence universitaire (niveau master) et une formation pédagogique (Certificat d'Aptitude Pédagogique). Il est évident que le métier de formateur est spécifique et qu'il constitue une fonction à part entière. En France, le module de pédagogie de la formation « cadre de santé » offre une approche dans le domaine. Les cadres qui désirent enseigner doivent poursuivre vers un master spécifique.

Pour conclure, je suis satisfait de la formation infirmière reçue en Belgique. Elle m'a permis une mobilité évidente. Je serais pour une suppression des épreuves de sélection en France, mais nous ne sommes pas prêts à entrer dans cette dynamique. L'évolution de la formation infirmière vers l'université est une opportunité que la profession doit saisir, car je reste persuadé que c'est en élevant son niveau de connaissances, via la recherche, que la profession gagnera en reconnaissance sociale comme les professions dites « établies » selon certains sociologues. Il est primordial que la profession définisse les fondements de la discipline dans laquelle elle veut s'inscrire. Pour cela, elle doit établir des choix, se rassembler derrière un objectif commun. Je crains, malheureusement, que les infirmiers (ères), qu'ils soient belges ou français, aient beaucoup de difficultés à se mobiliser dans cette voie. ■

« Je reste persuadé que tout le monde n'est pas fait pour devenir infirmier. Cette profession exige des capacités relationnelles, humaines et intellectuelles spécifiques. »

*Vous pouvez retrouver la version longue de cet article sur le site de Pratiques.*



# Pratiques et théorie, une délicate alchimie

Cette question hante notre culture, et la hiérarchie qu'elle instaure entre la pensée et l'action mériterait d'être revisitée. Entre les tenants du faire, à l'instinct et au « bon sens », certes indispensables, mais insuffisants à produire des données transmissibles, et ceux qui pensent sur ce que font les autres, souvent à leur place, voire à leur insu, il est difficile pour les infirmières de se frayer un chemin. Or, leur formation, comme celle de tous les praticiens qui agissent auprès d'un public demandeur de soins ou d'attention (école, travail, autres domaines du social), exige des savoirs spécifiques théoriques, des savoirs pratiques, souvent délicats à exécuter, et des savoir-faire avec l'autre, compliant ou résistant. La dissymétrie qui caractérise la relation soignante constitue un enjeu éthique particulièrement difficile à saisir et qui ne saurait se résoudre ailleurs que dans la confrontation au problème. C'est pour toutes ces raisons que le « compagnonnage » doit être assuré par des soignants, eux-mêmes aguerris à cette complexité et aptes à questionner leurs pratiques et en évaluer l'impact sur les populations. Ceci est mis en difficulté par l'instabilité des personnels et « la polyvalence » qui remplace la compétence dans les conceptions d'un certain management. —



# Les maillons manquants

**La nouvelle donne de la formation en soins infirmiers inquiète. En psychiatrie, la disparition de la transmission de « l'art de l'apaisement » par la clinique et l'éthique va favoriser le « tout sécuritaire » et le démantèlement du service public de secteur.**

**Agnès Gueguen Cluzel,**  
infirmière  
exerçant en psychiatrie

Quelques mois à peine après la mise en place de la nouvelle formation « universitaire » LMD (licence, master, doctorat), des critiques émergent, des voix se font entendre et, singulièrement, celles des étudiants concernés. Le 12 mai dernier, dans le cadre d'une journée d'action, on pouvait entendre quelques inquiétudes et revendications. Entre autres, l'exigence d'une véritable reconnaissance du diplôme national de Licence Universitaire dans le cadre d'une filière complète en sciences infirmières, comme dans vingt autres pays européens. A ce jour, le diplôme n'équivaut qu'à un grade équivalent licence et de fait, les élèves ne sont pas reconnus comme des étudiants « à part entière ». La formation théorique est trop axée sur le médical et sur les apports dits transversaux, « hors cœur du métier » : anglais, méthodologie... Le travail personnel demandé est trop important. Les tuteurs et les infirmiers ayant la responsabilité de former et valider les compétences des étudiants au sein des services n'ont pas de formation spécifique et manquent de moyens. L'outil imposé, « le portfolio », est vécu comme étant rédhibitoire. Le risque de non validation des compétences par les personnels des services, déjà « débordés », n'est pas négligeable. Cette validation semble d'autant plus aléatoire qu'il n'y a plus de notation, ni de mise en situation professionnelle. Par ailleurs, le nombre plus restreint des lieux de stages, mais sur des durées plus longues, inquiète les étudiants sur les réelles possibilités de maîtriser le maximum de savoir-faire et de techniques de soins infirmiers.

Formateurs, étudiants et professionnels « pataugent ». La nouvelle formation pseudo « universitaire » est vécue comme une formation au rabais, tant au niveau théorique pour se prévaloir d'une licence à part entière, qu'au niveau des acquis et compétences techniques au niveau des soins « somatiques » et « psychiques ». « Cobayes, sacrifiés » sont les termes que l'on retrouve souvent sur le Net.

L'avenir du métier en psychiatrie semble mis en péril. Deux chaînons fondamentaux n'existent plus.

Le premier chaînon manquant est la disparition des personnels formés en psychiatrie en tant que spécificité. La transmission théorique et pratique de la génération des soignants les mieux formés et les plus motivés, ceux qui ont de manière quasiment militante accompagné la mise en place de la politique de secteur, ne se fera quasiment plus. Les dinosaures, comme ils aiment à être qualifiés, sont partis ou partent à la retraite. A la place, les nouveaux diplômés de formation généraliste font comme ils peuvent.

On aurait pu penser que la nouvelle formation prenne en compte cet élément, ainsi que les constats unanimes de la dégradation de la formation en psychiatrie depuis la disparition de la spécificité en 1990. Déjà, en 2005, le ministère, fort des constats et des répercussions dans le travail au quotidien, tentait d'améliorer le contenu de la formation initiale en mettant en place des formations de quinze jours pour les nouveaux diplômés, et un tutorat exercé par des « anciens ».

Hélas, en minorant entre autres le rôle des formateurs professionnels dans les IFSI, en donnant un poids prépondérant aux professionnels de terrain qui eux-mêmes souffrent d'une insuffisance de formation, le nouveau système ne « tire pas vers le haut » le soin infirmier en psychiatrie. Loin

s'en faut. C'est sans doute pour cette raison que la faculté Paris VIII a mis en place cette année un cursus de formation continue : « exercer sa fonction d'infirmier en psychiatrie et en santé mentale ». Formation non qualifiante, même si elle est située au niveau Bac plus quatre, onéreuse (c'est un filon !) et au bon vouloir de l'employeur !

« Exécuter des entretiens thérapeutiques, faire des entretiens motivationnels... » : ce sont là des termes pêchés dans les objectifs de stage que se sont donnés les étudiants en soins infirmiers que je rencontre aujourd'hui. Tout cela va très bien sans doute avec les outils qui nous sont imposés : transmissions ciblées sous forme de données, actions, résultats (DAR) et de diagrammes de soins. Les mêmes outils sont donc utilisés en psychiatrie et dans les autres services. Outils plus adaptés à la comptabilisation des actes (T2A : tarification à l'activité) qu'à la garantie d'une prise en charge et d'un suivi de qualité. Dans la même logique, le contenu de

« Formateurs, étudiants et professionnels "pataugent" »

§Hiérarchie,  
§Rapports médecins infirmières  
§Infirmière, infirmier  
§Revenu, Rémunération soignants,  
à l'acte, forfaitaire, T2A  
§Psychiatrie, santé mentale,  
psychiatrie de secteur  
§Sécurité

l'exercice infirmier en psychiatrie se « ratatine » au fil du temps et se restreint à : exécuter des protocoles, sécuriser, contrôler, se contrôler pour ne pas prendre le risque du lien thérapeutique qu'on ne sait plus gérer. Alors comment apaiser, rassurer, contenir avec bienveillance, humanisme et opportunité quand la maladie mentale est subie et non plus accompagnée, et surtout quand elle fait peur ? Comment avoir d'autres recours que l'injection de force, l'isolement « thérapeutique », la contention quand personne ne transmet un « faire » autrement en « étant » autrement. A l'évidence, il n'y a plus de « pensée », de savoir être, de savoir-faire de l'infirmier en psychiatrie.

On n'apprend plus à transmettre l'art de « sentir » de manière singulière la montée en angoisse d'un patient, l'art de l'apaisement, l'art de prévenir l'agitation psychomotrice, l'utilisation de médiations thérapeutiques, l'entretien infirmier comme étant en complément des entretiens médicaux au cœur de l'arsenal thérapeutique. Qui va maintenant transmettre ce qui fait le corps, l'épaisseur, la substance de ce métier ? Ce métier, qui est d'abord l'art et le risque du lien en toute circonstance, à force de perdre sa consistance éthique, humaine, clinique, se dévalorise.

Davantage qu'un choix : il semble être un passage obligé pour nombre d'étudiants formés en IFSI des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Je ne suis pas sûre que la spécialisation soit une réponse suffisante pour entretenir les motivations. Car se spécialiser en psychiatrie, oui, mais pour quoi faire ? Si la psychiatrie ne retrouve pas le chemin dont elle n'aurait jamais dû dévier : soulager et accompagner la souffrance.

La psychiatrie est une spécificité hautement humaniste : la transmission éthique, clinique est fondamentale si on ne veut pas accélérer le processus actuel d'une psychiatrie sécuritaire. Qui va transmettre ces qualités, fruit d'un travail de formation initiale et continue, fruit d'un engagement dans des expériences innovantes de toute une génération ?

Je qualifierais de deuxième chaînon manquant la difficulté, voire l'impossibilité de se référer à ce que j'ai décrit plus haut. Les dernières lois confortent

**« Comment apaiser, rassurer, contenir avec bienveillance, humanisme et opportunité quand la maladie mentale est subie et non plus accompagnée et surtout quand elle fait peur ? »**

l'orientation sécuritaire de la psychiatrie (voir « les 39 contre la nuit sécuritaire »). Dans la même logique, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de mai 2011 met en évidence une augmentation des fugues et des passages à l'acte au sein des unités d'hospitalisation et malheureusement, il semble que ce soit la seule référence retenue. Si une partie des interprétations et des propositions de ce rapport sont contestables, on peut quand même acter de la reconnaissance de facto du manque de formation des soignants travaillant en psychiatrie. Il est dommage que les soignants aient été pointés de manière stigmatisante et caricaturale. J'entends les protestations des collègues : « on s'arrête quand le travail est fini... », car le travail attendu aujourd'hui dans les services de psy est tout simplement une succession d'actes ritualisés avec une prédominance de plus en plus importante des soins somatiques. Une médicalisation des soins comptabilisés dans les diagrammes, une transmission inter-équipe stéréotypée par l'utilisation du DAR sur cortex... Bref c'est la mort programmée de la psychiatrie qui deviendrait une sorte de « succursale » des services de médecine. Les inspecteurs de l'IGAS évoquent des améliorations possibles à travers des formations autour de la gestion de la violence des malades dits « difficiles » et du « tri » des malades. Les seules portes ouvertes seraient donc autour de la sécurité, au sens du « contrôle et de la répression ». Il est clair que ces rapports tentent avant tout de rassurer une opinion, largement entretenue par le pouvoir politique et médiatique, que le fou est dangereux.

tends les protestations des collègues : « on s'arrête quand le travail est fini... », car le travail attendu aujourd'hui dans les services de psy est tout simplement une succession d'actes ritualisés avec une prédominance de plus en plus importante des soins somatiques. Une médicalisation des soins comptabilisés dans les diagrammes, une transmission inter-équipe stéréotypée par l'utilisation du DAR sur cortex... Bref c'est la mort programmée de la psychiatrie qui deviendrait une sorte de « succursale » des services de médecine. Les inspecteurs de l'IGAS évoquent des améliorations possibles à travers des formations autour de la gestion de la violence des malades dits « difficiles » et du « tri » des malades. Les seules portes ouvertes seraient donc autour de la sécurité, au sens du « contrôle et de la répression ». Il est clair que ces rapports tentent avant tout de rassurer une opinion, largement entretenue par le pouvoir politique et médiatique, que le fou est dangereux.

L'urgence est d'engager un débat national « incluant usagers, familles, organisations de professionnels et élus afin de poser les bases d'une loi sanitaire, humaniste, pour une psychiatrie de secteur, soucieuse du respect des droits des citoyens »<sup>1</sup>. Cela au sein d'un véritable service public. ■

1. Communiqué de presse signé le 15 juin par de nombreuses organisations et appelant à poursuivre la résistance à « la politique de la peur » dès l'automne.

# Psychologues et santé au Brésil

**La formation en psychologie ne favorise pas le travail auprès des populations dans le nouveau programme de santé de la famille au Brésil.**

**Roberta Carvalho Romagnoli,**

psychologue,  
docteur en Psychologie Clinique,  
Professeure adjointe III du  
Département de Psychologie  
de l'Université Pontificale de  
Minas Gerais – PUC Minas.

§ Comparaison internationale  
§ Santé publique  
§ Formation initiale,  
Formation continue  
§ Communautaire  
§ Psychiatrie, santé mentale,  
psychiatrie de secteur  
§ Psychologue

Au Brésil, la Constitution de 1988 a étendu le concept de santé à un ensemble de facteurs tels que l'alimentation, l'habitat, le travail, les loisirs, l'éducation, et non plus seulement l'absence de maladie. La Santé Publique devint un droit pour tous et un devoir de l'Etat, à travers l'accès universel et égalitaire aux actions et services de promotion, de protection et de récupération de la santé. En 1990, cette proposition fut viabilisée dans le modèle du Système Unique de Santé (SUS), politique publique qui vise également la citoyenneté et la diminution de l'exclusion sociale et des inégalités sociales.

Pour rompre avec le modèle de santé basé sur l'attention curative, elle-même centrée sur l'action médicale et peu efficace, le Programme de Santé de la Famille (PSF) fut créé sur ces principes. Ce programme fut développé par le ministère de la Santé brésilien, dans le but de réorienter le modèle assistanciel et porter les soins hors de l'hôpital, plus près de la communauté, en considérant les différences de besoins. Le PSF correspond à un domaine de pratiques et de production de nouveaux modèles de soin, compris comme des soins culturels. C'est-à-dire que chaque professionnel de la santé doit être attentif à la communauté dans laquelle sa pratique est insérée, en considérant le citoyen comme un tout, et en intervenant en harmonie avec les conditions de vie des usagers du service, dans le but de promouvoir la santé, la prévention des maladies, le traitement et la réhabilitation. Ce programme présuppose un partenariat avec la famille, pour soutenir la nouvelle proposition de santé et ainsi améliorer la qualité de vie de la population.

En tant que professeur, superviseuse de stages dans le cadre du PSF et chercheuse dans le domaine de la santé publique, j'observe que le système se construit dans le quotidien des services et des pratiques professionnelles de ceux qui croient en un changement dans la santé au Brésil. Dans

ce contexte, la perspective de créer de nouvelles formes d'intervention du psychologue s'affirme comme une possibilité de chercher des alternatives pour une plus grande efficacité du traitement et de la promotion de la santé dans la communauté, en plus de remettre en question la formation existante. Bien qu'une proportion significative des psychologues brésiliens travaille dans le domaine de la santé, il existe toujours une lacune entre ce qui s'apprend dans les cours de psychologie et les demandes d'action dans ce domaine. Cette distance produit, entre autres, des professionnels désintéressés, démotivés, qui se sentent incapables et impuissants sur leur lieu de travail, comme ce fut souvent le cas dans le cadre de stages que j'ai supervisés, et dans les recherches que j'ai faites.

Certains points, selon moi, maintiennent cette rupture entre l'université et l'action dans la santé publique. Il s'agit de : la persévérance d'une clinique traditionnelle et des « spécialismes », la difficulté de travailler en groupe et la méconnaissance de la réalité des familles reçues dans le cadre du PSF. Des points qui, bien souvent, insistent sur le maintien de ce qui existe déjà et qui empêchent la création d'autres formes d'intervention.

A l'université, les psychologues brésiliens possèdent encore une formation traditionnelle, soutenue par la majorité des professeurs universitaires, dans les cours et les stages, dirigée vers une clinique curative et réductionniste, et non pas vers des travaux de promotion de la santé. Cette pratique traditionnelle de l'intervention, qui perpétue le modèle de santé en tant qu'absence de maladie, est centrée sur une clinique orthodoxe, qui s'effectue à travers des traitements individuels aux objectifs analytiques, psychothérapeutiques et/ou psychodiagnostiques.

Il s'agit là, actuellement, d'une des principales fonctions de l'université, la formation de spécialistes, de professionnels qui se fonde sur des modèles scientifiques classiques bien élaborés, cohérents et systématisés, au détriment des questionnements autour des effets de leurs actions et des questions éthico-politiques qu'ils croisent dans

« Chaque professionnel de la santé doit être attentif à la communauté dans laquelle sa pratique est insérée. »

leurs pratiques. Seulement focalisés sur la production de connaissance et sur l'intervention à partir de notre option théorique et/ou académique, nous pouvons exercer des fonctions normatives et régulatrices sur les usagers, en les rendant passifs et en contribuant à la production de subjectivités soumises.

C'est malheureusement encore la logique des « spécialismes » en vigueur dans l'université, de manière instituée, ce qui interfère directement sur les pratiques. En plus de la défragmentation de la santé en spécialités, la hiérarchisation des savoirs et des pouvoirs rend le travail en équipe plus difficile. Ce positionnement des psychologues dans leur travail complique le soutien du modèle proposé par le PSF qui n'est viable que dans le cadre d'un travail en équipe, fondé sur le respect mutuel. Je pense que le psychologue doit être un inventeur de nouvelles pratiques, sans craindre la non orthodoxie, et en reconnaissant fréquemment ses limites et la nécessité d'un partenariat dans l'intervention avec d'autres professionnels de l'équipe.

Les travaux en groupe permettent une intervention directe dans la relation, l'expérience avec le collectif, et une certaine résistance à l'individualisme exacerbé que l'on trouve dans la société contemporaine. Malheureusement, je remarque que travailler en groupe, et plus spécifiquement avec les familles, n'est pas une pratique courante chez les psychologues. Cette difficulté reproduit l'intervention individuelle de la formation traditionnelle et crée cette même nécessité chez la population accueillie, qui considère l'intervention en groupe moins importante ou moins efficace. Le travail en groupe reste donc discrédité par les usagers et les professionnels de l'équipe, et perd ainsi sa puissance, sa capacité à générer de la santé. Cette persévérance dans le modèle individuel, parce que c'est le seul que l'on connaît, crée de sérieux problèmes dans un domaine qui exige de nouvelles méthodologies.

La méconnaissance des psychologues ne concerne pas seulement ce type d'intervention, mais également la propre réalité des familles accueillies. Il s'agit là d'un fort obstacle à l'approche des familles que le PSF se propose d'accompagner. Comme généralement la majeure partie des professionnels appartient à des classes moyennes de la population brésilienne, il y a une tendance à comparer les familles accueillies, qui en général

appartiennent à des classes populaires, à partir du modèle familial des premières couches – la famille nucléaire. Cette comparaison finit par déqualifier les familles usagères de la santé publique. De nos jours, les familles des classes populaires sont vues, par une bonne partie de la population, comme déstructurées, désorganisées et responsables de l'explosion de violence qui a marqué la vie sociale brésilienne. Comme si la pathologie sociale était fondée sur la pauvreté, ce qui est une explication très simpliste. Je pense qu'un apprentissage de la différence est nécessaire, puisque cette comparaison avec la famille nucléaire apporte une impression de sous-culture de la pauvreté, qui est le fruit d'un jugement à partir du modèle idéal dominant. On assiste, de fait, au développement d'un modèle alternatif qui ne doit pas être jugé défavorablement. Cela ressemble à de la désorganisation, mais c'est une forme d'organisation, dans laquelle les standards familiaux sont généralement une solution. Dans la misère, c'est usuellement la famille qui garantit la survie. Le manque de tout est compensé par la complicité de la solidarité. Ignorer cette particularité de chaque classe sociale, de chaque groupe familial, peut conduire à des préjugés et au discrédit de la part du psychologue, et empêcher son accueil.

Je souhaiterais souligner qu'il ne s'agit pas de psychologiser nos actions, par le biais de vérités scientifiques qui totalisent et ne prennent pas en considération les croisements sociaux, historiques et institutionnels, mais bien de miser sur une autre clinique. Dans ce sens, je pense que la proposition de la psychologie dans le cadre du PSF doit accompagner un déplacement de l'université, qui doit accompagner ce processus et générer des connaissances qui soutiennent et réfléchissent sur ces nouvelles pratiques, misant sur la déconstruction des formes traditionnelles de clinique, toujours contaminées par la lecture naturaliste et privatisée de l'homme, et qui courent le risque de promouvoir une psychologisation de la vie et de la population. Cette autre réalité exige la construction de différentes actions et méthodologies qui présupposent des changements et des mouvements, et qui ne se peuvent se faire sans considération pour le propre état de la vie. ■

« Le psychologue doit être un inventeur de nouvelles pratiques, sans craindre la non orthodoxie. »

*Vous pouvez retrouver la version longue de cet article sur le site de Pratiques.*

# Préparer sa formation d'infirmier

**Devenir infirmière autrement. C'est ce que les Maisons familiales rurales (MFR), centres de formation associatifs, peuvent offrir par une pédagogie de l'alternance. Qu'en sera-t-il demain avec une formation universitaire ?**

**Patrick Guès,** responsable de la communication à l'Union nationale des Maisons familiales rurales

Créées en 1937 par des familles d'agriculteurs, les MFR se sont vite intéressées à la formation des filles, d'abord à travers l'enseignement ménager existant dans les années 50 et 60, puis progressivement en spécialisant ces formations, à partir des années 70, dans le secteur des services à la personne. Elles scolarisent aujourd'hui 15 000 élèves, dans l'animation et les services en milieu rural, en CAP ou Bac professionnel sous statut scolaire par alternance, au sein de l'enseignement agricole.

## Les MFR préparent aux relations humaines

Les Maisons familiales rurales constatent, grâce à leurs expériences de terrain, que quelques-unes de leurs anciennes élèves réussissent parfaitement dans le métier d'infirmière, soit directement après avoir passé le concours, soit en évoluant au cours

de leur emploi, d'abord en assurant des fonctions d'auxiliaire de vie sociale puis d'aide-soignante enfin d'infirmière en structure ou dans le cadre d'un service de soins à domicile. Pourquoi ?

Écoutons d'abord Catherine, monitrice d'une MFR dans les Vosges : « Nos élèves arrivent avec une histoire et une motivation autour de six métiers : infirmiers et aides-soignants, auxiliaires puériculteurs et éducateurs de jeunes enfants, moniteurs-éducateurs ou éducateurs spécialisés. Une grande majorité d'entre elles a ces projets en tête. La problématique centrale est de ne pas casser ce projet rêvé et de les aider à passer à un projet construit, à repérer les compétences du Bac pro pour faire le lien avec les métiers qu'elles souhaitent faire ». Il est vrai qu'une part importante des adolescents et des adolescentes qui s'engage dans une filière « services », même de niveau V, a une attirance naturelle pour les métiers orientés vers les soins. Tout le travail des équipes éducatives des MFR consiste

donc, quelle que soit la formation préparée, à faire prendre conscience des exigences de ces emplois qui passent d'abord par la rencontre avec l'Autre. Il revient aux formateurs de faire comprendre l'importance d'apprendre auprès des personnes, objets de soins et d'attention, les gestes et les postures de base, mais aussi l'importance de délivrer une parole qui compte, qui rassure, qui encourage. L'attention, la sollicitude, le respect, la solidarité sont des notions qui sont premières tout autant que les connaissances théoriques nécessaires pour exercer dans ce domaine. Les équipes doivent ensuite faire évoluer les positions et travailler sur l'idée qu'il n'est pas forcément judicieux de viser l'exercice immédiat de la profession d'infirmier, mais de se projeter sur le long terme pour adapter son parcours professionnel, par paliers. La pédagogie de l'alternance nous aide dans ce cheminement. Marie, aujourd'hui infirmière témoigne : « Après la 3<sup>e</sup>, j'ai fait une BEPA, puis un BTA en MFR et une année de préparation au concours d'infirmière. J'ai passé quatre concours. J'ai été reçue à deux et j'ai fait mon année d'école à Granville. Les stages réalisés à la MFR m'ont beaucoup aidée quand je suis arrivée à l'école d'infirmière. Mes collègues venaient de lycées classiques et personne ne savait ce que c'était un bassin ou un urinal par exemple ! Moi, je connaissais tout ça. J'avais fait ma première toilette à 16 ans ! Je savais où j'allais. »

Cette motivation originelle et cette préparation globale aux métiers des services, au sens large, transcendent les difficultés qui peuvent surgir et permettent à certains d'atteindre leur but. La prise en compte de la motivation et du projet de chacun, la confrontation avec la réalité « réelle » – et non pas « fabriquée » dans une salle de travaux pratiques – et le travail sur le cœur de métier, autour des relations humaines, nous paraissent indispensables pour tendre vers cette réussite !

La formation par alternance des MFR nous aide. En effet, la richesse de l'alternance n'est pas seulement due à la dialectique féconde qui peut exister entre un séjour en milieu professionnel et un

« L'attention, la sollicitude, le respect, la solidarité sont des notions qui sont premières tout autant que les connaissances théoriques nécessaires pour exercer dans ce domaine. »



temps en centre de formation, mais elle est due également aux liens qui se tissent entre un jeune et un adulte, entre un tuteur et un stagiaire, entre une équipe pédagogique et des maîtres de stage ou d'apprentissage. « L'accueil d'un stagiaire se prépare en amont, s'anticipe. Il est nécessaire de le présenter à l'ensemble du personnel, aux résidents. Il faut cibler avec lui ses objectifs de stage, lui laisser un temps d'observation, puis l'accompagner pour qu'il acquière un savoir-faire. Il faut avoir à l'esprit que le stagiaire est comme un futur collègue » affirme Marie-Thérèse, infirmière dans une maison de retraite en Ille-et-Vilaine. Depuis longtemps, les MFR travaillent, bien évidemment, sur les pré-requis et le socle de connaissances indispensables pour obtenir un diplôme ou une validation. Mais plus globalement, grâce au bain de vie que représente l'alternance, elles matérialisent les spécificités des métiers des services : la relation, l'entrée en communication, l'acquisition de l'autonomie et de la maturité, le sens des responsabilités et de l'organisation, la prise de décisions, la capacité, à la fois, à travailler seul et en équipe... Chaque intervention est « humanisée » par une analyse précise de la pratique. Elle est resituée dans une approche globale de la personne. N'est-ce-pas là que se joue l'essentiel des métiers des services à la personne mais aussi, pour une bonne part... des métiers de la santé ? Les MFR, avec leurs vieilles valeurs humanistes, pensent que la Personne est un tout et que notre société a trop tendance à cloisonner les approches.

### Motivation, parcours par étape, passerelles

Ainsi, des anciens ou anciennes élèves des MFR, jusqu'à présent, abordaient le métier d'infirmier ou d'infirmière avec une relative sérénité. Qu'en sera-t-il demain ?

Les MFR, qui n'ont pas à prendre position sur les évolutions en cours, peuvent, par contre, attirer l'attention sur deux problématiques qui seront forcément essentielles pour l'avenir de la profession d'infirmier :

Comment, d'abord, ne pas décourager les jeunes filles, ou les jeunes garçons, qui auraient une forte motivation, mais pas forcément le bagage initial ou l'appétence pour les sciences « dures » qui leur permettraient d'accéder au diplôme d'Etat d'infirmier ? Chacun sait que la profession manque

d'attractivité. Il n'est pas certain que l'augmentation du niveau de la formation soit un critère suffisant pour attirer davantage de salariés dans ce métier exigeant. Il serait par conséquent dommage de se priver de ceux qui ont une réelle motivation pour accomplir ce travail. Comment prendre en compte ce vivier potentiel ? Comment accompagner ces jeunes ou ces salariés dans différents postes à responsabilités progressives pour qu'ils puissent obtenir un jour cette qualification ?

« Il serait dommage de se priver de ceux qui ont une réelle motivation. »

Il y a des questions centrales pour le renouvellement d'une profession qui a tout intérêt à avoir des profils diversifiés, venant d'horizons différents, au sein des équipes intervenant auprès des patients.

L'autre problème ne sera pas tant le niveau de la formation scientifique qui pourrait pénaliser les futurs infirmiers

ou infirmières venus de Bac pro par exemple, que l'absence de passerelles entre les formations ou de procédures qui permettraient de valider certains modules d'un parcours, des compétences ou des savoir-faire. Il est pourtant tout à fait possible, comme dans d'autres cas très fréquents, d'avoir deux types de concours, un pour les personnes d'origine universitaire par exemple, un autre adapté à ceux qui ont déjà un passé dans la vie active ou une formation professionnelle comme seul bagage. Rien n'empêche de dire que les aptitudes que ces personnes ont, en termes de qualité des soins prodigués aux usagers, sur les aspects relationnels qu'elles privilégient, sur leur polyvalence, sur leur capacité d'adaptation – autant d'atouts pour assurer ce métier – ne soient pas tout au moins équivalentes aux pré-requis jugés indispensables pour être une « bonne » infirmière.

Les MFR ne peuvent que témoigner de leurs pratiques quotidiennes auprès des jeunes. Elles savent que nombre d'entre eux réussiront leur vie sociale et professionnelle parce qu'à un moment donné, leur formation les aura plongés dans le réel, en vraie grandeur ; qu'ils auront pu s'affirmer et être reconnus. Elles savent aussi que bon nombre d'entre eux réussiront leur parcours parce que l'institution scolaire leur aura fait confiance, leur aura permis d'avancer par étape, aura pris en considération leur motivation et les aura aidés à grandir. En termes éducatifs, l'humilité est la règle, la foi dans les capacités de réussite de chacun aussi. ■

# Devenir cadre de santé ?

**La formation de cadre de santé, universitaire et très contraignante, délaisse la réflexion sur le métier. Beaucoup d'enseignements théoriques plutôt éloignés des réalités professionnelles quotidiennes.**

**Sarah Stettler,** cadre de santé  
« Vous avez beaucoup de chance d'avoir la possibilité d'entrer en formation pour une période de dix mois, peu de gens ont cette possibilité... », voilà les propos entendus lors du début de la formation pour devenir cadre de santé en septembre. Dans l'absolu, cette phrase est juste, mais à l'issue de ces quelques mois, j'ai le sentiment que cela aurait pu être une chance, pas nécessairement que cela en a été une. Aujourd'hui, on me dit que le temps me permettra de réaliser tout ce que j'ai appris, j'ai pourtant peur de mon retour dans la réalité du métier. Cela peut sembler surprenant, d'autant que j'ai expérimenté la fonction de cadre sans soucis notables durant dix-huit mois avant d'entrer en formation.

J'avais beaucoup d'attentes liées à cette formation, trop peut-être. J'espérais acquérir des bases plus solides en matière de législation du travail, de management, avoir l'occasion de partager avec mes collègues de promotion ainsi qu'avec certains intervenants autour de situations vécues afin de m'enrichir des différents points de vue. Finalement j'espérais m'inscrire dans cette démarche réflexive autour de laquelle certaines formations paramédicales, telle que la formation infirmière, ont été réinitiées. Je ne pensais pas repartir avec des recettes prêtes à l'emploi, mais j'espérais acquérir des connaissances solides concernant les éléments que la pratique d'un cadre de santé requiert. L'entrée en IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) a été un choc. Il y a un écart important entre ce que la formation initiale d'infirmière m'a apporté et les pré-requis nécessaires à la formation cadre, qui s'inscrit dans un processus universitaire. Il est aisément possible d'imaginer les difficultés ressenties par un public de professionnels confirmés lorsque, sans jamais avoir suivi le moindre cursus universitaire et après avoir quitté une formation professionnelle depuis un certain nombre d'années, il est confronté à une

tentative d'apprentissage accéléré de bases de sociologie par exemple (soit le contenu du premier semestre universitaire), enseignée par des universitaires dont le langage est bien différent de celui que nous côtoyons au quotidien. Pour ma part, je me suis demandé à la fois ce que je faisais dans ce cursus, mais aussi comment j'avais pu être sélectionnée au concours d'entrée, tant je me sentais en décalage avec le langage qui m'entourait. Au final, ce type d'apprentissage m'a ouvert sur de nouvelles perspectives. Difficile d'oublier toutefois les heures de travail passées à tenter de comprendre quelques bribes de ce que l'on souhaitait m'enseigner.

En fait, cela résume toute la difficulté de cette année de formation qui s'est articulée autour de travaux chronophages, tellement lourds que j'ai le sentiment qu'ils m'ont empêchée de bénéficier des éléments concrets qu'elle pouvait m'apporter. Durant les stages par exemple, impossible de se concentrer sur ce que la confrontation à la pratique d'un autre peut enseigner, obnubilée par la commande d'un travail institutionnel à rendre. J'ai donc vécu chaque stage à travers la problématique imposée pour la rédaction d'un rapport de stage. Cela a-t-il contribué à ouvrir mon esprit sur la diversité professionnelle qui m'attend ? C'était l'objectif affiché. Pourtant, la rencontre de formateurs n'acceptant pas toujours de controverse à leurs propres réflexions, associée à la nécessité évidente d'obtenir la note permettant la validation d'un module ne m'y ont pas encouragée. Aujourd'hui, j'ai la sensation horripilante d'être conditionnée à la rédaction de rapports qui ont perdu toute notion d'esprit critique.

Par ailleurs, la réalisation de ces différents travaux s'effectue en parallèle de la formation et exige l'engagement d'un temps considérable, qui contraint rapidement à délaisser certains engagements personnels, mais indispensables pour se consacrer à ses études. Il m'est arrivé assez souvent de passer ma journée en formation ou en stage, puis de me remettre à travailler en rentrant jusqu'à tard dans la soirée, voire dans la nuit. La

« J'ai la sensation horripilante d'être conditionnée à la rédaction de rapports qui ont perdu toute notion d'esprit critique. »

formation amène grand nombre d'entre nous à réduire considérablement le temps accordé à sa vie sociale ou familiale et est source d'une frustration difficile à tenir sur la durée. Peu de professions exigent un tel sacrifice, nul n'est préparé à vivre cette rupture avec sa vie d'avant. Il est difficile pour moi, même à l'issue de cette année, d'en entrevoir le sens.

