

Pratiques

101

Les cahiers de la médecine utopique

Avril 2023 • 21 €

Infirmières : une variable d'ajustement ?



Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue à défendre

Depuis ses débuts, en 1975, Pratiques occupe une place particulière dans le paysage des revues. Elle s'efforce de repérer, décrypter et analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans les questions de soin et de santé, au carrefour du social, du politique, des sciences, de la philosophie, de l'anthropologie, de l'art...

Les lieux de soins ne peuvent remplir leur fonction qu'à la condition que la personne puisse y être entendue et prise en compte dans toute sa complexité et sa singularité. Ils doivent lui permettre de repérer l'influence de l'environnement, des conditions de vie et de travail et des dysfonctionnements de la société, sur sa santé dans toutes ses composantes.

Pratiques propose une réflexion, à partir de savoirs croisés, qui nous concerne tous. Son ambition est de contribuer à la défense d'un système de santé de qualité, solidaire et accessible à tous.

Les colonnes de Pratiques sont ouvertes aux acteurs de la santé et du social, aux professionnels des sciences humaines et aux usagers de la médecine, les invitant à partager leurs expériences, leurs points de vue et leurs initiatives dans le champ de la santé. La revue Pratiques, les cahiers de la médecine utopique, mène une analyse critique constructive et indépendante sans publicité ni subvention. Elle est animée par des bénévoles et n'a d'autres ressources que ses lecteurs. **P**

[Vous disposez ici de la version électronique indexée du n° 101](#)

[Page 97 : conseils techniques pour vous en faciliter l'usage](#)

[Pages 98 : sommaire index des mots clés](#)

[Vous pouvez vous servir des signets pour naviguer plus commodément.](#)

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 Éditions 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.

Avril 2023

Infirmières : une variable d'ajustement ?

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont la présidente est Françoise Acker.

La revue Pratiques est éditée depuis 1975.

La nouvelle formule a été dirigée par Patrice Muller jusqu'en 2008.

Directrice de la publication : **Françoise Acker**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

RÉDACTION

Éric Bogaert, Isabelle Canil, Lionel Leroi-Cagniard,

Anne Pagès, Bernard Roy, Catherine Thomas, Jean Vignes

Photo de couverture : **Serge sadois**

Responsable du site : **Éric Bogaert**

Secrétaire de rédaction, diffusion : **Marie-Odile Herter**

Graphisme, dessins : **Éloi Valat**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just-La-Pendue

tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél./fax 01 46 57 85 85

e-mail : revuepratiques@free.fr – www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 2^e trimestre 2023

Commission paritaire n° 0927G83786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-492952-00-5

Des rustines d'or pour un hôpital en état d'urgence

FACE aux difficultés de recrutement médical, dans un hôpital public en plein délitement, de nombreux services et au premier chef les services d'urgence font appel aux intérimaires afin de combler les trous dans le planning. Ces médecins remplaçants, parfois payés à prix d'or, obtiennent des avantages en faisant jouer la concurrence avec le privé. La recherche de tels profits à l'hôpital public pose de sérieux problèmes en termes d'équité, de justice, de décence et de déontologie. **Équité**, car les médecins urgentistes en poste doivent assurer les périodes les plus difficiles dédaignées par les intérimaires (nuits et week-ends) et les tâches institutionnelles, dans lesquelles bien entendu les intérimaires ne s'impliquent pas. **Justice**, car il s'agit d'argent public dans un contexte politique de rationalisation des coûts à l'hôpital public depuis plusieurs années et avec un objectif national de dépense d'Assurance maladie (ONDAM) fixe. Or, en cas d'allocation de ressources finies, toute dépense pour un poste entraîne une restriction de dépenses ailleurs. Justice, encore, car comme il s'agit d'argent public, et comme la santé est un service public, il est normal que la société, représentée par l'État, détermine des limites à ne pas dépasser. Quel autre service public se permettrait ce que l'hôpital se permet ? **Décence**, car à partir de quel niveau de revenu commence-t-on à s'interroger sur son indécence ? Indécence par rapport aux collègues praticiens hospitaliers, mais aussi, et surtout, en comparaison au salaire médian en France et à ceux des autres soignants non-médecins, tout aussi indispensables. **Déontologie**, car avec la loi Rist qui applique un plafond de 1 400 euros depuis avril 2023 pour une garde de 24 heures (par rapport à des tarifs exorbitants allant parfois jusqu'à 4 000 euros), les plus avides fuient le public pour le privé. La loi Rist ne concerne que l'hôpital public. Dans le public, cela entraîne déjà la fermeture de services, dont des services d'urgences. Nombre de nos concitoyens se trouvent en difficulté pour leur santé. En outre, les services qui restent ouverts sont encore plus sollicités. Pourtant le Code de déontologie médical stipule, dans l'article R4127-3, que « le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine. », dans l'article R4127-47 : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée », dans l'article R4127-53 : « Les honoraires du médecin doivent être déterminés **avec tact et mesure**, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières », dans l'article R4127-56 : « Les médecins se doivent assistance dans l'adversité. » L'État semble avoir trouvé la parade en créant de manière *ad hoc* des nouveaux contrats type 2, dits d'attractivité, pouvant aller jusqu'à 10 000 euros nets mensuels. Avec cette mesure, le sentiment d'iniquité entre médecins, et soignants de manière générale, demeure le même et la situation financière des hôpitaux est rendue encore plus difficile. De plus, les tensions sur les équipes s'accroissent, conduisant à un épuisement et à des départs qui aggravent les problèmes. Pour ceux qui restent sur le bateau qui sombre, l'engagement du service public semble désormais se résumer à « plutôt couler en beauté que flotter sans grâce »¹. **P**

1 Référence à l'ouvrage de Corine Morel-Darleux : *Plutôt couler en beauté que flotter sans grâce. Réflexions sur l'effondrement* paru aux Éditions Libertalia en 2019.

Infirmières : une variable d'ajustement ?

4 IDEES

Entretien avec Christophe Dejours
Propos recueillis par Françoise Acker
et Lionel Leroi-Cagniard

Le travail vivant

12 Philippe Svandra

La clinique au cœur du soin infirmier

18 Anne Perraut Soliveres

Responsabilité contre soumission

22 Jean Vignes

Infirmière, au péril de la vie ?

24 Blandine Ponet

Infirmière. Je l'aime pas, ce nom

27 Benjamin Didiot

Du temps pour bien travailler

28 Marie Vonderscher

J'avais tellement idéalisé ce métier

30 Mauricette Crouzet

Travail rêvé, pensées réveillées

34 Annick Jani

Des infirmières aux mains nues

36 Bodelet Claire

Bricoler du temps en plus dans les EHPAD

38 Barbara Rampillon

Être une sage-femme maïeuticienne

40 Sylvie Bouchy

propos recueillis par Léa Schleck

Parcours d'IPA

42 Annick Bernabéo, Bénédicte Delarue,
Mohammad Mouma, Cédric Roueil, Abdoul Wane,
Agnès Weck et l'équipe soignante du foyer
René Capitant

De la valeur face à la pénurie

45 Ingrid Lory

Des jours avec, des jours sans

48 Younous Anriddine

Ces combattantes exploitées

51 Richard Duport

Infirmière en maison médicale belge

54 Amélie Doucet

Qu'est-ce qui nous tient ?

56 Myriam Roubinet

La passion de la rencontre

58 Françoise Acker

Des ajustements subis ou choisis ?

60 Lionel Leroi-Cagniard

De quoi l'évaluation est-elle le nom ?

62 Marie Montas et Clément Le Glatin
propos recueillis par Marie Kayser

IPA-MG une possible collaboration ?

66 Damien Girault

IPA, avec une pointe d'amertume

68 Jean-Pascal Devailly

La réadaptation, variable d'ajustement

74 Athénaïs Seret

La perfusion d'illusions

Les infirmières sont le pivot essentiel de l'organisation des soins.
Or, le mépris de l'institution à leur égard les fait fuir par centaines.

MAGAZINE

80 Anne Delègue

CMP annéciens: feuilleton orwellien ?

84 Stéphane Magarelli

L'hiver de la pensée

NOUS AVONS LU

89 Anne Pagès

• Catherine Thomas

La sage-femme, gardienne de l'eutocie

90 Bernard Roy

• Mohamed Anssoufouddine

Corps errants, cœurs brisés. La double peine

92 Jérôme Pellerin et Gilbert Desfosses

Loi sur l'aide active à mourir

NOUS AVONS LU

94 Willy Gianinazzi

• Charlotte Puiseux

De chair et de fer. Vivre et lutter dans une société validiste



Le travail vivant

Comment mobiliser et tenir ensemble les apports de la psychanalyse, de l'ergonomie, de la sociologie du travail ?

Entretien avec **Christophe Dejours**

Psychiatre, Psychanalyste, Directeur de l'Institut de Psychodynamique du travail

Propos recueillis par **Françoise Acker** et **Lionel Leroi-Cagniard**

Pratiques: Pourriez-vous nous parler de vos travaux sur la question du travail et comment vous avez évolué au cours des années ?

Christophe Dejours : Ma première année d'université, de fac des Sciences, c'était en 1967-1968. C'est de là que c'est parti. Je suis resté fidèle à ce que j'ai compris comme « un message de Mai 68 ». La plupart des gens de ma génération ont soit « oublié tout ça » soit carrément tourné casaque. Mai 68, c'est la plus grande grève de l'histoire de France et la question fondamentale, c'est celle du travail, plus que ça, la question de la santé mentale au travail. C'est à mon avis le thème central de Mai 68, qui n'était certes pas énoncé sous cette forme-là. On ne parlait pas de santé mentale, on parlait d'aliénation. Elle était affichée sur tous les murs de Paris. C'était le travail répétitif sous contrainte de temps, l'aliénation par le travail, le travail aliéné, la destruction de l'Homme par le travail, au moment où s'épuisaient les promesses portées par le système Taylor, le fordisme ; promesse du côté de l'accroissement de la consommation, de l'augmentation du niveau de vie, le bonheur par la consommation. Avoir plus de confort et consommer davantage ne compensent pas l'horreur du travail organisé, avec cette progression de la taylorisation des tâches. Ça fait plus de cinquante ans que ça dure et, maintenant, ce sont les activités de service qui sont en voie de taylorisation. Ce qui était impensable en Mai 68 où c'était essentiellement le travail industriel qui était dénoncé.

J'ai été dépositaire de ça. Après 1968, j'ai connu les conditions ouvrières. J'étais étudiant, c'était une découverte assez invraisemblable de la condition de vie de ces travailleurs immigrés dans des foyers organisés par Renault, en coopération très étroite avec la préfecture de Paris. C'était des conditions infâmes et indignes.

C'est la psychanalyse qui m'intéressait, mais on m'a conseillé de faire médecine plutôt que psycho, donc j'ai fait médecine. J'avais cet intérêt pour la psychiatrie, mais j'avais découvert ces questions du travail. J'ai donc fait deux formations. Un cursus du côté des sciences du travail et un cursus du côté de la psychiatrie et de la psychanalyse. 1968 a été une crise, le pouvoir a eu vraiment peur – pas seulement en France, pas seulement de Gaulle, mais dans le monde entier –, on a eu peur que le capitalisme soit sur sa

fin. C'était une crise sociale en Italie, en Scandinavie, en Suède, au Japon, en Corée, aux États-Unis où elle s'était mêlée à la lutte contre le racisme.

Il y a eu des événements très lourds et des violences terribles. Il fallait trouver des alternatives à l'organisation du travail. Il y a eu un mouvement très fort. Le patronat et les États ont investi des sommes énormes pour essayer de trouver des alternatives au taylorisme et au fordisme et ça a donné la restructuration du parc industriel, la multivalence, la polyvalence, les groupes semi-autonomes, la direction par objectifs... On a expérimenté plein de trucs ! Chez Volvo, le volvoïsme, chez Berliet, chez Renault... Pour pouvoir faire tout ça, il a fallu investir dans la recherche, il y a eu des bourses de recherche financées par le gouvernement.

En 1973, j'étais en cours de médecine et j'ai bénéficié d'une bourse de formation à la recherche sur les conditions de travail, RESACT « Recherche sur l'amélioration des conditions de travail ». J'ai eu une formation de chercheur. On avait l'obligation, en plus de la spécialité dans laquelle on travaillait, d'apprendre une autre discipline. J'ai donc appris médecine du travail, qui se faisait en un an, puis j'ai fait une formation d'ergonomie au CNAM. Parallèlement, je commençais ma formation en psychiatrie et mon projet de recherche portait sur la psychopathologie du travail. J'ai commencé en travaillant avec des biologistes à l'Hôtel-Dieu sur le diabète et sur le métabolisme en travaillant à l'Institut de psychosomatique. J'avais une formation en psychanalyse. Je suis devenu assistant de médecine du travail à la Faculté de médecine de Paris et j'ai monté le premier service de médecine du travail dans l'université, à Paris V. Ensuite j'ai été assistant de médecine du travail à Paris VI, puis à l'Hôtel-Dieu où je travaillais en diabétologie et en psychiatrie.

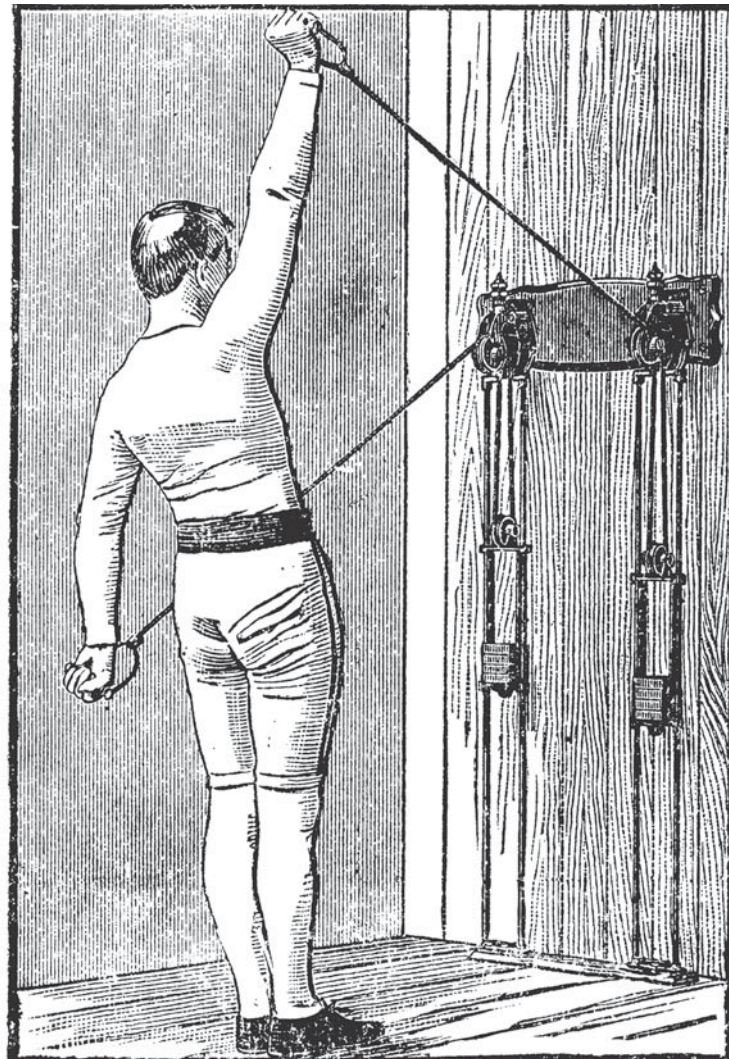
J'ai poursuivi ces deux formations totalement séparées, parce que du côté des sciences du travail et du laboratoire d'ergonomie, la psychanalyse était extrêmement mal vue ! Et du côté de la psychanalyse, il n'était pas question de dire que je faisais autre chose et surtout pas de m'intéresser aux questions du travail. J'aurais été immédiatement exclu comme non-psychanalyste puisque, pour la psychanalyse, la réalité sociale doit rester hors du cabinet. Cette séparation institutionnelle, avec des conflits de disciplines, d'in-

interprétation oblige à se situer ou bien du côté de la société, du côté du travail et des sciences du travail, ou bien du côté de la psychanalyse, de l'individu... C'est cette situation qui m'a permis de soulever ou de reprendre un problème théorique qui est le problème de la double centralité. La centralité connote le point à partir duquel partent tous les mouvements, toutes les impulsions et sur lequel convergent tous les efforts d'analyse et d'interprétation. Dans un véhicule automobile le centre, c'est le moteur. Dans une centrale nucléaire, c'est le « cœur ». Dans un organisme vivant, c'est le métabolisme...

