

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 dureraient 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. ■