En ce qui concerne le contexte de formation, peu de temps d'accompagnement sont prévus pour suivre les bouleversements qu'elle induit : deux suivis pédagogiques individuels, un en début de formation, un à la fin pour faire le bilan, entrecoupés de quelques suivis collectifs durant lesquels les consignes données sont tellement restrictives qu'elles ne permettent pas l'expression des étudiants. La réalisation d'un mémoire de recherche en sciences sociales, lui aussi mal accompagné au niveau de l'Institut, est également source d'un stress important. C'est au cours du suivi pédagogique collectif de fin décembre que nos formateurs ont enfin compris que si ce travail suscitait tant d'anxiété parmi nous, c'est tout simplement parce que sa méthodologie n'avait pas été explicitée ! Qu'à cela ne tienne, elle l'a été mi février pour un travail à rendre début mai ! Malgré tout, l'année de formation s'est poursuivie et ce qui a permis à bon nombre d'entre nous de ne pas abandonner en route est la certitude, acquise en fonction, de vouloir réellement devenir cadre de santé, ainsi que la volonté de ne pas trahir la confiance placée en nous par nos établissements d'origine. Pourtant, certains étudiants ont quitté la formation, certains assez tard en cours d'année.

Le rapport concernant la formation des cadres de santé remis par Michel Yahiel et Céline Mounier en novembre 2010 pointe certains écueils du mode de formation actuel des cadres de santé, notamment le manque d'apprentissages concrets. Il souligne par exemple le reproche fait à la formation cadre quant à l'apprentissage de la réalisation de plannings avec une incapacité au sortir de l'IFCS d'établir un planning ou les bases d'un roulement. Cette notion est une réalité encore plus inquiétante qu'il n'y paraît. A l'issue de la formation, je n'ai effectivement appris à établir ni planning ni roulement. Ce qui me gêne dans cette situation est que cette activité du cadre peut être, en fonction de la complexité du service dont il a la responsabilité, une activité très prenante. De plus, les quelques apports que nous avons eu au sujet des plannings l'ont été par des per-

sonnes nous faisant part de leur expérience, celles-ci nous ont enseigné des règles qui, après vérification, ne peuvent être appliquées dans mon établissement car issues d'accords locaux qui leur appartiennent. Au final, concernant la création d'un planning, je quitte l'IFCS avec les mêmes connaissances que lorsque j'y suis entrée.

D'autres apprentissages font défaut et notamment en matière de pratiques managériales. Ainsi, identifier les leaders positifs ou négatifs d'un groupe et composer avec eux ou encore manœuvrer avec les syndicats n'ont pas été des éléments abordés.

Par ailleurs, la formation nous prépare à exercer en milieu hospitalier, mais assez peu en secteur privé, ce qui me semble dommageable. Tout d'abord parce que nous ne travaillons pas tous dans le secteur public, ensuite parce que nos carrières nous amèneront peut être à exercer un jour dans un secteur dans lequel nous serons alors novices et aurons beaucoup à apprendre.

Beaucoup d'enseignements semblent très théoriques et assez éloignés des réa-

lités professionnelles quotidiennes. Tout ce qui concerne les organisations du système de santé et ses évolutions est situé entre la théorie et la pratique. Comprendre le contexte sanitaire actuel nous permettra de faire des liens avec les exigences auxquelles nous serons confrontés ensuite, de leur donner du sens. Toutefois, l'enseignement concernant les organisations de santé est redondant avec ce qui était exigible de nous lors de la présentation au concours d'entrée à l'IFCS.

Enfin, il me semble que l'élément le plus applicable à la pratique qui m'a été enseigné consiste en l'apprentissage d'une méthodologie de résolution de problèmes que je pourrai mobiliser tout au long de ma carrière.

Si je fais un bilan de ces quelques mois de formation, je dirais que j'ai surtout appris à chercher les données dont j'ai besoin par moi-même. J'ai appris à avoir de nouvelles lectures, plus professionnelles et à les apprécier pour les réflexions qu'elles suscitent en moi. Toutefois, je mesure difficilement la chance dont j'ai bénéficié tant cette formation a le goût amer de renoncements douloureux. J'ai la sensation de m'être flétrie plus que de m'être épanouie. Si ces quelques mois ont pour vocation de mettre à distance ce que l'on a été pour se construire une identité de cadre, elle me laisse aujourd'hui assez démunie, plus déconstruite qu'autre chose. J'espère que le retour à la réalité professionnelle me permettra d'y voir plus clair dans quelques mois. ■

« A l'issue de la formation, je n'ai effectivement appris à établir ni planning ni roulement. »

# Chicken Run

Trois étudiants infirmiers parlent de leur parcours entre théorie et pratique, entre espoirs et réalité.

**Frédéric Launay**, enseignant en Institut de Formation de Soins Infirmiers

J'ai proposé à Nolwenn, Fabien et Nicolas de me parler de leur formation, celle qu'ils vivent et celle dont ils rêvent. J'aime ces moments de rencontre avec les étudiants, loin des salles de cours, des horaires de présence obligatoire, des objectifs pédagogiques, des travaux à restituer... Fabien et Nicolas, en troisième année de formation infirmière, sont déjà de l'ancien programme, alors que Nolwenn, en deuxième année, fait partie de la génération LMD (licence, master, doctorat). Entre eux, il y a peut-être un gouffre. Ils n'ont pas eu le même parcours avant la formation, et ne connaissent ni le même programme, ni les mêmes modalités d'évaluation, ni – théoriquement – les mêmes méthodes pédagogiques.

Nolwenn avoue qu'elle n'a plus l'enthousiasme du début. Elle n'est pourtant qu'au milieu de sa formation. Elle précise cependant qu'enseigner ce métier est un défi énorme et se dit « critique mais admirative à la fois ». Son sentiment est partagé par les deux autres, qui enchaînent.

« On ne va jamais au bout de notre pensée » déplore Fabien, « on a le sentiment de devoir suivre un chemin déjà balisé par les exigences de forme ou de fond qui ne laissent pas de place au développement ni au projet professionnel de chacun ».

Nicolas nuance malicieusement : « Il faut pourtant savoir synthétiser ses idées... ». Fabien poursuit « Il ne s'agit pas de cela, mais pour extraire l'essentiel d'une réflexion, il faut avoir la liberté de la poursuivre à loisir et j'ai le sentiment d'être systématiquement canalisé vers un objectif décidé sans moi ».

Nicolas ajoute : « Ce que ma mère [infirmière] me raconte de la formation à son époque ressemble étrangement à ce que nous connaissons encore aujourd'hui, alors que le métier a beaucoup changé ». Nolwenn, qui connaît bien l'université, renchérit : « Et le nouveau programme n'a rien modifié, il n'a rien d'universitaire ! ». Nicolas confirme que « l'attitude d'un directeur de mémoire n'a rien à voir avec celle d'un guidant de TFE (travail de fin d'étude) », ce que Fabien nuance car « cela dépend des guidants », mais tous deux regrettent que les formateurs maintiennent une distance excessive avec les étudiants.

Sur ce sujet, tous sont du même avis et rêvent d'une plus grande proximité où la part des échanges entre formateurs, infirmières de soins et étudiants serait plus importante et répondrait à moins d'exigence normative.

« On observe d'ailleurs deux réalités qui semblent s'ignorer mutuellement. Il existe une différence énorme entre ce qui nous est enseigné en IFSI et ce que l'on rencontre sur le terrain, et il n'y a pas de débat » regrette Nolwenn, « à tel point que mettre en lien les connaissances ne veut plus rien dire pour moi. On ne sait plus ce que les formateurs attendent vraiment de nous, ni ce qu'ils veulent comme future infirmière ». Fabien complète : « On finit par développer deux raisonnements parallèles ; un quand on est en stage, l'autre quand on est à l'IFSI. Les exigences de part et d'autre se recourent rarement et dans la plupart des cas, on est soumis à une pression de chaque côté ». Nicolas poursuit :

« On a plus souvent peur de l'équipe que du boulot et l'on redoute davantage le regard qu'on porte sur nous que nos propres insuffisances. On sait qu'on peut progresser, mais laissez-nous le temps et offrez-nous les conditions ! On n'a pas le temps de se familiariser avec le matériel. En réa par exemple, on a l'impression d'être dans le cockpit d'un mirage 3000 ! » Il décrit plus longuement ce climat de tension qui perturbe les

apprentissages en stage et ajoute : « Quand on est mieux dans la chambre avec le patient qu'avec l'équipe censée nous encadrer et nous rassurer, c'est grave... »

Il y a pourtant des soignants attentifs aux stagiaires, mais Nolwenn décrit la situation d'une jeune infirmière, très disponible pour les étudiants, qui a brutalement changé d'attitude lorsqu'elle s'est vu reprocher par l'équipe le fait qu'elle passait trop de temps avec eux. « C'est la mafia hospitalière ! » plaisante Nicolas, mais il reprend plus sérieusement « Les soignants ont-ils assez de temps ? ». « Probablement que non » répond Nolwenn qui connaît la dynamique de groupe et sait bien quelles contraintes pèsent sur les individus dans une équipe, « mais avec qui d'autre pouvons-nous apprendre ? ». D'autres équipes sont plus accueillantes et Nicolas a remarqué qu'il s'agissait souvent de celles où les aides-

« Il existe une différence énorme entre ce qui nous est enseigné en IFSI et ce que l'on rencontre sur le terrain, et il n'y a pas de débat. »

§Pratique médicale  
§Formation initiale,  
§Formation continue  
§Hiérarchie,  
§Rapports médecins infirmières  
§Infirmière, infirmier

soignantes et les infirmières travaillent étroitement ensemble et où elles partagent les temps de pause. Il suppose que le cloisonnement entre soignants accentue les difficultés d'intégration des étudiants.

Une fois encore, je suis impressionné par la qualité de leurs analyses et j'espère secrètement qu'ils sauront en tirer profit lorsqu'il s'agira bientôt pour eux d'encadrer les prochains stagiaires. Je saute sur l'occasion pour les inviter à me faire part de la formation qu'ils souhaiteraient.

Nicolas n'hésite pas : « Une immense partie du savoir provient de l'expérience, on a donc besoin des connaissances des anciens. Il nous faut des maîtres, comme dans la Grèce Antique, avec qui l'on peut échanger, comprendre et apprendre à partir de leur expérience et de la nôtre ». Fabien approuve : « Il faut prendre en compte le projet de chaque étudiant, avec ses hésitations, ses craintes, ses doutes et cela passe nécessairement par une relation privilégiée entre un professionnel expérimenté que l'on voit travailler et un étudiant rassuré et encouragé ». Pour lui, il faut une année commune à tous les candidats aux professions soignantes, puis une orientation vers tel ou tel métier.

Aïe, aïe, aïe... Voilà deux ans que le nouveau programme est en œuvre et je sais que ce « socle commun » est loin de faire l'unanimité chez les formateurs et les soignants. Quoi mettre dans ce programme commun pour les infirmier(e)s qui s'orienteront ensuite vers des voies très différentes – ce qui est déjà le cas – et qui disent ne pas avoir besoin de ceci ou de cela pour exercer dans leur domaine ? Qu'y a-t-il de commun à un(e) infirmier(e) qui envisage de s'orienter vers la spécialité d'IADE (infirmier anesthésiste) ou d'IBODE (infirmier de bloc opératoire), vers la pédiatrie ou la gériatrie, vers la réanimation, la santé scolaire, la santé publique, la santé en entreprise, l'exercice libéral, les centres de soins, qui envisage de travailler en France ou à l'étranger... ?

Si chacun en convient, les avis sont partagés sur le nombre d'années de ce tronc commun. Un an ? Trois ans ? Tous s'accordent également sur le fait qu'il faut envisager des spécialités, comme la psychiatrie ou la gériatrie... « Il faut que certains infirmiers puissent devenir spécialistes, même si tous ne le deviendront pas » précise Nicolas. Pour Nolwenn, ce socle commun doit être construit autour de trois axes : quelques compétences techniques plus ou moins complexes, des compétences relationnelles

et surtout une formation à l'esprit critique qui manque cruellement selon elle : « Pas seulement des analyses de pratique souvent centrées sur l'acteur dans un objectif d'amélioration de ses pratiques, mais une formation réelle à l'analyse des situations complexes. La maltraitance est un bon exemple, on sait que la personne maltraitante peut être elle-même maltraitée, mais interroger l'ensemble d'un système est trop dérangeant... » regrette-t-elle.

Tout est passionnant et bien loin des plaintes habituelles entretenues par l'enjeu des évaluations, des crédits à obtenir. Pas de reproches amers, ni de ressentiment à l'encontre des formateurs ou des infirmières des services de soins ; juste le constat que la formation ne répond pas à l'essentiel, quel que soit le programme. Justement, l'essentiel, c'est quoi ? Je leur en fais la remarque : « D'accord », leur dis-je, « mais j'ai quand même l'impression que ce que vous dites manque de proposition concrète, car il faut bien s'accorder sur une organisation, des enseignements, un contenu, des méthodes, non ? Si vous aviez à retenir l'essentiel, ce serait quoi ? »

Je les vois réfléchir en silence et Nicolas reprend : « Comment voulez-vous qu'on imagine notre formation sans en débattre ? Comment développer notre imagination et notre créativité sans disposer du temps pour en discuter sereinement ? ». Fabien rajoute : « Il n'est pas encore permis aux étudiants de proposer des idées. Lorsqu'ils le font, ils sont presque toujours freinés dans leur élan ou même carrément censurés », et Nolwenn poursuit : « L'utopie, ce serait donner toute leur place aux étudiants... »

Je m'interroge sur ce dilemme que tous les pédagogues connaissent : jusqu'où doit-on laisser se perdre ou se tromper celui qui apprend et qui cherche sa voie ? Avons-nous les moyens de débattre de tout cela lorsque les effectifs des promotions atteignent deux cents étudiants ou plus encore ?

« Justement, conclut Nicolas, on forme les infirmier(e)s en batterie. Il serait temps de passer à la formation bio ! Et c'est plus important qu'il n'y paraît, car la manière dont on forme les étudiants conditionne la manière dont les professionnels se comportent ensuite... »

Je souris. Il a raison, mais sa remarque me fait penser à *Chicken Run*, le film d'animation de Nick Park et Peter Lord... Il est temps que je rentre. ■

« Comment développer notre imagination et notre créativité sans disposer du temps pour en discuter sereinement ? »



# Des bancs à la blouse

## Les stages infirmiers en terrain miné ?

**Philippe Fache**, politiste, enseignant-chercheur à l'Institut du Commerce et du Développement, ICD, Paris

**Mathias Waelli**, sociologue, maître de conférences à l'Institut du Management-Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes

Le mouvement d'autonomisation de la profession infirmière balance depuis longtemps entre une émancipation du modèle genré, qui assimile toutes les compétences propres du métier à des qualités naturelles et, de l'autre côté, l'émancipation du modèle médical qui les soumet au primat des soins techniques. En distinguant encore davantage le travail réel (situé du côté des qualités spécifiques de la profession) des modalités d'évaluation des compétences (en cochant des cases sur un « portfolio », sur un format plus proche du modèle médical), les évolutions des référentiels et des modalités de stage réveillent en sous-main cette contradiction : elles nous invitent surtout à réfléchir aux conditions dans lesquelles les étudiants découvrent alors leur nouveau métier.

Nous avons choisi dans nos recherches de nous pencher sur l'universitarisation en cours des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) parce qu'elle constitue un excellent révélateur du rapport au travail des professionnels de soin. Confirmé par l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat, ce processus a renforcé le glissement vers un paradigme pédagogique centré sur le développement des compétences, en faisant du stage la clé de voûte d'un nouveau modèle d'apprentissage par l'expérience. Elles ont de facto significativement modifié le rôle des acteurs concernés (les équipes soignantes, mais aussi les étudiants), la nature et l'intensité de leurs interactions, leurs pratiques respectives. En croisant les points de vue des acteurs, nous avons voulu mettre le doigt sur les tensions générées par la mise en conformité encore tâtonnante du stage avec la philosophie du nouveau référentiel.

Lors de nos immersions à l'hôpital, nous avons rencontré des élèves soumis à l'ancien régime, nerveux à l'approche de la MSP, sorte d'examen pratique ponctuant le stage, évalué par un jury composé d'un formateur extérieur et un infirmier du service. Nous avons vu aussi des étudiants de première année (nouveau régime) s'inquiéter tantôt de ne pas rencontrer assez d'opportunités pour valider de nouvelles compétences, tantôt de devoir se jeter à l'eau sans formation préalable (avec le risque d'aggraver l'état de santé

d'un patient). Chacun invoquant l'injustice de ne pas être soumis au même dispositif d'évaluation que son voisin. Ainsi, après avoir été pensé comme le théâtre d'un premier passage à l'acte en situation réelle, le stage est devenu le principal lieu de transmission des compétences infirmières : il lui incombe désormais d'assurer « l'acquisition de connaissances », mais aussi l'adoption d'une « posture réflexive », en « questionnant la pratique avec l'aide des professionnels »<sup>1</sup>.

Quelles sont alors les conséquences de ce report de responsabilité de la transmission de compétences aux équipes soignantes sur les pratiques des uns et des autres ? La question se pose de façon accrue à l'hôpital où depuis une quinzaine d'années, les réformes de la santé, jusqu'à la loi HPST, ont conduit à une intensification de l'activité, une augmentation du *turnover* et à un renforcement de la responsabilisation des soignants (entre autres du fait d'une plus grande traçabilité des actes). Pour saisir la substance de ces évolutions, nous avons tenu à croiser les regards : des étudiants, d'abord, et des personnels soignants d'un grand hôpital parisien. Pour mettre en perspective nos données issues d'entretiens approfondis, nous avons également recueilli les avis plus systématiques des coordinateurs de stages en Instituts de formations.

Ces derniers soulignent d'abord le problème récurrent de manque de disponibilité des équipes. Les nouvelles modalités des stages génèrent une surcharge de travail pour le personnel soignant. Les infirmières que nous avons rencontrées déplorent elles-mêmes ne pas toujours pouvoir assurer la réussite des stages, alors même que le plus souvent elles disent apprécier transmettre leurs savoir-faire. Si la mission d'encadrement des étudiants fait formellement partie intégrante de la mission des soignants et figure dans le rapport d'activité, elle reste encore en partie ignorée au niveau de l'organisation du travail.

Paradoxalement, il n'en résulte pas forcément un sentiment d'abandon des étudiants, mais dans l'ensemble plutôt, selon les coordinateurs, le sentiment d'un encadrement plus resserré et surtout plus continu tout le long du stage ; là où l'ancienne formule de cinq semaines concentrait les évaluations sur la phase ultime de la MSP.

Cependant, le nouveau dispositif engendre de fortes appréhensions face à la perspective d'endosser de nouvelles responsabilités.

Du côté des étudiants, les premiers pas dans la réa-

« Une intensification de l'activité, une augmentation du turnover et un renforcement de la responsabilisation des soignants. »

§ Travail, Conditions de travail  
§ Pratique médicale  
§ Infirmière, infirmier  
§ Réforme

lité des pratiques professionnelles peuvent s'avérer délicats en raison même des postulats du nouveau dispositif. En vertu du principe selon lequel la majorité des compétences doit s'acquérir en stage, l'absence de formation pratique initiale des étudiants suscite chez certains le sentiment d'être totalement démunis face à des actes parfois dangereux, pour lesquels ils engagent leur responsabilité. Les malentendus sont renforcés par des attentes du personnel soignant encore largement indexées sur l'ancien dispositif. Ainsi les stagiaires sont-ils souvent dévalués par les équipes soignantes, leur faisant souvent remarquer qu'« ils ne savent rien faire ». Dans un contexte d'accroissement de la charge de travail, ils sont alors souvent perçus comme des poids, que les infirmiers se refilent comme une « patate chaude », selon l'expression d'une étudiante. Dès lors que le niveau d'encadrement n'est pas conforme au nouveau processus « d'apprentissage sur le tas », faute de formation suffisante des tuteurs ou encore faute de disponibilité en raison d'une surcharge de travail, ces contradictions entre les attentes des uns et les aptitudes des autres peuvent prendre une tournure pénible pour les étudiants. « Finalement moi et ma collègue, on s'est fait arrêter par un médecin les trois derniers jours du stage. On se retrouvait à 5 heures du matin à s'appeler, on en pouvait plus, on osait plus y aller, quoi... on voulait pas risquer de faire n'importe quoi, c'est trop dangereux ». Dans leurs témoignages, les étudiants oscillent entre le sentiment d'être exposés à l'erreur qui peut être fatale pour les patients « On m'avait plantée seule dans une chambre avec une seringue, les médicaments, demandé d'administrer les médicaments par sonde nasogastrique, j'avais jamais fait ça, ça aurait pu mal se passer » ou alors, à l'inverse de se sentir muselés par des encadrants qui refusent de prendre le moindre risque. Ainsi d'une autre étudiante, s'étant vu systématiquement refuser l'accès aux soins techniques pour se voir limiter aux fonctions d'aide-soignante, avec pour perspective de ne valider aucune nouvelle compétence à la fin du stage.

Du côté des équipes soignantes, on relève une appréhension vis-à-vis de l'évaluation. Mais ce n'est pas le fruit d'un sentiment d'incompétence statutaire... plutôt la conscience aiguë d'une responsabilité engagée : la validation de telle ou telle compétence de l'étudiant est un acte lourd de conséquences qui engage leur responsabilité. Comme nous l'a indiqué un coordinateur des stages IFSI, « les soignants s'inquiètent bien souvent

des conséquences en cas de fautes professionnelles ultérieures ». Face à ces nouvelles incertitudes, on a pu relever une prise de conscience largement partagée autour de l'enjeu crucial de la formation au tutorat ; et de manière plus générale, le fait que le nouveau référentiel suppose une réflexivité accrue du personnel soignant sur ses propres pratiques d'encadrement.

### Le changement de posture des étudiants

Pris dans le nouveau dispositif de formation, les étudiants en stage sont invités à changer d'attitude : dégagés du mécanisme figé de la reproduction et de l'imitation des actes infirmiers, ils tendraient selon certains coordinateurs à gagner en autonomie et à s'engager plus profondément. Ils les trouvent souvent plus actifs, prenant davantage d'initiatives et semblant avoir plutôt bien intégré les exigences du nouveau référentiel. Un tract de Sud Solidaire, s'appuyant sur une expertise de l'ISAST<sup>2</sup>, réalisée à la demande du CHSCT<sup>3</sup> central de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris en livre une autre interprétation : « les outils (portfolio) induiraient un changement dans l'attitude des stagiaires dans la mesure où ils chercheraient avant tout à valider les compétences requises au détriment d'un intérêt plus global pour leur future profession ».

Ce sont là autant de symptômes qui interrogent moins le bien fondé du nouveau dispositif de formation infirmier que les conditions requises pour qu'il puisse se substituer avantageusement à l'ancien paradigme pédagogique. Les réserves des différentes parties prenantes convergent vers le spectre d'une fracture potentielle entre les enseignements au sein des IFSI et les pratiques professionnelles sur les terrains des stages ; pointant ainsi les risques associés au désencastrement institutionnel des savoirs pratiques infirmiers. Comme le suggère Françoise Acker, il importe donc de réfléchir à ce grand écart entre des stages hyper pratiques et des cours très abstraits, et de tenter d'y pallier en réinventant les liens de partenariat entre les IFSI et les milieux hospitaliers. ■

« On m'avait plantée seule dans une chambre avec une seringue, les médicaments, demandé d'administrer les médicaments par sonde nasogastrique, j'avais jamais fait ça. »

- 
- 1. Guide *Profession Infirmier* mis à jour le 15 juin 2010.
- 2. Mise en situation professionnelle.
- 3. Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail.

# Les aléas d'une réforme

**Tout en offrant une reconnaissance aux infirmières, l'université pourrait générer des rencontres vivantes, des colloques en soins infirmiers... mais est-ce le projet qui va être développé ?**

Entretien entre **Pascale Molinier**, docteure en psychologie, chercheuse en psychodynamique du travail et **Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur infirmier à la retraite, praticien-chercheur

**Anne Perraut Soliveres** : On est en train d'universitariser toutes les formations, en particulier celle des infirmières, or c'est une toute petite minorité qui le souhaite. Pourquoi les infirmières ont-elles besoin d'une reconnaissance universitaire ?

**Pascale Molinier** : Je suis plutôt pour l'universitarisation de la formation parce qu'internationalement, c'est comme ça que ça se passe. Dans tous les pays que je connais, les infirmières vont à l'université, ce qui leur permet d'avoir un niveau de reconnaissance qui est quand même supérieur, même s'il n'est pas totalement satisfaisant. J'ai

constaté en effet que même universitaires, les infirmières sont considérées comme des praticiennes, ce qui fait qu'elles sont malgré tout moins reconnues du point de vue académique que les anthropologues, les sociologues, etc. Mais c'est quand même une légitimation forte d'être à l'université. Et puis cela permet de faire avancer la réflexion en soins infirmiers, à travers les études doctorales. En France, il n'y a pas de masters en soins infirmiers et ça c'est grave. Peut-être qu'il fallait envisager l'université au niveau du master seulement, mais cela me semble important, et c'était déjà l'idée de Marie-Françoise Collière<sup>1</sup>, d'avoir une visée vers les études doctorales en soins infirmiers.

**Anne Perraut Soliveres** : Je suis d'accord sauf que je ne pense pas que la formation initiale à l'université soit une bonne chose. J'ai moi-même un parcours universitaire, mais l'ai effectué à partir de mon expérience sur le terrain, sans jamais perdre de vue sa complexité. J'aurais préféré l'université comme un second temps, plutôt en formation continue, car je pense qu'elle ne répond pas du tout aux exigences d'une formation professionnelle.

**Pascale Molinier** : Je suis complètement d'accord, mais en même temps, je suis professeure de psychologie et nous faisons partie des rares formations universitaires qui sont des formations praticiennes. Les psychologues ont réussi à maintenir une formation

praticienne au sein de l'université... L'idée que les soins infirmiers pourraient avoir une dignité académique, c'est quand même un enjeu important, je le maintiens.

**Anne Perraut Soliveres** : Le problème est que plus de 80 % des infirmières ne désirent pas cette formation universitaire et qu'il faut aussi entendre cette réalité. Je ne défends pas une formation au rabais, au contraire, mais je la voyais davantage dans une accentuation de l'attention portée aux interactions entre les patients dans leur réalité et les soignants. Je verrais donc davantage une formation qui aurait la capacité de faire parler le terrain, avec l'éclairage des sciences humaines, axée sur la philosophie du soin, mais pas dans un apprentissage théorique préalable. Donc, amener tout doucement ceux

qui n'ont aucune appétence pour le raisonnement intellectuel à formuler leurs questions et à commencer à réfléchir à ce que devrait être le métier et à comment on devrait l'apprendre. C'est à partir de là qu'une vraie formation continue, qualifiante, à l'université, pourrait donner toute sa dimension à ces savoirs infirmiers considérés comme profanes et les amener vers une recherche qui les soutienne. Comme elles sont généralement plus praticiennes que chercheuses, ce qui ne veut pas dire qu'elles

ne pensent pas, elles ne vont pas au-delà de la gestion de leurs difficultés quotidiennes parce qu'on ne leur en propose ni le temps ni la perspective. J'ai le sentiment que ce sont les cadres qui tirent vers cette évolution et qu'on va faire comme dans tous les autres pays où on forme des prototypes d'infirmières qui n'aimeront pas le travail du terrain.

**Pascale Molinier** : Ce que j'ai compris de la réforme, c'est que toute la partie « stage » reste aux mains des professionnels, ils ne seront pas moins sur le terrain.

**Anne Perraut Soliveres** : Si, car la formation elle-même sera moins longue de quelques mois. Par ailleurs, les infirmières qui sont chargées d'encadrer les stagiaires sur le terrain sont elles-mêmes complètement déboussolées, débordées et non formées. Elles sont très dérangées par ce qui se passe.

« L'idée que les soins infirmiers pourraient avoir une dignité académique, c'est quand même un enjeu important, je le maintiens. »

§Pratique médicale  
§Formation initiale,  
Formation continue  
§Infirmière, infirmier  
§Réseau de soins,  
réseau de santé  
§Psychologue

**Pascale Molinier** : L'idée d'aligner les études d'infirmières sur la licence, c'est-à-dire sur ce qui marche le plus mal à l'université, n'est sans doute pas très judicieuse. Mon opinion est qu'à partir du master, l'université sait bien faire, mais au niveau de la licence, personne ne sait faire : des amphes avec trois cents personnes, avec des chargés de cours que personne ne contrôle, qu'on n'a pas le temps de voir, etc. Ce n'est bien sûr pas comme ça tout le temps et partout, mais c'est un problème global. A certains endroits, des accords ont été passés où l'université donne l'investissement à des intervenants, non universitaires, qui sont choisis par les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Cela me paraît une bonne solution, selon la qualité des intervenants, car il faut dire que l'articulation avec la licence est une catastrophe pour l'université aussi. Par exemple, certaines universités de la région parisienne se retrouvent en charge de cinq ou six IFSI sans moyen supplémentaire. C'est une usine à gaz qui a été très mal pensée, une mauvaise opération autant pour les universités que pour les IFSI. Et pour certains qui sont éloignés d'une université, on n'a rien trouvé de mieux que des cours en visioconférence, alors qu'on sait que cette forme d'enseignement marche très mal... rien à voir avec le présentiel... Donc, la vision globale est plutôt alarmiste, mais je pense en revanche qu'au niveau local, si on construit des réseaux convenables et que le directeur de l'université est ouvert, ça peut se passer pas si mal.

**Anne Perraut Soliveres** : Mais c'est très aléatoire...

**Pascale Molinier** : Oui, mais comme tout en ce moment de profond marasme universitaire. Tout dépend de comment les gens construisent leurs réseaux. Cela veut dire aussi qu'ils y passent un temps inouï, à consolider les alliances, car il faut apprendre à se connaître, à se faire confiance, c'est beaucoup d'énergie dépensée. D'autant que les IFSI et la formation infirmière se trouvent pris dans un problème beaucoup plus vaste qui est celui de la réforme des universités. Cela fait beaucoup en même temps, car l'autonomie des universités n'est pas une petite réforme. Le pouvoir donné aux présidents des universités est énorme, en particulier le pouvoir budgétaire. Par exemple, imaginons une fac où le président serait médecin, c'est sûr qu'il aura une vision de médecin, mais au moins ceux-ci savent qu'il est important de former de bonnes infirmières. Par contre si le président est à des années lumière du monde des soins, ce sera sûrement plus compliqué. Il y a effectivement beaucoup d'aléas, qui ne sont pas seulement liés à la formation des infirmières. Cette réforme change considérablement les liens de l'université avec beaucoup d'autres institutions, avec le CNRS, etc. On peut donc dire que les infirmières arrivent à l'uni-

versité à un mauvais moment, mais en même temps à un moment où les cartes sont rebrassées pour tout le monde. C'est à double tranchant.

**Anne Perraut Soliveres** : Cela peut être intéressant, sauf qu'il y a très peu de gens qui soient aujourd'hui capables de penser le réel sans s'en éloigner. La plupart des chercheurs construisent des théories et regardent ensuite comment on peut les appliquer et les praticiens qui deviennent chercheurs quittent le terrain. Prendre en compte le concret, la réalité sensible de la population sans occulter la réalité politique est une autre chose.

**Pascale Molinier** : J'apporterais un bémol à ce que tu dis à propos des cadres de santé. J'en vois beaucoup en formation dans des masters, dans des diplômes universitaires, or je trouve qu'il y a un saut qualitatif et qu'il y a de plus en plus de gens qui réfléchissent à ce qu'ils font de façon intellectuelle, en lisant, etc. En gériatrie, par exemple, je trouve qu'il se passe des choses intéressantes. C'est lent forcément, ce n'est qu'en 1993 que les surveillantes sont devenues cadres. La profession infirmière était très subalterne, très en retard sur d'autres professions, cela prend forcément du temps pour que cela change.

**Anne Perraut Soliveres** : Je suis d'accord, il y a une prise de conscience chez certains cadres de la nécessité de se réinvestir dans l'équipe parce que le désinvestissement des soignants a atteint un seuil critique. Comme un regret de voir s'échapper quelque chose qu'on a cependant négligé. Je serais donc plus mitigée sur la notion de qualitatif, car j'ai hélas une moins bonne opinion des cadres dont un nombre élevé continue à caresser l'illusion qu'un management très rationnel pourrait régler les problèmes. C'est une catastrophe pour la motivation des soignants.

La notion de tuteur pour les infirmières qui encadrent sur le terrain est une bonne idée, sauf que la formation qu'on va leur offrir est destinée à leur donner les clés pour valider les nouveaux systèmes. Cela se passe depuis toujours comme ça, la formation continue sert quasi uniquement à adapter de force les soignants aux nouveaux référentiels, pas à les aider à réfléchir à la meilleure façon de questionner leur expérience, leurs pratiques, pour les transmettre.

**Pascale Molinier** : Oui, c'est vrai, la formation professionnelle continue privilégie la formation technique, au sens médical mais aussi administratif et gestionnaire. C'est d'ailleurs là qu'on voit que ces métiers sont particulièrement difficiles, parce qu'il

« Il y a une prise de conscience chez certains cadres de la nécessité de se réinvestir dans l'équipe parce que le désinvestissement des soignants a atteint un seuil critique. »

.../...



.../...

faut assurer dans des tas de domaines et multiplier les compétences. Mais dans les DU, on voit circuler des professionnels friands d'autres connaissances et avec un haut niveau de réflexivité...