Un sujet majeur lié à l'œuvre de Freud. Je suis un psychanalyste freudien. Ce qui fait véritablement la spécificité de la psychanalyse, c'est la *centralité de la sexualité*. La sexualité, les pulsions sexuelles sont à l'origine du fonctionnement psychique et toute production humaine est d'abord initiée par quelque chose qui part de la pulsion sexuelle. Mais avec tout ce que je faisais du côté de la psychopathologie du travail, et toutes les enquêtes et le travail théorique que j'ai fait avec les ergonomes Alain Wisner, François Daniellou, Catherine Teiger, Antoine Laville et différentes personnes de ce laboratoire, j'étais arrivé à

l'idée qu'il y avait une *centralité du travail*. Centralité par rapport aux questions de santé mentale. Le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé, de la santé mentale. Il peut générer le pire : des pathologies mentales que j'essayais de décrire (et cela va aujourd'hui jusqu'au suicide sur les lieux du travail), mais il peut aussi générer le meilleur. Le travail peut devenir tellement important dans une vie que c'est grâce au travail que non seulement on solidifie, on renforce sa santé, mais peut-être même, on la constitue. C'est le travail comme médiateur de la construction de la santé. Personne n'échappe à cette centralité du travail pour le psychisme. Si on est au chômage, on ne peut plus apporter sa contribution à la société via le travail. On perd alors tous les avantages de la rétribution en termes de reconnaissance et, là, du point de vue psychique, c'est très scabreux et quand on est psychiatre, on ramasse aussi tous les dégâts psychiques du chômage.

Donc, je ne peux pas renoncer à la centralité du travail et je ne peux pas renoncer à la centralité du sexuel. Ça s'appelle la double centralité. C'est un paradoxe parce qu'il n'y a qu'un seul centre. Pour moi, ce problème était posé. C'était d'abord un problème institutionnel, mais c'était aussi un problème théorique. C'est le paradoxe de la double centralité que je n'ai



pas réussi à résoudre pendant dix-quinze ans. Il y avait forcément une solution, mais je n'arrivais pas à l'attraper. Finalement, on est parvenu à trouver la réponse permettant de surmonter le paradoxe. On est là face à des questions très importantes, très intéressantes, passionnantes pour moi, mais peut-être pas pour vous ?

Que se passe-t-il pour les chômeurs, ou ceux qui ont les moyens de ne pas travailler ? Comment vivent-ils ? Est-ce que pour eux le travail est central ? C'est peut-être marginal ?

Ce n'est pas une question de marginalité, c'est une question de définition. Pour vous, le travail, c'est « le travail salarié ». Mais pas du tout ! Si je travaille comme bénévole et que je vais faire Médecin du monde, je travaille... Donc « le travail », ce n'est pas seulement « le travail salarié ». Ça, c'est la conception de la sociologie du travail classique. D'où des conflits d'interprétation avec les sociologues. Le travail, pour nous, c'est « le travail vivant ». Ça va être théorisé par la suite de façon beaucoup plus précise. La définition du travail, je vais vous la donner. Le travail vivant, ça vient de la confrontation entre la psychanalyse et l'ergonomie. Dans le laboratoire de Wisner, les ergonomes démontrent qu'il existe toujours un décalage entre le travail prescrit et le travail effectif. Ça, c'est la grande découverte fondamentale de l'ergonomie, qui est abyssale en réalité, parce que c'est là que se concentrent toute l'énigme et tout le processus absolument passionnant et bouleversant du travail vivant. Tout travail est encadré par des prescriptions, des procédures... Ce qu'ont trouvé les ergonomes, c'est que les gens ne font jamais ce qui est prescrit. Il y a toujours un décalage entre le travail prescrit et le travail effectif. La tâche, c'est ce qu'il faut faire. Ce que les gens font effectivement, c'est l'activité. Tout le problème, c'est ce décalage-là. Pourquoi il existe, de quoi est-il fait et surtout, comment les gens traitent ce décalage. S'ils étaient totalement obéissants et s'ils exécutaient exactement les ordres qu'on leur donne, ça ne marcherait plus ! Aucune industrie, même pas une chaîne de montage, ne peut fonctionner si les gens obéissent strictement aux ordres. Ça s'appelle « la grève du zèle » et ça a été utilisé à certains moments dans les mouvements sociaux.

Le problème, c'est qu'il faut inventer par soi-même le mode opératoire qui va permettre de gérer ce décalage entre le prescrit et l'effectif. Là se trouve engagée toute l'intelligence humaine, toute la subjectivité et, du coup, toute la santé. Le travail vivant, c'est ce qu'il faut ajouter à l'organisation du travail prescrit pour que ça fonctionne. Même les rentiers s'engagent dans des activités de travail. S'ils ne travaillent pas, ça tourne mal. L'oisiveté véritable n'est possible que pour des gens qui sont malades, déprimés, qui n'ar-

rivent pas à investir. Même gérer son capital, c'est du boulot. Louis XVI, sa passion, c'était la serrurerie. Qu'est-ce qu'il mettait en jeu de son fonctionnement psychique et de sa santé mentale dans la serrurerie ? Ce n'était pas seulement un passe-temps. Et les princes allemands qui s'adonnaient à la musique ! La musique, ça ne se fait pas comme ça ! Il faut travailler son piano ! Et si vous voulez apprendre à jouer avec les autres, en musique de chambre ou en orchestre, il va falloir travailler encore plus. On ne peut pas y échapper. Et ce travail, c'est du travail vivant.

Cette centralité du travail avec la centralité de la sexualité se résout de la façon suivante : le travail vivant, ça n'est pas seulement ce que je viens de vous décrire. Il faut ajouter à l'organisation du travail ce qui n'est pas donné par les prescriptions. Et cela, il faut le trouver par soi-même, c'est ce qu'il faut ajouter par soi-même. La *poiesis*, c'est le terme grec pour dire le travail de production, le travail de fabrication. En réalité, pour pouvoir faire ça, il faut que je trouve par moi-même le chemin qui convient ; même lorsqu'il s'agit d'une soudure sur une voiture ! Pour arriver à faire des soudures correctes, à la vitesse et la cadence, il faut que je trouve par moi-même le mode opératoire efficace. Personne n'a jamais enseigné à un ouvrier « à tenir une cadence ». Il va falloir qu'il trouve par lui-même en fonction de sa propre idiosyncrasie, c'est-à-dire sa personnalité, ses caractéristiques physiques, son sexe, son âge, ses antécédents médicaux. Comment va-t-il trouver l'équilibre du corps et de la tête pour pouvoir tenir la cadence ? Il faut qu'il l'invente, ça ne va pas venir comme ça. Pour jouer du piano, c'est pareil, il va falloir y mettre toute sa subjectivité, et pas seulement y penser pendant le temps de travail, mais y penser en dehors de son travail et puis aller jusqu'à rêver de son travail. Ce qu'on appelle « les rêves professionnels », sont en fait « des rêves de travail ». Ils ont un rôle tout à fait important dans la découverte de ces nouvelles habiletés qu'il s'agit d'acquérir. Pour le piano, le chemin par lequel je vais trouver la manière de toucher le clavier, ce n'est pas la même que celle du professeur. Chacun a suivi son chemin puisqu'on n'est pas parti du même endroit, on n'a pas la même personnalité, on n'a pas la même histoire.

Quand on a compris tout ça, on se rend compte qu'acquérir une nouvelle habileté, ce n'est rien d'autre que se transformer soi-même. Il y a, donc, un premier temps dans le travail qui est la *poiesis*, la production, mais je ne réussirai à faire un travail de qualité qu'à condition d'accepter un deuxième temps, qui est le *travail de soi sur soi*, qui va jusqu'aux rêves, qui va envahir ma subjectivité jusque dans mes insomnies, dans mes inquiétudes. Que ce soit pour conduire la centrale nucléaire ou face à des malades, quand on est médecin, psychiatre ou psychologue, ou quand on

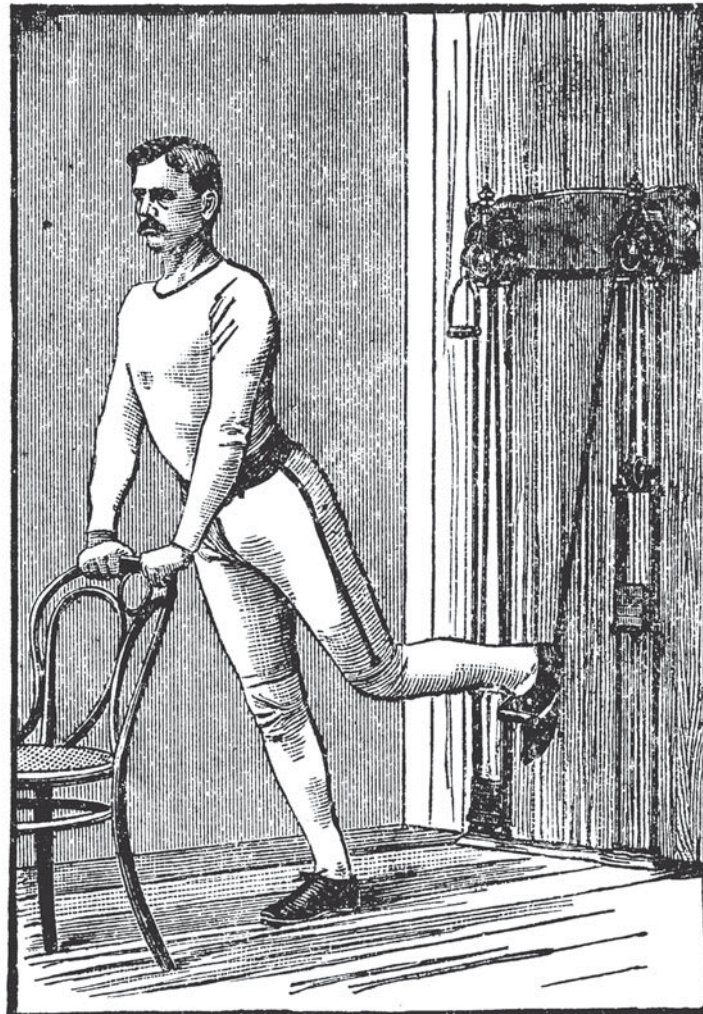
fait du terrain, on est envahi, on est tourmenté par les défis et les difficultés du travail (ce qu'on désigne par le terme de « réel du travail »). Si on ne se laisse pas envahir par ça, on n'arrivera jamais à gagner les habiletés. Le deuxième temps du travail de soi sur soi, c'est ce que Freud discute partout dans son œuvre, qui prend le nom de « *arbeiten* », « travailler », « *die Arbeit* », « le travail ». Il y a un premier temps qui est *poiesis*, et un deuxième temps qui est *arbeit*. Ce sont les deux volets du travail vivant ou les deux faces de la même pièce. Donc il n'y a bien qu'un seul centre.

J'ai mis vingt ans à résoudre ce problème qui était, au départ, un problème institutionnel ! On ne savait pas comment tenir les deux ensemble. Il y avait une contradiction institutionnelle, et un problème théorique qui faisait que, pour pouvoir réamorcer le dialogue entre les cliniciens d'un côté et les sciences du travail de l'autre, voire, les sciences sociales ou la philosophie, il fallait résoudre ce paradoxe. Il n'y a qu'un seul être humain dont la vie est centrée par la sexualité et par le travail vivant.

Il y a une centralité du travail par rapport à la subjectivité. Elle se décline dans cinq dimensions. Il y a la question du travail domestique, qui est un travail à 100 %. C'est un travail extrêmement complexe. Aujourd'hui, on sait qu'il y a le travail domestique d'un

côté et le travail du *care* de l'autre. La théorie du *care* n'existait pas encore à cette époque-là. J'avais déjà commencé à rencontrer des sociologues de la division sociale et sexuelle du travail, Hélène Hirata et Danièle Kergoat. C'est d'elles que vient la thèse de la centralité du travail par rapport à la santé mentale (et éventuellement par rapport à la santé du corps, si on ajoute la psychosomatique). La santé de notre corps dépend pour une grande part de cet engagement de la subjectivité et des retours positifs qu'on peut en tirer, qui confèrent une résistance accrue au corps. On arrive parfois à supporter des choses très dures physiquement parce qu'il y a un investissement et il y a les retours de cet investissement en termes de reconnaissance, de plaisir au travail, d'accomplissement de soi.

La santé, ce n'est pas seulement la centralité du travail par rapport à la santé mentale, voire, la santé du corps. C'est aussi la centralité du travail dans le rapport entre les hommes et les femmes, en ce qui concerne la domination. La domination, avant qu'on parle de théories du genre et des divisions sociales et sexuelles du travail, c'est essentiel. Comme le dit Kergoat : « L'enjeu matériel de la domination des hommes sur les femmes, c'est le travail et, notamment, le travail de reproduction ». Tout ce que les femmes apportent dans la famille traditionnelle est un énorme travail,



gratuit, exploité qui va nous amener à faire une clinique du travail domestique. La théorie du *care* nous a permis de développer une série de concepts sur l'analyse du travail domestique à la lumière du travail ouvrier. C'est la deuxième dimension de la centralité.

La troisième dimension de la centralité, c'est la centralité du travail par rapport à la cité, la centralité politique du travail. Il n'y a pas de neutralité du travail vis-à-vis de l'ordre social et de l'ordre politique. Dans le travail, on peut apprendre le meilleur, ça demanderait toute une discussion entre nous là-dessus : « pourquoi le travail peut-il apporter le meilleur sur le plan politique ? » Ça passe par une théorisation qu'on a élaborée en psychodynamique du travail. Elle porte sur un point extrêmement précis qui est la question de la coopération, de l'écart, non plus entre la tâche et l'activité, mais entre *coordination* et *coopération*. Quand on entre dans cette clinique, on découvre que pour que la coopération fonctionne, il faut des espaces de délibération dans lesquels les gens discutent de « comment on fait », et pas seulement de ce qui est efficace ou inefficace, de ce qui est vrai ou faux, mais aussi de ce qui est juste et injuste, de ce qui est bien et ce qui est mal, de ce qui est équitable.

Si vous êtes un homme ou une femme, vous n'avez pas le même rapport au boulot. Ce ne sont pas les mêmes impacts si on est vieux ou jeune, si on a tel et tel antécédent. La délibération traite tous ces problèmes pour arriver à des accords normatifs et une activité de création de règles qu'on appelle l'activité déontique. Or, cet espace de délibération est construit exactement comme l'espace public au sens d'Aristote, au sens de la cité. C'est l'espace public dans lequel les gens vont ouvertement confronter leurs opinions. Il s'agit, à propos du travail, de discuter sur quelle base se feront les accords, puis les accords normatifs en matière d'organisation du travail. Ce sont des opinions : quand on a un argument qui ne porte pas seulement sur l'activité et sur la rationalité instrumentale, mais également sur les dimensions éthiques et les enjeux de santé mentale, on a ce qu'on appelle « une opinion ». Et donc, l'espace de délibération permet un échange d'opinions. Dans une équipe infirmière par exemple. C'est là que je l'ai appris la première fois, quand j'étais médecin des hôpitaux. J'ai eu la chance de vivre des pratiques extraordinaires avec les infirmières, avec les internes, avec la femme de ménage. Les femmes de ménage ont connaissance d'un certain nombre de choses sur les patients. Elles connaissent des choses sur la chambre du malade que personne ne peut savoir sauf elles. Donc elles découvrent des trafics, des médicaments cachés, de l'alcool... mais ce n'est pas seulement ça ! Quelquefois, le malade ne parle qu'avec une seule personne, la femme de ménage ! Pas l'infirmier, pas le psychologue, pas le psychiatre, non ! La seule qui a le contact avec le patient, c'est la femme de ménage parce qu'elle fait le ménage ! Le psychotique avec elle, il parle !

Elle a des choses à dire sur le patient que personne d'autre ne peut dire.

On a des statuts, des spécialités, des métiers différents, mais quand on est dans l'espace de délibération, tout le monde est égal, il n'y a plus de hiérarchie. Ce qui est important, c'est que chacun puisse apporter son point de vue, puisqu'on parle d'un malade. « Qu'est-ce qu'on pense ? », « Moi, j'ai des trucs à vous dire » et elle dit des choses ! Martine, qui est femme de ménage, dit : « Moi, je pense qu'il faudrait faire comme ça », « Ben, on va faire comme a dit Martine ! » Un accord normatif incroyable peut ainsi se dégager grâce à la femme de ménage.

C'est une délibération orientée vers l'entente, vers la concorde. Ce sont deux choses différentes. L'entente, c'est : arriver à quelque chose d'efficace ; la concorde, c'est : on part du principe que ce qui est fondamental, c'est qu'on arrive à continuer à discuter ensemble. Donc, la concorde, c'est un principe majeur. La concorde et l'entente, ce n'est pas pareil. L'entente, c'est le partage du sens, de la signification des choses. La concorde, c'est en plus... Cet espace, ne tient pas par magie, il tient parce que chacun y met du sien pour entretenir la concorde. C'est l'exercice même de la démocratie.

