

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 éloquente 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'habitation 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... ■