**Anne Perraut Soliveres** : Je partage ce sentiment et ces professionnels ont toute leur place dans la recherche et donc dans une formation de niveau universitaire. Actuellement, ces diplômés universitaires n'ont aucune valeur reconnue sur le terrain.

**Pascale Molinier** : C'est vrai qu'on entend dire que certains hôpitaux ont arrêté de payer des formations universitaires car ils pensent que cela rend les infirmières trop intelligentes... Ces formations permettent un brassage de soignants qui cherchent à développer une pensée critique sur les organisations. J'ai toujours pensé qu'il manquait de lieux de rencontre au niveau national, le Master dirigé par Paule Bourret à Montpellier en est un par exemple. Rien à voir avec ces réunions de cadres infirmiers, où on leur sert la messe, et dont elles ressortent frustrées, en colère et rebutées.

L'université pourrait générer des rencontres vivantes, des colloques en soins infirmiers, avec une vraie autonomie par rapport aux tutelles gestionnaires et politiques. Cela pourrait vraiment faire avancer les choses. On doit garder une grande vigilance, mais je ne pense pas que cette évolution vers l'université soit à diaboliser. Cela sera aussi ce que les gens en feront. Il y a quand même pas mal de gens qui réfléchissent et il faudrait qu'ils puissent se rencontrer.

**Anne Perraut Soliveres** : Tu parlais de Marie-Françoise Collière, tout à l'heure, c'est vrai qu'on lui doit beaucoup, mais elle s'est davantage consacrée aux relations internationales et n'était pas très tournée vers le terrain où elle n'a d'ailleurs pas beaucoup travaillé. Il ne faudrait pas oublier que l'évolution considérable qu'on peut constater dans les soins est due aux professionnels qui les pratiquent et pas à la réflexion universitaire. Ce qui manque le plus à ces soignants, c'est d'apprendre à questionner leurs pratiques et les situations de façon à en faire quelque chose de transmissible.

**Pascale Molinier** : On pourrait en parler en termes de formations de formateurs.

**Anne Perraut Soliveres** : Il faudrait que ces formations de formateurs aboutissent à une réelle qualification pour les infirmières, car c'est vraiment un manque. La posture de praticien-chercheur, que j'ai travaillée, permettrait de pousser à la recherche des professionnels qui connaissent très bien le ter-

rain, qui ne le quitteraient pas et qui auraient envie de réfléchir et de faire le pont avec d'autres dimensions du savoir, d'autres disciplines. Il y a des gens qui aimeraient investir cette dimension du travail, penser son articulation pratique/théorie et il suffirait de créer les conditions de recherche couplées avec l'encadrement des étudiants. Ce n'est pas l'université qui pose problème, c'est l'idée de la mettre en première intention, car le risque est de détourner les étudiants du boulot concret, plus difficile à aborder.

**Pascale Molinier** : Il y a un fort consensus du côté des enseignants en IFSI pour continuer à former aux aspects pratiques du métier. Je ne vois pas pourquoi cela serait menacé.

**Anne Perraut Soliveres** : Si certains formateurs ont déjà réfléchi à ces questions et se sont outillés pour y faire face, d'autres se sont surtout mis à l'abri du terrain sur lequel ils ne trouvaient pas leur compte. Cela pose le problème de leur compétence et de leur place dans le dispositif. Les écoles de cadres ne forment pas de bons formateurs.

« Comment faire pour que les gens qui ont peur du terrain ne s'encroûtent pas dans les IFSI ? »

**Pascale Molinier** : Comment faire pour que les gens qui ont peur du terrain ne s'encroûtent pas dans les IFSI ? Cela fait trente ans que j'entends dire des IFSI qu'ils seraient utilisés par certains comme stratégie de défense. Cela pose la question du recrutement et de la formation des formateurs, ce n'est pas parce qu'on est infirmier qu'on peut devenir formateur. Ce n'est pas un problème nouveau. Cela devient visible, en premier plan, avec cette réforme. Cela fait longtemps que ce hiatus entre l'école trop théorique ou mal adaptée et le terrain pose problème à ceux des formateurs qui réfléchissent sur cette question. L'université ne va pas s'occuper des savoirs propres à la profession, elle va se contenter de dispenser les savoirs fondamentaux, les savoirs universitaires. Si le milieu de la formation infirmière ne se met pas à réfléchir à ce que sont les fondamentaux du métier, il ne faudra pas s'en prendre à l'université dont ce n'est pas la vocation.

**Anne Perraut Soliveres** : Ce qui me semble problématique, c'est que l'université va changer le mode de recrutement, et déplacer les objectifs. On entend déjà des étudiants de première année qui se destinent à la recherche... Cela me préoccupe beaucoup. Qui va finalement rester auprès des patients ? Et à quoi vont servir tous ces chercheurs ? Qui va les employer ? Il est à craindre que nous ayons davantage de soignants préférant éviter les situations difficiles...



**Pascale Molinier :** Là je crois que tu touches le fond du problème : d'une certaine manière, si on n'est pas obligé de se confronter aux situations difficiles, on n'y va pas, on rase les murs. Si on ne pousse pas un peu les gens dans les chambres, ils n'iront pas. Je vois ça avec les élèves infirmières qui sont toujours prêtes à filer porter les examens de labo, à faire n'importe quoi pour ne pas être dans les chambres, je me dis que s'il n'y a pas un minimum de contraintes, personne ne voudra faire ce boulot-là. Or, cet aspect quasi « coercitif » de la formation, ce n'est pas du tout discuté, et c'est pourtant la question fondamentale. Est-ce qu'on peut changer ça ?

**Anne Perraut Soliveres :** Il faut se donner les moyens de transcender ces aspects rebutants du travail. Pour laver les fesses de quelqu'un, sans être ni rebuté, ni impatient, ni agressif, il faut avoir une haute idée de l'autre et ça c'est toute une évolution qui doit être accompagnée. Cela demande du temps et de la compétence pour l'encadrement et ce n'est pas avec de la théorie en sciences humaines que l'on va apprendre à tricoter ça.

**Pascale Molinier :** On est d'accord, mais je pense que cela ne marchera que si les formateurs infirmiers gardent la main sur l'ensemble de ces questions et s'ils sont formés correctement. Ce n'est pas du tout impossible. Cela peut faire l'objet d'un travail collectif sachant qu'il y a là une période douloureuse de remise en question, mais que c'est un enjeu intéressant de préciser les savoirs fondamentaux de la profession. Et je crois que cela fait surtout peur à ceux pour qui le choix de la formation est une position de repli. On peut voir cette réforme comme une opportunité qui demandera du travail, mais qui me semble très propice pour repositionner les milieux de la formation sur les savoirs fondamentaux de la profession et construire quelque chose qui n'a jamais existé en France, qui serait une identité forte des soins infirmiers. Les formateurs ont une carte importante à jouer du côté de la reconnaissance de la profession, c'est aussi une chance pour eux d'y construire leur identité.

**Anne Perraut Soliveres :** Quelle place auront les infirmières qui forment sur le terrain ?

**Pascale Molinier :** Quelle place avaient-elles avant ? Dans les services, depuis très longtemps, les étudiants ont participé largement à l'exécution des tâches et il y a toujours eu une tension entre la nécessité de former les stagiaires et la tentation de leur déléguer le « sale boulot », sachant que le sale boulot est souvent le seul qu'ils sont susceptibles de réaliser compte tenu de leur qualification. Les soignants ont besoin des stagiaires comme variable d'ajustement pour leur permettre de réguler leur charge de

travail. C'est un problème structurel auquel on doit s'attaquer. L'apprentissage sur le terrain s'effectue à travers une délégation du travail où les soignants occupent une position dominante qui peut être très violente pour les étudiants. Certains craquent, c'est un problème qui pourrait constituer la première réflexion à élaborer avec les infirmières. Il faut arrêter de faire comme si ça marchait mieux avant, c'était loin d'être idyllique, ça a toujours été un problème et la plupart des infirmières considèrent leur période de formation comme le pire moment de leur vie... Donc saisissons cette opportunité pour réfléchir à ce qu'exige une formation à un métier aussi angoissant...

**Anne Perraut Soliveres :** Ce que je voudrais, c'est qu'on prenne le problème de la formation par le petit bout ; regarder d'abord la chose avant de la penser. Par exemple, faire face à ce que tu appelles le sale boulot demande un accompagnement extrêmement fin qui est loin d'être la réalité. Lorsque je me suis trouvée devant quelqu'un qui baignait dans ses excréments, je me suis simplement projetée à sa place en me disant que j'aimerais être bien traitée si cela m'arrivait. Ce n'est pas par générosité, c'est juste que je n'aurais pas pu le faire autrement, car cela m'était extrêmement difficile. Il faut beaucoup de temps pour assumer ces travaux ingrats et en comprendre la vraie nature, en faire émerger la grandeur. Pour que le regard de la société change et que soient reconnues, autant symboliquement que financièrement, les fortes contraintes associées à ce métier, il faut que les infirmières prennent conscience qu'elles doivent elles-mêmes défendre les qualités humaines, mais aussi la nécessité d'une réflexion éthique et philosophique pour que ce métier prenne tout son sens. Plutôt que se plaindre de ne plus avoir le temps ni les moyens de faire le travail correctement, il faudrait revendiquer les moyens de bien travailler, refuser de faire du mauvais travail. On pourrait requalifier les enseignants en IFSI et les remettre sur le terrain, cela changerait sûrement beaucoup de choses... ■

« Pour laver les fesses de quelqu'un, sans être ni rebuté, ni impatient, ni agressif, il faut avoir une haute idée de l'autre et ça c'est toute une évolution qui doit être accompagnée. »

■

**Note de Pascale Molinier :** Au sens du sociologue E. Hughes, dans toute activité, il y a des tâches rebutantes qu'on préfère ne pas faire, par exemple les soins qui mettent en contact avec le corps et ses exsudats, ou le contact avec certains patients jugés « lourds » pour diverses raisons, et que l'on cherche donc à déléguer à d'autres plus subalternes.

■

1. Infirmière, auteure, militante et historienne des soins, elle a œuvré pour la reconnaissance et l'évolution des soins infirmiers.



# Université : une chance ou un piège

DOSSIER

**O**n se prend à rêver d'une université qui saurait accueillir d'autres savoirs que ceux dont elle est le lieu de délivrance, des savoirs qui se construiraient dans une confrontation à la complexité du réel, des savoirs issus de l'expérience de la clinique qui gagneraient leur légitimité dans la rigueur d'un collectif qui en reconnaîtrait la pertinence et les validerait...

Mais l'université a du mal à accueillir autre chose que ce qu'elle reproduit. Elle établit elle-même une hiérarchie dans les disciplines et son souci d'universalisation la conduit à ériger des chapelles académiques qui figent une bonne part des savoirs dont elle est garante. Les parcours transversaux qui pourraient les questionner restent rares.

De nouvelles postures de praticiens-chercheurs émergent cependant chez les acteurs du social qui occupent une place particulière dans le paysage. Des praticiens, en quête de sens, éprouvent le besoin de se mettre en recherche et on pourrait espérer qu'ils soient mandatés et valorisés par « le terrain » lui-même, pour produire et accompagner le mouvement indispensable à l'évolution des pratiques professionnelles, dans une société qui change.

Alors, l'université pourrait devenir une chance pour les professionnels... —

# Pour en finir avec l'infirmière !

§ Formation initiale, Formation continue  
§ Infirmière, infirmier  
§ Gouvernement, politique, démocratie, Etat  
§ Normes  
§ Inégalités, Exclusion sociale  
§ Mondialisation, OMC

**Les sciences sociales sont indispensables au développement d'une pensée infirmière critique, afin de dépasser les savoirs techniques et de permettre à l'infirmière de s'affirmer pour porter la parole du patient.**

« Je hais vos idées, mais je me battrais jusqu'au bout pour que vous puissiez les exprimer. »

Voltaire

**Bernard Roy Ph.D.**, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, directeur de la Collection : Infirmières, communautés, sociétés – PUL, Pavillon Ferdinand-Vandry, 1050, avenue de la médecine, Université Laval, Québec

Récemment, je me suis présenté à une entrevue dans le cadre d'un concours visant à combler un poste de professeur en sciences infirmières dans une université du Québec. Après les présentations d'usages, un des membres du comité de sélection me posa une première question. La question qui tue ! « Pouvez-vous, en quelques minutes, nous présenter votre vision de l'infirmière ? Qu'est-ce que, pour vous, une infirmière ? » Si les membres du comité de sélection s'attendaient à une réponse claire et précise, à un énoncé de principes rigoureux ou encore à un rappel des grandes théories de *nursing*, ces derniers furent probablement bien déçus par la réponse que je leur offris.

Cette question fit de moi un homme heureux, car elle faisait directement référence à un projet d'écriture qui me tient particulièrement à cœur. Un projet d'écriture qui se construirait autour de l'énoncé suivant : « Pour en finir avec l'infirmière ! »

En fait, pour moi, l'infirmière n'existe pas. Les infirmières oui, mais pas l'infirmière avec un grand « I ». À trop vouloir définir l'infirmière – la vraie infirmière –, les théoriciennes des sciences infirmières sont, peut-être, en train de contribuer à la disparition même des infirmières. En fait, j'estime qu'il existe plusieurs manières d'être infirmière dans nos pays respectifs et, évidemment, à travers le monde. Par contre, à n'en pas douter, la profession infirmière est, elle aussi, inscrite dans un incessant mouvement de mondialisation. Dans ce contexte, il s'avère que le modèle infirmier nord-américain tend, de plus en plus, à être perçu comme LE modèle. En fait, pouvons-nous envisager qu'un certain modèle infirmier

nord-américain parvient, peu à peu, à coloniser les milieux infirmiers à travers le monde ?

Cela étant, je dois admettre qu'en tant que professeur en sciences infirmières, je suis porteur d'un certain modèle infirmier que je privilégie. Par contre que Dieu, en qui je ne crois pas, me garde d'adopter une position fondamentaliste qui tend à excommunier tout ce qui ne pense pas comme les grandes prêtresses.

Il m'est souvent arrivé d'avoir des conversations très animées avec l'infirmière Louise Gareau<sup>1</sup> autour de cette question. En prenant appui sur sa propre pratique infirmière, Louise affirmait, haut et fort, que l'infirmière jouait, dans la société, un rôle d'avant-garde comme celui qu'elle jouait depuis des années. Elle était, à l'époque<sup>2</sup>, au premier rang des combats sociaux visant l'humanisation des naissances, le droit à l'avortement et prenait une part active dans des mouvements militants contre la pauvreté. Sa pratique infirmière se concrétisait dans des quartiers populaires et, à l'étranger, dans des pays animés par des mouvements de libération ou aux prises avec des catastrophes humanitaires. Louise Gareau n'était pas une théoricienne des sciences infirmières. Elle était une intellectuelle au sens où l'entendait le

philosophe et sociologue français Raymond Aron. Tout au long de sa carrière d'infirmière, elle fut une « spectatrice engagée », une « créatrice d'idées ». Elle se mêla de ce qui ne la regardait pas. Elle fut une infirmière engagée pour la cause de la justice et s'éleva contre des institutions oppressives. Elle était une infirmière au service de ceux qui subissent l'histoire et, dans la mesure de

ses moyens, parla pour celles et ceux qui ne pouvaient le faire. Oui, elle était de ce genre d'infirmière que je valorise particulièrement. Une infirmière partageant des traits avec cette infirmière parisienne qui, dans le film *La Rafle*, refuse de collaborer avec les nazis à l'éradication des Juifs et dont l'acte soignant ne se limite pas à donner des

« L'infirmière n'existe pas. Les infirmières oui, mais pas l'infirmière avec un grand "I". »

médicaments. Ses soins iront jusqu'à une certaine action politique visant à dénoncer l'injustice.

Oui, Louise Gareau était ce type d'infirmière qui inspira ma propre pratique d'infirmier qui se déploya, pendant plus d'une décennie, auprès des Premières Nations. Mais non, elle n'était pas le prototype de l'infirmière. Ne soyons pas naïfs. Ce type d'infirmière n'est pas légion et ne peut être érigé en tant que *the model*!

En fait, elle était une exception et en est toujours une dans cette ère où les énergies des milieux infirmiers sont, d'abord et avant tout, investis dans le développement d'un soi-disant « esprit scientifique » construit autour d'une adhésion sans borne au courant des « *evidence base* ». Cette mouvance n'est pas sans conséquence pour la profession infirmière, mais aussi pour la population qui doit, de plus en plus, composer avec un système de santé se médicalisant à outrance. Les milieux infirmiers ne sont d'ailleurs pas étrangers à cette médicalisation de plus en plus grande du système de santé et à l'ingérence du paradigme médical au sein même de la profession infirmière. En adoptant une telle position, la discipline et la profession infirmière se maintiennent dans des rôles de vassaux en regard de la médecine et, par le fait même, se détournent de ce qui les distingue. Mais en fait, qu'est-ce qui distingue les soins infirmiers ?

Plusieurs argumenteront que c'est le soin qui distingue la discipline infirmière. Oui, peut-être ! Mais, bien que le soin soit largement relié au domaine des professions de la santé, et particulièrement aux sciences infirmières – qui l'ont élevé au niveau de concept central – d'autres groupes professionnels en font également usage. En fait, comme l'affirme Michel Nadot, le soin n'est pas infirmier ! Francine Saillant estime que les milieux infirmiers, en quête d'une reconnaissance et d'une identité propre, de valeurs spécifiques et d'une singularité, ont souvent eu tendance à laisser « dans l'ombre le fait que les soins, par leur caractère multidimensionnel et pluriel, s'expriment dans divers lieux et sphères de la société » (Saillant, 2010, p. 129) <sup>3</sup>.

Le paradigme du *caring* a largement contribué, du moins symboliquement, à la quête identitaire des infirmières dans la société et particulièrement dans un monde de la santé dominé par la médecine longtemps associée au monde « masculin ». Cette quête identitaire ne s'est pas réalisée sans une essentialisation du soin lui-même. Saillant décrit trois formes d'essentialisation du concept

de soin auquel ont largement contribué les chercheurs en sciences infirmières. Une première forme d'essentialisme consiste en l'identification d'une relation des soins que l'on conçoit comme un devoir, une obligation morale. Cette forme d'essentialisme « relègue au second plan deux expressions problématiques des soins : celle qui nous conduit au contrôle et à la violence symbolique » et celle qui « nous situe sur le terrain de l'abandon de soins ou de l'indifférence » (Saillant, 2010, p. 127). La seconde forme d'essentialisme consiste en l'association des soins à la santé et à la maladie. Cette autre forme réduit le soin

aux seuls domaines de la santé et de la maladie et éclipse du coup sa polysémie tant dans notre société ainsi qu'ailleurs dans le monde. La troisième forme d'essentialisme identifiée par Saillant consiste en la stricte association du soin à l'univers féminin. Comme si seulement les femmes étaient pourvues des qualités requises pour soigner.

Peut-on se contenter de définir l'infirmière en mentionnant, strictement, qu'elle est une soignante ? Sincèrement, j'estime que non !

Je dois admettre que je suis tout à fait en faveur d'une formation universitaire obligatoire pour toutes les infirmières. Mais, contrairement à plusieurs de mes collègues professeurs et professeurs, ce qui motive mon choix n'est pas le désir du développement, chez les futures

infirmières, d'un esprit scientifique rigoureux. En fait, ce que j'estime le plus important est de développer chez les infirmières une pensée critique. Mais, j'en conviens, l'institution universitaire ne garantit pas le développement d'un esprit critique, car, en fait, ce milieu de hauts savoirs est souvent associé au conservatisme. Reste à déterminer le contenu de l'enseignement !

### Le soin est politique

Le soin ne relève pas du seul registre des émotions ou de l'empathie. Il s'inscrit dans une tension entre proximité et distance, entre indifférence et nécessité. Il est une nécessité au sens où toute vie se développe et ne peut subsister que dans un régime d'interdépendance. Mozère estime que nous ne pouvons vivre que si le monde auquel nous appartenons et qui comprend tous les autres corps dans la nature n'est détruit en aucun de ses éléments. Reprenant les travaux de Michel Foucault, Mozère indique que le soin est un acte de pouvoir qui « s'exerce en investissant les moindres recoins et les zones les plus secrètes du corps social et des corps individués et assujettis »

**« Le paradigme du *caring* a largement contribué, du moins symboliquement, à la quête identitaire des infirmières dans la société et particulièrement dans un monde de la santé dominé par la médecine longtemps associée au monde "masculin". »**

.../...



.../...

Le soin peut être normatif tout comme il peut être émancipant. Il n'est pas neutre, tout comme la science n'est pas neutre. Il est porteur de pouvoir, de projets de sociétés. Le soin s'inscrit là où il y a une faiblesse. Il appelle de l'aide qui peut tout aussi bien devenir soumission. Le soin permet le secours, mais il peut devenir pouvoir, et donc aussi un abus de pouvoir<sup>5</sup>.

Puisque le soin est éminemment politique, j'estime qu'il est impérieux d'accroître et de renforcer l'apport des sciences sociales et humaines au développement de la pensée et de la pratique soignante des infirmières. Soigner est un acte beaucoup trop important, sérieux et intime pour le laisser entre les mains de professionnels de la santé centrés sur les seules dimensions physiologiques – toutes scientifiques soient-elles. S'il est important que les infirmières détiennent de solides connaissances cliniques, il est impérieux qu'elles acquièrent des connaissances relevant du social et du politique. Les infirmières, comme d'autres professionnels exerçant en santé primaire, sont sur la ligne de front de la lutte contre les inégalités sociales qui sont au cœur des dynamiques produisant la vulnérabilité, l'exclusion, la souffrance et un chapelet de maladies qui frappent davantage les plus vulnérables. Par leurs actions d'éducation dans le domaine de la santé, les infirmières peuvent contribuer à diffuser des modèles relatifs à la façon de penser la santé, de prendre soin de soi, de ses proches et de son milieu. Les infirmières, par leurs actions, contribuent au développement de la citoyenneté<sup>6</sup>.

Mais, de quels types de citoyens ? Des citoyens dociles, obéissants et soumis aux normes prescrites ou, plutôt, des citoyens capables d'autodétermination, de s'inscrire et de contribuer à un projet social valorisant la justice et l'équité ?

Nombreux sont les auteurs, à commencer par Canquilha en passant par Michel Foucault, Didier Fassin et bien d'autres, qui ont démontré que la naissance de la santé publique se situe historiquement dans un exercice politique de mise aux normes des individus et de leurs corps. En s'inscrivant dans une trajectoire de prévention, les infirmières depuis l'époque de l'hygiénisme jusqu'à nos jours se sont inscrites dans une entreprise politique. La racine latine du mot « prévenir » est *praevenire* qui signifie littéralement citer le prévenu en justice. La naissance de cette entreprise préventive est indéniablement associée à ce que Michel Foucault nomma le biopouvoir. À la lumière de ce constat, peut-on envisager que l'acte infirmier est apolitique, strictement bienfaisant ? « L'exercice infirmier, qui intègre pleinement des missions d'éducation à la santé,

à sa promotion et à sa prévention, prend part inévitablement à un travail de mise ou de maintien aux normes des corps et des esprits. [...] Ces valeurs influencent le travail du soin, la relation à l'autre, orientent et justifient l'action dans la mesure où, implicitement ou explicitement, elles constituent autant de repères de ce qui doit être et de ce qui doit se faire. Dans ce sens-là, les infirmières intègrent un rôle éminemment politique, qu'elles en soient conscientes ou non » (Cognet et autres, 2006, p. 33).

Les sciences sociales sont indispensables au développement d'une pensée infirmière critique, apte à préparer les infirmières à occuper le rôle social qui leur revient. Les sciences sociales sont d'un apport indiscutable pour contribuer au développement d'une pensée infirmière apte à garder ses distances face à ce que le philosophe Charles Taylor nomme la raison instrumentale. Une raison qui se manifeste dans « le prestige qui auréole la

technologie et qui nous fait chercher des solutions technologiques, alors même que l'enjeu est d'un tout autre ordre ». La technologie médicale, estime Charles Taylor, conduit souvent à négliger les soins qu'exige le traitement d'un patient en tant que personne possédant une vie propre et non pas en tant que site d'un problème technique. Charles Taylor poursuit en mentionnant que « la société et le corps médical sous-estiment le rôle des infirmières qui apportent ce contact humain dont manquent les spécialistes enfermés dans un savoir technique ». Dans un savoir, ajouterai-je aveuglé par l'omnipotence d'un

scientisme ne donnant droit à la parole que si celle-ci s'appuie sur de solides « données probantes ». Un discours ayant oublié que « le patient est d'abord un être parlant qui historise singulièrement dans son discours ce qui lui arrive » (p. 44)<sup>8</sup>.

Le développement d'un espace plus large pour l'enseignement des sciences humaines dans le cadre de la formation des infirmières contribuerait à freiner le développement d'un savoir de plus en plus technique et scientiste.

### Advocacy et parrhésia

Je partage tout à fait le point de vue de ma collègue Danielle Blondeau qui estime qu'une valeur professionnelle qui distingue, en principe, la profession infirmière est celle de l'*advocacy*. Ce mot anglais n'ayant pas d'équivalent français peut être traduit par la « défense des intérêts du patient ». Il est du devoir et de la responsabilité de l'infirmière de mettre de l'avant les intérêts de toutes les personnes qu'elles soignent et qu'elles interviennent

**« Soigner est un acte beaucoup trop important, sérieux et intime pour le laisser entre les mains de professionnels de la santé centrés sur les seules dimensions physiologiques. »**

si d'autres ne respectent pas la dignité des clients. Les infirmières devraient, de mon point de vue, bénéficier d'une formation qui contribuerait à développer chez elles les capacités de s'inscrire dans une position de parrhésia – une parole franche et critique qui s'oppose aux régimes ou aux idéologies en place<sup>9</sup>. Les soins infirmiers devraient parler au nom de ceux (clients) qui ne se font pas entendre.

Pour exercer l'*advocacy*, l'infirmière doit bénéficier d'une véritable autonomie professionnelle. Doit-on douter de l'autonomie de la profession considérant le peu de voix infirmières qu'il nous ait été donné d'entendre ? Les infirmières ne possèdent peut-être pas toutes l'estime de soi et l'identité professionnelle requises pour parler au nom du patient. —



1. Le parcours professionnel de l'infirmière Louise Gareau a fait l'objet de l'ouvrage *Louise Gareau, infirmière de combats*, publié dans la collection *Infirmières, communautés, sociétés* aux Presses de l'Université Laval.
2. Fin des années 1970, début des années 1980.
3. Saillant, F. (2010), « Penser l'humanisme et l'humanisation des soins », Dans N. Vonarx, L. Bujold, & L. Hamelin-Brabant, *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants* (p. 123-141), Québec, Presses de l'Université Laval.
4. Mozère, L. (2009), Avant-propos, Dans J. Tronto (Éd.), *Un monde vulnérable : pour une politique du care* (p. 5-10), Paris, Éditions La Découverte, p. 8.
5. Worms, F. (2010), *Le moment du soin. À quoi tenons-nous ?*, Paris, Presses universitaires de France.
6. Cagnet, M., Bourgon, A., Bouvier, L., & Dufour, L. (2006), *Citoyenneté et soins de santé aux immigrants : les infirmières jouent-elles un rôle dans la construction de la citoyenneté des immigrants au Québec ?*, Cahier METISS, 1 (1) 25-36.
7. Taylor, C. (1992), *Grandeur et misère de la modernité*, Montréal, Bellarmin, p. 17.
8. Gori, R. et D. Volgo (2005), *La santé totalitaire*, Paris, Denoël, p. 44.
9. Holmes, Dave, Perron Amélie. (2006), « Les groupes vulnérables », In G. Caroll (dir.) *Pratiques en santé communautaire* (p. 195-203), Montréal, Chenelière Éducation.

#### Notes biographiques

Bernard Roy obtient un diplôme collégial d'infirmier en 1986. L'essentiel de son parcours d'infirmier s'est réalisé par choix et passion auprès de populations des Premières Nations et plus particulièrement auprès des Innus de la Côte-Nord du Saint-Laurent au Québec. En 2002, il obtient un doctorat en anthropologie de l'université Laval. Sa thèse, portant sur le diabète de type 2 chez les autochtones, fera l'objet de plusieurs publications dont un livre : *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère*. Depuis 2004, il occupe un poste de professeur-chercheur à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Ses enseignements portent sur la santé communautaire, les dimensions socioculturelles de la santé, la santé des autochtones. Ses intérêts de recherche sont de plus en plus dirigés vers des questions concernant la santé des hommes et la présence des hommes dans l'univers des soins. Il dirige, aux Presses de l'Université Laval, la collection *Infirmières, communautés, Sociétés* (<http://www.pulaval.com/collection/infirmieres-communautes-societes-130.html>) qui a pour mission de faire connaître les contributions infirmières à l'avancement et au bien-être des sociétés.

# I have a dream

Une rééducation orthophonique historique racontée dans un film évoque tout ce que l'on voudrait transmettre à de jeunes praticiens.

*Le rêve est à la pensée ce que le rire est à la parole.*

**Claire de Firmas,**  
orthophoniste

Tandis que la réforme des études d'orthophonie produit chez ceux qui s'y intéressent une alternance d'espoirs et de découragements, et même des moments de sidération tant certains semblent vouloir réduire le langage à une accumulation de processus végétatifs, le film de Tom Hooper *Le discours d'un roi* apporte une bouffée d'oxygène, ô combien inattendue !, à la manière de certains rêves qui nous ouvrent, au réveil, de nouvelles perspectives.

Le film est si riche que les quelques évocations qui vont suivre ne risquent pas d'épuiser le plaisir de ceux qui ne l'ont pas encore vu. Les faits sont historiques. La grande et la petite histoire se rejoignent. Pour parler au nom de son père, pour devenir roi à la place de son frère, le prince doit pouvoir parler. Parler en public, faire un discours radiodiffusé, parler sans bégayer. Le prince a vu – en vain – tous les spécialistes, accompagné par son épouse, à qui finalement il a fait promettre que plus jamais il ne subirait ces humiliations, ridicules, stériles, dangereuses. Mais elle entend encore parler d'un praticien australien, excentrique, dont la réputation est excellente. Elle prend rendez-vous, seule, sous un faux nom.

Dès le commencement, tout est dit de ce qui noue la parole, comme souvent dans le premier rendez-vous de bilan orthophonique : l'histoire, le nom, l'obligation écrasante, l'amour, la confiance, la place qu'on vous assigne, la parole d'un autre, le mensonge, le secret...

En sortant du cinéma, bouleversée autant par l'extraordinaire rencontre qui nous est racontée que par le remords d'avoir failli manquer ce concentré d'humanité, je me prends à rêver. C'est si incroyable qu'un orthophoniste soit le héros d'un film et que ce film ait un succès retentissant, pourquoi ne pas prolonger la magie : je rêve d'une formation qui préparerait les étudiants en orthophonie à devenir des Lionel Logue<sup>1</sup>, à s'identifier à cet homme en recherche continuelle, passionné autant par l'autre que par la parole. Ce film, si complexe, sensible, juste, émouvant, vrai, à mille lieues des caricatures habituelles et de la succession de cli-

chés comportementalistes et bien-pensants que j'étais sûre de subir, ce film qui montre une thérapie longue, douloureuse, incertaine, tragique, vivante, drôle, ce film deviendrait le repère incontournable pour penser la formation des orthophonistes. Ce film rappellerait à l'apprenti orthophoniste autant qu'à ceux qui lui transmettent le métier ce qui en fait le sel.

L'étudiant apprendrait qu'il se destine à être un chercheur, un apprenti tout au long de sa carrière. A chaque nouvelle rencontre clinique, il inventerait le métier. Il devrait être à la pointe du progrès, se procurer les derniers outils technologiques, savoir les utiliser, en faire profiter ses patients. A l'époque c'était l'enregistrement, la radio ; aujourd'hui, c'est l'ordinateur, la reconnaissance vocale...

L'apprenti orthophoniste n'oublierait pas que pour parler, il faut être deux, d'égal à égal, deux vrais sujets, face à face, « pour de vrai ». Il n'oublierait pas qu'il doit donc prendre part à la rencontre avec ses patients, prendre leurs parts de révolte, d'impuissance, de douleur, de rage, de fierté, d'espoir, de découragement. Il quitterait ses préjugés, son savoir prêt-à-penser, sa supériorité. Son cabinet résonnerait de grondements, d'insultes, de cris guerriers, de jurons qui ne seraient pas toujours joués. Il ne croirait plus que pour être un orthophoniste sérieux, compétent, respectable, il faut veiller à parler toujours pour de faux, pour ne rien dire, apprendre à l'autre comment bien parler, proprement poliment joliment.

L'apprenti orthophoniste n'oublierait pas que la parole se construit de l'écoute qu'elle reçoit, que la parole se refuse d'être retenue par du trauma, de la maltraitance, de la douleur muette en même temps que par des tensions corporelles, des inhibitions, des ambivalences.

L'apprenti n'oublierait pas que la rééducation orthophonique est une rencontre entre deux partenaires qui vont devoir trouver comment se nommer l'un l'autre pour se parler, supporter d'errer sans savoir quelle direction prendre, essayer, rebrousser chemin, s'écorder, se battre l'un contre l'autre et chacun contre la parole elle-même. L'apprenti orthophoniste n'oublierait pas que c'est à lui de tenir la barre, le cadre, que son autorité est la métaphore de la confiance nécessaire à l'émergence de la parole.

L'apprenti orthophoniste aurait appris que la

« Tout est dit de ce qui noue la parole : l'histoire, le nom, l'obligation écrasante, l'amour, la confiance, la place qu'on vous assigne, la parole d'un autre, le mensonge, le secret... »

§Langage  
§Ecoute, empathie,  
Relation soignant soigné  
§Formation initiale,  
Formation continue  
§Histoire  
§Orthophoniste

route est toujours inédite, et toujours semée d'embûches, qu'il arrive que le patient ne puisse plus venir à ses séances, et ne puisse même pas le lui dire, laissant *son* orthophoniste dans les affres du doute, des remises en cause, de l'impuissance et de la colère, à son tour. Que parfois même, les contraintes qui pèsent sur la parole de *son* patient, ou bien son extrême fragilité, sont telles qu'il doit l'accompagner toujours, tout au moins s'engager à répondre toujours présent, comme la prothèse d'un amputé, comme un moi auxiliaire.