Le travail vous pouvez y apprendre le meilleur : apprendre à parler, à dire ce que vous pensez, parce que ça ne marche que si tout le monde se mouille. Si on ferme son bec, ça veut dire qu'on ne joue pas le jeu. Non ! On doit parler. Mais quand on se met à parler, on prend un risque : que les autres ne soient pas d'accord ! Vous êtes obligé de vous justifier. Ce n'est pas si facile que ça de parler et de dire ce qu'on pense. Et puis, ce qu'on apprend aussi dans ces espaces, c'est à écouter. Et ça ne marche que s'il y a une équité entre le risque que prend celui qui parle et le risque que prend celui qui écoute. Et le risque d'écouter, il y en a un, c'est énorme, c'est d'entendre ! Et si vous entendez ce que dit l'autre, avec qui depuis deux ans vous êtes en désaccord, et que vous ne pouvez pas saquer, vous vous dites : « Hé, mais ce n'est pas con du tout, ce qu'il dit ! Ben, peut-être que je me suis trompé sur lui ? » Puis là, tout commence à vaciller : c'est vous qui êtes déstabilisé parce que, finalement, vous vous rendez compte que vous vous êtes trompé. Écouter, c'est très dur.

Dans une équipe infirmière, par exemple, on discute et on prend le temps de parler. Dans ces espaces-là, on peut apprendre la démocratie, parce que la démocratie, ce n'est pas seulement une théorie, même si c'est d'abord une théorie du gouvernement des Hommes. Pour moi, la démocratie, ce sont des pratiques. La démocratie n'existe que si on acquiert les habiletés et les compétences démocratiques. Et ça s'apprend. Vous n'êtes pas démocrate parce que vous avez des opinions ! Certains ont des opinions démocratiques, sauf que dans leurs pratiques, ils sont

antidémocrates, ce sont des tyrans ou des serviteurs du tyran. Et donc, ils n'ont rien compris à la démocratie, parce que la démocratie, ça se pratique, c'est l'exercice d'oser dire ce que l'on pense, d'écouter les autres, et ça s'apprend. Le lieu principal d'apprentissage de la démocratie, c'est le travail. Il y en a un autre qui est fondamental, c'est l'école, qui ne fait plus ce boulot-là du tout, qui ne l'a pas toujours très bien fait, d'ailleurs, mais enfin, qui le faisait mieux qu'elle ne le fait maintenant.

La troisième dimension de la centralité du travail est politique : si on n'apprend pas ça, on apprend ce qui a cours aujourd'hui : la concurrence déloyale, la manipulation, la destruction des gens. On apprend à harceler, à démolir, à déstabiliser. Ce qui est en train de se passer, c'est qu'on apprend non seulement l'instrumentalisation qui va jusqu'à l'asservissement des gens, mais également la destruction intentionnelle des gens. Vous avez aujourd'hui des directeurs d'hôpitaux qui sont responsables de suicides dans le personnel soignant et ont déjà plusieurs morts à leur actif. Des médecins, des infirmiers sont morts parce qu'ils ont été traités d'une manière odieuse. À l'Office national des forêts, vous avez des agents forestiers qui se suicident parce qu'on leur fait faire des choses incompatibles avec les règles de métier et avec l'éthos de métier. Ça s'appelle « la souffrance éthique ». Et tous ces directeurs des hôpitaux ou des forêts poussent les gens à trahir les règles de métier. Ils obligent les soignants à devenir maltraitants, puisque c'est eux qui sont face aux malades et qui maltraitent les vieux, les malades mentaux, parce que maintenant on les cogne, on les entrave tout le temps ! Enfin, c'est invraisemblable ! Quand j'étais médecin des hôpitaux à l'hôpital psychiatrique, pendant dix ans, on n'a jamais entravé un patient ! Je n'ai jamais vu ça !

C'est une dégradation de la psychiatrie. C'est deux siècles de retour en arrière !

Il y a une quatrième dimension : la *centralité économique du travail*. C'est un problème fondamental. Certains plaident pour la fin du travail et vont jusqu'à écrire des livres comme *Le travail : une valeur en voie de disparition ?*¹... C'est aberrant. 1) Le travail ne s'arrêtera pas ; 2) l'origine de la richesse, c'est le travail. Le travail vivant, c'est le point de départ de la production de la richesse, ça l'a toujours été et ça le sera toujours ! La centralité économique du travail est un problème fondamental qu'il faut entièrement reprendre parce que l'économie du travail a disparu !

À l'époque où je faisais ma formation, il y avait des économistes du travail avec qui je bossais, comme Benjamin Coriat. Il n'y a plus qu'un seul économiste du travail : Christian du Tertre. Les autres ont lâché la question du travail.

La centralité qui vous intéresse moins, mais qui est

très importante scientifiquement parlant, c'est la *centralité épistémologique* du travail. Si vous prenez la science comme « là où s'accumulent les connaissances produites par les chercheurs, par les savants... ». Il y a deux façons de l'aborder : ou vous considérez que la connaissance existe par elle-même, ou bien vous entrez dans les procédures qui permettent d'arriver à la production des connaissances. Si on se met à étudier la recherche scientifique comme un travail vivant, si on commence à regarder comment on produit les connaissances, le statut de la connaissance n'est plus du tout le même. Il y a une procédure de production et là, on se rend compte que c'est beaucoup plus compliqué que ça et qu'en plus, c'est du travail vivant ! Finalement, vous vous rendez compte que le travail est dans un rapport apophasique à la connaissance scientifique. C'est un rapport négatif. Le travail est toujours la mauvaise conscience de la science : par exemple, je m'appuie sur la connaissance scientifique, sur la fission nucléaire pour monter une centrale nucléaire. Sauf que ça ne marche pas comme l'a prévu la science. Heureusement qu'il y a des êtres vivants qui font le travail vivant pour rattraper la centrale lorsqu'elle se met à dériver

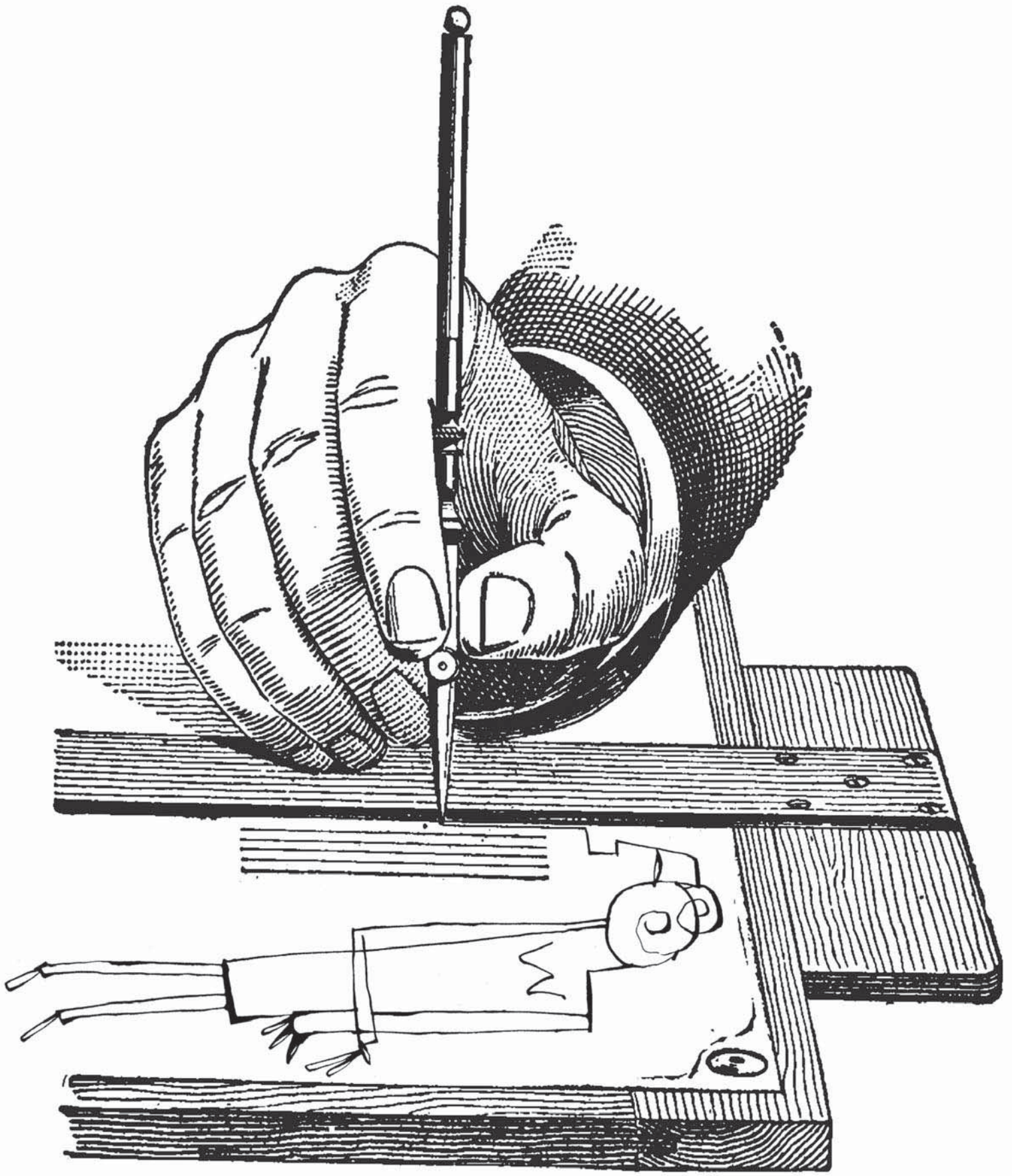
Quand je parle du travail vivant, j'arrive devant des problèmes que la science ne connaît pas ! L'expérience du travail montre que « ça ne marche pas » ! Parce qu'il y a le réel du travail. Le réel : ce qui se fait connaître à celui qui travaille par sa résistance et la maîtrise. L'expérience du réel, c'est le travailleur qui en dépositaire. À ce moment-là, la connaissance qu'on avait jusque-là apparaît comme plus relative et finalement, on a cru qu'on savait, mais on découvre qu'on ne savait pas. Le travail est la mauvaise conscience de la science parce qu'il révèle les failles de la science, parce qu'il montre qu'à elle seule, la science ne permet pas de maîtriser le monde.

C'est en même temps ce qui fait marcher la science.

Voilà. Et c'est seulement dans un deuxième temps... Premier temps : le réel se fait connaître sous la forme négative de l'échec de la science à connaître et à prévoir l'état du monde. Deuxième temps, je peux reprendre l'échec de la science – l'incident non prévu – et dire : « Maintenant, il faut le mettre en expérimentation scientifique. Il faut examiner ce qui s'est passé ». Et c'est comme ça, en fait, qu'elle marche, la science.

Si on parle du travail vivant, le statut de la science et de la connaissance n'est plus le même parce que c'est par le travail qu'apparaissent les vraies questions, par le réel... C'est toujours le travail vivant qui nous alerte et nous oblige à produire des connaissances nouvelles. **P**

1 Dominique Méda, *Le travail, une valeur en voie de disparition ?*, Flammarion, 2010.



Infirmières : une variable d'ajustement ?

BALLOTTÉES depuis toujours entre *desiderata* des médecins, volonté d'économies, pénuries organisées, décrets d'actes qui changent en fonction des nécessités, les infirmières restent le pivot essentiel de l'organisation des soins à l'hôpital comme en ville.

Quid des valeurs qui les portent et qui semblent tomber en désuétude ?

C'est probablement là que le bât blesse. Depuis des décennies, la revue *Pratiques* alerte sur les conditions dans lesquelles on les fait travailler, or leur situation n'a fait que s'aggraver. L'hôpital entreprise, avec son *lean management*, a achevé de corrompre l'ensemble des métiers qui mettaient un peu d'humanité dans une médecine de plus en plus technique, centrée sur les organes et leurs dysfonctionnements, ajoutant aux difficultés des patients.

Il ne s'agit pas d'occulter les progrès indéniables de cette médecine, mais de poser la question du vécu par les patients de cette déshumanisation extrêmement rapide. La subjectivité compte pour beaucoup dans l'expérience de la maladie et c'est précisément dans cet espace que se situe le rôle propre des infirmières, dans cet espace négligé par la médecine et que les managers sont en train de faire disparaître. En effet, les infirmières n'ont plus le temps d'établir la relation privilégiée avec les personnes malades qui permet de les soigner et ne trouvent plus leur compte dans l'exercice de leur métier. Elles démissionnent en masse jusqu'à obliger la fermeture de 20 % au moins des lits hospitaliers. Les « techniciens du soin » qu'on tente de faire advenir ne sont pas des soignants, ce sont au mieux des exécutants, au pire des maltraitants. Tout est fait pour décourager les professionnels, qui tiennent encore sur des valeurs humaines, sur le désir d'aider ceux qui en ont besoin, sur le souci d'un autre souffrant que chacun de nous est, ou sera, à un moment ou un autre de sa vie.

Ce n'est pas la pseudo-intelligence artificielle qui va prendre soin de la population, pas plus que la dématérialisation des soins ou les consultations à distance, qui ne sont que des pis-aller en attendant que quelqu'un veuille bien prendre la peine de soigner. Cette évolution délétère fait le beurre de tous ceux qui ne veulent pas affronter la souffrance de trop près et qui ne s'intéressent qu'aux seuls « progrès » techniques et scientifiques, quitte à ce que ces progrès fassent l'impasse sur la relation et la singularité, qui sont les bases incontournables du soin.

Comment sauver ce qu'il reste d'humanité dans la profession d'infirmière avant qu'elle ne disparaisse complètement ? Manifestement l'universitarisation de la formation n'a pas eu le moindre effet pour la reconnaissance de ce métier entre rigueur nécessaire et écoute du sujet souffrant.

Comment renverser une politique de santé qui est en train de faire disparaître le service public et les valeurs qui le portent, comment résister au sabotage de ce que les soignants ont tant de mal à construire ? Comment retrouver le goût d'un soin qui ne se résume pas à son coût ? **P**

La clinique au cœur du soin infirmier

Cet article vise à rendre hommage à Mireille Saint-Etienne, décédée brutalement en 2019, pour son engagement au développement d'une clinique en soins au service de la prise en charge des patients et de leurs proches¹.

Philippe Svandra

Infirmier, docteur en philosophie, ancien cadre supérieur de santé formateur IFCS, coordinateur universitaire à l'Université Paris-Est Créteil pour les IFSI, intervenant en éthique soignante

Àu début des années 2000, Mireille Saint-Etienne, cadre formatrice, cherche à délimiter les contours d'une clinique en soins infirmiers pas toujours alors bien définie, en pointant d'emblée les difficultés liées au fait de mobiliser simultanément, et de façon ambiguë, des savoirs, des méthodes et des outils. Selon elle, les savoirs spécifiquement infirmiers restaient en effet encore flous en raison, entre autres, des conditions pratiques de production d'une connaissance infirmière, de la confusion entre démarche clinique et démarche de soins (la première se référant à la fois à la démarche médicale et aux sciences humaines et sociales, la seconde se référant à la démarche de résolution de problèmes de santé), l'usage des outils pour le diagnostic ou pour le suivi des thérapeutiques². Mireille Saint-Etienne s'inscrivait, en ce sens, dans le prolongement des figures incontournables de la profession que sont, entre autres, Marie-Françoise Collière, Catherine Mordacq ou René Magnon. Il est intéressant de noter que ces trois grands noms de la profession ont tous enseigné, à un moment ou l'autre, à l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS) de Lyon³. Au cours des années 1970-1990, le rôle de cette institution reconnue par l'Organisation mondiale de la santé dans la production et la diffusion des savoirs infirmiers a été incontestablement primordial. S'inspirant donc de l'expérience novatrice de l'EIEIS, ainsi que du développement de la pratique avancée infirmière dans le contexte anglo-saxon, et s'éloignant volontairement des luttes professionnelles visant à positionner les infirmiers principalement par rapport aux médecins, Mireille Saint-Etienne a imaginé une autre voie capable de dessiner de nouvelles conditions de déploiement de la clinique en soins infirmiers. Dans cette optique, il s'agissait pour elle de commencer par permettre aux soignants d'investir pleinement le champ du diagnostic et celui de la thérapeutique et, par conséquent, de penser la complémentarité des rôles entre les métiers médicaux et paramédicaux. Passant de la théorie à la pratique, elle met en place à l'Institut de formation des cadres de santé Sainte-Anne (IFCS-CHSA), puis

au Centre hospitalier de Chartres, une formation certifiante intitulée : « Formation clinique en soins infirmiers » qui visait à enrichir et développer les connaissances du raisonnement clinique, s'appliquant à une diversité de situations : relation d'aide, prise en charge des patients douloureux ou atteints de maladies graves, processus de deuil, etc.