L'apprenti orthophoniste se serait préparé, dès

avant sa première séance, à la nécessité inéluctable, angoissante, frustrante et ô combien désirable, du sevrage de la relation qui va peut-être pouvoir s'engager. Il n'oublierait pas qu'il est même payé pour ça, pour que lui et son partenaire puissent se quitter en étant quittes. —

■

1. Speech therapist, autodidacte, Lionel Logue joua un rôle historique dans la vie du Roi George VI d'Angleterre, père de l'actuelle Reine Elisabeth. Son nom signifie, clin d'œil du destin, « Petit Lion de Parole » à moins que ce ne soit « Parole de Petit Lion » ?

## Vous avez dit reconnaissance

■ **Anne Perraut Soliveres**, cadre supérieur infirmier à la retraite, praticien-chercheur

Eh bien parlons-en ! Depuis de nombreuses années, en ma qualité de titulaire d'un diplôme de troisième cycle (doctorat), j'ai accepté de diriger des mémoires d'initiation à la recherche d'étudiants cadres. Je le fais exclusivement dans mon domaine de recherche (la nuit) fort peu développé et pour lequel les étudiants ont souvent du mal à trouver des interlocuteurs compétents. Si j'ai toujours éprouvé beaucoup d'intérêt, et parfois du plaisir, à accompagner ces infirmières en formation, c'est un travail qui demande beaucoup de temps et nécessite d'autant plus d'investissement que l'institut de formation des cadres de santé se repose entièrement sur le directeur pour mener ce travail à bien et que la marche est un peu haute à franchir pour la plupart des étudiants qui ne lisent guère. Il faut donc aider ces professionnels à passer d'une réflexivité « naturelle », souvent manichéenne, à un questionnement plus complexe et rigoureux. Dans un univers professionnel où le travail exige des compétences multiples, avec des moyens limités et quasiment aucune autonomie, il s'agit de faire passer l'étudiant, en quelques mois, à un fonctionnement intellectuel où l'autonomie est prescrite (bien que limitée par les contraintes formelles qui « cadrent » l'exercice). Autant dire qu'entrer dans une démarche de recherche dans ces conditions ressemble davantage pour l'étudiant au saut à l'élastique qu'à la plongée dans un bouillon de culture.

J'ai passé cette année vingt-cinq heures en réunion avec l'étudiante que j'accompagnais dans sa démarche et au moins cinq à lire, relire, corriger le travail écrit et participer à la soutenance.

Je vous laisserais bien deviner le montant de mon salaire pour cet exercice, mais vous vous tortureriez inutilement... 140 euros... C'est-à-dire moins de cinq euros de l'heure...

J'ai bien peur que les infirmières ne perdent encore du crédit avec l'universitarisation... Heureusement que les bénéficiaires sont ailleurs, mais il serait peut-être temps que ça change... —

# Pas d'esprit critique pour les diéti

**Eduquer les diététiciens au décryptage des influences économiques et politiques en jeu dans leur formation, c'est tout un programme.**

**Paul Scheffer,** président de l'Association de Diététique et Nutrition Critiques (ADNC) [www.adnc.org](http://www.adnc.org)

§ Formation initiale,  
§ Formation continue  
§ Réforme  
§ Nutrition, diététique

L'Association de Diététique et Nutrition Critiques (ADNC) a réalisé son premier colloque sur le thème « Nutrition, intérêts économiques, et pouvoir politique : quelle éducation critique ? » les 27 et 28 mai derniers (colloque filmé bientôt en ligne sur notre site), inaugurant ainsi la mise en avant de problématiques socio-économiques et politiques, malheureusement largement absentes jusqu'à ce jour des journées d'étude participant à la formation continue des professionnels de l'alimentation.

La prochaine édition devrait mettre l'accent sur la formation initiale des diététiciens et nutritionnistes, afin d'explorer quelle place accorder à ces thématiques pour l'instant quasi absentes dans ce cursus. En effet, les formations des diététiciens en particulier sont en passe d'être refondues, en passant d'un statut de BTS ou DUT sur deux années à une licence en trois ans, comme le souhaite la profession depuis de nombreuses années déjà, ne serait-ce que pour s'aligner sur les formations des autres pays qui y consacrent trois à cinq ans. Il nous paraît nécessaire que les futurs référentiels destinés aux diététiciens accordent une réelle place à la culture d'un esprit critique digne de ce nom, visant à préparer les futurs professionnels de l'alimentation à savoir décrypter les stratégies d'influence d'ordre économique, à mieux connaître les formes d'instrumentalisation de la science et même des recommandations officielles sur lesquelles se basent les praticiens qui, pour la plupart, n'ont pas ou très peu de recul sur les enjeux socio-économiques avec lesquels ils sont en prise. Pour donner une idée, l'extrême majorité des étu-

dians en diététique que j'ai eue l'occasion d'interviewer pendant que je suivais moi-même ce BTS, et même certains professionnels ayant plusieurs années d'exercice, n'avaient aucune idée de la signification du mot *lobby*, ou de ce que sont les conflits d'intérêts, ils n'en avaient jamais entendu parler, et c'est vrai qu'il n'y a jamais été fait allusion lors du BTS en question.

Des mesures pourraient pourtant être mises en place, même dans le cadre actuel très contraignant où un lourd programme est à apprendre par cœur en peu de temps. Le renouveau du cursus pourrait être une occasion en or pour intégrer ce souci de la culture critique et de ses enjeux, ce qui n'est certainement aucunement une lubie propre à cette formation, vu que cette réflexion traverse presque l'ensemble des formations, comme *Les petits soldats du journalisme* de François Ruffin ou *J'ai fait HEC, et je m'en excuse* de Florence Noiville, pour ne citer que ces ouvrages récents, l'illustrent. Nous souhaiterions d'ailleurs organiser un colloque dans un avenir si possible proche intitulé « Formation, esprit critique, et place du politique » qui explorerait cette réflexion pour différentes professions, et permettrait de profiter des constats et des dispositifs et initiatives innovantes de chacun de manière transversale. Il existe des professeurs arrivant à sortir de la forme scolaire classique pour instaurer davantage de dialogue et de réflexion, et notamment afin de susciter et de cultiver l'esprit critique des étudiants. Nous aurons tout le loisir de le détailler dans le numéro de *Pratiques* n° 56 qui portera sur l'émergence et les enjeux de la critique dans le champ de la diététique et de la nutrition. ■



# Nouvelles identités soignantes ?

De la difficulté à changer les mentalités dans un système rigide et cloisonné.

§Hiérarchie, Rapports  
médecins infirmières  
§Infirmière, infirmier  
§Revenu,  
Rémunération  
soignants, à l'acte,  
forfaitaire, T2A  
§Citoyenneté

Être reconnu pour son investissement et ses compétences, voilà ce à quoi nombre d'entre nous aspirent !

Du fait du développement des formations accessibles aux acteurs de la santé, de nombreux soignants ont fait le choix de développer leurs compétences dans les champs du « care ».

La formation devient alors un enjeu professionnel fort mêlant différentes formes de reconnaissance : la considération de l'individu dans l'institution, la gratification au travers de l'accès à la formation qui valide implicitement le parcours antérieur et la légitimation des compétences acquises par la proposition de nouvelles opportunités professionnelles. Aujourd'hui, il n'est plus rare de croiser des infirmiers dans des unités transversales, en collaboration directe avec tous les professionnels du soin. Ils sont considérés comme des personnes ressource dans un domaine spécifique tel que la recherche, la pratique avancée, la coordination et comme ayant acquis une expertise aussi bien clinique que théorique sous l'égide d'une direction des soins qui est censée les mettre en valeur.

Malheureusement, nous ne pouvons que constater les résistances de la fonction publique hospitalière quant à la reconnaissance globale de ces nouvelles compétences. Ce constat est aussi dénoncé par le rapport Hénart, remis à la ministre du Travail en février 2011, qui décrit l'organisation des professions médicales comme un « système rigide et cloisonné ».

Pour tout infirmier souhaitant faire évoluer sa carrière, il n'existe que quatre trajectoires bien définies et reconnues par le système : puéricultrice, IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'Etat), IBODE (infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat) et cadre de santé.

En dehors de ces spécialisations, il apparaît dans le paysage hospitalier des postes hybrides au grade identique à l'exécutant des soins avec les responsabilités et horaires d'un cadre.

Il me paraît donc important d'expliquer le cheminement qui m'a amenée à la quête de la reconnaissance.

Infirmière diplômée depuis 2003, j'ai d'abord

occupé un poste dans un hôpital pénitentier, puis exercé dans un grand hôpital parisien. Avidée de nouveaux savoirs, j'ai fait la rencontre du paradigme du soignant éducateur auquel je me suis immédiatement identifiée.

En pleine révolution de « l'éducation thérapeutique du patient » en 2008, plusieurs d'entre nous avons engagé une démarche de formation continue pour correspondre au cursus recommandé par la Haute Autorité de la Santé. C'est ainsi que je me suis inscrite à la faculté de Rouen pour vivre la plus belle expérience de ma jeune carrière.

Un an de formation, des rencontres humaines riches et l'espoir de reconnaissance m'ont permis d'obtenir un Master 2 en Ingénierie de la formation parcours éducation thérapeutique.

J'ai donc postulé pour un poste nouvellement créé pour la coordination des acteurs de la lutte contre le sida, comme coordinatrice des actions d'éducation thérapeutique.

Ma première déception fut la rémunération prévue pour une fiche de poste indiquant un bac plus 5 : la paie d'une infirmière moins toutes les primes. Le deuil du salaire passé, je fus confrontée à la difficulté de faire reconnaître ces compétences face à d'autres professionnels qui ne s'arrêtent qu'à votre fonction initiale. Pour exemple : « Une infirmière ne s'émancipe pas ; vous n'êtes qu'infirmière, Madame ; si vous souhaitez intervenir dans notre institution, il vous faudra être accompagnée par un médecin pour être crédible ; une infirmière applique les prescriptions, elle ne réfléchit pas ».

Ce sont toutes ces petites phrases anodines, ce cadre trop rigide qui me font renier mon identité d'infirmière au profit de celle d'ingénieur de la formation et de l'éducation thérapeutique pour bénéficier de plus de légitimité, voire même de quitter mon poste pour devenir autonome.

Le manque de reconnaissance condamnera-t-il les accès à de nouvelles fonctions pour les infirmiers ? Le débat est lancé. ■

**Emmanuelle Bordes,**  
infirmière coordinatrice de  
l'éducation thérapeutique  
COREVIH IDF SUD

« La difficulté de faire reconnaître ses compétences face à d'autres professionnels qui ne s'arrêtent qu'à votre fonction initiale. »

# Déconstruction d'une dichotomie entre action et réflexion infirmières

**La formation universitaire, complémentaire de la pratique, permet de trouver la distance et des outils pour développer une réflexion sur la profession infirmière. Cela se fait au Québec.**

**Amélie Perron,** inf., PhD, professeure adjointe, École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Canada

« On s'est plutôt imaginé(e) dans le feu de l'action, tenant une main, rassurant un patient inquiet, manipulant une pièce d'équipement sophistiqué ou réalisant une technique complexe. »

La profession infirmière est probablement l'une des plus diversifiées qui soit, tant par les milieux de pratique offerts que par les populations soignées, que par les champs de spécialisation possibles. Cette diversité professionnelle entraîne toutefois son lot de difficultés. Les divisions internes, la pluralité des besoins et des intérêts ainsi que le manque de solidarité constituent les embûches principales qui découlent directement de la nature hétérogène des soins infirmiers. Le débat actuel entourant la transition des programmes de formation infirmière, des instituts de formation vers l'université, illustre davantage encore et de façon éloquent dans quelle mesure la profession infirmière est éclatée, alors que surgissent, au cœur des débats, des catégories binaires pour le moins réductrices : la formation en institut face à celle issue du milieu universitaire, l'action face à la réflexion, le soin face à la pensée, la pratique face à la théorie, la technique face à la philosophie et ainsi de suite. Ces termes font l'objet de plusieurs débats encore d'actualité au Canada. Je passerai outre les postures quasi paranoïdes (et parfois méprisantes) qui teintent souvent ces discussions. Ce que je désire souligner, c'est dans quelle mesure « agir » et « réfléchir » ne constituent aucunement les deux pôles opposés d'un continuum de soins infirmiers.

Je suis professeure infirmière en milieu universitaire en Ontario, au Canada. J'enseigne des cours théoriques dans notre programme de premier cycle, dans notre programme dédié aux infirmières munies d'un diplôme collégial qui désirent obtenir un diplôme universitaire et dans notre programme de maîtrise infirmière. Les cours que j'enseigne sont : psychiatrie/santé mentale, contexte économique et action politique, fondements éthiques et légaux et fondements de la discipline infirmière. Invariablement, plusieurs de mes étudiants émettront un doute quant à la néces-

sité de suivre un enseignement théorique plus poussé dans le but de se préparer à répondre aux besoins de leurs patients. Après tout, bien peu d'entre nous avons choisi la profession infirmière en rêvant aux heures de cours théoriques magistraux. On s'est plutôt imaginé(e) dans le feu de l'action, tenant une main, rassurant un patient inquiet, manipulant une pièce d'équipement sophistiqué ou réalisant une technique complexe. Le soin demeure un processus largement invisible car difficile à qualifier (qu'est-ce qu'un soin « compétent » et « éthique » et qui en décide ?) et à quantifier (une étape indispensable à l'administration de tout système de santé avec ses budgets équilibrés et ses indicateurs de performance). Je constate à quel point ces réflexions sont difficiles pour les étudiants, pour qui ces considérations sont largement « intuitives », « ressenties », voire « innées ». Or, si nous ne pouvons définir nous-mêmes l'objet de notre pratique, d'autres (tels que les milieux de soins) le feront pour nous et dans des termes que nous ne reconnaitrons probablement pas. Par exemple, la recherche nous apprend que la majeure partie du temps des infirmières est monopolisé par des tâches administratives de toutes sortes. Est-ce vraiment cela, soigner et être infirmière ?

Ceux et celles qui sont sceptiques face à la formation universitaire affirment que cette dernière, imparfaite, est insuffisante pour préparer le personnel infirmier à exercer ses fonctions dans des contextes de pratique de plus en plus dynamiques et complexes. Mais la formation actuelle répond-elle elle-même à cette réalité ? Quel milieu de formation peut prétendre à préparer adéquatement, en trois ou quatre ans, le personnel infirmier (ou n'importe quel personnel soignant) à intégrer sans heurts un système de santé, alors qu'intervenir auprès de personnes malades ou en détresse repose sur un apprentissage qui s'échelonne sur plusieurs années post-éducation ?

Je me méfie des discours de perfection et de leurs

superlatifs. Force est de constater que le soin, la profession et les patients eux-mêmes n'ont rien d'idéal. La « meilleure » éducation pour administrer les « meilleurs » soins relève de la chimère qui dissimule une réalité pour le moins préoccupante : en raison de ses effectifs et de sa formation touchant diverses disciplines, le personnel infirmier est de plus en plus appelé à faire les frais de structures de santé moribondes (et parfois anachroniques !) et à les entretenir, car il serait trop coûteux de les repenser. Certainement ces structures ont beaucoup à gagner d'une main-d'œuvre (infirmière ou autre) peu réflexive, hautement technique et docile. Alors que les infirmières croient agir pour le bien des patients, elles sont quotidiennement confrontées à des obligations qui visent bien plus à assurer la survie d'un système souffrant que le bien-être des patients. Dans ces conditions, perdre le patient de vue s'avère étonnamment facile. Ces organisations folles de gestion, qui laissent peu de temps pour respirer et qui exigent de « faire » plus avec moins, ne collent pas (ou ne collent plus) avec la réalité autrefois imaginée. Peut-on s'attendre à ce que les milieux de formation y collent fidèlement ?

Mes étudiants expriment année après année à quel point leurs milieux de pratique peuvent être mortifiants et dans quelle mesure, eux-mêmes, leurs patients et leurs gestionnaires ne s'y reconnaissent plus. Ils décrivent en quoi ces milieux ne répondent plus à l'idée qu'ils ont d'un environnement de pratique sain – un environnement où le soin peut se déployer ; où l'on peut prendre son temps et calquer son rythme sur celui des personnes soignées ; où l'on peut apprécier les progrès et les reculs de la santé des patients ; et où la crise, l'incertitude, la vulnérabilité ou la mort ne sont pas nécessairement des phénomènes à éviter à tout prix, mais plutôt des états (souvent naturels) à apprivoiser et avec lesquels transiger.

Une prise de recul est indispensable pour faire le point sur les exigences, les possibilités et les paradoxes des activités de soins, pour les remettre en question et interroger leurs fondements *a priori* inébranlables. Être trop près des structures de soins, en faire partie au quotidien, y maintenir une quelconque routine, peut nous faire perdre de vue certaines valeurs, notre sens de l'urgence à changer les choses, à imaginer que celles-ci puissent être différentes, tant les organisations ont le don de brouiller et confondre les sphères personnelle et professionnelle. Malgré ses défauts, l'université offre un milieu indépendant, distinct des milieux soignants. Le personnel infirmier peut se distancer du quotidien pour mieux l'examiner et le déconstruire, pour faire l'essai d'une réflexion philosophique sur l'objet de notre profession, sur

ses enjeux éthiques, sur ses dimensions politiques, etc. L'université permet l'apprentissage et le raffinement de la réflexion critique, l'apprentissage de la nuance et l'habitué à l'incertitude – trois attitudes peu tolérées par et dans les milieux de soins actuels.

Ce que j'observe dans mes cours, c'est que les étudiants font le point sur leur cheminement actuel et à venir, sur le rôle thérapeutique auquel ils aspirent et sur le type de professionnel qu'ils veulent incarner. Ils rapportent souvent agir à l'encontre de leurs principes et leurs valeurs professionnelles. Ils confient occasionnellement poser des gestes qui seraient désapprouvés par leur ordre professionnel. Ils décrivent des situations qu'ils devraient dénoncer, mais qu'ils passent sous silence par crainte de représailles de leurs supérieurs ou de leurs pairs. Soigner dépasse largement l'interaction avec le patient ; c'est transiger, aussi, avec des systèmes et des discours réifiant puissants. Je constate à quel point les étudiants sont démunis face à cette réalité : ils ont peur. Peur d'aller à contre-courant, peur de prendre des risques, peur de se différencier de leurs collègues. Convaincus de n'être munis que d'un savoir « imparfait » ou « approximatif », de n'être « que » des infirmiers, conscients de leur position peu enviable dans la hiérarchie professionnelle, incertains de leur contribution dans le système de santé, ils disent se sentir peu outillés pour répondre aux besoins de leurs patients, ainsi qu'aux leurs et à ceux de leur profession. Il s'agit ici de reconnaître dans quelle mesure les enjeux politiques des soins supplantent leurs aspects thérapeutiques ou cliniques.

C'est là que je vois la contribution de la formation universitaire – et mon rôle de professeure. Faire face à ces défis requiert un espace où l'on peut exprimer des opinions divergentes, expérimenter avec des idées, théoriser des comportements humains et des processus sociaux, apprendre à tolérer l'incertitude et le changement, identifier et confronter nos vulnérabilités, développer une conscience individuelle et collective ainsi qu'une réflexion et une aptitude politique. Le rôle du professeur est à la fois social, éthique et politique. Il consiste à « soigner » ce processus, à provoquer les débats, à amener les étudiants hors de leur zone de confort, à leur faire prendre conscience que la réflexion philosophique qu'ils appréhendent tant est déjà en eux et que, loin de s'opposer à « l'action » soignante, elle est l'instigatrice de cette dernière.

Dans ce type de formation, les étudiants apprennent à développer leurs réflexions et leur identité profes-

« Ils décrivent des situations qu'ils devraient dénoncer, mais qu'ils passent sous silence par crainte de représailles de leurs supérieurs ou de leurs pairs. »

.../...

.../... sionnelle et à les assumer publiquement – face au professeur, face aux pairs étudiants et face aux gestionnaires et collègues de travail. Les cours théoriques permettent selon moi la création d'un espace où un tel apprentissage peut se dérouler en toute sécurité et en toute confiance, ce qui n'arriverait pas dans un milieu de pratique où l'on prône plutôt l'obéissance et la conformité, et où toute tendance à l'émancipation fait l'objet de moqueries. L'enseignement théorique ne se fait pas nécessairement au détriment de l'enseignement clinique. Des situations vécues par les étudiants permettent de maintenir un lien avec la réalité du milieu et de rendre l'apprentissage plus authentique et d'actualité, permettant d'éliminer ce fossé factice entre la démarche intellectuelle et la pratique dite de terrain.

Parler de pratique et de théorie comme deux entités distinctes (dont la tension est symbolisée par le débat actuel sur la formation infirmière) ne rend pas service à notre profession qui souffre déjà de graves divisions internes, où le phénomène de violence horizontale (*bullying*) est en plein essor, et où sévit une forte hiérarchisation des spécialités. Peu importe où elle se déroule, la formation infirmière doit inclure, au-delà des techniques de soins, l'enseignement et l'analyse des processus historiques, sociaux et politiques qui sous-tendent notre exercice professionnel. Une réflexion philosophique et politique permet alors, non pas de nier nos valeurs professionnelles, mais bien de renouer avec celles-ci et de les déployer dans le cadre de nos fonctions soignantes. ■

## Vous êtes seul juge docteur

■ Martine Lalande, médecin généraliste

Hier soir, j'étais en visite chez un de mes patients, un vieux monsieur espagnol venu finir sa vie chez sa fille, alors que, devenu veuf, il avait un cancer. Les spécialistes lui donnaient six mois à vivre il y a quatre ans. Il est merveilleusement bien soigné par sa fille et son gendre, dans un joli pavillon de banlieue, lit médicalisé et plan de tomates sur la fenêtre. Après deux séjours en soins palliatifs, il est de nouveau en hospitalisation à domicile. Hier, j'ai eu de la chance, je suis arrivée en même temps que l'infirmière libérale qui vient faire les soins du soir. Rencontre difficile à programmer, leur planning surchargé valant bien le nôtre. Moi, j'adore les regarder faire des soins, avec leur technique précise, maîtrisée et respectueuse des règles d'asepsie, tout en délicatesse. Elle, en plus, parle espagnol, et communique bien mieux que moi malgré mes gestes et mes mimiques. Elle me parle de la perfusion sous-cutanée : « On pourrait la passer en 12 heures seulement, il serait plus libre de ses mouvements la journée, mais il faudrait le piquer chaque jour au lieu de tous les deux ou trois jours comme maintenant. » On s'interroge : quel est le moins agressif pour lui ? On a besoin de cette perfusion, car il n'a pas envie de boire, et risque l'infection urinaire ou l'encombrement bronchique. « Vous êtes seule juge, docteur » me dit alors l'infirmière. Interloquée, je réalise : « Mais nous sommes quatre dans cette chambre » et me tourne vers sa fille, lui demandant de traduire notre question en espagnol. Ce qu'elle fait, un peu réticente car elle sait que son père n'aime pas prendre position dans ce qu'il considère être nos affaires. Cette fois, la réponse est directe : « La perfusion tout le temps, moins de piqûres. » Me voici confortée dans l'idée qu'il faut tout faire traduire. Ou apprendre l'espagnol, mais j'ai bien peur de ne pas avoir le temps... ■





# Les enjeux de l'institution

**Le soignant est réputé capable de mener des projets, la mission de l'université est de lui faire acquérir des compétences d'organisateur et de formateur, plus seulement de dispenser des soins.**

Entretien entre  
**Gilles Monceau**,  
professeur en sciences de  
l'éducation à Cergy

Pontoise et  
**Anne Perraut Soliveres**,  
praticien-chercheure en  
Sciences de l'éducation

§Aide-soignante  
§Formation initiale,  
Formation continue  
§Management, productivité,  
intérêt  
§Infirmière, infirmier  
§Gouvernement, politique,  
démocratie, Etat

**Anne Perraut Soliveres** : Comment l'université accueille-t-elle cette nouvelle génération d'étudiants infirmiers ?

**Gilles Monceau** : Poser cette question uniquement sous l'angle de la formation, en université comme dans les IFSI, c'est la poser par le petit bout de la lorgnette. La question essentielle n'est pas d'abord celle de la formation, mais plutôt celle de l'évolution des modes de gestion de la santé, à l'hôpital et hors l'hôpital. L'institution santé comme l'institution école ont le vent en poupe et se développent considérablement. Elles pénètrent partout dans les familles, dans des quantités de milieux où on ne les attendait pas avant. Aujourd'hui, on voit que la demande en formation santé explose, c'est ce qui

amène les universités à créer des filières, mais c'est en réponse à des demandes croissantes. Dans le milieu associatif, par exemple, on s'en préoccupe parce qu'il y a de la demande étatique. Aujourd'hui on parle de santé communautaire, on met en place des dispositifs territoriaux, on confie de plus en plus des questions sanitaires à des gens qui ne sont pas des professionnels de santé. Des questions de prévention, d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique sont confiées à des gens qui sont soit des bénévoles, soit des professionnels qui n'appartiennent pas aux métiers traditionnels de la santé. L'activité santé se développe partout et génère de la demande en termes de formation.

« Une infirmière dans son service doit avoir des outils lui permettant de comprendre les enjeux de la politique sanitaire en cours pour pouvoir s'y situer. »

Par ailleurs, il y a aussi une évolution qui est liée à la pression ministérielle, comme la réforme récente de la formation des infirmières qui s'est faite très rapidement, tout s'est réorganisé pendant un été. Si on regarde le nouveau référentiel métier des infirmiers, on ne reconnaît plus le métier traditionnel de l'infirmière. Aujourd'hui, elles doivent organiser, faire des projets, gérer des équipes, etc. La moitié des compétences requises

se rapprochent de façon surprenante des référentiels des travailleurs sociaux par exemple, qui eux-mêmes ne se reconnaissent plus dans les référentiels... Si ni les infirmiers ni les travailleurs sociaux ne se reconnaissent dans ces référentiels, j'ai cependant pu observer qu'il y a des professionnels dans ces domaines dont les pratiques correspondent exactement à ces référentiels. Par exemple, j'ai récemment rencontré un travailleur social qui était engagé sur un dispositif de réussite éducative parce qu'il était éducateur spécialisé, mais le poste n'est absolument pas réservé à un éducateur spécialisé et il est surtout amené à gérer de l'argent, à gérer des gens, des coopérations, etc. Ce qu'il fait réellement correspond à ce qu'il y a dans le référentiel. Donc l'université là-dedans a l'opportunité de voir arriver vers elle des demandes nouvelles de deux types.

La formation des infirmiers résulte tout de même d'une négociation entre le ministère et des représentants des professionnels de santé qui souhaitent une reconnaissance au niveau licence. La contrepartie a été une petite revalorisation statutaire et indiciaire, et aussi un changement dans les contenus qui a amplifié un mouvement que j'avais déjà rencontré dans les IFSI et qui était d'ouvrir la formation des soignants aux sciences sociales. C'est le cas aujourd'hui dans toutes les professions dites « de l'humain », mais également dans d'autres filières comme les ingénieurs techniques, il y a de plus en plus de formations aux sciences sociales dans la formation. Et pourquoi ? Parce que de plus en plus de métiers intermédiaires sont aussi des métiers de management. Le technicien qui auparavant faisait un travail technique doit aujourd'hui pouvoir encadrer d'autres qui font le même boulot. On considère donc qu'il doit avoir des connaissances en sociologie, en psychologie, etc., et surtout qu'il doit être en mesure de décoder les évolutions politiques. Une infirmière dans son service doit avoir des outils lui permettant de comprendre les enjeux de la politique sanitaire en cours pour pouvoir s'y situer, donc on injecte des éléments nouveaux. Cela se passe dans les IFSI, mais est réservé aux facultés de médecine ou à ce qui tourne autour, certaines facultés de

sciences sociales implantées dans des universités où il y a des facultés de médecine.

**Anne Perraut Soliveres** : C'est sous l'égide des facultés de médecine ?

**Gilles Monceau** : Différentes formes existent, mais dans les formations intervenant dans le cursus de formation initiale, la tutelle des facultés de médecine est extrêmement forte, car le ministère a contraint les écoles à se tourner vers elles. L'effet second est que certaines facultés de médecine ont créé, ou sont en train de le faire, des postes de maîtres de conférence en sciences de l'éducation... pour assurer ces enseignements et aussi parce que le soignant est désormais réputé capable de faire des projets, et aussi de la formation sur le terrain... Il lui faut donc des compétences de formateur qui s'ajoutent à des savoirs en sciences sociales, des compétences organisationnelles qui s'ajoutent aux savoirs plus traditionnels. Cela concerne l'intervention dans la formation initiale, mais ce qui intéresse le plus les facultés en sciences sociales, c'est plutôt les formations de cadres et les formations de formateurs.

**Anne Perraut Soliveres** : Ce schéma semble correspondre davantage aux formations secondaires, comme celle de cadre infirmier. Si l'aptitude à gérer des équipes, à organiser le travail, à comprendre les politiques peuvent être un plus pour l'infirmière, qu'en est-il de l'aptitude à soigner qui demande de toutes autres compétences ? Il y a un déplacement qui me fait craindre qu'on oublie de lui donner les moyens d'entendre la souffrance et de lui faire face, ce qui est tout de même son vrai métier de base.

**Gilles Monceau** : C'est ce qui se passe dans la santé comme dans le social, j'entends tous les professionnels se plaindre de ce glissement. Ce qui faisait le cœur de métier d'un éducateur spécialisé, d'un éducateur de jeunes enfants ou d'une infirmière aujourd'hui se déplace vers des métiers ayant des connaissances de rang inférieur. Ce qu'en sociologie on appelle la délégation du sale boulot. Ce qui ne dit pas a priori que le boulot soit propre ou sale, ce n'est pas infamant. Cela signifie qu'il y a des actes de rang technique considérés comme étant inférieurs qui peuvent être délégués à des personnels moins qualifiés. Par exemple ce qui touche au corps du malade, l'expression de sa souffrance, etc. L'impression que ça me donne, c'est que c'est délégué aux aides-soignantes en particulier dont le cœur du métier serait le corps du malade. Les infirmières étant très mobilisées par d'autres tâches, dont celle d'encadrer les aides-soignantes. Evidemment, il y a des configurations très différentes selon les lieux d'exercice, qu'elles travaillent en milieu scolaire, à domicile,

ou en milieu hospitalier. Aujourd'hui, ce qu'on appelle les catégories intermédiaires sont supposées participer davantage à la coordination, à l'organisation, à la traduction, à la supervision, à ce qu'on appelle les projets, le bilan, éventuellement être l'interface, etc. et de moins en moins dans le soin direct. Les tâches de relation aux familles continuent à être dévolues aux infirmières, on évite que l'aide-soignante puisse communiquer des informations aux familles. Dans le secteur social, c'est la même chose pour toutes les professions dites auxiliaires. Dans les établissements accueillant des enfants, ce sont les auxiliaires qui font l'essentiel du boulot auprès des enfants, mais elles ont pour consigne d'en dire le moins possible. Selon le type d'information, ce sont les éducateurs ou les médecins qui informent. Cela crée du non savoir car celui qui en sait le plus n'a pas l'occasion de l'exprimer, y compris dans les réunions en interne, sauf dans les établissements où l'on pratique la pédagogie institutionnelle.

**Anne Perraut Soliveres** : A l'hôpital, le staff réunit en général toute l'équipe, y compris les aides-soignantes. Mais je ne sais pas si cela se fait partout. Evidemment tout le monde ne s'exprime pas. Ce qui m'inquiète, c'est que le modèle dont tu parles ressemble à ce que je connais du système en vigueur aux Etats-Unis, par exemple, où il y a deux sortes d'infirmières et où celles issues de la filière universitaire correspondent en gros à nos cadres infirmiers d'ici et où les autres sont un peu plus formées que nos aides-soignantes. Elles sont moins qualifiées que les infirmières françaises actuelles et surtout ont encore moins d'autonomie. Cela correspond à la disparition du modèle français qui avait résisté jusque-là et qui est beaucoup plus complet qu'il ne l'est dans les autres pays européens. L'aide-soignante a des compétences certaines dans la prise en charge des soins corporels, dans la mise en œuvre de tout ce qui tourne autour du confort et de l'hygiène, mais n'a pas des compétences suffisantes pour surveiller l'évolution de l'état d'un patient. Une grande partie des actes, comme la nutrition par sonde par exemple, doivent être exécutés sous la responsabilité de l'infirmière. Cela fait partie de ce que les infirmières énoncent aujourd'hui lorsqu'elles disent avoir peur dans les conditions dans lesquelles elles sont contraintes d'exercer leur responsabilité.