Bien que consciente des transformations qui secouent déjà le système de santé et l'organisation des soins, des enjeux de la standardisation des pratiques médicales se répercutant alors sur les pratiques infirmières, des tensions et des contraintes pesant sur l'activité infirmière, Mireille Saint-Étienne fait le choix de résister aux questions strictement liées à l'organisation et au management hospitalier en plein développement en défendant une vision de la clinique en soins infirmiers. C'est ainsi que va naître peu à peu le projet d'un master en sciences cliniques en soins infirmiers destiné aux infirmiers en exercice⁴. Dans cette aventure, Mireille Saint-Etienne va enrôler progressivement, et avec obstination, une diversité d'acteurs appartenant pour certains au monde professionnel du soin, dont moi-même, et pour d'autres au champ des sciences humaines et sociales. En 2010, la mise en place de ce master⁵ en partenariat avec le centre hospitalier Sainte-Anne (CHSA) et l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yveline (UVSQ) traduit ainsi la volonté de dépasser la posture d'auxiliaire médicale historiquement fondée sur l'évolution de la médecine. En permettant progressivement à la clinique des soins infirmiers de se structurer et renforcer son champ de recherche et d'intervention tout en formant des infirmiers spécialistes cliniques en soins infirmiers (ISC) en nombre, l'objectif était de rendre possible en France les conditions de mise en place d'un cursus complet en « sciences infirmières »⁶ allant jusqu'au doctorat. D'où le choix délibéré de la dénomination d'Infirmière spécialiste clinique, suivant ce qui existait déjà depuis de nombreuses années en Suisse et au Québec. Dans ces pays, les infirmières cliniciennes en pratique avancée sont reconnues à la fois pour leurs actions vis-à-vis des patients et de

leurs proches, mais aussi en matière de santé publique. Recourir à cette dénomination avait pour objectif de dessiner les contours d'un nouveau métier au sein de la profession infirmière en France par l'acquisition d'une spécialisation en clinique dans un champ aux contours délimités aux soins infirmiers, autorisant ainsi une recherche clinique en soins infirmiers autour de trois domaines de spécialisations : psychiatrie et santé mentale, douleurs et soins palliatifs, maladies chroniques et dépendances, dans l'objectif de répondre aux problèmes majeurs de santé publique soulevés par ces domaines.

L'ambition et les enjeux de ce cursus universitaire étaient donc forts pour Mireille Saint-Etienne et l'équipe pédagogique qu'elle avait constituée⁷ et les défis étaient nombreux pour nous, puisqu'il s'agissait de rendre possible la reconnaissance et le développement d'un champ clinique spécifique aux infirmières. L'idée maîtresse guidant cette entreprise semblait relever pourtant de l'évidence tant l'équipe pédagogique partageait la conviction qu'une profession se définit par le corpus de connaissances fondamentales sur lesquelles s'appuient ses principales activités, qu'elle est capable d'enrichir par la recherche. La formation devait en conséquence porter une vision globale de la personne et de son entourage confrontés à des questions de santé ou de maladie, de handicap ou de perte d'autonomie. Il s'agissait de donner aux infirmières des savoirs et des outils cliniques pour répondre aux situations complexes en soins en créant un espace d'élaboration et de théorisation des pratiques.

La création de ce master en pratique n'avait toutefois rien d'évident. D'une part, il faut avoir en tête qu'à ce moment-là (début des années 2010), il n'exis-

tait aucune filière universitaire en sciences infirmières et humaines réservée spécifiquement aux infirmières. Autrement dit, sauf à s'éloigner de leur métier, les infirmiers n'avaient aucune possibilité d'approfondir ce qui constitue le cœur de leur pratique, à savoir « les soins » dans leurs multiples dimensions. D'autre part, le monde universitaire (à de rares exceptions près) méconnaissait, voire méjugait, le champ des soins infirmiers. Ainsi, et à titre d'exemple, on ne peut que déplorer que les infirmières aient été très peu sollicitées pour intervenir dans les débats autour de l'éthique et le travail du *care*, alors que la nature même de leur pratique quotidienne leur donnait *a priori* une légitimité incontestable dans ce domaine⁸.

Un métier renouvelé pour les infirmières, la voie manquante du développement d'une recherche clinique en soins infirmiers

Évidemment, les infirmières n'ont pas attendu l'accès à de telles formations à l'université pour développer des compétences et investir le champ de la clinique. En revanche, l'absence d'espace identifié et reconnu par la profession, les administrations et les établissements sanitaires ne permettait pas de pouvoir structurer la production, la diffusion et la traduction en pratique de ces savoirs. Les compétences ainsi développées restaient invisibles et non reconnues. Partant, cette nouvelle formation universitaire proposait, pour la première fois en France, une autre voie par rapport aux filières professionnelles existantes : management, pédagogie, sans oublier les trois spécialités infirmières reconnues en France (infirmière



anesthésiste diplômée d'État (IADE), infirmière de bloc opératoire diplômée d'État (IBODE) et puéricultrice). L'enjeu était fort, car il s'agissait tout à la fois de permettre aux infirmières une progression de carrière en ayant la possibilité d'investir le champ de la clinique, de participer activement à la recherche en soins infirmiers, tout en accédant à une formation de niveau master, gage d'une véritable reconnaissance académique. Cette reconnaissance permettait également, d'envisager autrement l'apport du travail du *care*, la clinique en soins infirmiers et l'accompagnement des carrières, notamment hospitalières.

Ce nouvel exercice professionnel confrontait en effet les infirmières à des problématiques cliniques singulières nécessitant tout à la fois des savoirs, des méthodes et des outils, des dispositions intellectuelles, une solide expérience et des connaissances spécifiques. La complexité des situations à accompagner exigeait d'elles une haute compétence clinique qui n'était pas (et n'est toujours pas) reconnue à sa juste valeur. L'ensemble de l'équipe pédagogique portait la conviction que la seule dimension médicale ne peut répondre à l'ensemble des problématiques de santé. Il s'agissait dès lors pour ces infirmières de porter, comme spécialistes cliniques, une approche beaucoup plus large intégrant une dimension sociale et relationnelle tant dans les aspects curatifs que préventifs. C'est en cela que ce master en soins infirmiers revendiquait pleinement un fondement interdisciplinaire à l'image de la santé publique. Toutes les disciplines des sciences humaines et sociales – anthropologie, sociologie, psychologie, histoire de la médecine et des sciences, médecine, philosophie et éthique, pédagogie et sciences de l'éducation... – y étaient représentées afin de transmettre des savoirs, des méthodes et des outils, tant pour mener à bien des recherches que pour construire des savoirs et des pratiques spécifiques en soins infirmiers. Les sciences humaines constituaient ainsi la colonne vertébrale de ce cursus de façon pleinement assumée. Pour Mireille Saint-Etienne, il existe en effet « de nombreux points de convergence entre “démarche clinique en sciences humaines” et “démarche clinique en soins”, en particulier dans les dimensions du lien avec la pratique, de l'importance de la relation, et de réévaluation du social »⁹.

Penser les transformations du métier en s'assurant une zone d'autonomie et de responsabilité dans le champ infirmier

Pour soutenir cette voie alternative, dans un premier temps, le choix a été de ne pas chercher à déborder le champ réglementaire des soins infirmiers en ne revendiquant pour les ISC aucune dérogation particulière pour assurer des actes médicaux. Cette approche présentait par ailleurs l'avantage d'éviter une posture conflictuelle avec les médecins. En contrepartie, les futures ISC devaient nécessairement trouver

des alliés dans leur environnement d'exercice afin de négocier leurs tâches quotidiennes de travail. Autrement dit inventer une forme de leadership clinique en parvenant à se faire reconnaître dans leur environnement d'exercice par leurs capacités et leurs compétences tant personnelles que professionnelles. La formation avait pour objectif initial de leur permettre de renforcer et d'enrichir la position transversale, et non hiérarchique, dans le métier d'infirmier. Nous considérons cette position comme garante de l'efficacité de ce rôle, mais aussi comme un moyen d'éviter de mettre en compétition les rôles que peuvent occuper les infirmiers. On comprend ainsi que l'enjeu ne concernait pas seulement les seules relations entre ISC et médecins. Les différentes activités cliniques des ISC à la frontière avec d'autres acteurs du soin (psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens...) pouvaient en effet générer certaines tensions. Au sein même de la profession infirmière, des résistances pouvaient surgir avec notamment les directions des soins, les cadres de services ou experts et les infirmières de spécialités.

Parallèlement, Mireille Saint-Étienne et moi-même plaitions activement auprès des établissements et des autorités administratives pour que les ISC puissent bénéficier d'une autonomie renforcée et d'une montée en responsabilités sur les niveaux de la conception, de la décision et de l'évaluation dans leurs actions auprès des patients et des équipes. Pour Mireille Saint-Étienne, « la clinique en soins infirmiers (...) est distincte d'une pratique de soins centrée sur des actes techniques, et différente d'une centration sur le psychologique qui ne prendrait en compte ni les effets psychiques des atteintes somatiques, ni les conséquences corporelles des pathologies ou de traitements médicaux »¹⁰. D'un point de vue organisationnel, les ISC n'avaient pas pour but de s'insérer dans la hiérarchie paramédicale, à égalité ou dépendant du cadre de santé. L'enjeu était de parvenir à ce qu'elles puissent « faire autorité » et être reconnues par les autres acteurs du soin pour leurs compétences cliniques spécifiques. Les ISC devenaient une ressource supplémentaire, identifiées dans les équipes de soin, capables, à terme, de développer une pensée infirmière distincte en adaptant des concepts issus du champ des sciences humaines au domaine des soins, de décider des stratégies de soins favorisant le développement du potentiel des personnes soignées et de leur famille en relation avec les théories de soins infirmiers, de veiller à valoriser chez les personnes soignées leur engagement et leur capacité à être acteur de leur propre santé.

Plus précisément, au moyen de cette formation, elles pouvaient assurer de manière autonome leurs compétences dans de nombreux domaines allant de l'évaluation des situations cliniques au suivi de personnes présentant des pathologies complexes, en passant par le diagnostic de situations de santé, la mise en place d'interventions spécifiques, la supervision

des équipes de professionnels de la santé dans leur fonction clinique afin de développer une réflexion collective en soin, la recherche et la création d'outils visant l'amélioration de la qualité des soins infirmiers, l'élaboration d'enseignements cliniques adaptés aux besoins des services, etc.

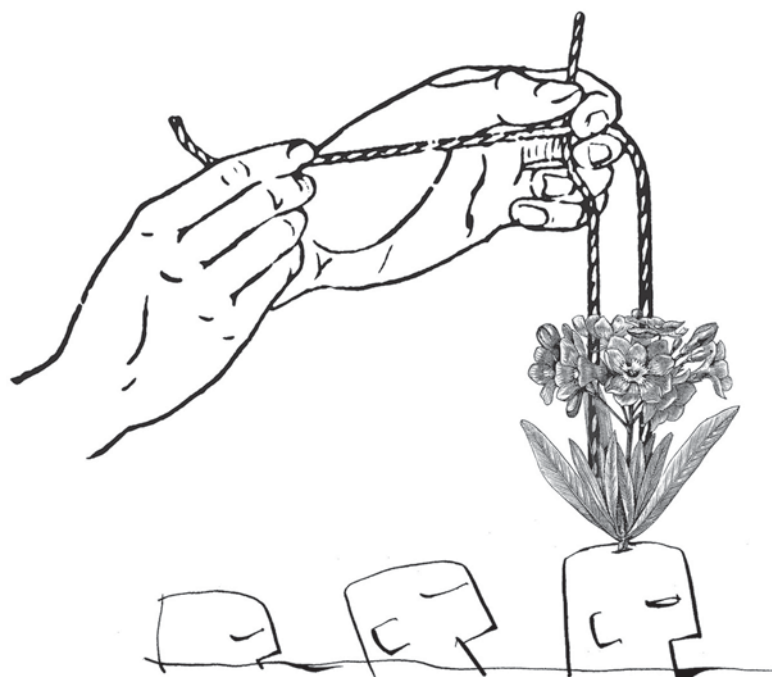
Dans la confrontation à un réel qui, inévitablement, résistera au travers notamment de certains corporatismes, l'objectif à terme de ce master était bien – à l'hôpital, dans le médico-social comme en libéral – de rendre possible de nouvelles modalités de prise en soin sur la base d'une clinique infirmière clairement revendiquée. Nous savions bien que l'essentiel allait *in fine* se jouer dans la manière dont ces professionnelles investiraient au quotidien sur le terrain cette pratique nouvelle, comment les étudiants du master, promotion après promotion, réussiraient dans la réalité à faire vivre et « habiter » cette nouvelle fonction en passant en quelque sorte du « travail prescrit » au « travail réel ». Mireille Saint-Etienne et moi-même cherchions donc à préparer les étudiants à affronter cette réalité. En ce sens, nous avions conscience d'accompagner la naissance et le développement d'un nouvel éthos professionnel¹¹. Nous savions que le chemin serait forcément parsemé d'embûches et ne serait pas un long fleuve tranquille, c'est en effet ce qui est arrivé... notamment avec la loi de 2016.

Une histoire interrompue – par le décret relatif à l'exercice des infirmiers en pratique avancée – qui ne demande qu'à renaître

La loi de modernisation du système de santé français¹² de 2016, qui élargit les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé

publique, reconnaît ainsi le statut d'infirmier en pratique avancée (IPA). Rendu effectif en 2019¹³, les pouvoirs publics ont fait alors le choix délibéré de mettre en place, pour former ces futures professionnelles, un cursus universitaire visant à former des infirmières essentiellement praticiennes en leur octroyant un diplôme d'État d'IPA et un grade de master¹⁴.

À y regarder de plus près, l'institutionnalisation du statut d'IPA ne s'inscrit que très partiellement dans le prolongement des infirmières cliniciennes initiées au début des années 2000¹⁵. Si les missions de conseil, d'éducation, de prévention et de suivi de traitements qui s'offrent aux IPA ont pu ouvrir certaines perspectives de carrières et d'opportunités pour le corps infirmier, on ne peut cependant que regretter que ce statut ne valorise pas (du moins autant qu'on pouvait l'espérer) le champ de la clinique en soins infirmiers. D'autant plus que, par ricochet, la création de ce nouveau statut a mis indirectement un coup d'arrêt aux autres alternatives, puisque les nombreuses infirmières attachées à l'exercice de la clinique ne trouvent plus de débouchés universitaires. L'avenir de tous les cursus à profil ISC (existant comme celui de Sainte-Anne¹⁶ ou éventuellement en projet) apparaît en effet aujourd'hui comme largement compromis... du moins tant que la législation ne reconnaîtra pas l'exercice spécifique des ISC. On comprend en effet aisément qu'en ne considérant pas comme des IPA les étudiants issus de master comme celui de Sainte-Anne, les pouvoirs publics ont (volontairement ou involontairement ?) envoyé un signal fort qui a eu pour conséquence de décourager, d'une part les universités intéressées à mettre sur pied ce type de formation et, d'autre part, les quelques établissements de santé qui étaient encore prêts à financer cette formation universitaire de deux ans. Autre conséquence, les ISC



déjà formées (plus d'une centaine de personnes pour notre master) n'ont pas été reconnues dans leurs activités. Elles se sont alors trouvées dans l'obligation de se tourner vers le diplôme d'IPA¹⁷ pour être autorisées à continuer d'assurer leurs fonctions, notamment transversales, afin de respecter le décret d'application de 2018.

Dans la controverse que nous vivons actuellement concernant la mise en place en France de la pratique avancée, il serait pourtant particulièrement utile de rappeler qu'à l'échelle internationale, la pratique avancée en soins infirmiers regroupe en réalité deux métiers distincts : les infirmières spécialistes cliniques (ISC) et les infirmières praticiennes (IP). La définition officielle du Conseil international des infirmiers de la « pratique avancée de soins infirmiers » est à cet égard particulièrement intéressante : « Une infirmière qui exerce en pratique avancée est une infirmière diplômée qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. » Dans cette perspective, pour Christophe Debout, « la pratique avancée ne saurait être une simple substitution d'infirmières pour assumer certaines activités dévolues jusqu'alors aux médecins ou la réalisation isolée d'actes techniques relevant jusqu'alors d'une prérogative exclusivement médicale »¹⁸. Il y a déjà quarante ans, Marie-Françoise Collière rappelait pour sa part qu'un métier « qui se laisse absorber par un autre, ou qui a besoin de devenir l'autre pour se sentir valorisé – en restant toujours dans l'ombre de celui qui en détient le droit d'exercice – ne peut prétendre à être reconnu »¹⁹. En ce sens, face à des situations de soins complexes, les IPA dans leur fonction d'ISC auraient toute légitimité pour soutenir leur point de vue clinique original qui ne consisterait pas à adopter l'approche biomédicale pour laquelle les médecins resteront nécessairement toujours plus légitimes. Stratégiquement parlant, Mireille Saint-Etienne considérerait comme vain et inutile de se focaliser sur la revendication d'un champ d'activité en se confrontant aux autres professionnels de santé (et pas seulement aux médecins). Pour elle, il était plus avantageux et assurément moins conflictuel de soutenir et nourrir une position et un regard clinique et « ne pas confondre “champ d'activité” et “champ de savoir”, de penser plutôt les choses en termes de position clinique [...] celle qui va donner un autre sens au symptôme, c'est-à-dire avoir un point d'observation qui change »²⁰.

À l'instar des pays producteurs d'une clinique en soins infirmiers que sont le Canada ou la Suisse, il y aurait à la fois un intérêt pour l'organisation des soins infirmiers hospitaliers et libéraux face à la grave et dangereuse pénurie d'infirmiers et un intérêt pour la profession infirmière de développer véritablement une pratique clinique novatrice en soins infirmiers, assurée notamment par des ISC qui seraient enfin re-

connues officiellement. En bref, en empruntant les mots de Dominique Friard, il faudrait éviter que la seule façon de valoriser le métier soit, paradoxalement, le fait de cesser d'être infirmière, « en occupant un rôle auxiliaire médical, sans se préoccuper des soins quotidiens, sans toucher les patients, et sans se laisser toucher par eux »²¹. En ce sens, selon lui : « ce n'est pas la pratique qui doit être avancée, mais la réflexion clinique et la formation »²².