**Gilles Monceau** : Elles se plaignent beaucoup d'avoir à faire des commandes, à anticiper, elles sont contraintes par des budgets. Elles ne sont pas autonomes pour autant. Dans l'enseignement, on se pose les mêmes questions, il y a beaucoup d'ambivalences. L'enseignant est le premier à réclamer des auxiliaires

« Cela correspond à la disparition du modèle français qui avait résisté jusque-là et qui est beaucoup plus complet qu'il ne l'est dans les autres pays européens. »

.../... de vie scolaire lorsqu'il accueille un enfant handicapé, mais il est moins enthousiaste à assumer la responsabilité de leur travail, d'autant qu'ils ne sont pas formés. Il y a des consignes souvent transgressées qui font que l'AVS doit toujours rester sous le regard de l'enseignant, ce qui n'est pas toujours possible. S'il se passe quoi que ce soit en dehors de sa présence, l'enseignant est responsable. Les AVS ont pour consigne de ne rien dire aux parents alors qu'ils sont sans cesse au contact de l'enfant. Pourtant, ils se vivent comme médiateurs, ayant à faire avec les tensions entre parents, enfants et enseignants. Concernant les aides-soignantes, il va de soi que la réforme de la formation des infirmières va entraîner dans son sillage celle des aides-soignantes... Les IFSI mettent en place des systèmes de passage pour permettre aux aides-soignantes de devenir infirmières. Quand on devient infirmière aujourd'hui, on doit avoir le niveau bac. Les aides-soignantes viennent plutôt de filières ayant des difficultés avec l'école. Le problème évoqué par les enseignants en IFSI concerne surtout le rapport à l'écrit. Comment les amener au niveau exigé des infirmières qui sont désormais supposées être capable de rédiger des notes de synthèse, de rédiger des mémoires, plus une

culture technique, scientifique. La difficulté se concentre apparemment sur le problème de l'écriture. Elles sont amenées à faire des cours d'orthographe, de grammaire... on est loin du soin. La vraie question politique est de transformer les infirmières, les éducateurs, etc. en petits cadres. La demande des infirmières est d'être reconnues, même si ce milieu est très peu homogène selon les générations. Il ne faut pas oublier que cette réforme est née de la revendication des organisations représentatives et que la volonté ministérielle est d'avoir des cadres opératoires qui vont relayer la politique au cœur des services en assumant la responsabilité. La réforme a transformé les tuteurs de terrain en formateurs de terrain. L'infirmière qui accueille des étudiants est désormais considérée comme formatrice, elle doit évaluer les stagiaires selon la nouvelle grille qui est déclinée du référentiel de compétences. Comme cela a posé de nombreux problèmes cette année, les IFSI ont mis en place des formations pour les professionnels de terrain pour leur apprendre à renseigner les nouvelles grilles. C'est un nouveau marché qui s'ouvre pour les IFSI de former les praticiens de terrain à l'encadrement des stagiaires. ■

## Fière d'être infirmière

■ **Claire Martin-Lucy**, infirmière

Quand je me suis inscrite à l'école des infirmières de la Salpêtrière en 1972, j'avais déjà passé deux années en faculté au CHU Pitié et obtenu un certificat de psychomotricité.

Créé par le professeur Duché (nous avions sa seule secrétaire comme interlocuteur et elle longeait les murs placardant sur un petit tableau des listes de noms et d'adresses de stages). Nous avons eu de brillants professeurs, mais nous étions la risée des étudiants en médecine de l'époque : certains se souviennent peut-être de ces « psychobatraciens » qui pratiquaient la respiration abdominale bruyamment ! Nous étions bien trois cents la première année dans un amphithéâtre, la deuxième année beaucoup moins. Les élèves qui n'avaient pas encore le statut d'étudiants étaient obligés de faire des petits boulots à côté et l'assiduité était obligatoire pour obtenir le certificat qui n'offrait guère de débouchés. On trouvait des vacances payées à l'heure, nous n'avions pas de statut dans les établissements et la fille d'ouvrier que j'étais a choisi de faire « son service militaire » en intégrant « l'école des Bleues » pour obtenir un diplôme d'Etat d'infirmière valorisant à l'époque.

Heureusement que j'ai été le poulain d'une monitrice, car dès le premier jour de stage avec les odeurs, la vue des plaies et l'accueil du « cerbère de service », je suis « tombée dans les pommes ». Nicole Q. nous encadrait très bien au lit du malade et, petit à petit, j'ai même appris à aimer faire les pansements les plus sales et ceci jusqu'à ma fin de carrière en chirurgie ORL avec les soins aux trachéotomisés.

La mise en place intelligente du plan de soins, dans les années 70, m'a servi toute ma carrière et j'ai aimé ensuite participer à tout ce travail collectif sur les transmissions ciblées et même la mise en place du dossier informatisé, à l'Institut de cardiologie, a valorisé mes savoirs professionnels. J'ai toujours été fière d'être infirmière. ■

# Du temps pour apprendre

**Une infirmière en fin de carrière, très compétente dans son domaine, témoigne que c'est l'expérience qui permet de former les jeunes collègues.**

**Pratiques : Comment êtes-vous devenue infirmière ?**

**Josette Lanoue :** Après le certificat d'études, j'ai fait trois ans en maison familiale agricole, puis un an en institut rural et trois mois en formation de travailleuse familiale rurale. Je pensais que je me marierais, et que je resterais dans le milieu rural, mais comme le mariage ne venait pas, je suis partie voir ailleurs pour élargir mon point de vue. J'ai fait une remise à niveau au centre de promotion sociale pour passer le concours d'entrée à l'école d'infirmière et d'assistante sociale. C'était une formation intensive mais intelligente, pas du par cœur, mais comprendre, analyser les choses. Je voulais être assistante sociale, j'ai réussi le concours d'infirmière. Pas celui de Poitiers, où il n'y avait que quatre-vingt places, pour celles qui avaient le bac d'abord. J'ai fait trois ans d'école d'infirmière à Paris, cours l'après-midi et stage le matin à l'hôpital. Je trouve que c'est en stage qu'on apprend le plus de choses, même s'il faut des connaissances théoriques. Je ne regrette pas d'avoir été infirmière. En tant que travailleuse familiale, je me préoccupais de la situation sociale des gens, mais infirmière était plus gratifiant : quand une plaie guérit ou que quelqu'un sort de l'hôpital, c'est satisfaisant, tandis que le social, c'est parfois jamais fini...

**Que pensez-vous du fait que les infirmières doivent maintenant non seulement avoir le bac, mais faire trois années d'études à la faculté ?**

Je n'aurais pas pu faire ce métier-là : je n'avais pas le bac. Mais le recrutement est faussé par le chômage : on fait ce métier parce qu'il y a des débouchés, pas toujours parce qu'on est intéressé. Je ne sais pas par qui sera fait l'enseignement à la fac. Des cours comme en médecine, cela peut être utile, mais je me demande comment elles vont faire si elles ont plus de théorie que de stages. Peut-être qu'elles connaîtront plus de choses que nous au départ, mais au niveau pratique, déjà c'était à peine suffisant. Par exemple, tout le monde ne pouvait pas être en stage en gynéco pendant qu'on avait les cours de gynéco. Si les ter-

rains de stage diminuent, cela va poser problème. Pour moi, l'encadrement était très pesant, il fallait entrer dans un moule. En promotion professionnelle, il y avait un appel le matin et à 14 heures, on était surveillés comme des enfants. Sans aucun droit de s'absenter, même malade. Dans les stages, on ne voyait pas les monitrices, sauf à la sortie pour savoir si on partait à l'heure. C'étaient les infirmières des services qui nous apprenaient. Mais les soins évoluent : je me demande si ce sont les gens qui travaillent qui savent comment il faut faire ou si maintenant, on apprend autre chose.

**Vous avez formé beaucoup d'infirmières. Comment transmettiez-vous votre expérience ?**

Au centre IVG, c'est très particulier, on ne laisse jamais les élèves infirmières faire un entretien seules, ni les nouvelles infirmières, on fait avec elles. Les IVG aussi évidemment. On leur laisse faire les prises de sang en restant avec elles. On les encadre en les suivant. A la fin du stage, elles peuvent conduire l'entretien, mais on reste toujours. Et on discute. Je leur demandais comment elles avaient appris les gestes en théorie, pour savoir si ce que je connaissais était toujours d'actualité. L'expérience compte beaucoup face aux femmes qui expriment leur douleur. Les nouvelles infirmières sont plus impressionnables. J'ai tellement entendu les femmes dire, après avoir exprimé qu'elles avaient mal, que comme l'infirmière était sympa, cela les avait aidées, que je pouvais rester calme. Je suis étonnée par les infirmières qui veulent mettre de la crème anesthésiante pour une prise de sang : comme si la vie pouvait être sans aucune douleur, alors qu'une prise de sang peut ne pas faire très mal, avec une bonne technique. Elles sont aussi trop pressées de faire. Moi, quand je suis arrivée au centre d'IVG, j'ai observé des mois durant avant de faire moi-même. Il faut avoir de la patience pour apprendre. L'apprentissage sur le terrain, c'est capital. Mais il faut que ce soit reconnu, car cela prend du temps. ■

Entretien avec

**Josette Lanoue,**

infirmière à la retraite, qui a travaillé au Centre d'IVG de Colombes de 1979 à 2011.

Propos recueillis par

**Martine Lalande**

# Et la douleur ?

**A partir de questions qu'elle se pose dans sa pratique, une infirmière impulse une enquête, reprise collectivement par l'équipe de son service. La recherche a un sens quand elle naît de la pratique.**

Entretien avec  
**Magali Pichard**,  
infirmière au Centre  
d'IVG de Colombes.  
Propos recueillis par  
**Martine Lalonde**

Questionner la douleur dans l'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est pas simple. Dans cette activité très particulière, il est surtout question d'autonomie et de libre choix des femmes. Les situations sont rares en médecine où la patiente fait le diagnostic de son problème de santé et propose son propre traitement. Malgré la douleur possible, que les femmes appréhendent bien sûr (de plus en plus ?), ou sous-estiment parfois, surtout dans le cas de l'IVG médicamenteuse. Et l'histoire de l'IVG, pratiquée au départ dans la clandestinité et contre la médecine traditionnelle, joue un rôle. Pour faire face à la douleur, les militants avaient appris l'anesthésie

locale, qui permet aussi l'autonomie des femmes. Les premiers centres d'IVG, ouverts juste après la loi, comme celui de Colombes, se souviennent de cette histoire : d'abord le libre choix, et l'autonomie. La douleur est prise en charge grâce à l'accompagnement, la parole et l'accueil. On sait qu'elle est variable, peu prévisible, et que les médicaments sont partiellement efficaces. On essaie de l'améliorer, récemment avec le protoxyde d'azote, une anesthésie plus profonde, parfois une prémédication. Les infirmières sont au premier plan pour l'accueil, elles informent sur la technique et sur la douleur possible, elles sont là pendant l'intervention, accompagnent par leur parole. Puis la bouillotte, le cocooning dans la chambre, et les médicaments. Sans beaucoup d'illusion sur

la possibilité de supprimer totalement cette douleur. Avec quelques pistes cependant : une étude menée sur les complications (pour montrer qu'il n'y avait pas plus de complications avec l'IVG sous anesthésie locale entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée qu'avant, quand la loi de 2001 a élargi le terme autorisé) avait montré une relation entre la douleur de l'IVG et celle des règles, et le jeune âge des femmes. Cela permet d'en parler avant, en interrogeant la femme sur ses douleurs habituelles de règles, et de voir avec elle comment prévoir la douleur possible (prendre des médicaments avant, utiliser le protoxyde d'azote plus facilement...).

Les infirmières les plus anciennes du centre de Colombes sont parties à la retraite. Elles avaient la mémoire du MLAC<sup>1</sup>, la conviction que le choix des femmes passe avant tout, et que l'on fait ce que l'on

peut pour les aider, y compris pour la douleur. De plus jeunes infirmières sont venues, tout aussi persuadées de la légitimité du choix des femmes, mais avec une autre histoire. Magali est de celles-ci, elle a commencé ses études en province et a travaillé en réanimation. « Depuis que je suis infirmière, j'ai toujours été sensibilisée à la douleur. C'est en réanimation que la prise en charge de la douleur a commencé à m'intéresser, en accompagnant les gens de façon non médicamenteuse, avec beaucoup de paroles rassurantes et de façon tactile. Des personnes sorties du coma m'ont dit ensuite que je leur avais permis d'avoir des repères dans le temps, en leur donnant la main, en faisant des soins de confort, en leur parlant et en les caressant. » Ensuite, Magali a participé au CLUD<sup>2</sup>, l'équipe qui s'occupe de la douleur dans l'hôpital, ce qui lui a permis d'introduire le protoxyde d'azote en consultation de chirurgie. « J'avais découvert la magie du MeOPA<sup>3</sup> en pédiatrie. On l'utilisait aux urgences, pour les soins agressifs, et cela nous donnait un confort de travail incroyable, pour les enfants et pour nous. Aussi avec l'aide de l'association « Le rire médecin », quand les clowns étaient là, cela se passait encore mieux. »

Arrivée au Centre d'IVG, Magali se demande si l'on ne pourrait pas faire mieux contre la douleur. Elle trouve que la douleur n'est pas vraiment évaluée : « Dans le dossier, à la ligne « appréciation de la femme », on note « douleur supportable » ou « OK ». Cela n'est pas une valeur quantifiable, exacte de la douleur. Quand je suis arrivée ici, j'ai été choquée d'entendre les femmes dire « J'ai eu très mal », et je ne savais pas comment réagir à leur crainte : « Est-ce que cela va me faire mal ? ». J'ai voulu savoir si on pouvait réajuster la thérapeutique par rapport à la douleur, être systématique pour faire mieux. Il fallait évaluer cette douleur. » Elle se lance donc dans une évaluation qu'elle fabrique elle-même, sur des bouts de papier, la réglette EVA<sup>4</sup> dans la poche. Deux médecins la voient faire et lui proposent de faire une vraie enquête, à laquelle tout le monde participe. L'année précédente, une interne en stage de six mois avait fait une enquête sur la « satisfaction de la prise en charge de la douleur au cours de l'IVG ». Cette enquête montrait des très beaux scores de satisfaction et avait été présentée aux journées du CLUD et à l'association des centres d'IVG de l'assistance publique<sup>5</sup>. « C'est

« Des personnes sorties du coma m'ont dit ensuite que je leur avais permis d'avoir des repères dans le temps, en leur donnant la main, en leur parlant et en les caressant. »

§ Avortement, IVG  
§ Infirmière, infirmier  
§ Violence  
§ Recherche  
§ Douleur, traitement de la douleur



vrai, s'exclame l'une de ces deux médecins, on a évalué la satisfaction de la prise en charge de la douleur, sans vraiment quantifier cette douleur. » Elles écrivent ensemble un questionnaire, et le testent au cours de quelques interventions. Magali : « J'ai eu l'impression que cela allait déranger mes collègues, car il fallait prendre du temps pour poser ces questions et les noter. » Et cela n'a pas été si facile : « On m'a dit que cela avait déjà été fait, pourquoi je voulais mettre cela sur le tapis alors que c'était connu, cette douleur est inévitable, brève et supportable et on a déjà montré qu'elle est comparable à celle des règles. » C'était une charge de travail supplémentaire, compliquée à intégrer dans l'organisation. En effet, le questionnaire comprend plusieurs moments d'évaluation : la douleur des règles, pendant l'IVG, puis à la sortie du service, et dans les quatre jours suivants (à poser à la consultation de suite).

Néanmoins, l'enquête est proposée à l'équipe (neuf médecins à temps partiel, cinq infirmières, une agent hospitalier et la secrétaire), au cours d'une réunion de travail, et elle commence. « Le fait que cela intéresse une jeune médecin pour sa thèse a aidé à mettre en place concrètement le questionnaire, et à le faire accepter par l'équipe. Ce n'est pas totalement accepté, mais tout le monde joue le jeu. » Mieux, au cours de la discussion, le questionnaire est enrichi de nouvelles questions, afin de prendre en compte d'autres composantes utiles dans l'évaluation de la douleur : le fait pour la femme d'avoir été victime de violences, et si elle a hésité à interrompre la grossesse. « Le questionnaire est rempli au départ par l'infirmière, puis par le médecin. La question sur l'hésitation était mal remplie au début, parce que les médecins n'arrivaient pas à trouver le bon moment pour la poser. » La question sur les violences était abordée par l'infirmière mais, au bout d'un moment, elles ont demandé que ce soient les médecins qui la posent, car c'était trop déstabilisant pour leur premier entretien. « C'était beaucoup trop difficile quand justement la femme avait été victime de violences et qu'elle n'en avait jamais parlé. Quand elle répond oui et qu'elle s'effondre, on ne sait plus comment continuer et après, parfois, elle n'en parle plus au médecin. Initiale-

ment, il était prévu que ce soit demandé par le médecin, mais on pensait qu'on pouvait poser la question si on s'en sentait capable. Mais c'était comme recevoir une claque dans la figure, le nombre de femmes violentées est impressionnant, on ne s'y attendait pas. C'est violent pour nous aussi, ces histoires qu'elles nous racontent. »

L'étude est en cours, Magali a réussi à convaincre l'équipe et le jeune médecin qui en fait sa thèse est très présente dans le service pour vérifier les questionnaires et encourager à bien les remplir. Quand on lui demande ce qu'elle espère de ce travail, Magali répond : « J'espère montrer aux personnes réticentes que mon interrogation n'était pas qu'illusion. J'espère en tirer des conclusions par rapport à nos pratiques de prémédication. On sait que la douleur de l'IVG est semblable à celle des règles. Si celle-ci est à plus de 5 sur 10, on pourrait prescrire un antalgique une heure avant l'intervention, en plus de l'anesthésie locale. ». Elle poursuit : « Je n'ai jamais eu l'occasion de faire ce genre d'enquête avant. Le fait d'avoir été aidée par des médecins habitués à ce genre d'enquête permet de faire passer les choses, et de le faire en collaboration avec les médecins. C'est aussi en travaillant avec l'équipe que cela a été possible. Je n'ai pas été formée à la recherche pendant mes études. C'est sûrement un atout, mais il ne faut pas perdre l'intérêt premier du métier d'infirmière qui est pratique : le soin au patient. Il faut que ce soit complémentaire ». ■

- 
- 1. Mouvement de Libération de l'Avortement et de la Contraception, qui avait organisé la pratique clandestine des IVG avant leur légalisation en 1975.
- 2. Comité de Lutte contre la Douleur, équipe composée d'une infirmière et de représentants de tous les services, qui intervient sur la douleur dans l'hôpital.
- 3. Mélange d'oxygène et de protoxyde d'azote, utilisé en aérosols contre la douleur.
- 4. Echelle Visuelle Analogique, qui fait évaluer la douleur par le patient, qui déplace un curseur entre 0 (pas de douleur) et 10 (douleur maximale imaginable).
- 5. ACRNAP : Association des Centres de Régulation des Naissances de l'Assistance Publique de Paris.

# Préserver le sens de notre métier

**Vouloir coller aux recherches et aux référentiels en orthophonie revient à prendre la formation à l'envers, en oubliant la place de la réflexion clinique née de la relation avec le patient.**

**Arielle Ancel,** orthophoniste La réforme des études en orthophonie se nomme désormais « réingénierie du certificat de capacité d'orthophonistes ». Nous avons fait partie d'un « groupe de production » (composé de représentants des deux syndicats professionnels FNO et FOF, des étudiants (FNEO), de représentants des grandes centrales syndicales) inventoriant des activités ou des compétences dans un « référentiel » où il était bien difficile de situer des références aux mots.

Le ministère de la Santé (représenté par M<sup>me</sup> Anne Dardel) a fait appel, pour piloter les réunions, à une société externe de conseil (CG conseil) qui a posé une méthodologie de travail autour des référentiels : liste d'activités, puis de compétences. Ce cadre de travail est proposé à toutes les professions de santé dans le même cadre de la réingénierie des diplômes. Selon le cabinet conseil, le format de référentiel permet « une construction structurée, lisible et correspondant aux normes actuelles ».

Le référentiel d'activités du métier était censé « donner la définition du métier et décrire de façon ordonnée les activités professionnelles caractéristiques de l'exercice du métier, une activité se définissant comme un premier niveau de regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé ». La définition du métier n'a finalement été abordée qu'à l'issue des travaux. Il a été difficile pour la FOF de définir le métier dans ce cadre étriqué : la transmission de nos textes argumentés ne trouvait souvent pas de place dans ce découpage des activités. Certains éléments étaient réinsérés partiellement, perdant souvent de leur sens. Ce tronçonnage de notre métier en activités, ainsi qu'un vocabulaire centré sur l'entreprise, renvoient à une approche taylorienne du travail des soignants, à une forme d'industrialisation des soins et ceci est difficilement conciliable avec notre conception du langage.

L'orthophonie est une profession de soin qui a la

particularité d'agir sur et par le langage. Ayant le langage comme moyen et comme but, l'orthophoniste ne se focalise pas sur le symptôme, mais rencontre le patient, en accordant de la valeur à son discours, à son histoire et à l'élaboration de sa demande.

Le langage ne se limite pas à n'être qu'un outil de communication et d'information. C'est sa puissance d'évocation, comme passage obligé pour la structuration de l'être parlant, qui en constitue toute la dimension singulière et créative.

Le patient ne peut pas être considéré comme une somme de fonctions à normaliser. Au contraire, il est important de prendre en compte le rapport que le patient entretient avec le langage, la manière dont il en est affecté comme être parlant et qui peut se manifester par des altérations, des dysfonctionnements, des pertes, des inhibitions ; et ce, quelle que soit l'étiologie des troubles. A la lecture du référentiel « activités », quelle représentation le lecteur se fera-t-il du métier d'orthophoniste ?

**« Le patient ne peut pas être considéré comme une somme de fonctions à normaliser. »**

- L'orthophoniste s'adresse-t-il à un patient ou à ses fonctions perturbées ?
- L'orthophoniste est-il un simple exécutant de bilans chiffrés ?
- Le cœur de son activité se résume-t-il à l'administration d'exercices type, de gestes et actes techniques ?

Le référentiel de compétences, deuxième étape du travail, devait découler du référentiel « activités ». Les contraintes de construction de ce listage étaient posées par le cabinet conseil : il fallait utiliser certains verbes basés sur des « savoir-faire » et des connaissances associées.

A travers un référentiel de compétences, il semble illusoire de donner une image en rapport avec la complexité du travail sans tomber dans le listage vainement exhaustif de ce qui fait notre pratique, qui ne peut précisément pas se résumer car le langage véhicule aussi une pensée.

Comme le souligne Nico Hirtt dans son blog : Le

§ Langage  
§ Formation initiale,  
§ Formation continue  
§ Normes  
§ Recherche  
§ Orthophoniste

concept de « compétence » et les doctrines pédagogiques qui s'en revendiquent sont soumis à des feux de critique intense au sein même du monde éducatif. On lui reproche de négliger les connaissances au profit des seuls savoir-faire pratiques. Pourtant, ces formes d'enseignement continuent de fleurir de par le monde.

Au-delà des savoir-faire, qu'en est-il du rôle et de la place de l'orthophoniste ? L'orthophoniste a une place de référent, et être référent « déborde » des nécessaires compétences. Le référent est garant des structures, qui peuvent paraître figées, inertes si on s'en tient à l'aspect formel du langage : phonétique, morphosyntaxique... mais il nous semble important de défendre une autre dimension du métier : la capacité à permettre et encourager le processus créateur de la parole.

*« Etudier le langage signifie seulement interroger le langage, le laisser vivre. Le langage n'est jamais ce qui est pensé, mais ce en quoi on pense. Parler du langage ne signifie donc pas élaborer des structures explicatives ou rapporter les règles de la parole à des situations culturelles précises. Mais cela signifie donner au langage tout son pouvoir connotatif, cela signifie faire du langage une opération artistique, afin que dans cette parole puisse s'entendre, mais jamais complètement, l'appel de l'Être. »*

Umberto Eco, *La structure et l'Absence*, p. 382.

Pour l'étudiant, devenir orthophoniste ne consiste pas seulement à accumuler des savoirs, à valider des compétences. A l'heure où le référentiel de formation en orthophonie s'élabore au ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, nous veillons à ce que cette frénésie de cumul des savoirs ne bride pas le cursus de formation des futurs orthophonistes, n'enferme pas les enseignants dans des pratiques pédagogiques routinières et formatées et n'impose ainsi des procédures d'évaluation incessantes dans la préoccupation récurrente de « mobiliser des savoirs ».

C'est une vision à court terme et polarisée sur le travail. Selon Nico Hirtt, il est désormais superflu et économiquement inadmissible d'envisager l'instruction de tous les élèves dans le latin, l'histoire de la littérature, tous ces savoirs « gratuits » qui ne seraient d'aucune utilité sur le marché du travail. Dans le fil de ce raisonnement à court terme, il semble s'installer, dans le contenu de la formation en orthophonie, une volonté de coller aux recherches actuelles dans le domaine des sciences médicales (génétique, neurologie, imagerie...) au détriment des sciences humaines. Nous nous interrogeons, notamment, sur la disparition de la philosophie au profit de l'éthologie et de l'anthropologie qui, enseignées isolément risqueraient de perdre de leur sens. Ainsi, nous avons défendu une place pour la philosophie (autour de thèmes : le langage, la pensée,

la vérité ; Autrui, les différences, la norme, le handicap ; les sciences, la médecine et le soin ; la conscience, l'inconscient, le symptôme, le symbole...) au sein des connaissances fondamentales. Ces sujets de réflexion établiraient des ponts entre les différents enseignements fondamentaux et spécifiques, et amèneraient ainsi l'étudiant à réfléchir sur la représentation du métier qu'il se destine à exercer et à disposer de temps pour s'approprier des connaissances en les mettant en lien. La course à la reconnaissance du « grade master » conduit certains représentants de la profession à prendre les choses à l'envers. Il s'agirait de remplir ces cinq années sans réfléchir au préalable sur les contenus et sur leur articulation. De plus, « master » est immédiatement traduit en « master universitaire », s'éloignant ainsi du caractère professionnalisant de la formation des orthophonistes.

Or, il nous semble essentiel que soit maintenue une articulation entre connaissances fondamentales et spécifiques, que soit préservée une place privilégiée aux groupes de réflexion clinique, aux stages et aux reprises de stages au sein des instituts de formation.

Comme toute clinique, et surtout lorsqu'il s'agit de langage, la rencontre avec un patient nécessite pour le praticien (ou futur praticien) de s'appuyer de manière transversale sur l'ensemble des connaissances fondamentales qui constituent sa discipline, en étant formé à construire des liens entre ces connaissances.

Il est primordial de donner aux étudiants la possibilité de prendre la parole à propos de thèmes comme la place du patient et de l'orthophoniste, l'analyse de la demande, la finalité de la prise en charge, les critères d'engagement et d'arrêt de la prise en charge, le rapport à l'aspect « norme » de la langue, le statut de l'erreur.

On ne peut pas programmer l'émergence de ces questions. C'est dans la mesure où elles seront le fruit de leurs questionnements qu'elles permettront aux futurs professionnels de commencer à élaborer une posture professionnelle distanciée, et une articulation entre les connaissances théoriques et la rencontre avec le patient pris dans son langage singulier. ■

#### Références bibliographiques

- Blog Nico Hirtt : « Pourquoi l'école est réduite aux compétences de base ? »
- « Notre conception de l'orthophonie » site de la Fédération des Orthophonistes de France (F.O.F.).
- *Les marqueurs transversaux, repères pour la clinique orthophonique*, Claire de Firmas, 2008.
- Le diagnostic : son impact, ses effets, ses enjeux en orthophonie, Actes des journées d'étude 2010 de la Fédération des Orthophonistes de France, 2011.
- *La structure absente : introduction à la sémiotique*, Umberto Eco, 1972.

# Des professionnels qui forment des professionnels

**Ce texte présente la méthodologie du « soutien matriciel » en santé mentale en tant que stratégie de formation dans le contexte du Système Unique de Santé (SUS) au Brésil, et considère certains défis à sa pratique.**

**Cláudia Maria Filgueiras Penido,** psychologue, coordinatrice du Soutien Matriciel en Santé Mentale de Santa Luzia – MG, Brésil

Au Brésil, le Système Unique de Santé (SUS – *Sistema Único de Saúde*) fut créé par la Constitution Fédérale de 1988 pour garantir l'accès universel, intégral et gratuit à toute la population. Actuellement, la Stratégie de la Santé de la Famille (ESF – *Estratégia de Saúde da Família*) en est l'axe organisateur.

L'ESF est composée d'unités basiques de santé localisées dans des zones géographiques délimitées. Elles disposent d'équipes multi-professionnelles, responsables d'actions de promotion de la santé, de prévention, de récupération, du traitement des maladies les plus courantes et

du suivi de la santé des familles qui y sont rattachées<sup>1</sup>, et sont généralement composées d'un médecin généraliste, d'un infirmier, d'un technicien infirmier<sup>2</sup> et d'agents communautaires de santé<sup>3</sup>.

On attend de ces équipes qu'elles dispensent des soins en santé mentale, dans la mesure où cela est possible à ce niveau d'assistance. Cependant, bien des usagers sont encore inutilement redirigés vers les unités spécialisées en santé mentale. Face à cette situation, la Coordination de Santé Mentale et la Coordination de la Santé de la Famille ont rédigé ensemble<sup>4</sup> un document visant à

fournir un support technique de partage des savoirs, pour stimuler l'autonomie des équipes. Le « soutien matriciel »<sup>5</sup> peut en effet aussi intéresser des domaines comme la cardiologie ou la nutrition, par exemple.

A Santa Luzia, ville brésilienne de 230 000 habitants dans la région métropolitaine de Belo Hori-

zonte – MG, le soutien matriciel en santé mentale existe depuis 2006. Tous les quinze jours, un psychiatre et un psychologue se rendent dans les unités où travaillent les équipes de santé de la famille pour participer à des discussions, des consultations et des visites à domicile, quand les équipes sollicitent du soutien. Les professionnels de l'ESF peuvent observer un professionnel de la santé mentale au cours du premier contact avec un usager potentiellement dépressif, et peuvent apprendre, par exemple, à faire la différence entre les cas de tristesse et de dépression, ou même identifier des situations à risque en santé mentale. En même temps, l'équipe matricielle apprend elle aussi avec l'équipe de santé de la famille.

Au-delà de cette dimension pédagogique, le soutien matriciel a également une fonction d'arrière garde assistante vis-à-vis de l'ESF, dans les cas où un suivi psychologique est nécessaire : le psychologue se rend alors dans l'unité de santé à laquelle l'usager est rattaché.

Dans sa dimension pédagogique autant que d'assistance, la méthodologie matricielle vise à promouvoir le partage des responsabilités entre les équipes. Les discussions et les interventions conjointes ne se restreignent pas aux cas de troubles mentaux, mais s'étendent à tous les aspects psychosociaux qui posent problème, comme dans les situations de faible adhésion au traitement. La pratique du soutien matriciel conserve par ailleurs son indépendance vis-à-vis d'institutions traditionnelles de formation, comme l'université : sa méthodologie s'affilie à une stratégie politico-pédagogique, que nous appelons Education Permanente en Santé (EPS – *Educação Permanente em Saúde*).

Dans le cadre de l'expérience de Santa Luzia, les échanges stimulent des pratiques cliniques plus

« Dans sa dimension pédagogique autant que d'assistance, la méthodologie matricielle vise à promouvoir le partage des responsabilités. »

§Collectif  
§Formation initiale,  
Formation continue  
§Psychiatrie, santé mentale,  
psychiatrie de secteur  
§Professionnels de santé

étendues et sensibles aux nécessités complexes des usagers. Dans une recherche en partenariat avec l'Université de Columbia (New-York, Etats-Unis) en 2008, réalisée avec soixante-six professionnels de la santé de la famille qui faisaient partie de la stratégie du soutien matriciel en santé mentale à Santa Luzia, soixante-cinq de ces professionnels (98,5 %) pensaient que ce qu'ils avaient appris au cours des rencontres matricielles avec les psychiatres et les psychologues avait été utile pour le traitement d'autres usagers dont les cas n'avaient pas été discutés entre équipes, ce qui renforce l'idée d'un effet multiplicateur de la stratégie.

Plusieurs défis demeurent cependant. Par exemple, la difficulté à maintenir une logique de coresponsabilisation et de partage de la clinique, à l'encontre de la logique dominante de redirection de l'utilisateur vers les spécialistes. Il est parfois très difficile de faire admettre que l'équipe matricielle ne prétende pas faire de la clinique à la place des professionnels de santé de la famille, mais bien faire de la clinique avec eux.

L'équipe matricielle semble parfois à l'équipe de santé de la famille non « résolutive », comme nous l'a dit un infirmier. Mais être résolutif, dans le cadre de l'EPS, c'est avant tout être capable de générer de l'autonomie pour les impliqués. Si cette nouvelle forme d'organisation de l'assistance suppose donc un travail supplémentaire pour les équipes de santé de la famille, la capacité de résolution est cependant potentialisée grâce au regard périodique de spécialistes. Comme au Brésil l'ESF est l'axe organisateur du soin en santé, tout usager, même s'il est traité dans d'autres services, reste sous la responsabilité de l'équipe de santé de la famille à laquelle il est rattaché. Et si les ser-

vices spécialisés et hôpitaux sont bien actionnés si nécessaire, il s'agit de rationaliser leur accès, pour que ceux qui ont vraiment besoin d'eux puissent être bien assistés.

Pour conclure, la méthodologie du soutien matriciel oppose une sorte de résistance au paradigme biomédical, qui réduit la complexité de soigner en santé. C'est ainsi qu'à Santa Luzia, nous continuons de maintenir des échanges autour de problèmes concrets d'accompagnement des usagers, et sur le processus de production de la santé dans l'ESF. Une option politico-pédagogique soutenue par une utopie active qui met en mouvement un collectif formateur. ■

- 1. [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)
- 2. Professionnels de niveau moyen qui composent l'équipe d'infirmier et sont sous la supervision d'un infirmier qui dispose d'un diplôme de niveau supérieur.
- 3. Professionnel de niveau fondamental dont la supervision est à la charge de l'infirmier de l'équipe. Il s'agit d'habitants de la zone dans laquelle ils opèrent, et leur proximité avec la population cible facilite la réunion d'informations sur la communauté, ainsi que le rapprochement entre les savoirs scientifique et populaire en santé.
- 4. Brésil, Ministère de la Santé. Coordination de Santé Mentale/Coordination de Gestion des Soins de Santé Primaires, *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*, 2003.
- 5. Le terme « matriciel », entre autres sens, fait allusion à l'origine latine de matrice, lieu où se génèrent et se créent les choses, et le terme « soutien » indique la manière dont se produisent ces choses, c'est-à-dire dans des relations horizontales et non autoritaires. (Campos, G. W. de S. ; Domitti, A. C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n° 2, p. 399-407, février 2007).

*Vous pouvez retrouver la version longue de cet article sur le site de pratiques.*



# Le palmier hawaïen

**Les formateurs sont invités à interroger leur responsabilité dans l'incapacité de la profession à définir elle-même le contenu de la formation et à observer avec prudence les conséquences attribuées à cette réforme.**

**Frédéric Launay**, enseignant en Institut de Formation en Soins Infirmiers  
Celle réforme est mal partie, c'est vrai. Elle met en difficulté les étudiants, les formateurs et les tuteurs, sans doute. Elle a été décidée trop vite et personne n'a eu le temps de se préparer... c'est ce qu'on dit. C'est une réforme où les universitaires ont la part belle... pas si sûr. C'est une réforme dont les infirmières n'ont pas besoin... peut-être. C'est une réforme qui sert les intérêts d'une politique de santé contestable... c'est probable.

Mais alors que les discours convergent pour dénoncer cette réforme et les conditions de sa mise en œuvre, je trouve un peu suspecte cette belle unanimité. Les apparences sont souvent trompeuses et je crains que la fumée de l'incendie ne masque l'emplacement véritable des différents foyers qui alimentent les braises de la contestation. Il en est un qui mérite qu'on s'y arrête un instant.

Je me suis souvent interrogé à propos des réactions souvent vives, et quelquefois violentes, de mes collègues formateurs/trices à l'égard des universitaires « méprisants » et « ignorants » de notre « spécificité » infirmière, de certains étudiants « contestataires » ou « inadaptés », du contenu de ce nouveau programme « trop théorique » et éloigné de « notre réalité professionnelle », et quelquefois même contre certaines initiatives « intempestives » des infirmierEs de soins.

Que se cache-t-il derrière cette apparente volonté de préserver ce fameux « cœur de métier », de défendre les « fondamentaux » de notre profession, de protéger le « modèle authentique » de l'infirmière et d'enseigner « les soins infirmiers » dont nous serions les fins connaisseurs ? En quoi les formateurs d'aujourd'hui sont-ils les dignes successeurs de nos illustres et glorieux ancêtres, et les dépositaires d'une précieuse culture qu'il s'agirait de sauver ?

Je me demande si l'on n'assiste pas à une tentative de sauvetage du palmier hawaïen après avoir nous-mêmes répandu l'insecticide qui a supprimé le papillon (de nuit) qui assurait seul sa pollinisation. On veut réduire l'influence du modèle biomédical dominant ? Soit. Mais avons-nous sérieusement mesuré son importance dans la formation

que l'on délivrait jusqu'alors ? On ne veut pas de l'université ? Soit. Mais quel autre modèle avons-nous sérieusement imaginé qui nous permette de développer des relations internationales et de mener des recherches ? On récuse le modèle anglo-saxon ou nord-américain, on se moque du système suisse, on méconnaît celui des belges ? Soit. Mais quel modèle alternatif original crédible proposons-nous ? N'avons-nous pas asséché notre réflexion à trop vouloir défendre notre village gau-lois, notre identité régionale, notre IFSI local ? Que reste-t-il finalement de notre discours sur le « soin » et de notre « spécificité » ? A trop vouloir supprimer les moustiques, on voit disparaître les plantes et il serait temps de s'interroger sur les effets contre-intuitifs des solutions radicales proposées pour tenir à distance le spectre du pouvoir médical hégémonique, le fantôme de l'ogre universitaire ou je ne sais quel autre prédateur tapi dans l'ombre.

Mais regardons de plus près. Avons-nous été surpris par cette réforme ? Non, bien sûr. Nous avons parfaitement connaissance des travaux préparatoires et des modalités de cette réforme qui se préparait, et nous avons le temps d'antici-

**« Quel modèle alternatif original crédible proposons-nous ? »**

per les partenariats universitaires (pour les IFSI géographiquement bien situés, il est vrai). Mais quels sont les formateurs qui ont pris contact avec les UFR (unités de formation et de recherche) suffisamment tôt pour initier des coopérations ? Avons-nous initié ce rapprochement que l'on savait imminent ? Avons-nous réfléchi quand il le fallait aux partenariats les plus pertinents et avons-nous osé la rencontre ? Pas sûr...

Les étudiants sont-ils contestataires ? Non, bien sûr, pas plus qu'ailleurs et même plutôt moins... Les revendications sont curieusement les mêmes depuis des années et les préoccupations se sont simplement déplacées des MSP (mises en situation professionnelle) vers l'obtention des compétences, sans que l'angoisse de l'échec n'ait changé de nature. De quoi se plaignent-ils ? Du manque de disponibilité des infirmières de soins débordées par des tâches administratives, en sous-effectif chronique, contraintes dans leur activité par le rythme des DMS (durées

§ Infirmière, infirmier  
§ Réforme  
§ Université  
§ Formateurs

moyennes de séjour) qui se raccourcissent et des taux de remplissage qui augmentent. Pas plus aujourd'hui qu'hier les étudiants n'arrivent à la fin de leurs études en ayant suffisamment pratiqué et le regrettent eux-mêmes. Voilà longtemps que l'organisation des soins a changé – bien avant cette réforme – et nous le savons tous. En revanche, depuis plusieurs années, on accueille des étudiants déjà diplômés, quelquefois titulaires de diplômes universitaires de deuxième ou troisième cycle, déjà familiarisés avec le monde du travail, au parcours professionnel déjà riche. On prône l'autonomie et l'on clame haut et fort que chacun est responsable de son parcours d'apprentissage, on encourage la posture réflexive et l'esprit critique. Est-ce étonnant, alors, que certains étudiants s'interrogent, proposent et expriment leur avis ? Comment les accueille-t-on ? Avons-nous également osé cette rencontre ? Pas sûr...

Le contenu de ce programme est-il trop théorique ? Non, bien sûr, pas plus qu'avant et même plutôt moins<sup>1</sup>... En revanche, une partie de cet enseignement est désormais confiée aux universitaires – qui intervenaient d'ailleurs de temps en temps avant la réforme – et qui portent maintenant la responsabilité pédagogique de plusieurs unités d'enseignements et de la validation des connaissances. Avons-nous réactualisé suffisamment les nôtres ? Que savons-nous de la paternité de Malinowski<sup>2</sup> sur les quatorze besoins de Virginia Henderson que l'on présente toujours, dans notre culture professionnelle, comme une figure emblématique d'une pureté virginale ? Que savons-nous de nos consœurs belges, suisses ou canadiennes ? Avons-nous attaché l'importance qu'il fallait à la compréhension des mécanismes de pharmacocinétique, de pharmacodynamie et aux interactions médicamenteuses, alors qu'on injecte quotidiennement des produits dans les veines des patients et que la responsabilité des infirmières est rappelée sans cesse ? Avons-nous discuté, au cas par cas, le contenu du programme avec ceux qui sont désormais chargés de délivrer les enseignements ? Avons-nous osé, là encore, cette rencontre ? Pas sûr...

Nous avons bien des raisons de critiquer cette réforme, bien des raisons de nous plaindre de sa mise en œuvre, du manque de moyens pédagogiques, de

l'arrogance de certains universitaires. Nous avons également de bonnes raisons de craindre la disparition de cette infirmière d'antan, proche du malade, attentive et centrée sur les besoins du patient. Mais il ne faudrait pas confondre ce que cette réforme révèle des dysfonctionnements chroniques de nos instituts de formations, de nos propres insuffisances et négligences passées, du contexte général de mutation forcée de notre système de santé, de notre coupable indifférence ou de notre splendide isolement, avec les effets réels ou redoutés de cette réforme que nous avons la responsabilité de conduire.

Lorsque j'entends que l'on dénonce massivement certains rapports<sup>3</sup> et que l'on se réjouit du mécontentement des étudiants – que l'on entretient parfois, non sans arrières-pensées – je ne

peux m'empêcher de craindre un repli identitaire conservateur (au mieux) ou réactionnaire (au pire) qui serait fatal à une ouverture dont nous avons pourtant bien besoin.

S'il y a un seul effet bénéfique de cette réforme, c'est de nous avoir contraints à réfléchir en profondeur. Après tout, quel que fut le contenu de cette réforme, je crois que nous aurions assisté aux mêmes désapprobations, aux mêmes craintes, aux mêmes critiques. Il fallait une réforme, n'importe laquelle. Nous sommes servis ! Mais sommes-nous asservis pour autant ? Ne participe-t-on pas à notre propre enfermement et ne construisons-nous pas les conditions de notre propre servitude ?

Osons les rencontres et retrouvons notre papillon de nuit. On, pourra alors, réimplanter le palmier Hawaïen. ■



1. Si l'on s'en tient aux textes officiels de l'« ancien » et du « nouveau » programme, le volume horaire théorique représente 46,2 % dans le nouveau programme alors qu'il en représentait 48,5 % dans l'ancien, et il a même diminué en volume brut de 19,6 % !
2. N. Vornax, De Bronislaw Malinowski à Virginia Henderson : révélation sur l'origine anthropologique d'un modèle de soins infirmiers, *Aporia : The Nursing Journal*, ISSN 1918-1345, Volume: 2; Issue: 4; pp.19-28; 2010.
3. Voir M. Yahiel, C. Mounier, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, Rapport de l'IGAS RM2010-155P, Novembre 2010.

# L'envers des décors

**Ou comment au hasard des tribulations d'un mandat syndical, j'ai pu entendre énoncer des éléments de l'envers du décor de la mise en place du LMD infirmier, en explorant celui de la filière socio-éducative.**

**Jean Vignes, Où il est raconté comment d'une sieste réparatrice peut jaillir la lumière**

infirmier de secteur psychiatrique, espèce en voie d'extinction. Secrétaire fédéral Sud Santé Sociaux, espèce de poil à gratter des politiques sanitaires et sociales (sud-sante.org) Secrétaire adjoint Soins Etudes et recherche en PSYchiatry, SERPSY, espèce de spéléologue grégaire et introspectif des boyaux de la tête. (www.serpsy.org)

16 juin vers 17 heures, c'est un peu somnolent que j'écoute le ronron de la discussion. C'est ma deuxième manif en deux jours et l'ambiance feutrée de cette pièce aveugle, en sous-sol du ministère de l'Enseignement, flatte mon désir de sieste. Nous, les huit représentant-e-s des principaux syndicats, sommes reçus à l'issue de la mobilisation pour discuter de la reconnaissance des formations « diplômantes » des travailleurs sociaux éducatifs. Les représentants du ministère qui nous reçoivent, une jeune femme responsable de « l'architecture » des filières entre bac et licence (je découvre cette appellation), et un monsieur plus vénérable chargé de ce dossier, vers le haut de l'organigramme de son ministère. Bref du technolinge administratif, estampillé enseignement sup, et là malgré eux.

Mon attention plus que flottante s'ébroue à une phrase de notre interlocuteur qui s'est lancé dans une comparaison entre les formations TSE et infirmières.

« Du techno linge administratif, estampillé enseignement sup, et là malgré eux. »

Je laisse tourner un moment ses propos en écho dans mes pensées, et sortant de ma torpeur, je demande la parole. « J'ai suivi le dossier d'universitarisation (dit LMD <sup>2</sup>) des études infirmières. Vous venez de dire que vous avez dû en modifier le contenu initial en augmentant le contenu scientifique. Dans le nouveau programme, le nombre d'heures dévolues à l'enseignement théorique, et aux TD, est en diminution par rapport à l'ancien diplôme d'Etat.

Les deux ministères (Enseignement et Santé) ont dû bricoler en rajoutant une heure quotidienne de « travail personnel » pour que le volume d'heure total pris en compte pour cette formation soit suffisant pour une reconnaissance en 180 ECTS <sup>3</sup>. Voulez-vous dire par là que la part dévolue à l'enseignement de la profession proprement dite a diminué au profit d'un enseignement scientifique qui n'a pas de rapport direct avec l'exercice des soins infirmiers ? »

Après un moment de flottement, le représentant du MESR (ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) convient effectivement que

l'objectif du MESR était de revoir le contenu des études pour faire de la formation infirmière une « vraie » licence universitaire, compatible avec la poursuite de ces études vers un master.

Un peu plus avant dans la discussion, il complètera, pour illustrer son propos sur les différences entre le choix LMD infirmier et celui d'un diplôme d'Etat en institut professionnel, en reconnaissant que de fait, le LMD infirmier ne forme pas des professionnels directement en capacité d'exercer à l'issue du diplôme, mais répond aux besoins de l'architecture nécessaire à la construction d'un master (de biologie). Il précise que c'était même un double problème pour les syndicats puisque l'universitarisation allait aussi rendre plus compliquée la promotion professionnelle. Je ne lui en demandais pas tant, mais il me l'a servi sur un plateau.

Comme quoi, d'être infirmier et de se retrouver dans une délégation de travailleurs sociaux, ça permet d'entendre des sons de cloches un peu différents de ceux qui résonnent au ministère de la Santé.

## Quelques lueurs préalables

Le 8 juin, une semaine avant la manif, la responsable des formations au ministère de la Cohésion sociale avait déclaré devant cette même délégation syndicale que, contrairement aux études infirmières, la formation des TSE resterait un diplôme d'Etat, préparé en institut de formation. Elle argumentait de l'expérience du LMD infirmier qui « posait des problèmes » et qu'il n'était pas question de prendre le même chemin avec les TSE. Elle insistait sur le fait que les accords de Bologne reconnaissant les filières de formation professionnelle, cela ne posait aucun problème de maintenir des études professionnelles à visée de diplôme d'Etat.

## Une réalité plutôt sombre

Nous savons aujourd'hui que la plupart des IFSI (Instituts de formation en soins infirmiers) bricolent pour que leurs « étudiants » ne soient pas victimes de notes éliminatoires, du fait des incohérences entre IFSI et université. Les contraintes de la formation infirmière, avec ses stages obligatoires, s'articulent mal avec la disponibilité des enseignants universitaires, et nombre de cours

§ Formation initiale,  
§ Formation continue  
§ Réforme  
§ Université  
§ Professionnalisation

sont délivrés via visioconférence et autres clefs USB, et encore, quand les enseignants l'acceptent. Sinon, soit les étudiants interrompent leurs stages, soient ils loupent leurs cours. Et que dire des cours dont le contenu ne correspond ni à la commande, ni au sujet d'examen qui va en traiter. Certes, les « étudiants » en soins infirmiers disposeront de six ans, dans le nouveau cursus, pour valider leurs 180 ECTS, mais cela veut dire, qu'au mieux, il y aura un « trou » de trois ans pour attendre la fournée de futurs diplômés et qu'à l'issue de ce diplôme, nous aurons des impétrants inaptes à l'exercice immédiat de la profession.

Je pourrais en dire plus, que ces fameux crédits ECTS que beaucoup imaginent être un passeport pour la catégorie « a » dans la fonction publique ou « encadrement » dans le privé, à l'instar du fameux « bac plus trois », n'est qu'un langage. Un langage entre universitaires pour évaluer les cursus individuels, rien à voir avec une quelconque reconnaissance salariale de quelque patron que ce soit, privé ou public. Que l'universitarisation infirmière a été un double leurre pour faire renoncer les infirmières du public à leur retraite à 55 ans et ouvrir à une future privatisation des études.

### Un avenir qui n'a rien de radieux

Pour en revenir à notre sujet, d'un côté le ministère de la Cohésion sociale nous dit vouloir garder l'enseignement professionnel avec quelques réformes (vigilance), mais renoncer à l'universitarisation, pourtant, la ministre actuelle est la même que celle en poste il y a peu au ministère de la Santé, qui a soumis les futures infirmières à l'université. D'un autre côté, le MÉSRS nous dit former des étudiants, pas des professionnels.

Pour être complet, il faut remonter encore quelques semaines auparavant, le 12 mai, pour entendre dans le cadre du suivi de la mise en place du LMD infirmier M. Le Moigne (sous-directeur des ressources humaines du système de santé) déclarer que malgré des débuts catastrophiques (!), côté LMD infirmier, les choses s'amélioraient sensiblement ! A noter qu'à la question posée sur la génération d'étudiants « sacrifiés », il sera répondu « On s'en occupe ».

Je ne sais pas s'il faut se réjouir de ces différents propos. Ou plutôt je sais que non, car s'ils confirment toutes les critiques formulées en préalable sur l'universitarisation à marche forcée des études infirmières, il laisse présager une catastrophe prévisible en matière de démographie soignante, qualitativement et quantitativement.

« C'est la qualité de l'offre de soins publique à la population qui va encore s'en trouver pénalisée. »

Mise en perspective de la loi Hôpital Patient Santé Territoire et son cortège de « coopération entre professionnels », de « développement professionnel continu », d'« ordres professionnels », de « nouvelle gouvernance », c'est la qualité de l'offre de soins publique à la population qui va encore s'en trouver pénalisée.

Mais il faudrait un dossier complet pour en décrire les mécanismes. Ce qui précède n'en est qu'un des éléments, l'objectif de nos gouvernants étant de privatiser tout ce qui est rentabilisable dans le système de santé, y compris la formation, d'appauvrir tout ce qui relève du financement public. A terme, il en sera fini avec un système de santé, reconnu par l'OMS, il y a un peu plus d'une décennie, comme le plus performant au monde où « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses

besoins » (principe de la Protection Sociale) pour un autre, où selon que l'on soit « riche ou misérable », le sort de chacun face à la souffrance, la maladie et la mort sera tributaire de la richesse individuelle. La carte bleue aura remplacé la carte Vitale.

### Loin des feux de la rampe

Dans les cintres du théâtre de la formation, l'emilage de briques de compétences aura remplacé l'intelligence de la construction d'un savoir, les habilitations pour missions spécifiques auront remplacé les champs de compétence. Il n'y a pas eu d'âge d'or des formations paramédicales et sociales, mais il y a eu une époque où ces formations étaient en perpétuelle remise en question à partir des besoins et des pratiques, et évoluaient du fait de cette dynamique. Demain, elles seront pensées de l'extérieur par des experts en ingénierie des métiers sans liens avec le terrain.

Partialement, je considère que c'est une régression sociale et une « perte de chance » face à la maladie pour les personnes qui vivent cette société. ■

■  
Toute ressemblance avec des situations existantes ou ayant existées est délibérément volontaire.

1. TSE, les travailleurs sociaux éducatifs regroupent les assistantes sociales, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, conseillers en économie sociale et familiale. Mais aussi moniteurs éducateurs, aide médico-psychologique...
2. Licence Master Doctorat
3. Crédits européens transférables et capitalisables. Unité de valeurs de formation qui servent à évaluer les acquis de formation d'une université à l'autre.

# Un métier d'avenir ?

**L'université n'est pas la solution au problème des infirmières, elle peut être une ressource, mais ne doit pas être une condition.**

**Anne Perraut Soliveres,**

cadre supérieur infirmier à la retraite, praticien-chercheur

§ Infirmière, infirmier  
§ Université  
§ Praticien-chercheur  
§ Reconnaissance

J'étais à peine titulaire du diplôme d'Etat d'infirmière quand ma première affectation me mit brutalement face à l'étendue de mes insuffisances. Officiellement responsable de la vie de plusieurs patients (en réanimation chirurgicale thoracique, la nuit), je ne me sentais pas franchement rassurée. J'avais tout juste 19 ans et un peu l'impression d'être lâchée en milieu hostile, avec ma seule naïveté comme arme fatale... Je ne savais pas clairement ce que je cherchais, mais je ne le trouvais pas plus auprès de mes collègues qu'avec les médecins à l'hôpital. J'avais été gavée de savoirs médicaux et pratiques et j'étais dotée d'une certaine habileté manuelle (ah ! faire un tampon de compresse avec deux pinces à griffes pour nettoyer les plaies, dans une ère pas si lointaine où les gants stériles étaient réservés aux chirurgiens...), pourtant je me sentais totalement démunie pour aider les patients dans les épreuves qu'ils traversaient. En effet, rien ni personne ne m'avait appris comment me tirer des « mauvais pas » que doivent affronter quotidiennement les infirmières, l'infinie variété des situations délicates, gênantes, rebutantes, angoissantes ou même parfois carrément révoltantes qui constituent le cœur de ce métier, vraiment pas comme les autres. Car, ce qui en fait sans doute l'un des plus difficiles, à apprendre comme à exercer, en fait aussi sa grandeur, quand on a la chance de le pratiquer assez longtemps pour en mesurer les bénéfices... Mais quel chemin semé d'embûches pour y arriver...

## Identité professionnelle ?

Combien de fois les infirmières ont-elles entendu le sempiternel « hommage » : « Vous faites un métier formidable, moi, je ne pourrais pas le faire » aussitôt temporisé par « Vous, vous avez l'habitude... ». Je me retenais toujours de rétorquer : « Moi non plus, je ne pourrais pas le faire si je ne me donnais pas toutes les bonnes raisons de dépasser ma propre "nature" pas très portée sur les humeurs des autres... et je ne me suis jamais habituée ». Quelle infirmière n'a jamais eu envie de fuir ? Car c'est là que réside la difficulté majeure pour tout soignant : il lui faut se dépasser, à chaque instant, pour affronter non seule-

ment les débâcles corporelles des autres, leurs odeurs, les dégâts physiques et psychiques provoqués par la maladie, les comportements qui vont à l'encontre de ses propres valeurs, mais aussi leurs souffrances, leurs chagrins dans l'infinie variété de leur expression singulière et même, bien trop souvent, leur mort. S'appuyer sur les savoirs théoriques est parfois d'un bien piètre secours quand la situation clinique échappe totalement aux cas d'école et ce ne sont ni les protocoles ni les procédures qui vont y changer quelque chose. A ces épreuves s'ajoute le sentiment d'impuissance quand la médecine n'arrive pas à contrecarrer ce que la nature produit de plus injuste.

Il faut alors faire appel à une haute idée de l'autre pour ne pas lui tourner le dos lorsqu'il baigne dans ses excréments, pour lui laver les fesses sans rien manifester qui puisse l'humilier, pour le traiter avec toute la délicatesse dont nous aimerions nous-mêmes bénéficier dans la même situation. Là, ce n'est pas la théorie philosophique qui prévaut, c'est le bricolage éthique en situation, c'est la valeur que le soignant attribue à celui qui dépend

« Quelle infirmière n'a jamais eu envie de fuir ? »

momentanément de ses soins et qui le fait grandir lui-même, le dépassement de ses propres limites qui constitue le plus sûrement son identité de soignant, qui participe de la construction de son « estime de soi ». Mais combien de rendez-vous ratés, faute d'un soutien au bon moment, faute de cet engagement qui peut faire peur, faute, surtout, d'un intérêt porté par l'institution à cette dimension ?

## La reconnaissance ?

C'est le courage qu'il leur faut mobiliser quotidiennement que les infirmières voudraient voir reconnu, par la compréhension de leur entourage, par l'estime de leur hiérarchie pour leur compétence et leur engagement. Elles réclament des conditions d'exercice qui n'aillent pas à l'encontre de leur mission, une organisation du travail qui respecte leur besoin de repos et tienne compte de leurs fortes contraintes et un statut à la hauteur de ce qu'elles donnent. Elles mériteraient un salaire qui leur permette de vivre sereinement afin de récupérer les ressources indispensables pour continuer... Autant dire que ce n'est pas ce qui se profile à l'ho-



rizon de la réforme qui, alors que leur charge de travail est déjà trop lourde, accentue leur responsabilité auprès des étudiants sans leur donner les moyens ni la formation qui leur permettent de mener cette tâche à bien. Il aurait sans doute été trop coûteux, trop risqué, de reconnaître à ce métier la noblesse qu'il mérite, en développant des savoirs respectueux de la diversité des pratiques, de la liberté créative sans laquelle la vie est insupportable, en particulier en ces lieux mortifères. En leur faisant miroiter un petit espoir de reconnaissance, non garanti, le ministère et ses « collaborateurs » soignants vont les obliger à changer de métier, à devenir les organisateurs du parcours de combattants que devient la maladie, à gérer l'inacceptable, après leur avoir imposé un ordre infirmier dont elles ne voulaient pas.

### Quels savoirs pour soigner ?

L'étudiant a besoin de se familiariser avec l'univers du soin, de comprendre les enjeux que mobilise la fonction soignante. Il a besoin pour cela d'une aide compétente et disponible « au lit du malade », d'un compagnonnage éclairé par des soignants à l'écoute et rôdés à l'enseignement et à la reconnaissance de la complexité. Il doit apprendre d'emblée à regarder et entendre les multiples interactions tout en gardant au patient son statut de personne, mission presque impossible en l'état des lieux. Le patient pourrait devenir un des personnages clé de l'apprentissage, mais il est le seul dont on ne tient jamais aucun compte dans les réformes qui affectent le monde du soin, tant il est clair qu'il est l'objet d'une médecine qui répare plutôt qu'elle ne soigne.

Il a également besoin d'un collectif de pairs qui le soutienne pour qu'il apprenne à prendre sur lui, pour ne pas céder à la panique, pour construire jour après jour cette force intérieure indispensable pour devenir un vrai soignant qui puisse se projeter, sans s'épuiser prématurément, puis pour pouvoir lui-même passer le flambeau...

Ce n'est certes pas l'université qui peut assurer l'enseignement de la clinique, mais il me semble tout à fait illusoire de croire que les professionnels de terrain puissent eux-mêmes assurer harmonieusement cet accompagnement, sans formation et sans la moindre expérience de la réflexivité, sans compter les rythmes de travail auxquels ils sont soumis.

### L'université

Ma réticence à une formation universitaire initiale tient autant à ma longue expérience de la pratique (quarante ans de « bons et loyaux services » à l'hôpital, d'abord comme infirmière, puis comme cadre supérieur infirmière, responsable d'une grosse équipe de nuit) et à presque autant de fré-

quentation de l'université, d'abord comme étudiante, puis comme praticien-chercheuse sans statut. En effet, j'intégrai, dès son ouverture, l'université de Vincennes qui accueillait les non bacheliers, organisant des cours le soir pour « les travailleurs ». Ce fut un cheminement de longue haleine (qui croisa quelques réformes...), sans autre désir que trouver les moyens de mieux me débrouiller avec mon métier. Fréquenter ce « bouillon de cultures » de multiples profils autres que soignants fut probablement la meilleure expérience que j'aie pu faire, bien que ne répondant jamais directement à ma quête de solutions. Aucune des disciplines ne me tentait particulièrement (j'ai surtout fréquenté les sciences humaines et l'art), mais toutes m'ont aidée à relativiser les difficultés à me faire entendre sur mon terrain.

Cette aventure dura dix ans, au cours desquels j'eus le sentiment de mener deux vies parallèles, ne sachant pas à quoi me serviraient ces unités de valeur que je collectionnais au gré des semestres accomplis et des travaux d'écriture pour les valider. C'est après ma formation à l'école des cadres de Reims que je compris que le fil rouge qui me guidait dans les méandres de la connaissance tenait à ma volonté de mettre en travail et en perspective mon savoir issu de l'expérience et au désir d'imposer à l'université cette quête de conceptualisation et de légitimation. Ce fut un succès, puisque j'obtins le Prix le Monde de la recherche pour ma thèse, consécration de mon insistance à pousser une porte à peine entr'ouverte.

### Praticien-chercheur, une posture idéale

Si je pense que la profession commet une erreur « de casting » en imposant une formation universitaire d'emblée, c'est que je n'ai que trop observé la facilité avec laquelle certains privilégient l'abstraction à l'affrontement des difficultés du terrain. Ceux-là (dont j'aurais pu être) vont trouver leur bonheur à l'université. La masse des autres soignants, ceux qui éprouvent peu d'appétence pour la conceptualisation, mais qui mettent leur intelligence au service de la pratique, risquent d'être rebutés, voire refoulés par la sélection sur des matières scolaires. Il existe pourtant une troisième voie qui pourrait satisfaire les uns et les autres, celle d'une formation universitaire continue, diplômante et professionnalisante (et surtout suivie de créations de postes) dans laquelle des praticiens expérimentés pourraient travailler à cet entre-deux, ce mariage fécond de la pratique et de la théorie, construisant des passerelles entre les soignants et la recherche. ■

« Fréquenter ce "bouillon de cultures" de multiples profils autres que soignants fut probablement la meilleure expérience que j'aie pu faire. »





# maGd zine

# Dépendance, un débat mal posé

■ Marie Kayser, médecin généraliste

**Une réforme nécessaire, des rapports qui se suivent, une indispensable appropriation du débat par les citoyens avant le vote d'une loi qui, dans la suite de celle sur les retraites, mettrait encore un peu plus en pièces la prise en charge solidaire.**

La réforme du financement de la dépendance des personnes âgées était présentée par le président de la République comme un des grands dossiers de ce quinquennat.

Depuis un an, de nombreux rapports ont été remis au gouvernement, rapport Rosso-Debord de l'Assemblée nationale<sup>1</sup>, rapport Vasselle du Sénat<sup>2</sup> et tout récemment les quatre rapports des groupes de travail mis en place par le gouvernement sur la dépendance<sup>3</sup> dont le rapport Fragonard « Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées ».

Au fil de ces rapports et des déclarations gouvernementales, l'orientation politique de cette « réforme » est restée identique, même si son ampleur à court terme et les mesures envisagées ont changé à l'approche des élections présidentielles. Le gouvernement devrait rendre des arbitrages définitifs pendant l'été et les dispositions législatives seront votées à l'automne 2011 dans le cadre du Projet de Loi de Financement de Sécurité Sociale.

L'Assemblée des Départements de France (ADF) a pour sa part présenté « 55 propositions pour relever le défi de la perte d'autonomie »<sup>4</sup>.

De leur côté, des citoyens, des soignants et des associations se sont mobilisés et font des propositions pour une véritable réforme qui permette la préservation de l'autonomie de tous les citoyens, quel que soit leur âge dans un cadre solidaire.

## Des termes significatifs

### « Cinquième risque »

Terme employé par le gouvernement depuis des années ; il fait référence aux quatre branches de la Sécurité sociale existantes (maladie, accidents de travail-maladies professionnelles, famille, retraite), mais s'en démarque d'emblée par le mot « risque ». Pour évaluer ce 5<sup>e</sup> risque, les projections officielles englobent tout ce qui concerne la prise en charge de la personne âgée, y compris des soins actuellement financés par l'Assurance maladie. Cette mise à part n'est pas innocente, car en séparant ainsi la prise en charge d'une partie de la population, on découpe une tranche de l'Assurance maladie solidaire et prépare ainsi son transfert aux assurances privées.

Le « cinquième risque » est très présent dans le rapport Rosso-Debord.

### « Dépendance »<sup>5</sup>

Ce terme n'a été utilisé à propos des personnes âgées qu'à partir de 1973 ; il est employé dans les rapports pour parler de la « dépendance incapacitaire » qui fait référence à un état déficitaire individuel et biologique. Un autre sens de « dépendance » aurait pu être considéré : c'est celui qui renvoie au lien social, selon la définition du sociologue Albert Memmi, dépendance que chacun de nous a, toute sa vie durant, avec les autres et qui peut prendre des formes différentes.

En se centrant sur la « dépendance incapacitaire » de la personne âgée, le gouvernement isole une partie de la population, qui devient ainsi un « poids pour la solidarité nationale », nécessite « un effort public important »<sup>1</sup>. Il nous prépare ainsi à l'intervention d'opérateurs privés dans le cadre d'une gestion intégrale (rapport Rosso-Debord), ou en complément du système actuel dans lequel « le socle d'aides publiques » n'augmenterait pas (rapport Fragonard). Le débat se centre alors sur les prévisions du « poids de la charge » à venir du vieillissement, sur le niveau de recours aux opérateurs privés (assurances, mutuelles..) et sur la répartition de la charge entre les différents acteurs publics (Etats, Assurance maladie, départements).

A l'inverse, se centrer sur la « dépendance-lien social », quel que soit l'âge, aurait amené à s'intéresser à toute la population, aux différents aspects de cette dépendance, à ce qui peut causer déficiences, aux inégalités sociales face aux déficiences<sup>6</sup>, à la façon dont celles-ci doivent être non seulement compensées, mais aussi prévenues tout au long de la vie. Cette conception ramène dans le cadre de la prise en charge solidaire, conforme au préambule de la constitution de 1946 et aux ordonnances de 1945 instituant l'organisation de la Sécurité sociale. C'est celle que cherchent à faire prévaloir dans le débat certaines associations de retraités et de personnes âgées<sup>7</sup>, de personnes handicapées et tous ceux qui luttent pour un service public solidaire. Ils posent le débat en termes de politique de prévention et de compensation de la perte d'autonomie quel que soit l'âge. Cependant, le terme d'autonomie prête lui aussi à interrogation<sup>5</sup> si on considère son sens étymologique « la loi qu'on se donne à soi-même », la possibilité de décider de sa vie, droit fondamental qui ne peut être compensé mais doit être avant tout préservé.

## Des calculs qui ne sont pas neutres

### La situation actuelle <sup>3</sup>

Il y a 14,6 millions de personnes âgées de plus de 60 ans (notons qu'à 60 ans les dites personnes âgées sont actuellement censées être encore au travail), mais le nombre de personnes âgées actuellement dépendantes prête à débat : celui qui est pris en compte dans tous les rapports est le nombre de bénéficiaires de l'Aide Personnalisée Autonomie (APA), c'est-à-dire reconnues en GIR 1 à 4 <sup>8</sup>, soit 1,2 millions majoritairement âgées de plus de 80 ans et de sexe féminin. Pourtant, les patients, leurs familles et les intervenants sociaux et médicaux savent bien que toutes les personnes qui sont dépendantes sont loin de faire une demande d'APA et que de nombreuses personnes déjà dépendantes ne sont pas reconnues en GIR 4.

Le montant avancé pour la dépense publique liée à la dépendance est de 24 milliards d'euros pour 2010 : 14 milliards de dépenses de santé, 7,5 de dépenses de dépendance et 2,5 de dépenses d'hébergement. Cette dépense est financée à 62 % par la Sécurité sociale, 23 % par les départements et 13,5 % par la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie, la part restante venant directement de l'Etat. La part supportée directement par les personnes et leurs familles est estimée à 10 milliards. Le périmètre de la dépense prête à débat puisque y sont incluses toutes les dépenses de soins des personnes considérées comme dépendantes, les aides au logement, les exonérations fiscales et sociales... Alors pourquoi ne pas créer aussi un 6<sup>e</sup> risque pour les moins de 25 ans, en y incluant les dépenses de soins liées à la croissance, les bourses universitaires, les aides au logement, ou même le manque à gagner pour l'impôt sur le revenu lié au quotient familial ? Méthode idéale de dépeçage de la Sécurité sociale pour la vendre par strates aux assurances privées.