En guise de conclusion : il est urgent de « prendre soin » de l'idée de soin et de revendiquer la clinique en soins infirmiers !²³

Il faudrait préférer défendre et promouvoir l'exercice de la clinique en soins infirmiers en l'enrichissant, et reconquérir une juste et légitime reconnaissance sociale : retrouver ainsi la fierté d'être soignant. Cette fierté revendiquée peut nous permettre de consolider la confiance en notre expérience et en notre culture professionnelle, afin d'éviter de nous voir un jour dépossédés par d'autres de notre raison d'être, de notre cœur de métier qui est, et doit rester, le soin. L'enjeu est majeur pour notre profession, car, comme le rappelle Stanley Cavell : « sans cette confiance en notre expérience qui s'exprime par la volonté de trouver les mots pour le dire, nous sommes dépourvus d'autorité dans notre propre expérience »²⁴. Cette confiance est essentielle, car elle est à la source d'un sentiment d'appartenance professionnelle nécessaire qui doit nous préserver du découragement et d'un possible isolement.

C'est cet engagement pour le soin qui permet d'assumer avec un certain contentement, sinon bonheur, les difficultés quotidiennes d'une profession qui, on le comprend progressivement en l'exerçant, finit par donner une autre dimension à son existence personnelle. Sans évidemment tomber pour autant dans un corporatisme réducteur et à terme stérile, il s'agit en revanche de préserver, de défendre et élargir un espace autonome et spécifique qui nous permettra de retrouver du sens à un engagement soignant qui ne cesse de nous interroger, et particulièrement depuis la crise sanitaire que nous venons de vivre. Le diagnostic de Dominique Folscheid est, à cet égard, toujours d'actualité : « Il faut se faire une raison de cette déraison : nous ne souffrons pas tant d'un manque de moyens que d'une pénurie de sens²⁵. »

Ainsi, à l'instar des pays qui disposent des deux métiers d'IPA (praticiennes et cliniciennes), nous sommes intimement persuadés qu'au-delà des circonstances actuelles liées à la pénurie médicale, ce sont des infirmières occupant pleinement chacune leur rôle (même si une coopération entre elles est évidemment souhaitable) qui pourront faire reconnaître la pratique avancée au travers de la plus-value qu'elles seront en mesure d'apporter au quotidien aux malades

comme à l'ensemble des institutions de soin. C'est ainsi que les IPA, riches de leurs deux composantes, entreront de plain-pied dans le paysage sanitaire et médicosocial français. Elles seront perçues alors par

tous (patients, médecins, soignants, institutions, société) comme une évidence, et non plus comme une réponse ponctuelle et essentiellement conjoncturelle d'ajustement à la pénurie de médecins. **P**

- 1 Cet article doit beaucoup aux riches échanges que j'ai pu avoir avec Lynda Sifer qui a été, comme sociologue, une intervenante majeure dans le master en sciences cliniques en soins infirmiers du Centre hospitalier Sainte-Anne.
- 2 Mireille Saint-Etienne, « Éléments d'une clinique en soins », *Recherche en soins infirmiers*, 2006/1, n° 84, pp. 11-15.
- 3 On ne peut à ce sujet que regretter que l'EIEIS de Lyon, créée en 1965, n'ait pas pu perdurer. Cette école, si elle existait encore, nous aurait fait gagner assurément beaucoup de temps et nous serait fort utile dans les débats actuels sur l'avenir de la profession d'infirmière. Sur le rôle joué par l'EIEIS et ses apports aux débats actuels sur l'avenir de la profession infirmière, voir Michel Poisson, *Recherche en Soins Infirmiers*, 2019, n° 139, « L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (1965-1995). Un lieu de production, de diffusion et de développement des savoirs des soins infirmiers en France dans la seconde moitié du XX^e siècle ».
- 4 Pour être admis dans ce master, les infirmières devaient avoir une expérience professionnelle d'au moins quatre ans et être détentrices d'un certificat en clinique infirmière ou d'un Diplôme Universitaire (DU) en relation avec le champ de la clinique (soins palliatifs, psychiatrie, plaies et cicatrisation, éducation thérapeutique, gériatrie...).
- 5 Après plusieurs tentatives infructueuses avec différentes universités en 2008, une prise de contact avec le professeur D. Annane (UFR de Santé de l'UVSQ) aboutira trois ans plus tard à la mise en place d'un master « sciences cliniques en soins infirmiers ». Isabelle Rémy-Largeau reprendra en 2018 la coordination pédagogique de ce master.
- 6 Même si le qualificatif de « sciences infirmières » peut légitimement nous interroger. En effet, cette science n'a pas pour objet « l'infirmière » en tant que telle, mais bien les soins infirmiers. On remarquera à cet égard que la traduction de « *science of nursing* » ne correspond pas exactement à « science infirmière », peut-être parce que le terme de « *nursing* » est malheureusement trop connoté en français. Par ailleurs, nous ne reprendrons pas ici le vieux débat pour savoir si les soins infirmiers relèvent de la science ou de l'art.
- 7 On peut penser entre autres à Lynda Sifer, Anne Véga, Michel Poisson, Éric Zaoui, Marie Thérèse Célis, Michèle Benoit, Monique Formarier, Marie Laurène Menini, Anne Marie Filiozat, Dan Lecoq...
- 8 Ainsi, à l'exception notoire d'un numéro de la revue *Recherche en soins infirmiers* de l'ARSI (n° 122 de mars 2015) consacré au *care*, il n'existe quasiment pas de contributions infirmières sur ce thème notamment dans les revues de philosophie ou de sociologie. J'exclue ici les travaux sur la théorie de human caring de Jean Watson qui représente une approche humaniste des soins infirmiers essentiellement à usage interne.
- 9 Mireille Saint-Etienne, *La clinique en soins infirmiers. Vers des pratiques innovantes*, De Boeck Estem, 2012, p. 48.
- 10 *Idem*, p. 68.
- 11 L'*éthos* étant défini dans ce cas comme un système de croyances, valeurs, normes et modèles qui constitue un cadre de référence commun à un groupe d'individus, partageant les mêmes pratiques professionnelles.
- 12 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- 13 Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.
- 14 La loi reprenait en cela le même schéma que celui de la formation initiale infirmière (DE d'infirmier et grade de licence octroyé par des UFR de médecine).
- 15 On pourrait en ce sens avancer que ce statut ne fait que reconnaître des pratiques déjà existantes, mais qui n'avaient pas d'existence officielle (les certificats d'infirmières cliniciennes étaient, et sont encore octroyés par des organismes privés non reconnus).
- 16 C'est ainsi que le master en sciences cliniques en soins infirmiers est suspendu depuis septembre 2021. Aucune promotion n'a vu le jour depuis.
- 17 Des passerelles ont été ainsi proposées par les universités selon des modalités différentes localement pour répondre à cette situation. Certaines ISC ont été ainsi reconnues IPA sans trop de problème quand d'autres ont dû repasser plusieurs UE.
- 18 Christophe Debout, conférence tenue en juin 2016 pour le CEFIEC, « Pratique avancée en soins infirmiers ».
- 19 Marie-Françoise Collière, *Soigner premier art de la vie*, Elsevier Masson ; 2^e édition, 2011, p. 212. Dans ce livre, l'auteure rappelle (p. 6) que, dans son manuel, *Soigner, ce que c'est et ce que ce n'est pas*, la grande théoricienne britannique du *nursing* du XIX^e siècle qu'était Florence Nightingale avait pu affirmer cette sentence pour le moins radicale : « les soins et la médecine ne doivent jamais être mêlés. Ils se nuisent ». Dans la note de bas de page concernant cette citation, Collière précisait : « Florence Nightingale veut signifier que les soins et la médecine ne doivent jamais être assimilés, confondus, sans que cela soit nuisible. Cela ne veut pas dire qu'ils n'ont pas à coexister lorsqu'il y a nécessité de traitement, au contraire. »
- 20 Mireille Saint-Etienne, *La clinique en soins infirmiers. Vers des pratiques innovantes*, op. cit., p. 44.
- 21 Dominique Friard, *Epistémologie du soin infirmier*, Séli Arslan, 2021, p.49.
- 22 *Idem*, p. 167.
- 23 « Idée » doit ici être entendu au sens platonicien du terme comme la chose en soi définie par sa pureté selon Gilles Deleuze.
- 24 Stanley Cavell, *À la recherche du bonheur, Hollywood et la comédie du remariage*, cité par Sandra Laugier, Stanley Cavell, *Cinéma et philosophie*, Paris, Presse de la Sorbonne Nouvelle, 2001, p. 268
- 25 Dominique Folscheid, « Notre médecine est-elle malade ? », *Éthique. La vie en question*, n° 19, 1996, p. 16.

Responsabilité contre soumission

Face à la destruction des lieux de soins qui ne cesse de gagner du terrain, il serait intelligent de réhabiliter le métier d'infirmière plutôt que le laisser dépérir, car il s'avère une ressource non négligeable dont la pandémie a laissé entrevoir la capacité de réaction prometteuse et hors du commun.

Anne Perraut Soliveres

Cadre supérieur infirmier, praticien-chercheur

Ma première rébellion d'infirmière a eu lieu lorsque je venais tout juste d'obtenir mon diplôme d'État. Mon premier poste en réanimation chirurgicale thoracique, alors que je me sentais très démunie du fait de mon inexpérience, m'a mise au bout de quelques nuits d'exercice face à une situation qui allait déterminer mon attitude durant toute ma carrière. Je devais transfuser une patiente et la surveillante m'avait amené le flacon de sang. C'était bien avant l'épisode du sang contaminé, mais le professeur qui nous avait enseigné la réanimation avait insisté sur la nécessité de tester tout produit sanguin avant de le poser et avait exigé que nous le mettions en rouge dans nos cahiers. Je réclamai donc à la surveillante les sérums tests nécessaires, ce qu'elle prit comme une provocation... Elle me répondit que le sang était testé au laboratoire et que je n'avais pas à en discuter... J'insistai donc en lui rétorquant que si je ne pouvais pas le vérifier, je n'engagerais pas ma responsabilité et ne le poserais pas... Je me souviens encore de son étonnement assorti de mépris (je compris par la suite qu'elle était d'une incompétence crasse, sortant d'une longue expérience de surveillante de lingerie, peut-être même n'était-elle pas infirmière...). Elle appela le réanimateur de garde pour me forcer à obtempérer, tout en me menaçant de sanctions (je n'étais pas très sûre de moi et craignais de me faire engueuler...). À son arrivée, le médecin me demanda qui était le professeur auquel je me référais et... le félicita en légitimant mon refus... Il décida de poser lui-même le flacon pour ne pas me mettre dans l'embarras et s'engagea à nous fournir les sérums tests nécessaires pour la suite. Cette manière de me faire d'emblée remarquer me valut les foudres de l'équipe de jour, furieuse de devoir désormais vérifier les flacons... Il faut dire que dans ces services ultra-spécialisés, les équipes de jour étaient souveraines, la nuit étant le parent pauvre dont on n'écoutait guère les soignants qui y travaillaient. Je fus, du fait de cette première « fronde », confortée dans l'idée de ne jamais céder sur ce que je croyais juste, ce qui n'aurait pas de ma tranquillité, mais constitua le socle des valeurs

qui me permirent de continuer à apprendre et travailler sans me démotiver. En l'occurrence, ce sont les réanimateurs de garde qui assurèrent ma formation, très technique et médicale, mais indispensable à ma sérénité professionnelle future. D'emblée, je fus donc plutôt solidaire avec les médecins, ce qui explique que si je ne céda pas facilement sur mes principes, je n'en concevais pas pour autant de rancœur à leur égard. Cependant, les petites humiliations qui ont émaillé ma prise de conscience de cette soumission originelle problématique s'appuyaient toutes sur la suprématie de la médecine, sa « vérité » indiscutable et le surplomb des médecins. Sans être dupe du paternalisme qui constituait la base du rapport médecin/infirmière, je m'en accommodais et essayais plutôt la méthode douce pour remettre leurs prescriptions en question quand elles me paraissaient erronées ou abusives. Bien sûr, il me fallut beaucoup d'années de pratique avant d'acquérir l'expérience qui me permettra d'oser aller questionner des décisions médicales et de les discuter avec eux.

La soumission est une maladie honteuse

La soumission fait des ravages dans toutes les strates de notre société, à commencer par les plus « basses » (mais pas seulement...) Elle est particulièrement dommageable pour les infirmières qui semblent incapables de s'en émanciper, malgré des décennies de tentatives avortées, mais aussi du fait de leur propre passivité. Sortiront-elles un jour de leurs interminables attermoiements, entre phobie du conflit et individualisme qui les privent de collectifs agissants ? Leur désir à peine voilé de légitimité « scientifique » se heurte à une paresse intellectuelle qui les empêche d'argumenter valablement sur ce qui fait leur cœur de métier et qui mériterait la plus grande attention. La disqualification de leurs savoirs humains complexes, faute d'avoir su les revendiquer, mais surtout d'en faire valoir la pertinence, les a plongées dans une frustration qu'elles n'ont pas vu venir. Or, pour les décideurs, ces savoirs n'en sont pas, tout au plus les considè-

rent-ils comme allant de soi, comme évidences. « Tu as choisi de soigner, donc tout ça est normal, tu dois tout supporter sans te plaindre et en laissant ta vie au vestiaire. » Combien de fois ai-je entendu cet insupportable déni de ce que demande justement l'apprentissage de ces aspects de la fonction soignante, ceux qui font dire aux infirmières que le métier, c'est autre chose que les actes, sans avancer le moindre élément à faire valoir. Car, c'est là que le bât blesse, il ne suffit pas d'avoir raison de se plaindre, encore faut-il apprendre à démontrer en quoi cette maltraitance institutionnelle dégrade leur travail, la qualité des soins, de leur vie avec les patients et le système, et donc de leur survie dans la profession. Car il est évident que c'est en grande partie sur les infirmières que reposent le soin et son organisation sur le territoire dont ont besoin ceux qui ne vont pas bien. Dans les hôpitaux, c'est une des raisons principales des fermetures de lits dans les services. La crise liée à la pandémie l'a mis en évidence, mais n'a pas permis pour autant de le faire valoir durablement. Nous savons tous que la souffrance au travail n'est pas spécifique aux infirmières, mais elles cumulent de nombreuses contraintes qui affectent douloureusement leur santé psychique et physique. Au cours d'une conférence sur la pénibilité des métiers, j'ai répondu à un jeune postier qui me signalait qu'à La Poste aussi, on était confronté à des usagers : « Il doit quand même être assez rare que les gens viennent mourir à votre guichet... »

Certes, la déliquescence des services publics est un problème majeur qui touche la société bien au-delà des services de soins, mais tous ceux qui ont en commun d'affronter la souffrance, la douleur, la misère et la mort, ceux donc qui doivent engager beaucoup d'eux-mêmes dans leur travail pour y faire face, devraient être protégés des logiques comptables et des gestionnaires incompetents, car il y va de la survie de leurs missions comme de leur santé psychique.

Une émancipation problématique

À la décharge des infirmières, rien n'a été fait pour encourager cette émancipation qui leur permettrait de se libérer du joug et de délimiter un territoire professionnel qui leur permette de construire une profession pleine et entière. Travailler en harmonie avec les autres soignants comme avec les médecins nécessiterait qu'elles s'en distinguent, autant par les contenus que par les pratiques, et qu'elles assument la responsabilité qui en découle. Cela pourrait sembler évident, mais cette vision du métier est loin d'être partagée par les infirmières qui persistent à attendre que la reconnaissance vienne « parce que je le vaudrais bien »... Ce serait pourtant un sacré défi car elles pourraient alors constituer une force de propositions considérable si elles faisaient l'effort de s'unir pour enfin développer une philosophie du soin qui n'a pas grand-chose à voir avec « les sciences infirmières »

qui se sont fourvoyées dans une voie que la plupart des infirmières n'ont pas validée. La preuve en est donnée par la création des IPA, « infirmières de pratique avancée », sorte de hochet consenti pour faire face à la pénurie organisée des médecins. En échange de spécialisation dans un domaine délimité, mâtinée d'un nouveau formatage, il s'agit surtout de la reconnaissance d'une compétence acquise dans une spécialité, ce qui a toujours été refusé aux infirmières DE (diplômées d'État). Cette compétence allait pourtant de soi avant que l'on ne taylorise le travail de soin et qu'on instaure la fameuse « polyvalence » pour initier la mobilité forcée des infirmières afin de favoriser la confection des plannings par les logiciels. Hélas, qui dit polyvalence dit déni de cette compétence qui se construisait dans la fréquentation d'une spécialité sur une assez longue durée, dans leur insertion dans une équipe expérimentée pleine de ressources grâce à l'expérience de pratiques spécifiques. Quand il n'y a plus à penser le geste, on peut enfin être présent à la personne et à ce qu'elle nous dit. Nous en voyons les effets dans les fuites inédites du métier par les infirmières, sorte de mobilité choisie en réponse...

J'y vois un pas de plus dans la destruction du métier de base qui, à l'heure de son universitarisation au rabais, perd encore un peu plus de ses contenus professionnels valorisants qui seront désormais réservés aux IPA.

Le compte n'y est pas

Les outils du *new management* les ont gravement desservies, tant sur le fond en disqualifiant tout ce qui ne se compte pas, ne fait pas recette, que sur la forme, par toutes les nouvelles contraintes, de temps, de mobilité, de langage et d'évaluations insensées et chronophages. L'absence dramatique d'esprit critique, induite par la puissance de la formation à l'obéissance, associée à une pauvreté conceptuelle des fondamentaux du métier de soignant, ont laissé les décideurs, uniquement focalisés sur les économies, vider le métier de sa substance, de ses valeurs et du sens que les acteurs pouvaient lui accorder. Sans compter le plaisir de travailler et d'apprendre, voire d'inventer de meilleurs outils, qui a disparu en même temps que se refermait le piège des protocoles et les évaluations qui s'y rapportent. Car c'est bien là le véritable drame des infirmières, le sens, qui leur permettait, parfois même à leur insu, de traverser les nombreuses épreuves que comporte leur exercice, a disparu, balayé par tous ces dispositifs destinés à rationaliser (qui se rapprochent dangereusement de rationner) sous le prétexte d'« optimiser », c'est-à-dire *in fine*, dans le but de réduire leur temps de présence auprès des patients, mais également à faire disparaître les temps d'élaboration en équipe, de réflexion commune à propos des patients. Fallait-il être résolument sourd et aveugle, voire incompetent, pour ne pas anticiper les

conséquences pour les intéressées et pour les patients qui ne trouvent plus du tout leur compte. Les virages trop serrés et trop rapides font souvent sortir de la route...

Dans les années deux mille, il y a donc plus de vingt ans, alors que je discutais âprement avec la directrice du personnel (on ne parlait pas encore des ressources humaines...) de la désaffection que je sentais venir chez les infirmières du fait des changements brutaux de mentalité de l'encadrement et des discours moralisants sur la « mauvaise organisation qui conduisait à des pertes de temps », elle me dit : « Vous n'êtes pas Madame Soleil ! La gestion à l'affectif, c'est terminé... Il est temps de passer à un véritable *management*, plus rationnel. » Or, si les bons comptes font les bons amis, nul doute que le compte est très loin d'y être et que les managers, aussi efficaces se croient-ils sur le papier, n'ont rien vu venir de la fuite qu'ils ont provoquée qui allait conduire de nombreux services à fermer, faute d'infirmières pour les faire tourner. En 2001, je posais publiquement la question des cinquante mille infirmières formées qui n'exerçaient pas... en 2022, c'est plus de cent cinquante mille qui ont déserté un métier qui n'a pas tenu ses promesses, voire a démolé les plus motivées, et ce n'est pas fini. Et pourtant, elles ne sont pas très exigeantes, pas assez hélas, il a donc fallu qu'on leur en fasse avaler des couleuvres pour les détourner ainsi de leur métier, qu'elles aimaient malgré ses vicissitudes. Les valeurs humaines, comme l'attention à un autre souffrant, la prise en compte des besoins fondamentaux d'une personne, ceux qui ne comptent pas dans le grand logiciel de ce qui rapporte, demandent un altruisme qui, s'il n'est plus d'actualité dans la société, constitue pourtant le socle du métier de soignant. C'est ce qui compte le plus aux yeux des infirmières, puisque leurs salaires sont très en dessous de ce qu'elles méritent. Le sentiment d'avoir pu être là au bon moment, d'avoir soulagé une douleur, un mal-être, le regard appuyé d'un patient à qui l'on a été utile, un merci sincère, c'est ce qui les paie de leur engagement, les soulage et les répare de l'effort permanent sur soi qui permet de s'occuper des autres. Peut-être serait-il temps, face au constat d'une telle incompétence doublée du mépris des instances dirigeantes, de leur demander des comptes et d'exiger réparation. Car ce n'est pas faute de les avoir alertées, de multiples parts, que leur volonté de rationaliser à l'excès un métier qui demande un tel investissement personnel pourrait coûter cher au système de santé. Le sentiment de perte d'humanité, dont les dirigeants sont gravement responsables, va bien au-delà de la disparition des infirmières en poste puisque les instituts de formation ne recrutent plus assez et perdent en chemin plus d'un cinquième des effectifs (en 2021, les IDE diplômées représentent 81 % des inscrites en première année, soit 19 % qui se sont perdues en route). Car les étudiants font état de conditions de formation indignes et indignes,

voire volontairement maltraitantes dans des stages où ils sont encadrés par des personnels n'ayant aucune expérience ni réflexion sur le métier. Comment alors espérer un progrès quand le minimum syndical n'est pas là ?

Une dramatique crise du sens

Il y a quelques antinomies entre les diverses aspirations des infirmières, qui pourraient bien expliquer leur inertie et brouiller le paysage. Du côté de la science, il n'y a pas d'espoir de reconnaissance quand les médecins eux-mêmes doivent composer entre ces savoirs théoriques, chèrement acquis, et la nécessité de soigner qui fait intervenir bien d'autres compétences et capacités qu'ils maîtrisent encore moins que les infirmières, et qui sont très peu abordées lors de leurs longues années d'études. Le métier de médecin exige lui aussi de multiples savoirs dont la science n'est pas le plus difficile à acquérir.

Ces savoirs humains, savoir-être, savoir-faire, capacité d'écoute et nécessité de prendre en considération l'environnement social et affectif de la personne qui présente des symptômes, ne s'enseignent pas par QCM et pourtant, ils s'apprennent. Ils s'acquièrent dans la durée de l'observation, par l'expérience, dans la confrontation à l'impuissance, à condition de bénéficier d'un compagnonnage de qualité, ce qui laisse de plus en plus à désirer. C'est la métabolisation de ces expériences positives comme négatives, exposées dans un collectif soutenant et ouvert, qui prépare des professionnels du soin, médecins comme infirmières, aux multiples situations qu'ils auront à vivre tout au long de leur carrière. C'est en les évoquant, en confrontant les ressentis dans l'équipe, que l'on se forge au fil du temps une capacité à faire face à l'adversité, à l'échec, à la survenue d'événements indésirables. C'est au sein d'un collectif bienveillant que tout devrait se parler, dans le respect du point de vue de chacun, entre tous ceux qui interviennent auprès des patients. C'est dans une « bonne équipe » que l'on peut se former sans se détruire, développer la confiance et le soutien qui permettent de prendre les décisions les moins mauvaises, voire parfois, les meilleures. Tout le contraire de ce que la situation actuelle nous impose. Et qu'on ne vienne pas m'objecter que c'est cette situation qui est à l'origine de ce fonctionnement désastreux, quand j'ai vu se mettre en place tout ce qui l'a amenée...

La responsabilité ne se subit pas, elle se prend

C'est parce que l'infirmière vit depuis des décennies dans l'ombre protectrice du médecin, ce dont la plupart s'accommodent un peu trop facilement, qu'elle ne se précipite pas sur la prise de responsabilité qui l'obligerait à sortir de ce relatif confort puisque, quoi qu'il

advienne, elle ne prend aucune décision. Les petites humiliations qui ont émaillé ma prise de conscience de cette soumission originelle problématique s'appuyaient toutes sur la suprématie de la médecine, sa « vérité » indiscutable et le surplomb des médecins. La tendance à regarder du côté de l'aura médicale ne fait que conforter les infirmières dans l'idée que rien ne viendra de la médecine qui leur apporterait une reconnaissance qui semble toujours s'éloigner. Il suffit pour s'en convaincre de voir les manifestations d'hostilité de certains médecins face à la perspective de confier aux IPA des tâches qu'ils se réservaient jusque-là sans pouvoir réellement les assumer. La plupart des actes techniques médicaux peuvent tout à fait être réalisés par les infirmières qui ont les mêmes capacités que les médecins de les apprendre et d'en comprendre les enjeux et les risques. Tout est affaire de formation et c'est là qu'il serait opportun d'apporter des correctifs et de remettre les soignants dans le bain de la pratique, encadrée par des soignants expérimentés. On est encore loin de la collaboration qui pourrait sans doute se développer face à une désertification des territoires qui prive nombre de nos concitoyens d'accès aux soins. Or, cette estime de soi, dont ont tant besoin les infirmières, et qu'elles méritent sans aucun doute, ne peut venir que d'elles, encore leur reste-t-il à s'en rendre compte et à travailler à construire leur espace de compétence, certes en lien avec la médecine et les médecins, mais surtout au plus près des patients qui en ont besoin plus que jamais.

Malgré des décennies de prise de conscience, de revendications multiples, où elles n'ont rencontré que mépris de leurs conditions réelles de travail, aggravé de la non-prise en compte des spécificités de leur métier et de sa pénibilité physique comme psychique, elles n'ont pas investi cette place auprès des populations comme si elle était de moindre importance, de moindre valeur. Au contraire, elles persistent à stagner du côté des médecins tout en s'en plaignant. D'autres se dirigent du côté du *management*, donc se mettent sous la coupe de l'administration. Hélas, pour avoir dirigé quelques mémoires de fin d'études, j'ai pu apprécier l'inanité des formations à l'encadrement, où toute perspective d'ouverture est condamnée par des programmes stérilisants... Encore une fois, on fait croire

aux infirmières qu'elles accèdent à une plus-value alors qu'on les assigne à gérer l'ingérable. Les autres se démettent faute de s'être forgé les armes dont elles ont besoin pour résister au non-sens qui les décime.

Cette situation finit par avoir raison de leur engagement auprès des patients, aboutissant à une fuite massive d'une partie non négligeable d'entre elles qui abandonnent le bateau pour ne pas sombrer avant lui. Tout est en place pour que rien ne change.

Il faut donc en finir avec la soumission qui empêche depuis toujours cette profession et l'empêche de s'épanouir. Son histoire religieuse, comme sa composition majoritairement féminine expliquent en partie le boisseau qui continue à recouvrir son identité, mais si les hommes s'en tirent un peu mieux que les femmes, ils restent quand même prudemment dans le carcan de la soumission, tout en se dirigeant souvent vers les aspects les plus techniques du métier, les spécialisations ou les postes d'encadrement.

La crise des métiers de l'humain

Notre système de santé qui fut, du moins nous l'a-t-on largement répété, « le meilleur du monde », est arrivé à un état de déliquescence qui n'en finit pas de rebuter les plus motivés. Les médecins ont été particulièrement lents à comprendre à quel point certaines réformes, qu'ils ont soutenues, voire encouragées, étaient destructrices de la valeur du soin, celle qui n'est pas assimilable à l'addition des prix accordés aux actes. Ils en paient également le prix aujourd'hui et beaucoup d'entre eux suivent les infirmières dans leur abandon d'un métier qui ne fait plus recette. La crise actuelle des vocations n'est donc pas un accident, elle s'est patiemment construite sur les ruines d'une organisation du travail qui s'est transformée en management sauvage et destructeur.

Il serait urgent de retrouver la fierté du travail bien fait, le sentiment d'être utile, le bonheur de travailler avec d'autres en y trouvant son compte.

Ainsi, en ces temps d'ébullition des laboratoires, toujours si prompts à « innover » quand ça paie, on pourrait peut-être leur demander de chercher un vaccin contre la soumission, pour le bénéfice de toute l'humanité... **P**

Infirmière, au péril de la vie ?

Dans la vie courante, les infirmières sont des personnes que l'on ne fait que croiser. Professionnellement, socialement, familialement leurs trajectoires sont rarement en phase avec les rythmes communs. C'est tellement banal que l'on en oublie à quel point cela peut être morbide.

Jean Vignes

Infirmier de secteur psychiatrique, syndicaliste, salarié en retraite active

Vous vivrez en marge, décalées du temps social et « souvent vivant à éclipses les fêtes familiales ou amicales. Vous serez usées prématurément et travaillerez sous pression... ». Imaginez l'effet qu'aurait un tel discours d'accueil sur une promotion de futures soignantes. Toutes les infirmières ont un jour travaillé en équipe, la majorité exercent encore de la sorte. Travailler en équipe, outre le sens commun de travail collectif, signifie aussi couvrir l'ensemble des moments d'une journée. On disait travail posté ou « faire les trois huit », en novlangue ça s'appelle travailler en horaires atypiques. Le très sérieux Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) écrit au sujet des personnes travaillant en horaires atypiques :

- les risques avérés correspondent aux troubles du sommeil et aux troubles métaboliques ;
- les risques probables sont représentés par les effets sur la santé psychique, sur les performances cognitives, sur la prise de poids et l'obésité, ainsi que le diabète de type 2 et les maladies coronariennes (ischémie coronaire et infarctus du myocarde) ;
- (cerise sur le gâteau) les risques possibles tendant vers les dyslipidémies, l'hypertension artérielle et les accidents vasculaires cérébraux sont des effets possibles du travail de nuit.

On ne va pas vous raconter tout ça pendant vos études professionnelles. C'est moins glamour que l'image d'Épinal de la « vocation » associée aux professions soignantes. Il y aurait presque comme une tromperie par omission sur la marchandise. Presque...

Mais revenons vers la prose funeste de l'INRS, car il y a encore plus goûteux que les prédictions physiologiques :

- limitation de la vie sociale (difficultés à organiser des rencontres amicales et difficultés d'accéder aux activités sociales culturelles, sportives, associatives...);
- limitation du temps de rencontre et de partage dans le couple ;
- déséquilibres dans le fonctionnement familial (diminution de la fréquence et de la durée des interactions familiales...);

– diminution de la qualité des relations parents-enfants.

Oups ! L'omission d'information de l'institution qui forme et recrute est quand même de taille. Tout autant que le déni des infirmiers en herbe qui déforment et refoulent plus ou moins consciemment l'image que leur renvoie leurs collègues. Ils ne projettent pas ces observations sur leur propre personne et évitent d'assembler le puzzle clinique perçu chez leurs semblables lié aux effets de leur rythme de travail.

Les infirmières, on les croise et elles, elles croisent la vie. Se retrouver en famille, faire du sport, développer des relations sociales ou assurer une présence à un anniversaire fait figure de casse-tête. Être libre pour un Noël ou un premier de l'An, une gageure, avoir les deux, même pas en rêve. Au quotidien, c'est ou le petit dèj' ou le repas du soir en compagnie. C'est aussi souvent s'alimenter et dormir un peu n'importe quand et comment. Programmer des vacances est un pari risqué. Mais ce n'est pas que ça. C'est souvent ramener du travail à la maison dans sa tête. Et plus les conditions de travail se dégradent, plus les tâches deviennent envahissantes, plus la conscience du travail mal fait s'incruste, plus le sens du travail se pose, plus l'esprit peine à prendre du champ.

Pas facile de descendre du manège. Quand vous avez mis vos doigts dans l'engrenage de la continuité des soins, quand vous avez engagé votre pratique et votre conscience dans la nécessité des soins, vous êtes en risque d'être submergé par le caractère sacré de cette mission. Vous alimentez votre déni. Au besoin, vous y rajoutez quelques culpabilités croisées et vous parvenez au top des limites. Limite de l'effondrement, de la fuite, de la colère, de la mise à distance, du sacrifice, de l'abandon... il y a tout un choix de limites.

C'est une situation absurde. Maintenir institutionnellement des soignants dans une situation pathogène, pour ne pas dire morbide, alors que des alternatives existent et sont connues, c'est purement aberrant. Il ne s'agirait en rien d'octroyer des privilèges, juste de corriger certains excès générés par leur mission de permanence des soins. Au lieu de cela, les infirmières,

les aides-soignantes et tous les autres atypiques ne sont traités qu'en termes de postes budgétés, d'ETP (équivalents temps plein). Une fois cela posé par les gestionnaires, les vies concernées s'effacent. On ne corrige pas la productivité, on l'améliore ! Pour ce faire, il a fallu créer des indicateurs de productivité de toutes pièces. Complexe jusqu'au délire, à coups de tarifications fluctuantes, de qualité orchestrée, de contrats d'objectifs créant une superstructure totalement déconnectée du réel quotidien qui se vit dans les institutions.

Pourtant, il ne s'agit pas d'un phénomène marginal. Rien que pour les professions soignantes, ça monte vite au-delà du demi-million de personnes concernées. Autant dire que pour un comptable, supprimer au nom de l'équité un seul jour de repos à ces professions, c'est économiser un an de fonctionnement d'un petit centre hospitalier. Et qu'importe l'incidence physiologique et sociale que cela pourrait avoir. Et vous voilà devenue variable économique d'ajustement. Un peu comme les autres salariés, mais avec ce petit plus d'atypique.