Inversement, il y a une sous-estimation et une sous-compensation majeures de la perte d'autonomie des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissement : les montants accordés ne permettent pas un maintien à domicile dans des conditions correctes et les dotations budgétaires en établissement sont totalement insuffisantes pour faire face aux besoins.

Par ailleurs, le plafonnement de l'APA selon le revenu ne compense pas les inégalités et ne permet pas un réel choix pour les personnes âgées à revenus faibles qui sont moins souvent à domicile pour un même degré de dépendance. Le coût du séjour en maisons de retraite (labellisées en EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne âgée Dépendante) est lui-même problématique puisque la dépense moyenne en établissement était en 2007 de 1 938 euros avec un reste à charge moyen de 1 468 euros par mois pour le résident ;

le reste à vivre moyen étant négatif à - 261 euros. Il est compensé directement par les familles ou par l'Aide Sociale à l'hébergement (ASH) versée par les conseils généraux, mais avec « obligation alimentaire » pour les familles et recours sur succession.

### Les projections :

Les projections pour la démographie des plus de 60 ans semblent assez consensuelles : augmentation de 45 % jusqu'en 2035 liée à l'arrivée des générations du Baby boom et à l'allongement de l'espérance de vie puis croissance moins rapide. Pour les plus de 80 ans : une croissance rapide est prévue entre 2026 et 2054 liée à l'arrivée à cet âge des générations nombreuses.

Les incertitudes commencent quant au nombre de personnes âgées qui seront dépendantes dans les années à venir : les années supplémentaires seront-elles des années en bonne santé ? Jusqu'à présent, l'espérance de vie n'a cessé d'augmenter, de même que l'espérance de vie en bonne santé, même si cette évolution globale cache de grandes inégalités. Des études récentes montrent que ce n'est plus aussi évident et l'analyse de la tranche d'âge des 50-65 ans semble montrer au contraire entre 1999 et 2008 une augmentation des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité <sup>9</sup>.

Le rapport Rosso-Debord se basait sur des chiffres passant de 1,2 millions de personnes âgées dépendantes à ce jour à 1,8 en 2026, voire 3 millions en 2060. L'ADF donne un nombre de personnes âgées dépendantes à l'horizon 2040 compris entre 1,4 et 1,6 millions. Les groupes de travail sur la dépendance se rapprochent de ces dernières estimations.

Les différences augmentent encore au niveau des projections du coût de la dépendance. Pour le rapport Rosso-Debord, le besoin supplémentaire de financement public à l'horizon 2030 serait de 8 milliards d'euros par an, pour l'ADF de 3,9 à 4,6 milliards par an selon qu'on est dans une hypothèse base ou haute de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes. Le rapport Fragonard parle de 2,4 milliard d'euros supplémentaires dans le scénario dit « de consolidation du système actuel » qu'il préconise et d'au moins 10 milliards d'euros dans un scénario de mise en place d'une assurance universelle obligatoire gérée par répartition ; ce qui veut dire en clair que dans le scénario qu'il préconise, il choisit de laisser 7,6 milliards d'euros supplémentaires à la charge des personnes âgées.

### Qui financerait quoi ?

Comment comprendre de telles différences dans les coûts avancés ?

On peut avancer l'hypothèse qu'ils sont étroitement dépendants des objectifs politiques soutenus par les auteurs des rapports.



.../... – Le rapport Rosso-Debord est dans la logique d'un 5<sup>e</sup> risque transféré intégralement aux assurances privées, il préconise l'obligation pour toute personne de plus de 50 ans de contracter une assurance privée pour la dépendance, le recours sur succession pour l'APA et la suppression de la prise en charge du GIR 4... Ces mesures sont aberrantes et inacceptables : retarder la prise en charge favoriserait l'aggravation des situations de dépendance et l'augmentation des coûts à moyen et long terme, faire un recours sur la succession est inacceptable car cela ferait reculer le nombre de bénéficiaires de l'APA et taxerait plus lourdement les enfants dont les parents seraient les plus dépendants, renvoyer la prise en charge au secteur privé majorerait les inégalités et aurait un coût plus élevé que celui de l'Assurance maladie.

Ces mesures ont une raison d'être : gérer ce secteur pourrait générer de sérieux bénéfices pour le secteur privé qui ne s'embarrasse pas de considérations de solidarité ; celui-ci représente 22 % du marché des maisons de retraite et est actuellement en progression en France : il est à l'origine de 71 % des nouveaux lits créés entre 1999 et 2007 ; il est de plus en plus concentré avec l'intervention de grands groupes privés dont certains cotés en bourse<sup>10</sup>. Ce rapport a reçu lors de sa remise le soutien de Nicolas Sarkozy et rejoint les demandes d'assureurs comme AXA qui se positionnent sur une prise en charge par le secteur privé concurrentielle de la Sécurité sociale, que ce soit en termes de soin ou de dépendance. Gageons que le PDG du groupe privé de complémentaire Santé Malakoff-Médéric Guillaume Sarkozy, frère du premier, ne serait pas fâché non plus de ces orientations.

– L'Assemblée des Départements de France, majoritairement à gauche, repousse les propositions gouvernementales, demande que l'Etat reprenne en charge une part plus importante du financement de la dépendance, envisage diverses mesures pour augmenter les ressources allouées à la dépendance dont l'augmentation de la CSG des retraités ou une « 2<sup>e</sup> journée de solidarité »... et pose la question de la création d'une 5<sup>e</sup> branche de la Sécurité sociale ou « d'une mini branche sous le toit de l'Assurance maladie »

– Le rapport Vasselle remis en février 2011 repousse l'idée d'un contrat obligatoire, mais s'oriente vers la souscription de contrats favorisés et même aidés : ce qui permettrait au secteur privé de s'enrichir sur le dos de tous les citoyens par une solvabilisation de la dépendance transférant l'argent public au secteur privé.

– Les rapports des groupes de travail sur la dépendance et particulièrement le rapport Fragonard se rapprochent de cette position.

Ils bâtissent un système à étages : « consolidation du système actuel » où les 2,4 milliards d'augmen-

tation de la dépense publique ne couvriraient que l'augmentation démographique des personnes dépendantes, le reste de l'augmentation des dépenses, soit 7,6 milliards d'euros, serait à la charge des personnes et de leurs familles avec recours à des assurances complémentaires, les personnes les plus pauvres bénéficiant d'une aide à l'achat de ces assurances analogue à l'aide à l'achat d'une complémentaire santé ce qui constitue un transfert du public vers le privé.

Il faut remarquer que le « système actuel » qu'il est ainsi prévu de « consolider » est déjà très inégalitaire, puisque ne relevant pas d'un système solidaire pour les parties hébergement et dépendance : le coût augmentant avec l'état de dépendance et étant le même quel que soit le revenu, les aides (APA et Aise Sociale à l'Hébergement) n'apportant qu'une compensation partielle à cette inégalité. Le rapport Fragonard liste par ailleurs sensiblement les mêmes mesures que l'ADF pour augmenter les recettes publiques.

### **Une autre réforme est possible et nécessaire**

Il s'agit de cesser d'assimiler âge, dépendance et charge financière et de se poser la question globale de comment notre société traite ses « vieux », de quelle place elle leur reconnaît.

La question de la place de la personne en perte d'autonomie dans notre société, quelle qu'en soit la cause (âge, handicap, invalidité), doit être posée. La possibilité de décider de sa vie est un droit fondamental qui doit avant tout être préservé.

Il faut affirmer un droit universel à compensation de la perte d'autonomie avec prestations en fonction des différents besoins et non plus d'un niveau de dépendance estimé par une grille.

Ce droit n'est pas dissociable d'autres droits : droit à l'accès aux soins avec amélioration de la prise en charge par l'Assurance maladie, extension à des soins actuellement non ou mal pris en charge (dentaires, visuels, d'alimentation, d'appareillage), droit au logement...

Il y a aussi nécessité à agir en prévention de la perte d'autonomie : conditions de vie, de travail, lutte contre les inégalités sociales de santé.

Ce droit à compensation de la perte d'autonomie doit être géré dans le cadre de la protection sociale solidaire et de la Sécurité sociale : faut-il mettre en place une 5<sup>e</sup> branche de la Sécurité sociale que pourrait devenir la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie ? Se poserait alors la question de son périmètre de compétence : ne générerait-elle que la perte d'autonomie ou engloberait-elle le soin aussi et comment séparer les deux ?

Le financement doit être pérenne et pouvoir s'adapter à l'évolution des besoins ; la question du financement relève de choix politiques globaux, il doit aller dans un sens de justice sociale : juste

contribution des revenus et patrimoines à la solidarité nationale. Si le recours individuel sur succession est inacceptable, la question d'un impôt général sur les successions participant au financement de la prise en charge de la dépendance doit être posée.

A côté du financement : il est aussi indispensable de réfléchir au fonctionnement et à l'utilisation des moyens dégagés.

Tout d'abord, il ne faut pas opposer aide familiale et aide collective et développer l'aide familiale dans le but de faire des économies sur l'aide collective. Ce raisonnement n'a aucune base réelle. Les études (en particulier étrangères) montrent que plus l'aide collective est importante et plus l'aide familiale le devient. Toute simplement parce que si les familles doivent prendre, seules ou presque, en charge la personne dépendante, elles fuiront (si elles en ont la possibilité), alors que si elles savent qu'elles peuvent s'appuyer sur une aide collective, elles seront plus présentes. D'autre part, le côté quasi exclusivement féminin de cette aide familiale doit être interrogé et remis en question.

Il y a nécessité d'une professionnalisation des services d'aide à la personne à domicile avec amélioration de la formation et des conditions de travail et mise en place d'une véritable coordination. Cette professionnalisation pourrait se faire dans le cadre d'un « service public de l'autonomie ».

L'attribution de moyens et de personnels dans les lieux d'hébergement doit être mise au service d'un accompagnement individuel, mais aussi d'un projet de vie collectif pour en faire des lieux de vie dans lesquels l'autonomie du résident est reconnue et préservée.

Il y a nécessité non seulement d'améliorer les passerelles entre tous les types d'hébergement et la coordination des professionnels y intervenant, mais aussi de réfléchir à des lieux de vie où un « vivre ensemble » serait possible sans ségrégation liée à l'âge ou au handicap.

Il y a nécessité à mener des recherches publiques indépendantes sur la prise en charge thérapeutique des pathologies et à évaluer de façon indépendante les thérapeutiques médicamenteuses pour éviter le gâchis d'argent public actuel lié à la pression des lobbies pharmaceutiques.

Ces propositions sont portées par nombre d'associations, coordinations et syndicats qui rejettent le dépeçage de la protection solidaire. —

■

1. Rapport d'information de l'Assemblée nationale : [www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf](http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf)
2. Rapport d'information du Sénat : [www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf](http://www.senat.fr/rap/r10-263/r10-2631.pdf)
3. Rapport des groupes de travail sur la dépendance : [www.solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,95/debat-sur-la-dependance-les-4,13391.html](http://www.solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/communiqués,95/debat-sur-la-dependance-les-4,13391.html)
4. <http://www.departement.org/sites/default/files/ADF-perde-autonomie-55-propositions-mai-2011.pdf>
5. Pour approfondir la réflexion, voir l'article du Dr Eric May : « Le rapport Rosso-Debord, une nouvelle étape du démantèlement de la sécurité sociale solidaire » dans les *Cahiers de Santé publique et de protection sociale*.
6. Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, « Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie avant et après 65 ans », *BEH Inégalités sociales de santé*, p. 82.
7. Union Nationale des Retraités et des Personnes Agées : [www.unrpa.com/perde-dautonomie](http://www.unrpa.com/perde-dautonomie)
8. La prestation APA est liée au classement de la personne, selon la grille AGGIR, en 6 groupes ou GIR qui vont du groupe 1 (niveau de dépendance le plus lourd) au groupe 6. Ces groupes prennent en compte des informations sur la capacité à effectuer les actes de base de la vie quotidienne mais sous-estiment ce qui est lié aux déterminants dits « psychologiques » : cohérence et désorientation.
9. Audre Seurin, Emmanuelle Cambois, Jean-Marie Robine, « Les espérances de vie sans incapacité en France : une tendance récente moins favorable que par le passé », Document de travail n° 170, INED, janvier 2011 [www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1529/publi\\_pdf1\\_170.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1529/publi_pdf1_170.pdf)
10. *Le Monde de l'économie*, dossier 14 juin 2011.

# Complémentaires, une couverture inégalitaire

■ Pierre Volovitch, économiste

La revue de l'Irdes de janvier 2011 *Question d'économie de la santé* met à disposition une utile synthèse sur la question de l'accès à la couverture complémentaire <sup>1</sup>.

## La complémentaire santé en France : une large diffusion mais des inégalités d'accès

Entre 1980 et 2008, le « reste à charge », c'est-à-dire la part des dépenses de soins qui demeure à la charge des ménages, qu'ils le financent eux-mêmes ou grâce à la couverture apportée par une complémentaire santé, est passé de 217 euros à 547 euros par personne et par an, à prix relatifs <sup>2</sup>.

Alors que la part des dépenses de soins prise en charge par l'Assurance maladie était de 80 % en 1980, elle n'est plus que de 75,5 % en 2009.

Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie obligatoire, bénéficier d'une complémentaire santé est devenu déterminant pour continuer à accéder aux soins.

## Une couverture liée au revenu

Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé a fortement augmenté, passant de 69 % de la population de France métropolitaine à 94 %. Néanmoins, selon l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS), près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en France métropolitaine en 2008.

Le premier motif de non-recours à une complémentaire santé évoqué par les enquêtés est financier. Parmi les personnes sans complémentaire santé, 46 % souhaiteraient en bénéficier, mais ne le peuvent pas pour des raisons financières.

Conséquence, le fait de ne pas disposer d'une couverture complémentaire santé est directement lié au niveau de revenu. Dans les ménages les plus pauvres (moins de 870 euros par unité de consommation UC) <sup>3</sup>, 12 % des personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé contre seulement 3 % au sein des ménages les plus riches (1 997 euros et plus par UC).

Deux dispositifs ont été mis en place pour faciliter l'accès à la complémentaire santé pour les plus pauvres. Ils n'ont pas totalement résolu le problème. La CMU-C permet aux personnes dont le revenu est inférieur à 620 euros par UC (634 euros en 2011) de bénéficier d'une complémentaire gratuite. Une étude du Legos estime qu'en 2006, de 700 000 à 1,2 million de bénéficiaires potentiels de la CMU-C n'avaient pas fait valoir leurs droits.

Pour les personnes dont le revenu est situé entre

le seuil CMU-C – et 20 % au-dessus (26 % en 2011), on a mis en place une Aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS). Le Fonds CMU estime aujourd'hui à une sur quatre la proportion de personnes ayant fait valoir ses droits à l'ACS : 516 499 bénéficiaires en mai 2010 pour une cible de 2 millions de personnes.

Au-delà de l'ACS (744 euros par UC), de nombreux ménages ne peuvent prétendre ni à la CMU-C, ni à l'ACS alors même qu'ils appartiennent au premier quintile de revenus ( $\leq 870$  euros par UC).

Les cotisations pour avoir accès à une complémentaire santé ne sont proportionnelles au revenu que pour une minorité de mutuelles. Pour la très grande majorité des complémentaires, la cotisation est forfaitaire. Résultat le « taux d'effort », c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire, varie de 3 % pour les ménages les plus riches (1 867 euros et plus par UC) à 10 % pour les ménages les plus pauvres (moins de 800 euros par UC). Une étude du Leda-Legos à partir de l'Enquête budget de famille 2006 de l'Insee donne des taux similaires de 2 % et 8 % pour les deux déciles extrêmes.

Le niveau de garanties proposées est lui aussi sensible au revenu. Cette information n'est pas reprise dans ce numéro de *QES*, mais dans une étude plus ancienne, l'Irdes distinguait trois types de couverture complémentaire – « faible », « moyen en dentaire, fort en optique », « fort en dentaire » et trois niveaux de revenu. On constatait alors que la part des plus aisés était de 51 % pour les meilleures couvertures (« fort en dentaire ») et de 24 % pour les couvertures « faibles », alors que les moins aisés représentaient 23 % des personnes ayant des contrats « faibles », mais seulement 13 % des contrats de meilleures qualité (« fort en dentaire »).

## Le travail, un mode d'accès privilégié, mais inégalitaire, à la complémentaire santé

Selon l'enquête ESPS 2008, les deux tiers des salariés couverts par une complémentaire santé le sont par le biais de leur entreprise. Selon la Fédération Française des Sociétés d'Assurance, trois quarts des travailleurs indépendants seraient détenteurs d'un « contrat Madelin ».

Cependant, force est de constater que la complémentaire santé d'entreprise est source d'inégalités. Inégalités pour ceux qui ne bénéficient pas d'un emploi : 10,5 % des femmes au foyer, 14 % des chômeurs n'ont pas de couverture complémentaire contre 5 % des actifs.

Parmi les actifs salariés, la proportion de personnes sans couverture complémentaire est nettement plus importante chez les ouvriers non qualifiés (8,5 %) que chez les cadres (4 %).

L'inégalité se manifeste aussi dans le mode de financement de la complémentaire santé. Les inactifs, les chômeurs, les fonctionnaires et la très grande majorité des salariés de PME financent seuls leur couverture complémentaire. Les salariés d'entreprises plus grandes bénéficient, par le biais de complémentaires d'entreprises, d'une participation financière de leur employeur à ce financement. Ici aussi l'inégalité se redouble d'une inégalité entre catégories professionnelles. Parmi les salariés non-fonctionnaires bénéficiant d'une complémentaire santé, 76 % des cadres ont un contrat collectif, contre seulement 58 % des ouvriers non qualifiés. Les enquêtes sur la Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCE) 2003 et 2009 montrent également que la complémentaire santé collective est d'un accès inégal pour les salariés selon la taille de l'entreprise, le secteur d'activité et la catégorie socio-professionnelle.

### Les personnes sans complémentaire santé recourent moins aux soins et se déclarent davantage en mauvaise santé

Le taux de renoncement aux soins, qui concerne pour l'essentiel les soins dentaires et d'optique peu remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, est de 30 % pour les personnes sans couverture complémentaire, 21 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 14 % pour les personnes qui bénéficient d'une couverture privée.

Selon l'enquête ESPS 2008, les personnes sans couverture complémentaire se déclarent en plus mauvais état de santé que les personnes couvertes par une complémentaire privée, mais pas forcément plus que les bénéficiaires de la CMU-C : 37 % des personnes sans couverture complémentaire déclarent un état de santé de moyen à très mauvais, contre 39 % des bénéficiaires de la CMU-C et 27 % des titulaires d'une complémentaire privée.

Les personnes sans complémentaire santé sont par ailleurs 34 % à déclarer une maladie chronique, contre 28 % des bénéficiaires de la CMU-C et 28 % pour les titulaires d'une complémentaire privée.

Parmi les personnes couvertes par une complémentaire santé privée, 84 % ont eu recours à un géné-

raliste au cours des douze derniers mois, 76 % à un chirurgien-dentiste au cours des vingt-quatre derniers mois et 50 % à un spécialiste au cours des douze derniers mois. Ces taux sont respectivement de 84 %, 68 % et 40 % pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ils sont de 74 % (moins 10 points par rapport aux personnes couvertes), 57 % (moins 19 points) et 37 % (moins 13 points) pour les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé.

Conclusion (que ne tire pas explicitement le n° 161 de *QES*). Alors que la couverture maladie obligatoire couvre TOUT le monde, avec une cotisation proportionnelle au revenu, en apportant à tous le même niveau de couverture, les couvertures complémentaires ne couvrent pas toute la population, la charge de leur financement pèse plus lourdement sur les ménages les plus modestes, et la qualité de la couverture apportée est meilleure pour les populations les plus favorisées.

Au moment où le Premier ministre, François Fillon, annonce qu'il va saisir le Conseil Economique Social et Environnemental de la question « centrale : quelle devra être la part de la solidarité nationale et celle de la protection sociale complémentaire ? »<sup>4</sup> le rappel de l'ensemble des ces éléments de comparaison est peut-être utile.

Utile sans doute aussi ce chiffre que le n°161 de *QES* donne. « Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), la collectivité publique dépense 5,2 milliards d'euros d'exonérations pour les contrats collectifs et contrats "loi Madelin" », c'est-à-dire 5,2 milliards d'euros pour subventionner une forme de couverture santé moins solidaire<sup>5</sup>.

Sans oublier que, puisqu'il s'agit d'exonérations sociales et fiscales, elles sont d'autant plus importantes que les revenus de ceux qu'elles aident sont plus élevés. La couverture santé la moins solidaire est donc financée de la façon la plus injuste. ■

■

1. Intégralité du document sur le site de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé [www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf](http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf)
2. Le prix relatif représente le prix nominal déflaté de l'indice général des prix afin de tenir compte de l'évolution du pouvoir d'achat.
3. Le revenu par unité de consommation (UC) permet, à l'aide d'une échelle d'équivalence, de comparer les niveaux de vie des ménages de taille et de composition différentes.
4. Discours du 22 février 2011 devant le Conseil Economique Social et Environnemental.
5. Rêvons un peu : et si ces 5,2 milliards étaient affectés à un renforcement de la couverture solidaire (l'Assurance maladie obligatoire) ?

# Émincé de cœlioscopie à la sauce Winnicott

Alain Quesney, pédiatre

**A partir d'une mince expérience tardivement acquise, l'auteur relate avec subjectivité un cas d'une navrante banalité clinique (le sien), propos qu'il tente de relever d'allusions à de vieilles théories psychanalytiques et de citations disparates.**

« Je vous souhaite un prompt rétablissement » : expression convenue, rituelle pour celui qui l'énonce. Mais pour celui qui la reçoit, qu'en est-il ? Que se passe-t-il pour lui dans ces moments de maladie où tout bascule ? Régression certes, découragement souvent, mais aussi confiance malgré tout dans un mieux possible. De ma place de médecin d'enfants, je n'avais pas bien réfléchi à cet aspect des choses. Personnellement, je n'avais jamais été opéré ni confronté brutalement à un problème de santé significatif. J'ai longtemps fait partie de cette cohorte majoritaire de médecins qui, se pensant à l'écart des autres mortels, demi-dieux invulnérables, négligent d'avoir un médecin traitant pour eux-mêmes. Je viens d'avoir une expérience salutaire que je crois éclairante pour d'autres.

« Un prompt rétablissement » : deux mots associés de façon polie, quasi automatique au bas d'une carte postale comme bon souvenir du Lavandou ou meilleurs vœux, on dirait que l'adjectif est agrippé au substantif et peut-être aussi l'inverse ? On ne souhaite jamais un rapide rétablissement ni bien sûr – *a fortiori* – un lent ou un problématique... L'adjectif prompt est quasi inemployé en dehors de notre expression. L'adverbe promptement sent le vieux meuble encaustiqué, Dumas ou Edmond Rostand. La promptitude est en désuétude sauf pour Ségolène Royal ? Reste le prompteur ridicule accessoire des journaux télévisuels... Quant au mot rétablissement, il faut sûrement différencier « rétablir » et « se rétablir ». Dans la forme pronominale, cela concerne le gymnaste ou le malade et évoque une certaine confiance, un certain relâchement. Dans la forme simple, il y a plus de crispation passéiste, surtout si on déclare vouloir rétablir la royauté ou, pire, la peine de mort.

Je crois que l'adjectif prompt a besoin d'être rassuré : à son association au rétablissement, il doit temporairement son salut dans la langue écrite, il n'a pas à craindre pour l'instant le déclassement, la sortie du *Robert*, la mise au purgatoire des mots. S'il y a rétablissement, c'est bien qu'il y a eu maladie ou accident préalable et de ce côté-là, pas de

problème !! Il y a de l'avenir pour la maladie, la mort, de l'espérance de vie... si on peut dire avec en plus la longévité et la démographie qui ont le vent en poupe : il paraît que tous les dix ans, on en gagnerait trois...

Mes visiteurs à la clinique me souhaitent très gentiment « bon courage » me suggérant implicitement de prendre mon destin en mains : raidissement volontariste des temps qui courent comme le président. Je préfère le relâché, la souplesse du gymnaste qui retombe sur ses pieds. La tranquillité de l'écuyer « En avant, calme et droit »<sup>1</sup>.

**L'intérêt de la maladie quand on la vit c'est d'abord la joie, la volupté ressentie quand on en sort.**

Quand on est soi-même allongé sur le brancard (klinè) des urgences, il n'est ni très utile ni longuement réconfortant de s'émerveiller (dans le style : « la Vraie Médecine existe ») sur une forme typique (défense au Mac Burney). Incroyable : allongé, j'en perds mon credo clinique et m'entends réclamer une échographie (inutile) au médecin urgentiste !

Je quitte donc l'habit du docteur et trouve un nouveau rôle dans un ballet parfaitement réglé, un film parfaitement scénarisé.

D'abord, l'extraordinaire travelling avec les faux plafonds des couloirs qui défilent en accéléré quand horizontalisé, brancardé, comme aspiré vers le bloc, le bon docteur devient un patient, c'est-à-dire un bébé confiant dans le *holding* (façon d'être porté, support mais aussi soutien essentiellement dans la routine des soins quotidiens<sup>2</sup>) et le *handling* (façon d'être soigné permettant l'introduction de la psyché dans le soma) du chirurgien et de son équipe. Un patient bébé qui revit l'archaïque crainte de la chute quand des mains très expertes, pourtant, le glissent sur l'étroite table d'opération, un patient bébé qui croise les jambes pour s'agripper à une sensation corporelle : « presque tout le monde le fait », me dit la panseuse, pour me rassurer d'y revenir à plusieurs reprises, enfin l'agrippement à une pensée agréable finement suggérée par l'anesthésiste au moment de l'induction.

La salle de réveil, c'est d'abord, pour moi, penser



que rien n'a encore eu lieu puis prendre conscience avec jubilation que le plus important est passé. Cela pourrait s'apparenter à l'amnésie de la petite enfance qui couvre les premier(e)s mois/années de notre vie.

On doit sûrement se féliciter du gain de morbidité, de confort (et accessoirement de coût) de la chirurgie coelioscopique de l'appendicite aiguë. Personnellement, ce qui me fascine, c'est avant tout l'ingéniosité du démineur qui extrait promptement et minutieusement cette grenade prête à exploser (l'abcès appendiculaire) en le faisant passer par le trocart ombilical.

L'ombilic, trace de la première vie et cicatrice de la première séparation qui me ramène à ma mère, cinquante sept printemps en arrière !

Viennent ensuite la quête anxieuse du corps qui, vieux moteur docile redémarre – avec un brin de starter – ses fonctions élémentaires (miction, transit), celles que l'on étouffe d'habitude, là que j'appelle de mes vœux les plus chers et que l'entourage soignant (jeune, souriant et dynamique) réclame avec la douce insistance d'un maternage. Mon premier rêve ? La dent cassée ou manquante ou comment (re)travailler la castration !

Ce qui rapproche l'abcès appendiculaire de la migraine ou de la dépression d'épuisement, c'est la sortie du tunnel en pleine lumière, « comme pour une première fois », le premier café noir avec sur la terrasse le premier soleil d'avril et les merles pimpants... Récupérer si vite ce que l'on pensait pouvoir perdre peut-être à jamais : amours, amitiés, sensations, passions, tout ce qui leste nos vies et nous tient littéralement debout. Après le saut du parachutiste néophyte dans l'inconnu, le plongeon de l'apprenti gymnaste dans le trou noir, le rétablissement parfait autant que prompt sur des jambes qui tiennent à nouveau avec le cortex lavé, mais non formaté, rétabli dans sa mémoire vivante.

#### **Autant dire le rétablissement d'une continuité d'exister.**

Ce qui évoque bien sûr aux chirurgiens viscéraux le rétablissement d'une continuité « tuyautaire » digestive ou urinaire, aux neurophysiologistes le rétablissement d'un circuit électrique cérébral éventuellement lésé ou défaillant. Aux pédiatres, c'est avant-tout le sentiment continu de l'existence – concept développé par D. W. Winnicott<sup>2</sup>, pédiatre écossais devenu psychanalyste – qui leur vient à l'esprit. Fameux concept qui tient la route et me la fait

tenir dans mon travail et dans ma vie... mais bien difficile à résumer en deux mots : le self qui repose sur l'être tout simplement (« *simple being* ») et se développe de la période prénatale dans le giron maternel (« la matrice facilitante ») puis chez le petit nourrisson dépendant recevant des soins « suffisamment bons » et perdure jusqu'à l'âge adulte et même jusqu'à la vieillesse... C'est un sentiment de sécurité, de stabilité et de continuité interne. On peut comprendre que ce sentiment puisse être fragilisé ou attaqué par tout ce qui fait « brèche » (deuils, difficultés existentielles mais aussi maladies).

#### **Ma petite découverte des trois jours d'hospitalisation ?**

Comme beaucoup, je plaide pour plus d'humanités dans la formation des étudiants en médecine. Je pense que le médecin en apprend plus sur l'asthme quand il lit Proust ou sur le parkinson quand il lit François Nourrissier. On pourrait citer aussi Montaigne, Dostoïevski ou Apollinaire...

Reste qu'il peut manquer au médecin (à l'étudiant débutant comme au senior) l'expérience vécue, corporalisée de la maladie et du rétablissement, du tunnel et de sa sortie.

Je ne crois pas qu'il serait bien éthique ni réaliste d'imposer l'appendicectomie à tous les étudiants en médecine.

Peut-être peut-on garder l'idée d'un enseignement in situ (urgences, couloirs, bloc). Là un dispositif particulier théâtralisé, scénarisé puis improvisé (jeux de rôles en binômes) permettrait aux stagiaires (jeunes ou vieux) d'approcher ce qui se joue pour le malade dans ces instants si particuliers. Peu de chances que le binôme tourne au monôme ! Je vois l'objection de l'administration : le médecin serait naturellement doué pour l'empathie comme l'albatros pour le vol transatlantique. Je répondrais qu'il ne s'agit pas du tout d'empathie, mais d'apprentissage et donc d'enseignement. Philippe Meirieu pense qu'il n'y a d'apprentissage véritable qu'en autoformation, prône la pédagogie du désir et du dispositif et cite la boutade célèbre de Lacan « si je me mets à la place de l'autre, l'autre où est-ce qu'il se mettra ?<sup>3</sup> » Méfions-nous donc de l'empathie. Au mieux travaillons-la ! ■

■

1. Livre de François Nourrissier, Gallimard, 1987.
2. Abram Jan, *Le langage de Winnicott, dictionnaire explicatif des termes winnicottiens*, Éditions Popesco, 2002.
3. Meirieu Philippe : [www.meirieu.com.DICTIONNAIRE/autoformation.htm](http://www.meirieu.com.DICTIONNAIRE/autoformation.htm)

# Deux déficits pour le prix d'un

■ Pierre Volovitch, économiste

Dans un article récent de la *Revue de l'OFCE*<sup>1</sup> est présentée l'idée qu'il n'y a pas un déficit de l'Assurance maladie, mais deux déficits. « Abondance de biens ne nuit pas ». On fait quoi avec deux déficits pour le prix d'un ?

En fait, les auteurs parlent de deux composantes du déficit de l'Assurance maladie. Une composante « structurelle » et une composante « conjoncturelle ».

D'où vient la composante « structurelle » ? Du fait que les dépenses de soins augmentent plus rapidement que la richesse globale. Ce déficit est dit « structurel » parce qu'il repose sur des tendances de moyen et long terme. Pour agir sur ce déficit, il faut, du côté de la dépense, changer l'organisation du système de soins (*exercice collectif de la médecine favorisant complémentarité et substitution entre professions ; construction d'un système intégrant mieux l'ambulatorio et l'hôpital*), ainsi que les modes de rémunération (*réduction de la part du paiement à l'acte*) permettant de réduire les inégalités d'accès aux soins (en particulier celles liées aux dépassements d'honoraires)\*.

D'où vient la composante « conjoncturelle » ? De l'évolution des recettes qui résulte de la conjoncture économique. Contrairement au déficit « structurel », l'intégralité des causes du déficit « conjoncturel » sont extérieures au système de soins. Ce déficit est dit « conjoncturel » parce qu'il repose sur des tendances de court terme. Si l'on accepte cette distinction quelles conséquences en tirer ?

– La lutte contre le déficit « conjoncturel » relève de la politique macro-économique, pas de la politique du soin. La lutte contre le déficit « structurel » relève quant à elle d'une action sur l'organisation même du système de soins.

– Agir sur le déficit (global) en prenant des mesures du type baisse des remboursements, recettes de poches (franchises...), libération des tarifs des professionnels relève d'une double erreur. Sur la composante « conjoncturelle », c'est une première erreur car *ce déficit concourt à la stabilisation automatique de l'économie et il devrait se résorber avec le retour de la croissance... La résorption volontaire du déficit par la hausse des prélèvements ou la baisse des dépenses serait contrat-cyclique et doit être écartée*<sup>2</sup>. Sur la composante « structurelle », ces mesures n'ont pas de sens car le fait de renvoyer la dépense sur les

ménages ne peut en aucun cas conduire à une autre organisation du système de soins.

– Idée originale des auteurs. S'il y a bien deux composantes du déficit, il serait bon qu'elles soient gérées par des autorités politiques distinctes. Le déficit « conjoncturel » doit être traité dans le cadre de la politique économique avec pour objectif premier le retour à la croissance. Le déficit « structurel » doit être géré dans le cadre d'une politique de réorganisation du système de soins. Les auteurs proposent que la composante « conjoncturelle » soit gérée par l'Etat, et la composante « structurelle », donc la réforme du système de santé, gérée par la CNAM. Problème : rien n'est dit sur le caractère plus ou moins démocratique des instances de la CNAM...