Le temps d'une dystopie, vous êtes applaudies aux balcons des rues désertées. Vision post-apocalyptique d'artères furtivement hantées par quelques atypiques et autres indispensables harassés qui replongeront bien vite dans l'angle mort des coulisses de la société de consommation. Le temps d'une dystopie, l'infrastructure soignante et technique des hôpitaux a tenu, l'initiative libérée, en forme d'autogestion. Débrouille, inventivité, mais aussi surpassement étaient au menu. Rajoutant à l'addition de l'accumulation précédente des excès d'un rythme de travail mortifère, celui de se coltiner une crise majeure parce que survenant dans un système déjà en perte. Quelques mois plus tard, ce statut héroïque est devenu celui de paria en cas de refus de vaccination. À n'y rien comprendre, alors que d'autres collègues, malades mais vaccinés, étaient rappelés au travail. Hier, on vous sacralisait, aujourd'hui, vous êtes responsables désignées de la fermeture des services ou de lits par manque de soignants.

Variable d'ajustement, héros d'un temps, la lassitude gagne les professionnelles dans leur être. Perte de sens et sentiment de maltraitance progressent. La re-

traite infirmière a reculé de sept ans au cours des quinze dernières années. Et ce sera de neuf ans à partir de septembre prochain. Pourtant, leur espérance de vie en bonne santé n'a pas progressé, au contraire.

En fait, ni héroïnes, ni dévouées, les infirmières sont tout simplement humaines. Elles ne sont pas fondues dans un métal qui ignore les effets délétères de leur rythme professionnel. Comme si ces horaires atypiques du cycle de travail ne suffisaient pas, la dernière invention des gestionnaires aura été de généraliser leur travail en factions de douze heures. Je vous épargne le chapitre de l'INRS dédié à cette spécificité, ça ne fait qu'en rajouter à l'usure « atypique ». Dans d'autres secteurs professionnels qui y sont soumis, ces risques sont pris en compte : plateformes pétrolières, hauts fourneaux, raffineries, contrôle de la navigation aérienne... mais ce sont des activités sensibles. En cas de pépins liés à l'usure professionnelle, ça peut faire de gros dégâts en une des médias, mais une infirmière qui décompense, ça reste feutré, confidentiel, même si sa vie est en jeu et que la qualité de ses soins s'en ressentira. Le ministère de la Santé est très au point pour botter en touche dans les cas de suicides, les imputant à des soucis personnels. Pourtant, elles sont bien pointées dans le laïus de l'INRS les conséquences des horaires atypiques sur la vie personnelle. Récemment, une infirmière a pu faire classer son cancer du sein en maladie professionnelle. C'est exceptionnel d'y parvenir.

Tout ce que l'on peut souhaiter, ce serait que les conséquences du rythme de vie des soignants soient prises en compte comme une problématique urgente de santé publique. Sacralisée le temps d'une pandémie, sacrifiée au quotidien, être infirmière ce n'est pas une vie. Les infirmières n'en finissent plus de ne faire que croiser la vie pour prendre soin de celle des autres. **P**

P.-S. : Tout ce qui précède est aussi valable bien entendu pour les aides-soignantes et autres personnels techniques qui assurent la continuité des soins et du fonctionnement de nos belles institutions sanitaires et sociales, dont la bienveillance ne s'applique pas à ses propres agents.

Infirmière. Je l'aime pas, ce nom

Quelques réflexions sur le métier d'infirmière en psychiatrie et sa dérive réglementaire. Ainsi vont les « Temps modernes ».

Blandine Ponet

Infirmière

INFIRMIÈRES : UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT ?

Infirmière. Je l'aime pas, ce nom.

Comme si on rassemblait tout un monde sous un seul mot, c'est peut-être ça. Un seul mot pour dire tous les détails¹, un seul mot pour dire tous les énervements, un seul mot pour dire les complications, les douleurs, la souffrance, les questions, les rires, les gaffes, les inquiétudes... et les miracles, et la joie, aussi. Et l'ennui, l'ennui.

Infirmière. Il y a des mots qui sont pleins de résonances. Père, mère, enfant, par exemple. Ou écrivain ? Artiste ? Peintre ? Instituteur ? Hum... C'est déjà plus compliqué. Mais infirmière, non. Infirmière, c'est médecine, hôpital, maladie et c'est tout. Presque dégoûtant. Surtout en psychiatrie (oui, parce que j'ai oublié de vous dire que j'étais infirmière en psychiatrie). Et puis, c'est peut-être le plus pénible de tout, infirmière, ça vous colle à la peau. Impossible de s'en décoller ; de la psychiatrie aussi, d'ailleurs. Et le pire, c'est pas tant ce qu'on fait qui est pénible (encore que...), que ce mot dont vous n'arrivez pas à vous débarrasser.

Reprenons.

Un ami écrivain, à qui j'avais confié mes problèmes – c'était il y a bien longtemps – m'avait répondu « vocation ». Vocation ? Ah ! Ça alors... encore pire ! Et puis, vocation, j'avais jamais entendu l'appel, moi. Infirmière, toujours eu l'impression de l'avoir été par hasard, par commodité. Et de l'être restée.

Restée. Ça a été longtemps un problème. Rester. Et j'y suis encore. Même si je ne travaille plus.

Mais j'ai dit « reprenons ! »

J'ai longtemps pensé que les patients (psychiatisés) nous tiraillaient. Que nous nous trouvions écartelées entre d'un côté, le social et, de l'autre, le singulier du patient, donc le singulier de son délire ou de son symptôme, qui cherche à se faire entendre et qui s'oppose toujours à la raison raisonnable et au bon sens.

Et comme ce sont des patients en psychiatrie, c'est extrême.

Mais finalement, en écrivant cet article, je me demande si ce n'est pas la « profession » qui veut (aussi) ça.

Infirmière. N'est-on pas écartelé entre le soin officiel, médicalisé, la prescription ? Et le soin ordinaire,

celui que tout un chacun pratique avec plus ou moins de talent et d'enthousiasme, lorsqu'il s'agit de prendre soin de l'autre, etc. ? Distinction que les ergonomes ont élaborée en rôle propre et rôle prescrit.

Ici, j'ouvre une parenthèse... rôle prescrit et rôle propre, la distinction a eu son heure de gloire, peut-être surtout pour les infirmières en psychiatrie... pas sûr que ce soit le cas encore aujourd'hui. Le rôle prescrit, c'est le médecin qui prescrit, fait une ordonnance et vous, l'infirmière, qui préparez et distribuez les médicaments. Par exemple. Et le rôle propre, me direz-vous ? Eh bien, c'est tout le reste, la politesse, un sourire, quelques mots, bref tout ce qui constitue le contexte de la prescription, et lui fait une sorte d'environnement, ou d'humus... (cela dit, en psychiatrie, le rôle propre peut occuper la majeure partie du travail).

Exemple. Un malade en chambre d'isolement, qui ne veut pas prendre son traitement et s'agite... Le collègue qui est allé lui apporter ses médicaments lui propose de faire un tour dans la cour (fermée). Ils sortent, discutent un peu, en fumant une cigarette ensemble. Le malade se calme, rentre dans la chambre, prend son traitement. Tout va bien : le collègue a mis en route son « rôle propre » et a accompli la prescription...

Tout va bien, vous croyez ? Eh bien, non ! La cadre et la médecin (prescripteur) le convoquent *parce qu'il n'a pas respecté le règlement* : pour entrer dans une chambre d'isolement, il faut être deux. Et c'est ainsi qu'on marche sur la tête.

Mais j'y reviens : rôle prescrit et rôle propre. Certes. Mais quand on y est, infirmière, elle nous fait une belle jambe la distinction. On se débrouille, on essaie que ce ne soit pas trop rigide, ni trop en désordre, ni... mais ça se bataille toujours en nous. Et pourtant, on est là. J'ai mis des années à comprendre que souvent, ça suffisait, d'être là. Des années et des années. Être là n'est immatriculé nulle part, ni dans les soins infirmiers, ni dans la psychanalyse, ni dans le vocabulaire psychiatrique. Et pour cause : être là, c'est du soin ordinaire, du soin de tous les jours, du soin qu'on aurait pour l'amitié, la famille, que sais-je. Et en psychiatrie, être là, c'est le point de départ.

Le soin ordinaire, donc. Mais qui peut nous emmener très loin. D'ailleurs, c'est sans doute pour ça aussi qu'on... reste là. Pour savoir ce qu'il y a après. Jusqu'où va ce très loin.

Honorine

Je ne sais plus comment elle me parle, ni comment ça arrive assez vite. Elle me dit : ma mère n'est pas morte. Elle me dit aussi : ma grand-mère n'est pas morte. Au milieu d'autre chose, des nouvelles, des petits cadeaux que je lui ai apportés. Elle continue : ma mère, avant de mourir, j'irai l'embrasser et elle me donnera un paquet et une lettre. Ou bien : ma grand-mère, j'ai pu l'embrasser avant de mourir et elle m'a donné une lettre et un paquet. Tout ça surgit mélangé au reste, à l'échange ordinaire, aux considérations sur la maison de retraite, aux choses banales. À un moment, je me redresse : mais non Honorine, pensez à votre âge, votre mère est morte depuis longtemps ! Et d'ailleurs, vous étiez allée sur sa tombe... Elle balaie ça d'un revers de manche. Non, non, elle n'est pas morte, répond-elle. Je me sens ridicule et je n'insiste pas, je sais combien les morts vont et viennent avec elle, franchissent les frontières d'un monde à l'autre. Tout de même, toutes ces morts dans ses paroles... Pourquoi toutes ces morts aujourd'hui ? Je lui dis : mais vous êtes triste ? ! Non, non, je vais bien, me répond-elle, je vais bien. Elle m'a parlé de Fabas et je ne sais plus si elle a dit qu'elle était allée dans cette maison de retraite ou qu'on avait voulu l'y mettre. Elle m'a donné des nouvelles de son compagnon et dit qu'il était à l'hôpital, et en guise d'explication (du moins, c'est ce que j'ai compris ou plutôt cru comprendre) : « Parce que les autres le battaient ». Elle m'a dit qu'il lui manquait beaucoup. Plus tard, elle me dit aussi qu'on lui avait annoncé la mort de sa mère et qu'elle avait demandé à réfléchir et qu'elle ne l'avait pas supporté et qu'elle n'était pas allée à l'enterrement parce qu'elle était trop malade. Mais tout cet écrit est trop bien dit, vraiment trop bien. Je ne sais pas rendre le flou, et mes mots en oui et non sont cruels, les morts sont beaucoup plus incertains avec leurs fantômes qui vont et viennent. Et même fantômes, c'est trop dire. Les morts d'Honorine ont des présences encore vivantes, elles s'effacent ou s'éloignent, puis se rapprochent. Et peut-être que les mots pour vous le dire devraient leur ressembler et vous montrer comment les morts s'infiltrèrent dans les paroles ordinaires, puis s'effacent et reviennent encore, au point que je n'y comprends rien et sens seulement leurs présences et celle de La Mort : « Mais, vous êtes triste ? »

Je ne sais trop que faire de tout ça. Je finis par partir. Elle ne me retient pas et me dit qu'elle m'écrira une lettre et qu'il faudra que je lui réponde. Je dis que oui, bien sûr. En sortant, je croise la secrétaire et lui dis : je ne comprends pas, elle n'a pas arrêté de me

parler des morts. Et la secrétaire : c'est peut-être à cause de la mort de M. ? J'en suis bouleversée. M. son compagnon. La directrice, qui passait par là, s'est arrêtée, a écouté et toute fière d'elle a dit : « On le lui a dit pourtant, on le lui a dit ! C'est un déni. » (Quelle imbécile !)

C'est dans ces cas-là que le mot infirmière est le plus encombrant, au travail. On est hors de tout statut, juste dans une parole qui cherche à se dire et être là malgré tout, sans rien y comprendre, jusqu'à ce que la secrétaire donne la clé.

Et pourtant

Il y a bien quelque chose d'infirmière là-dedans. Cette parole impossible mêlée au désordre de la conversation, cette parole impossible-possible parce qu'on est là. Impossible parce qu'elle ne peut se dire, mais aussi parce qu'on est trop proche, trop pareille, petit autre. Et en même temps, c'est bien parce qu'on est si près qu'elle se dit aussi, cette parole, dans ce désordre qui l'entoure, emmêlée aux autres mots, ce désordre qui lui fait une protection, tout un monde où cette parole peut se faufiler, se retirer et revenir, c'est une parole qui en aucun cas ne peut être nue, seule, affirmative et affirmée. Même s'il y a quelqu'un. Ou : surtout s'il y a quelqu'un. Un quelque.

Infirmière, je vous disais...

Ah ! J'ai oublié de vous dire que j'ai connu Honorine au CATTP. Elle venait dix minutes tout au plus, tous les mardis matin. Et puis... et puis... je ne vous raconte pas toute l'histoire. Cette histoire, qui nous a reliées et liées et a fabriqué une sorte d'amitié. Au-delà des positions respectives et avec elles. Maintenant, elle est en maison de retraite depuis plusieurs années et je vais la voir de temps en temps. Je ne pourrais pas ne pas y aller.

Infirmière...

Je pourrais tout aussi bien continuer en faisant l'éloge de ce métier. Et vous dire son appartenance au milieu – être au milieu (des autres) –, son engagement de terrain, au contact ; et la vérité de ce contact – un contact qui contient tous les autres – si je puis dire (que ces autres soient collègues ou patients).

Vérité ? Mais la vérité n'empêche pas de se tromper. Bien sûr.

Tout de même, il y a quelque chose dans ce concret. L'ordinaire, le désordre des jours et, dans ce désordre, le filigrane de ce que la personne porte et exprime dans/par son symptôme à découvrir, déceler.

Infirmière, c'est : pas de surplomb. On est au plus proche. Travailleuses (travailleurs) du cambouis et de la crasse. Certes, il existe une asymétrie des positions, mais on doit apprendre aussi à être à nu, c'est

à-dire à ne pas se réfugier dans sa « supériorité » (défensive) dès qu'on est touché.

Cette position à ras de terre nous donne paradoxalement un pouvoir redoutable : si l'on veut faire rater l'entrée (en psychiatrie)² de quelqu'un, il suffit de fermer la porte. Car nous sommes les portiers. Si l'on veut empêcher une consigne... pareil. Et en général, ce pouvoir redoutable n'est utilisé que de manière sournoise ou sous forme de passage à l'acte. C'est regrettable. Le conflit n'est pas assumé (il ne l'est pas plus par les cadres ou les médecins). Pourtant : tout est là, souvent.

Infirmière. Trouver les mots pour dire ce métier

C'est une position dont on pourrait dire qu'elle est la réalité du réel : les gestes, les espaces (être assis, debout, dans un coin, au milieu, venir dans la pièce, en partir), les attitudes (dire bonjour, ne pas dire bonjour, parler, s'enfermer). Tout cela résonne sans forcément qu'on en soit conscient et participe de l'ambiance, de sa légèreté ou de sa pesanteur...

Le corps et ses postures car, finalement, le corps est toujours là... avec ce qu'il dit ou ne dit pas, ce qu'on comprend ou croit comprendre et qui peut être souvent très trompeur.

Ce que j'écris ici vaut pour chacun : qu'il soit soignant ou patient.

Et peut-être que le pire quand on y pense, c'est de sentir violemment ce corps (d'infirmière !) exposé en permanence sans savoir ce qu'il dit à l'autre, aux autres (collègues ou patients), sentir ce corps qu'on a, pris dans son mystère et l'autre sait mieux que nous ce qu'il dit ou trahit, et parfois quelque chose s'apaise parce que la relation de confiance s'est un peu établie et que le corps est porté par l'autre, par la relation apaisée qu'on a pu construire avec lui. Ce corps qui sans doute se cache mieux sous la blouse...

C'est une solitude. Et cette solitude peut être une liberté.

Infirmière. N'est-on pas écartelé entre le soin officiel, médicalisé, la prescription ? Et le soin ordinaire,

celui que tout un chacun pratique avec plus ou moins de talent et d'enthousiasme, lorsqu'il s'agit de prendre soin de l'autre, etc.

Vous allez dire que je ne parle jamais du prescrit. Certes.

Le prescrit ne va jamais seul, le prescrit va toujours avec ce qu'on dit à l'autre ou ce qu'on ne lui dit pas et comment – même quand il s'agit de fermer la porte de l'isolement. Surtout quand il s'agit de fermer la porte de l'isolement.

Si le soin à l'hôpital est colonisé par la médecine, il reste le prendre soin et il vaudrait mieux que le prendre soin accompagne toujours le soin. Malheureusement, ce n'est pas toujours le cas et ça l'est de moins en moins, car les politiques actuelles s'attachent à réduire le soin au prescrit : le prescrit qui commence par les ordonnances (médicales, pas macronistes !) et autres prescriptions et s'étend des règlements, protocoles, traçabilité, etc. aux bonnes pratiques et à « toute la propension de conversion du (des) vivant(s) en matière numérique ou numérisable »³, comme chacun sait. Au point qu'aujourd'hui, quand l'infirmière a accompli ordonnances, règlements, bonnes pratiques, protocoles mise en boîte dans l'informatique, elle croit avoir fait tout son travail, alors que le (vrai) travail ne fait que commencer...