Lecture faite, la distinction peut-elle être opérationnelle ? Les auteurs écrivent eux-mêmes que *le partage entre déficit structurel et conjoncturel est très incertain* (c'est moi qui souligne). Et lorsqu'ils « chiffrent » ce déficit structurel, on a en effet des résultats incertains : 0.2 point de PIB au début de l'article. 0.25 point un peu plus loin. Et dans le chapeau de l'article, il est affiché entre 0.35 et 0.7 point de PIB. Sans vouloir que le déficit « structurel » soit stable, on est face ici à une variabilité forte et non expliquée. ■

1. « Crise et déficit de l'Assurance maladie – faut-il changer de paradigme ». Gérard Cornilleau (OFCE) – Thierry Bredans (IRDES). *Revue de l'OFCE* – Janvier 2011. Pour les non-économistes redisons que l'Office Français de Conjoncture Economique est une structure d'analyse économique reconnue, bien qu'un peu à gauche (personne n'est parfait).
2. On reconnaît là que l'on se trouve face à des économistes « keynésiens » qui pensent que la dépense publique, en soutenant la croissance, est par elle-même un facteur d'équilibrage de comptes publics. Thèse évidemment combattue par les économistes « classiques ».

\* Tous les passages en italique sont des citations de l'article de la *Revue de l'OFCE*.



Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Maxime Ossipov, *Ma province*, Editions Verdier, 2011

Un médecin qui décrit sa pratique, c'est banal, mais « La province » se situe à 101 km de Moscou, et le narrateur est nommé en 2005 cardiologue dans cette petite ville, il en est heureux, et doué d'un esprit critique et d'une plume épico-comique qui m'a captivée, et touchée.

Il est d'abord heureux parce qu'il se sent « bienfaiteur », puis se réjouit « de ce que le côté sentimental commence à s'effacer », pour devenir plus médical. On perçoit qu'il reste cependant attentif, bienveillant avec ses patients, ce qui ne l'empêche pas de les considérer sans indulgence, à l'aide d'une vision poétique et littéraire de la vie. Le texte est parsemé de références, la plupart russes (Gogol, Mandelstam, Tolstoï, Tchekhov, Pouchkine, Soljenitsine...), il est caustique, drôle et bien sûr, en critiquant ce qui se passe dans cette province, je n'ai pas pu m'empêcher de penser à ce qui se passe dans la mienne ! Le livre est plein de ce que nous appelons dans cette revue des visages, on comprend qu'il est indigné par la situation qui est faite au « peuple », mot dont il déteste le côté condescendant. Indigné aussi par la bureaucratie, les « bandits », l'alcoolisme. Il souligne certains traits du système russe actuel, dont nous ne sommes pas complètement dépourvus : « l'argent, mythe principal », « si légère que soit la main qui leur est tendue, les gens s'imaginent qu'elle va leur faire les poches », il fustige l'absence de médecin traitant, « le malade écoute le dernier sur qui il tombe », il constate la persistance de l'antisémitisme, l'hôpital est « Judenfrei » ! Il dit aussi, « être juif ici, c'est difficile, mais c'est légal ! » La novlangue russe existe aussi, que l'auteur refuse d'apprendre... Il choisit plutôt, pour communiquer avec les autorités « de pianoter sur toutes les touches comme avec un logiciel qu'on ne connaît pas : parfois ça marche. » Et ça marche puisqu'ils ont obtenu, lui et son collègue, assez de matériel et de financement pour créer un service de réanimation cardiologique. Vient alors le récit d'un conflit avec d'autres autorités, qui fait du bruit dans toute la Russie et qui est soutenu par une pétition internationale sur Internet.

— « Comment les gens simples apprécient-ils votre action ? »

— « Ils se sont mis à mourir moins. »

Ce récit, c'est celui du petit contre le gros, du médecin contre la maladie, et qui reste à côté du malade, modeste, et plein d'humour, tout ce que j'aime !

Le deuxième récit de ce volume, « La rencontre », est une fiction contemporaine qui met en jeu, à Moscou, dans la période actuelle, un cardiologue déprimé, en deuil de sa vieille mère qu'il n'a pas su sauver... et les rencontres qui lui permettent de franchir et de dépasser ce marasme. Dans une Russie actuelle sans pitié, la finesse et la poésie émergent, au travers de la vision d'un médecin et c'est un grand plaisir. —

Martine Devries



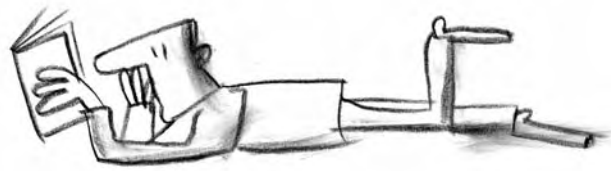
Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

Hélène Chaigneau, la psychiatre dans une « voix différente »

■ **Hélène Chaigneau, *Paroles***, La Borde, La boîte à outil, Institutions, 2011  
**Hélène Chaigneau, *Soigner la folie. Une vie au service de la clinique***, Campagne Première, Paris, 2011

On pensait les connaître tous, les grands noms de la psychiatrie dans la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle : les Daumezon, Tosquelles, Bonnafé... et puis voici que paraissent deux recueils signés d'une femme dont la notoriété avait jusqu'alors peu filtré en dehors des cercles de la psychothérapie institutionnelle, Hélène Chaigneau, ancienne médecin chef des hôpitaux psychiatriques, à Ville-Evrard puis Maison Blanche jusqu'en 1987. *Paroles* et *Soigner la folie*, sortis quelques mois après sa mort en août 2010, réunissent des textes de statut divers, articles dans des revues professionnelles et interventions dans des colloques pour le premier, publications dans des revues de psychiatrie et une série d'entretiens, pour le second. Les dimensions de la transmission orale et de la conversation qu'affectionnait Hélène Chaigneau y sont donc très présentes. Privilégiant, selon ses termes, « l'Art de vie », il semble qu'elle ait fait preuve d'une persévérante ambivalence quant à l'idée d'arrêter sa pensée dans une forme rassemblée. Aussi doit-on remercier Joséphine Nohra-Puel, Jean Garrabé et Jean-François Solal pour *Soigner la folie*, Lise Gaignard et Michel Balat pour *Paroles* d'en avoir décidé. Hélène Chaigneau aura finalement pu suivre, malgré la maladie, l'élaboration des deux recueils.

Hélène Chaigneau aurait souhaité – bien que ce projet eût été souvent « saboté » même par « les plus proches » – pratiquer la psychiatrie « au ras des pâquerettes », c'est-à-dire privilégier les « projets humbles » qui permettent « la mise en commun », la création « d'un réseau interpersonnel qui n'est plus persécutif, qui engendre même un certain dynamisme pour redémarrer ensemble »<sup>1</sup>. Au sein de ses « copains », les autres psychiatres théoriciens, Chaigneau fait ainsi entendre une *voix différente*. Ce n'est peut-être pas sans lien avec l'occupation d'une position minoritaire dans sa profession, en tant que femme, catholique pratiquante, tardivement analysée. Elle souligne, comme en passant, « le peu de disponibilité qu'elle a eu de choisir le masculin par le biais duquel [sa] tradition [lui] a communiqué qu'on s'élevait en général. Alors je ne veux pas, je ne peux pas, je ne voulais pas m'élever au général »<sup>2</sup>. Hélène Chaigneau est sans doute la seule à concevoir sans concession le « ras des pâquerettes » comme un programme pratique, collectif, éthique et théorique. Elle en fait le soubassement exigeant d'une réflexion psychiatrique et philosophique, à rebours des interprétations intellectualisantes, non moins phalliques que le marteau à réflexe, comme elle le fait ironiquement remarquer. « Les théoriciens à grands discours, ça ne manquait pas ! » dit-elle, marquant l'effort qu'elle dut accomplir pour se défaire de « la position orgueilleuse du clinicien en médecine »<sup>3</sup>. Chaigneau se défait des jargons, du prêt à penser, des inféodations théoriques ou à une personne, ou des substantifs comme « "le psychotique" qui ne peut être qu'un *objet* de logorrhée et non un sujet de conversation »<sup>4</sup>. Sur le plan conceptuel, elle se distingue par le dépouillement d'une pensée cherchant le juste ton et ses formulations propres, s'appuyant sur un usage précis de la langue et des mots ordinaires ; une méthode pour quiconque voudrait se faire, comme elle, aventurier de la pensée ou penseur par lui-même. Il faudrait pouvoir commenter la sublime élaboration qui reformule la demande des psychotiques en réclamation puis en plainte et la plainte en « clameur humaine non encore partagée »<sup>5</sup>.



## Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

Bien sûr, il y a une dimension d'ascèse dans cette démarche raboteuse qui vise à ne s'encombrer ni de concepts pompeux, ni d'affects inappropriés, se gardant de la fascination pour le délire ou les « cas intéressants », de l'amour/haine dans les relations de travail ou de l'« option missionnaire » avec son zèle ou ses « gratifications indiscrettes », sorte de « dérapage narcissique » des soignants qui « donnent trop » ou « à contretemps »<sup>6</sup>. Mais ce mouvement ardu de retenue et de renoncement n'a de sens qu'en relation avec la visée d'une attention réelle portée aux patients [« Il n'y a qu'une seule chose qui compte, le respect des personnes souffrantes et la confiance dans leur humanité »<sup>7</sup>]. La qualité de cette attention à la « vie psychotique » est particulièrement bien rendue par le titre d'un de ses articles de 1983 : « Ce qui suffit ».

Chaigneau ne « théorise » pas la psychiatrie, elle la pense comme elle la vit ; « dans sa tête » et dans la conversation, ce que les entretiens avec Joséphine Nohra-Puel donnent remarquablement à voir. Que pense-t-elle au juste ? « Son boulot », comme elle dit. Du jamais vu : une « patronne » s'interroge sur une tâche qu'elle définit comme « une lutte que nous avons à faire en permanence contre la nocivité »<sup>8</sup>. Comment, de cette place-là, « dé-hiérarchiser » quand tout s'y oppose de l'institution publique ? Et en même temps ne pas se soustraire à ses devoirs de responsabilité, de coordination, de fermeté ? Comment ne jamais perdre de vue les dynamiques affectives entre soignants autour du pouvoir (envie, agressivité, peur) ou les effets « interpsychiques » de la fonction de chef avec les patients ? Comment garder vivant le caractère provisoire de ce qu'on institue et assumer la précarité, l'instabilité et la fragilité comme autant de dispositions contre la routine ? N'hésitant pas à juger « ringarde » la nostalgie des clubs thérapeutiques qui étaient « si beaux »<sup>9</sup>, elle disait : « une expérience institutionnelle est unique et non reproductible » [...], c'est-à-dire qu'il faut évoluer, il faut vivre [...]. On ne peut pas s'autoreproduire sur place parce que c'est mourir, ni reproduire ailleurs car c'est caricaturer et se casser la figure »<sup>10</sup>.

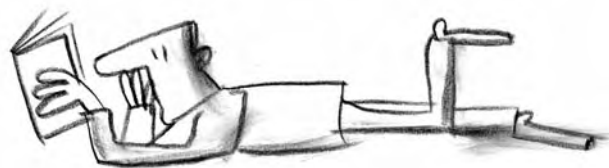
Je suis bien loin, dans ces quelques lignes, d'avoir fait le tour des ressources maintenant disponibles pour la pensée psychiatrique, et plus largement pour penser le soin, le travail, le collectif, le pouvoir et pour penser la pensée tout court. Je soulignerai pour finir que Chaigneau fut une pourfendeuse des oppositions défensives « eux/nous » qu'elle pulvérisait avec un humour sans concession [« D'habitude, je dis bonjour à tous mes amis, mes copains, et je n'oublie jamais de dire bonjour à tous nos ennemis »<sup>11</sup>]. « Si l'on n'est capable de faire que des hospitalisations honteuses, qui sont le fait d'un activisme souffrant asservi aux ordres d'une technocratie laborieuse, alors comment trouvera-t-on la liberté d'inventer autre chose ? » écrivait-elle en 1998<sup>12</sup>. Et ailleurs, citant Jacques Hochmann, « plus que d'institutions, nos patients ont peut-être besoin qu'on pense à eux et à propos d'eux, avec créativité et plaisir »<sup>13</sup>. Eux et nous, tout le monde, sommes sommés de balayer devant notre porte et de s'y mettre. Fi de la nostalgie ! Au boulot contre la nocivité ! Les institutions sont toujours à recréer. « Les projets humbles » d'Hélène Chaigneau, et les relations non persécutives qu'ils impliquent, c'est à nous qu'il incombe aujourd'hui de les inventer. ■

**Pascale Molinier**

professeur de psychologie à Paris 13

1. *Soigner la folie*, p. 117 et suivantes.
2. *Paroles*, p. 81.
3. *Soigner la folie*, p. 168.
4. *Ibid.*, p. 49.
5. *Ibid.*, p. 158.
6. *Ibid.*, p. 144 et suivantes.
7. *Paroles*, p. 31.
8. *Ibid.*, p. 63.
9. *Ibid.*, p. 63.
10. *Ibid.*, p. 30.
11. *Ibid.*, p. 60.
12. *Ibid.*, p. 36.
13. *Soigner la folie*, p. 54.





Petite sélection de parutions récentes, à emporter avec soi ou à offrir.

— Florence Aubenas, *Le quai de Ouistreham*, Editions L'Olivier, 2010.

Dans la catégorie « réalité des situations cliniques », sous-catégorie « les travailleuses agents de surface », lisez Florence Aubenas.

Cette journaliste écrit la quête de travail d'une femme, celle qu'elle a prétendu être en s'inscrivant au chômage sans qualification sinon le baccalauréat, quête qu'elle avait décidé d'arrêter dès qu'elle décrocherait un CDI. Elle décrit sa galère et ce qu'elle voit de la galère des femmes qui rament depuis longtemps dans ce travail de nettoyage minuté. Vécu « à la base », ce travail invisible est accompli au pas de charge par du personnel invisible, celui d'équipes de femmes, le plus souvent, dont le temps est toujours compté et toujours surchargé, dont le corps nié et invisible, est toujours plus sollicité et toujours plus souffrant. Ce métier répond aux obsessions hygiénistes de nos contemporains, mais enfreint en permanence le Code du travail. On se demande même comment, dans cet état d'épuisement physique et mental, il peut encore exister des femmes syndicalistes. Et parfois des femmes qui viennent en aide à d'autres comme pour Florence, qui, toujours maladroite et lente, est « une guigne pour celles qui ont la malchance de l'avoir comme coéquipière. » L'auteure, par son écriture sobre dépourvue de tout pathos et misérabilisme, met à la disposition du lecteur un document réaliste, une observation qu'on pourrait qualifier de « clinique », des conditions de travail des femmes dans le monde du nettoyage, document pouvant s'avérer utile à tous ceux, citoyens lambda ou responsables politiques, syndicalistes ou soignants qui ne connaissent pas dans leur corps ou chez leurs proches, la réalité du travail dans ce secteur majoritairement féminin où se broient les corps sous la houlette de négriers : une forme d'esclavage moderne.

Ce recueil de données pourrait aussi être la base d'une analyse critique des méthodes utilisées, lors de la formation des professions de santé. Un exemple : pourquoi la méthode de recueil de données utilisée ici (où l'observateur est immergé dans le même travail que les personnes qu'elle observe) est admise depuis longtemps par la plupart des sciences humaines, alors que l'étudiant en médecine doit éviter toute implication et doit se « mettre à distance », règle de base permettant une observation de type « scientifique », dépourvue d'émotion. Pourquoi ces deux attitudes ? Tenants et aboutissants de ce choix ? D'autre part, on pourrait relire les données concrètes collectées par Aubenas sur le terrain, en s'en servant de base commune à faire passer à travers des grilles de lecture des différents référentiels métiers. Chaque profession fait une lecture différente du même matériau : là où un médecin du travail signalera l'entrée dans une maladie professionnelle, le légiste stigmatisera les atteintes au droit du travail. Découvrir les différentes approches de l'humain, découvrir les outils utilisés par chacun, utiliser les outils d'autres professionnels nous permettrait de mieux connaître nos différences et nos convergences et améliorerait le travail en équipe. —

Anne-Marie Paboïs

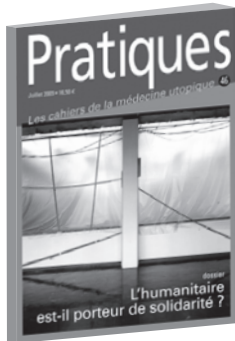
## Numéros disponibles

### Numéros à 12,20 € (sauf le numéro double 14/15) + 1,50 € de frais de traitement

- |  |  |  |
|--|--|--|
| N° 1 : La société du gène                  | N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort            | N° 19 : La vieillesse, une maladie ?<br>(épuisé)               |
| N° 2 : La souffrance psychique<br>(épuisé) | N° 12 : L'information et le patient                | N° 20 : La santé des femmes                                    |
| N° 3 : Penser la violence                  | N° 13 : La médecine et l'argent                    | N° 21 : Le médicament, une marchandise<br>pas comme les autres |
| N° 4 : Santé et environnement              | N° 14/15 : Profession infirmière<br>(prix 16,80 €) | N° 22 : La santé, un enjeu public                              |
| N° 5 : La santé au travail                 | N° 16 : Les émotions dans le soin<br>(épuisé)      | N° 23 : Ils vont tuer la Sécu !                                |
| N° 6 : Sexe et médecine                    | N° 17 : Des remèdes pour la Sécu<br>(épuisé)       | N° 24 : Le métier de médecin généraliste                       |
| N° 7 : La responsabilité du médecin        | N° 18 : Quels savoirs pour soigner ?               | N° 25 : Hold-up sur nos assiettes                              |
| N° 8 : La santé n'est pas à vendre         |  | N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine                        |
| N° 9 : L'hôpital en crise                  |  | N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé)                  |
| N° 10 : Folle psychiatrie                  |  |  |

### Numéros à 14 €, 16 € et à partir du numéro 43 : 16,50 € + 1,50 € de frais de traitement

- |  |  |  |
|--|--|--|
| N° 28 : Les pouvoirs en médecine                             | N° 36 : La place de sciences humaines<br>dans le soin (épuisé) | N° 41 : Redonner le goût du<br>collectif             |
| N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance | N° 37/38 : Des normes<br>pour quoi faire ? (épuisé)            | N° 42 : Les couples infernaux<br>en médecine         |
| N° 30 : Les sens au cœur du soin                             | N° 39 : Comment payer<br>ceux qui nous soignent ?              | N° 43 : Réécrire le soin,<br>un pari toujours actuel |
| N° 31 : Justice et médecine                                  | N° 40 : Les brancardiers<br>de la République                   | N° 44 : Parler et (se) soigner                       |
| N° 32 : Le temps de la parole                                |  | N° 45 : Le confort au cœur du soin                   |
| N° 33 : L'envie de guérir                                    |  |  |
| N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser                |  |  |
| N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin            |  |  |



N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ?  
(épuisé) - 16,50 €



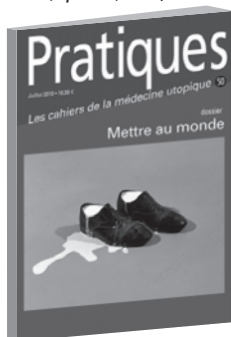
N° 47 : La violence faite au travail - 16,50 €



N° 48 : L'enfermement - 16,50 €



N° 49 : La place du patient - 16,50 €



N° 50 : Mettre au monde - 16,50 €



N° 51 : Que fabriquent les images ? - 16,50 €



N° 52 : Féminin invisible : la question du soin - 16,50 €



N° 53 : Résister pour soigner - 16,50 €

Il est possible d'acheter les numéros 2, 16, 17, 19, 27, 36, 37-38 et 46 épuisés sous forme de fichier .pdf, vous pouvez pour cela soit les acheter en ligne via notre site, soit télécharger le bon de commande sur notre site à l'adresse : [www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html](http://www.pratiques.fr/bulletin-de-commande-des-numeros.html) et de nous le renvoyer avec votre règlement.

Nom ..... Prénom .....

Profession .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Tél. .... Fax .....

E-mail .....





Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé figurant au sommaire index page 98, précédé de la marque de paragraphe §. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : téléchargez un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Un bon logiciel pour cet usage est "Split and Merge" dont il existe une version en français. Il vous permet aussi bien de fractionner à votre guise votre fichier que d'en fusionner les pages que vous désignerez.

Consultez le tutoriel <http://www.pdfsam.org/uploads/pdfsam-tuto-fr.pdf>

Vous y trouverez les liens de téléchargement page 4. Une fois le logiciel installé et ouvert, à Réglages, choisissez la langue (french).

Pour extraire un article :

- Choisir le Module Fusion
- Cliquer sur Ajouter, et choisir le fichier pdf dont vous souhaitez extraire un article.
- Choisir « Sélection de pages » parmi les onglets du menu, en haut, à droite.
- Double-cliquer dans la case du dessous et indiquer les N° de page du début et de fin de l'article, séparés par un tiret.
- Fichier à créer : Choisir un dossier et nommer votre fichier à extraire.
- Décocher Remplacer le fichier existant
- Cliquer sur Exécuter et retrouvez le fichier extrait dans le dossier que vous aurez choisi.

Bonne lecture !

## Sommaire Mots clés

Mot Clé	Page	§Formation initiale, Formation continue	38	§Infirmière, infirmier	52	§Psychologue	46
§Accès au droit	82		40		59	§Recherche	30
			42		60		40
§Accès aux soins	86		46		64		60
			52		67		68
§Adolescent, Jeune	38		56		68		70
§Aide-soignante	22		58		74		
	28		60	§Langage	28	§Reconnaissance	78
	38		64		40	§Réforme	44
	64		67		56		58
§Assurance complémentaire	86		70		70		74
			72				76
§Assurance maladie, Sécurité sociale	82		76	§Maisons de santé	21	§Réseau de soins, réseau de santé	12
	90		88	§Management, productivité, intéressement	64		21
		§Gouvernement, politique, démocratie, Etat	52	§Mondialisation, OMC	52		46
§Avortement, IVG	68		64	§Normes	52	§Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A	34
§Citoyenneté	59		90		70		59
§Classe	24						
§Collectif	72						
		§Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	21	§Nutrition, diététique	58	§Rural – Agricole	38
§Communautaire	36		34	§Orthophoniste	56		
§Comparaison internationale	30		42		70		
	36		59	§Patient	16		67
	60		56	§Personnes âgées, vieillissement	82	§Santé publique	36
§Déficit Sécu	90	§Histoire		§Praticien-chercheur	78	§Savoir scientifique	12
						§Sécurité	34
§Dépendance, APA	82	§Hôpital, réforme hospitalière, gestion hospitalière	22	§Pratique médicale	40	§Travail, Conditions de travail	16
			40		42		22
§Douleur, traitement de la douleur	68		67		44		24
					46		
§Ecoute, empathie, Relation soignant soigné	56	§Identité professionnelle	12		60		44
	88			§Prendre soin	12	§Université	24
§Flexibilité	24	§Inégalités, Exclusion sociale	52	§Professionnalisation	76		30
			86	§Professionnels de santé	72		74
§Formateurs	74						76
		§Infirmière, infirmier	16	§Psychiatrie, santé mentale, psychiatrie de secteur	34		78
§Formation initiale, Formation continue	16		22		36	§Valeur	24
	21		28		72		
	22		30				
			34				
			38				
	28		42				
	30		44				
	36		46	§Psychologue	36	§Violence	68



# Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

## Une revue pour comprendre et agir

Les lieux de soins sont parmi les rares espaces où les individus peuvent encore, aujourd'hui, porter plainte et tisser des liens. Ce sont aussi des lieux où notre société se met à nu et révèle l'ampleur de ses dysfonctionnements.

Depuis ses débuts en 1976, *Pratiques* essaie de repérer, décrypter, analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans le soin et la santé.

Jamais la médecine et son objet – la maladie – n'ont été autant au carrefour du social, du politique, de la philosophie, de l'anthropologie et même de l'art. Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé, aux professionnels des sciences humaines, aux associations d'usagers, les invitant à partager avec nos lecteurs des points de vue inédits, toujours fructueux. Cette dynamique permet à *Pratiques* d'occuper une place particulière dans le paysage des revues. Elle propose une réflexion à partir d'expériences croisées. Et l'objet de ces réflexions, le soin et la santé, concerne tous les citoyens de ce pays.

Certaines avancées techniques fulgurantes bouleversent le soin sans même avoir été pensées ou réfléchies par les soignants et les soignés qui les utilisent. *Pratiques* interroge cette médecine des organes et invite à une médecine du sujet.

*Pratiques* commente les décisions politiques en matière de soin et soutient celles qui allient le débat contradictoire public, l'indépendance d'expression et le souci de l'intérêt général.

*Pratiques* analyse les mécanismes qui conduisent aujourd'hui à des dysfonctionnements, montée du scientisme, de la bureaucratie, de l'augmentation des inégalités sociales de santé.

*Pratiques* s'intéresse aussi aux industries pharmaceutiques et biomédicales qui trop souvent imposent leurs produits et machines selon la seule logique mercantile.

Alors que depuis 2007 s'est ouvert un nouveau cycle pour la revue, nous pensons plus que jamais que :

- L'espace du soin est l'un des derniers lieux possibles de liberté et de subversion ;
- La fonction de soignant consiste d'abord à se poster en sentinelle à l'écoute du sujet et de la société souffrants ;
- Mieux comprendre ce que nous faisons ensemble, soignants et soignés permet de mieux agir sur le plan humain comme sur le plan scientifique.

Forte de ces convictions, la revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* mène une réflexion critique ambitieuse, indépendante et constructive. ■

Pratiques n° 54 – Juillet 2011

## Infirmières, la fin d'un mythe ?

*Pratiques, les cahiers de la médecine utopique* est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont la présidente est Anne Perraut Soliveres.

Directrice de la publication : **Elisabeth Maurel-Arrighi**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

### DOSSIER

Rédacteurs en chef : **Sylvie Cognard, Martine Lalande,**

Rédaction : **Chandra Covindassamy, Sylvie Simon**

Pôle philo et sciences humaines : **Christiane Voltaire**

### MAGAZINE

Rubrique *Actu* : **Marie Kayser**

Rubrique *Santé mentale* : **Eric Bogaert**

Rubrique *Santé au travail* : **Noëlle Lasne**

Comité de lecture : **Christian Bonnaud, Jean-Luc Boussard, Mireille Brouillet, Bernard Coadou, Martine Devries, Patrick Dubreil, Françoise Ducos, Monique Fontaine, Yveline Frilay, Jean-Louis Gross, Christian Jouanolou, Sylvie Lagabrielle, Guillaume Lecarpentier, Philippe Lorrain, Evelyne Malaterre, Claire Martin, Didier Ménard, Didier Morisot, Dominique Pelegrin, Magali Portier, Yolande Rousseau, Cécile Supiot, Pierre Volovitch**

Responsable du site : **Lucien Farhi**

Photo de couverture : **Florence Chevallier**

Florence Chevallier, née à Casablanca en 1955, vit et travaille à Paris. Formée au théâtre, dès ses débuts en 1980 elle est remarquée dans l'exposition du Centre Pompidou Autoportraits photographiques, avant d'être fondatrice du groupe Noir Limite qui défraya la chronique artistique des années 80. L'ensemble de son œuvre, fortement marquée par la psychanalyse et la référence au surréalisme, met en jeu son propre corps, puis celui des autres, dans un questionnement auto formateur permanent. Ses expositions récentes, à Lille, Aix en Provence ou Casablanca, mettent en lumière la dimension solaire et tellurique de son œuvre. Elle a obtenu le Prix Niepce de la photographie en 1998.  
<http://florencechevallier.org/>  
<http://florence-chevallier.blogspot.com/>

Photos du dossier : **Olivier Pasquiers**

Conception graphique : **Safia Ounouh, Eloi Valat**

Secrétaires de rédaction : **Marie-Odile Herter**

Secrétariat, relations presse, diffusion : **Marie-Odile Herter,**

**Lola Martel**

Gestion : **Lucien Farhi**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just La Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : [pao@imp-chirat.fr](mailto:pao@imp-chirat.fr)

### Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél. 01 46 57 85 85 – fax 01 46 57 08 60

e-mail : [revuepratiques@free.fr](mailto:revuepratiques@free.fr)

[www.pratiques.fr](http://www.pratiques.fr)

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2011

Commission paritaire n° 1015G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-03-9

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

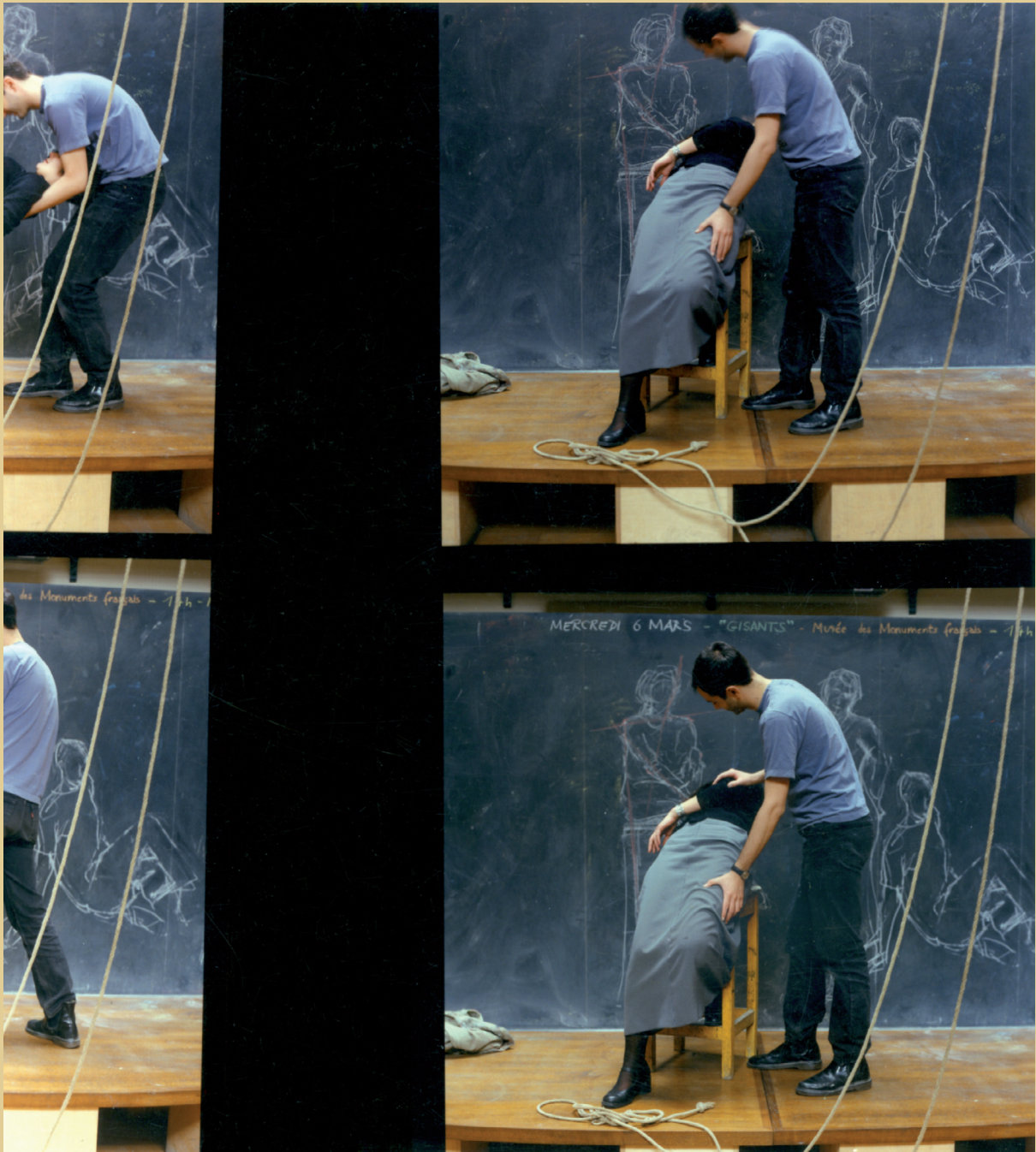
# Pratiques

Juillet 2011 • 16,50 €

*Les cahiers de la médecine utopique*

54

dossier



**Infirmières, la fin d'un mythe ?**

La formation des soignants est entrée dans une phase de turbulences où les enjeux de reconnaissance, de statut et de contenus se chevauchent et rendent difficile le décryptage des enjeux de la réforme. Le modèle universitaire, appliqué à la formation des infirmierEs, Licence-Master-Doctorat, semble davantage destiné à permettre l'accès à la recherche qu'à favoriser l'accomplissement de soins de qualité, respectueux des attentes des personnes. Faut-il que les infirmières renoncent à défendre ce qu'elles sont, qui s'est construit au fil des générations, pour être reconnues ? Et ne risquent-elles pas d'y perdre davantage qu'elles n'y gagnent ?

Des professionnels de terrain, des enseignants, des chercheurs francophones, belges, québécois, suisses mais aussi brésiliens, concernés par ce dossier ou en charge de ces enseignements, confrontent leurs expériences, leurs questions, leurs doutes, mais aussi leur désir de participer à l'avènement de nouvelles perspectives pour les infirmierEs.

Dans le magazine : une analyse du débat actuel sur la « dépendance » et des projets gouvernementaux de recours au financement par les assurances complémentaires, les inégalités qu'entraîne ce même recours en matière d'accès aux soins, une réflexion sur les « déficits » de l'Assurance maladie.

Et aussi, l'analyse par un soignant de son vécu de malade, des notes de lecture qui nous font entendre la psychiatrie dans une « voix différente » et nous amènent dans la « province » d'un médecin russe et sur les « quais de Ouistreham ».

**Prochain numéro : Quelle formation pour les médecins ? Dans l'intérêt des patients**



9 782919 249039

Prix : 16,50 €

ISBN 978-2-919249-03-9

ISSN 1161-3726