Ce qui fatigue et rend les infirmières malades, désespérées, *burn-outisées*, c'est bien cette disparition du prendre soin qui, auparavant (me semble-t-il), allait de soi, sans explication, qui faisait sans doute partie de la « décence ordinaire » (Orwell), même si ça n'empêchait pas la connerie des uns et des autres. Car on l'est tous, idiot, à un moment ou à un autre. **P**

- 1 Et comme chacun sait depuis le livre de Marie Depussé, « Dieu gît dans les détails » (expression reprise d'Aby Warburg).
- 2 Ici, peut-être faut-il faire la différence entre ce que l'administration appelle « l'accès aux soins » et ce qui est vraiment une entrée dans le soin.
- 3 Argument général des Rencontres de psychothérapie institutionnelle de Saint-Alban 2023.

Du temps pour bien travailler

Cet article est issu d'une rencontre entre infirmières Asalée Centre Meuse. Un grand merci à Céline G., Anaïs M., Julie W., Céline C. Il montre que prendre le temps nécessaire pour agir et penser son travail en maintient la qualité et ravive le désir de soigner.

Benjamin Didiot
Infirmier Asalée

La formation d'infirmier nous apprend à nous adapter, à accepter le changement, à dire oui à tout. Notre cadre d'exercice se rétrécit de plus en plus, limitant le temps disponible pour le patient au profit de production de données afin de satisfaire des certifications théâtrales.

Les « périodes calmes » permettaient de casser le rythme effréné, de reprendre son souffle, d'être plus disponibles pour les patients. Or, ce n'est pas rentable et des restrictions sont décidées par les *managers*. La pression croissante pour atteindre des objectifs de performance de plus en plus élevés entraîne un stress proportionnel à la culpabilité de ne pas y arriver. Il y a moins de personnel et il faut être plus rapide pour faire des soins à davantage de patients sans pour autant les mettre en danger. On va donc être amenés à se concentrer sur le soin technique, réduisant notre rôle à l'exécution de la prescription. Sous cette contrainte, l'épuisement nous gagne, on se défausse de nos valeurs, de notre humanité, de la qualité des soins, de notre âme de soignant, pouvant aller jusqu'à être maltraitant. En réaction de survie, nous résistons en fonction de notre résilience parfois jusqu'au *burn-out* et, finalement, nous fuyons en arrêt maladie, nous démissionnons ou nous reconvertissons. Nous partons avec la conscience d'aggraver le problème, d'abandonner les collègues en augmentant leur charge de travail et en laissant les patients avec encore moins de chances d'être bien soignés.

Le soigné, quant à lui, devient un client qui doit être satisfait à moindre coût. S'abandonnant aux mains des soignants, il subit le soin que l'on veut bien lui accorder. Il ne peut qu'observer et ressentir, coupable d'être malade, source de la charge de travail, ne voyant personne en dehors des temps de soins. Il peut ressentir cela comme un manque de respect et de considération. Cette déshumanisation du soin entraîne une réduction globale de la confiance envers le système de santé pouvant aller jusqu'à la rupture du parcours de santé et un isolement médico-social.

C'est dans ce contexte que plusieurs de mes collègues et moi-même avons découvert l'Association


Asalée, pour Action de SANTé Libérale En Équipe. Celle-ci permet aux patients atteints de maladies chroniques ou ayant des facteurs de risque d'être suivis conjointement au sein du cabinet médical par leur médecin traitant et un ou une infirmière déléguée à la santé publique (IDSP). Un véritable trinôme se forme si le patient accepte l'accompagnement.

L'approche holistique permet d'aborder le soigné dans sa globalité physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle et spirituelle de manière bienveillante et non jugeante. L'éducation thérapeutique du patient prend du temps, les consultations durent en moyenne 45 minutes. Le soignant doit prendre le temps d'écouter le patient, de garder le silence quand les mots sont inutiles, de s'adapter à son rythme, de manière à ne pas le brusquer, travailler sur l'ambivalence de certaines décisions, mais aussi le motiver, faire émerger des compétences dont il ne se croyait pas capable en apportant parfois les connaissances mais, surtout, en donnant du temps et de l'attention.

Il en ressort un réel bénéfice pour les patients. Cet accompagnement leur permet de s'approprier leur pathologie, de devenir un peu plus autonomes et surtout acteurs de leur santé.

La relation soignant-soigné en sort fortifiée. Grâce à cette confiance restaurée, il est arrivé que nous prenions connaissance d'éléments majeurs que le patient n'avait pas confiés à son médecin traitant en dix ans de suivi et, s'il l'accepte, nous en enrichissons son dossier médical.

Nous sommes une équipe et lors de temps de concertation avec le médecin, un dialogue et des mises au point sur les suivis sont assurés.

Dans cette pratique, nous, infirmiers Asalée, avons retrouvé le sens du mot soin en même temps qu'une qualité de vie au travail. Nous prenons le temps nécessaire à l'instauration d'une relation de soin bienveillante avec les patients. Finalement, il faut savoir prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des autres. Et ceci nous a permis de raviver la flamme de cette vocation que nous partageons tous, soigner. 

J'avais tellement idéalisé ce métier

Comment déshumaniser une profession et détruire la motivation de celles et ceux qui l'abordent avec leur propre désir de bien faire...

Marie Vonderscher

Anciennement infirmière, chargée de projet en promotion de la santé

J'avais 17 ans quand je suis rentrée à l'IFSI, « l'école d'infirmières », en 1998. Je ne connaissais pas le milieu hospitalier, je ne connaissais pas le monde du travail.

J'étais une littéraire, j'avais adoré découvrir la philosophie pendant une année, j'avais des idéaux. Je voulais contribuer, aider les gens, réparer, voyager. Il y avait un IFSI dans ma ville, les études n'étaient pas trop longues, c'était parti. J'avais tellement idéalisé ce métier.

Ce que je vais décrire ne concerne bien entendu que mon parcours, et sa reconstruction par mes souvenirs au fil des vingt ans qui se sont écoulés. Que toutes les personnes investies et bienveillantes que j'ai croisées ou qui me lisent me pardonnent. Mais j'ai de bonnes raisons de penser – je suis même convaincue – qu'au-delà de mon expérience individuelle, il existe une violence systémique au sein de la profession infirmière en France.

L'atterrissage forcé a été rapide. Premier stage en crèche, des enfants qu'on met au coin, des enfants dont on coince la chaise sous la table pour qu'ils arrêtent de bouger, des enfants à qui on dit : « T'es pas beau quand tu pleures, va te cacher. » J'étais choquée. *Ces personnes ne connaissent pas Dolto ? Alors il y a deux mondes, celui des livres, et la vraie vie ?*

Deuxième stage en maison de retraite, des personnes qu'on n'écoute pas, des personnes pour qui on n'a pas le temps, des personnes qui disent qu'elles veulent mourir et qu'on force à manger, des personnes laissées nues sur les toilettes trop longtemps parce qu'au milieu du reste, on les a oubliées, des collègues à qui on ne dit pas bonjour parce que les plannings sont encore une fois en leur faveur.

Des responsables de service qu'on appelait « les surveillantes ».

Des équipes indisponibles pour accueillir et accompagner des stagiaires, on était une main-d'œuvre gratuite, c'était déjà ça, mais de là à nous proposer une chaise ou un café...

Je n'arrivais pas à m'adapter à ces équipes, je n'avais pas les codes et je ne voulais pas les apprendre. J'étais révoltée.

À l'IFSI, le verdict est rapidement tombé : j'étais

immature. La plus jeune de la promotion, logique. Trop sensible, trop idéaliste, pas assez professionnelle. Je l'ai cru.

On avait bien un module qui s'appelait « relation d'aide thérapeutique ». Les quelques notions qu'il m'en reste, c'est qu'il faut écouter, écouter et toujours écouter (impossible dans les conditions de travail proposées), surtout sans intervenir (inhumain), encore moins pour parler de soi (la fameuse distance thérapeutique), que c'est mieux de mettre une alliance pour faire croire qu'on est mariée (surtout en psychiatrie), que les blouses doivent être un peu trop grandes pour dissimuler les formes du corps. La négation de soi. *Sois passive et cache-toi.*

Je m'accrochais, mes notes restaient correctes, ma capacité à apprendre par cœur des choses dont je ne voyais pas l'intérêt était suffisante. Je n'en voyais pas l'intérêt parce qu'il était clair pour moi qu'on ne me demanderait jamais mon avis, que dans cette fonction, il s'agissait juste d'exécuter ce qui était décidé par d'autres.

Je doutais de mes compétences techniques, j'étais tellement envahie par d'autres questionnements sur le sens, la bienveillance, la souffrance, que j'avais une peur terrible et invalidante de faire une erreur d'inattention. Il planait aussi toujours l'histoire de cette étudiante qui, quelques années auparavant, avait causé la mort d'une enfant en pédiatrie suite à une erreur de calcul de dose. Notre responsabilité est immense et je ne mets évidemment pas en cause la vigilance absolue dont il nous faut faire preuve, mais je questionne plutôt ici la culture de la peur qui était suralimentée par les formatrices, au risque d'entraver les capacités d'action des étudiantes et des étudiants.

Les stages en psychiatrie m'ont gardée en lien avec le métier et la formation. Même si j'étais témoin de violences institutionnelles ahurissantes (qui n'a jamais vu un patient qu'on fait ressortir du bureau parce qu'il n'a pas frappé à la porte ou pas attendu la réponse avant de rentrer ?), on avait du temps.

Parler avec les patients avait une place et portait même un nom : les entretiens infirmiers. Je faisais comme je pouvais avec qui j'étais, mais j'avais au moins l'impression d'exister dans mon travail, et

d'être présente pour des gens qui étaient loin dans leur solitude. Et puis, en fin de deuxième année, deux événements se sont produits. À l'évidence, j'ai commis l'irréparable.

À l'issue d'un stage en psychiatrie, un patient est venu devant l'IFSI pour m'apporter un bouquet de fleurs. Jusqu'ici, tout était encore à peu près tolérable. Mais j'ai fait l'erreur fatale d'accepter le bouquet, ce qui a fait de moi une personne irresponsable et a fait grand bruit dans l'équipe de l'IFSI. J'ai été convoquée *pour justifier de mes faits. Que cela ne se reproduise plus, et à l'avenir n'oubliez pas de porter une alliance.*

Puis, au cours d'un autre stage en médecine, j'avais apporté un plateau-repas à une patiente âgée qui ne s'alimentait plus. Sans surprise, la dame n'avait pas touché son plateau et, quand je suis revenue pour récupérer le plateau intact, j'ai vu le fromage blanc avec la crème de marrons dessus (j'adore ça !). C'est alors que j'ai plongé mon doigt dans le ramequin pour récupérer la crème de marrons et la manger. Oui c'était une erreur, fut-elle humaine.

On m'a vue. L'IFSI a été appelé aussitôt, cette fois c'en était trop. On m'a invitée à réfléchir sérieusement à mon orientation professionnelle. En pleurs, je suis descendue au vestiaire au sous-sol de l'hôpital, je me souviens d'avoir jeté mes blouses dans un conteneur avec le panache de mes 18 ans, et de me diriger vers l'IFSI pour dire à la directrice tout ce dont cette délicate colère me donnait le courage.

J'ai été interceptée par Christiane, cette formatrice OVNI qui dénotait dans l'équipe. Qui expliquait les choses simplement, qui nous disait qu'on pouvait la tutoyer, que si on n'était pas disposé à écouter son cours, on pouvait sortir. Je me souviens de cette expression qu'elle m'a dite ce jour-là : *tu as des antennes.* Et puis, *tu captes plein de choses, tu seras une très bonne infirmière, on a besoin de personnes comme toi dans le métier.* Elle m'a conseillé de lire un livre d'Isabelle Filliozat sur les émotions, un nouvel univers qui s'ouvrait.

Christiane n'est plus là aujourd'hui, je lui suis infiniment reconnaissante. Elle m'a crue et elle a cru en moi. Tutrice de résilience. Je pense également à d'autres infirmières investies, sérieuses, douces, dynamiques, solaires, qui m'ont inspirée tout au long de mon parcours. Je pense aussi à toutes celles qui, parmi elles, se sont épuisées à porter sur leur dos tant de dysfonctionnements sans être soutenues.

La fin de mes études s'est passée tranquillement, j'ai eu mon diplôme sans problème. J'ai été infirmière pendant quinze ans, j'ai travaillé en psychiatrie, dans le social, en ONG, en crèche. Depuis, j'ai suivi d'autres études et je travaille désormais comme chargée de projet dans une association de promotion de la santé.

Longtemps, je me suis sentie lâche d'avoir déserté l'hôpital. De me contenter de critiquer le système sans essayer de le changer de l'intérieur. Culpabilité de ne pas assumer une mission impossible. C'est passé, j'ai appris la bienveillance avec moi-même qu'on ne m'avait pas apprise à l'école des soignantes. Je regrette d'écrire encore tout ça au féminin, les infirmières, les soignantes. On sait que la féminisation d'un corps de métier ne le tire pas vers le haut quand il s'agit de faire avancer ses droits.

Des solutions existent, elles sont politiques. Prendre soin des êtres. Repenser intrinsèquement la formation des infirmiers et infirmières, tenir compte des compétences psychosociales de toutes les personnes, « horizontaliser » la hiérarchie, garantir des conditions de travail décentes, formaliser des temps de supervision et d'analyse de pratiques, permettre l'accès à la formation continue. Oublier la santé chiffrée, intégrer une bonne fois pour toutes que les soins de santé ont une valeur, et un coût.

Multiplier les personnes comme Christiane, explorer les émotions, libérer les antennes !

J'ai passé du temps dans les hôpitaux ces dernières années pour des raisons personnelles et familiales. J'ai mesuré à nouveau l'immense vulnérabilité qui est celle de toute personne hospitalisée, soignante ou pas, informée ou pas. Le pouvoir sur nos existences que l'on confère d'office aux personnes qui nous soignent. Les petites choses fragiles et suspendues que la souffrance et la peur peuvent faire de nous.

J'observe toujours les équipes avec tendresse, leurs gestes, leur jargon, leurs paroles qui rendent la maladie plus légère, leur agacement, leurs cernes.

En 2020, je n'ai pas applaudi le soir à ma fenêtre, j'y voyais trop de condescendance. Mais je renouvelle toute ma gratitude aux équipes soignantes qui résistent, et tout mon soutien à ceux et celles qui choisissent de partir.

De mon côté, j'ai trouvé d'autres espaces, moins rudes, pour mettre en acte mes valeurs sans y laisser ma propre santé. **P**

Travail rêvé, pensées réveillées

Depuis les applaudissements de 20 heures – quelqu'un sait qui a eu cette idée ? J'étais contre ! – les infirmières pleurent sur leur vocation, les aides-soignantes dévouées sauvent des vies toute la journée...

Pour Michèle

Mauricette Crouzet

Infirmière à la retraite

Les professeurs de médecine disent : « Oh ! La T2A nous tue ! Elle nous éloigne de nos patients ! En plus de ça, on est tellement mal payés en retour de tous nos sacrifices. On est au bord du gouffre... bientôt, il y aura une médecine à deux vitesses ! »

J'écoute... l'oreille collée à ma radio. Qui a profité de la tarification à l'activité, qui l'a acceptée, voire l'a installée dans les hôpitaux publics ? L'hypocrisie ne mange pas de pain !

Les soignants pleurent sur les valeurs qu'ils ont eux-mêmes vendues, ils pleurent sur le temps à passer avec les patients qu'ils auraient perdu, ce temps, que pourtant je les ai entendus si souvent moquer.

On parle de qui au juste ?

Des infirmières pardi ! C'est quand même plus porteur quand c'est au féminin, plus vendeur.

Les infirmiers de secteur psychiatrique (ISP) sont les infirmiers de la tête ? Pas que, parce que la tête a aussi un corps. Ce qui navigue dans la tête, y prend racine, y fait un petit tour, ça peut se répandre dans des endroits du corps, parfois c'est très étonnant pour nous et très douloureux pour les gens malades. Il faut bien savoir soigner ça aussi. En psychiatrie, le soin passe par la présence.

En soins généraux aussi ! Mais pas pareil, parce que la présence travaille avec ses mains, ses doigts et ses bras. La présence doit être attentive à tout ; être habile et intelligente. En psychiatrie, la présence ne fait rien, elle joue aux cartes, aux petits chevaux, des fois elle fait la cuisine. Des diplômes différents (IDE, infirmière diplômée d'État et ISP), des écoles différentes et des contenus différents : « On mélange pas les torchons et les serviettes » (article dans la revue de l'infirmière – la vraie – à l'époque de la disparition des ISP). Moi j'ai beaucoup aimé faire l'infirmière psy, l'infirmière des fous. Il y avait un magazine qui s'appelait *Le fou parle*. J'ai aimé parler avec les fous qui me demandaient : « Vous croyez que je suis fou ? ».

Ce qui est bien en psychiatrie, c'est qu'on est ouvert sur le monde, j'ai rencontré tellement de gens de partout, travaillé avec des professions variées : du médical, du social, de la justice...

Avant, en psychiatrie, l'ISP pouvait même s'asseoir avec les patients. En soins généraux, on n'a jamais le temps. Maintenant, l'infirmière s'assoit avec l'ordinateur.

Une petite histoire avant de passer à la mienne, vite fait : je suis en « dépannage » en intra hospitalier dans le salon du service, je parle avec des patients. Un jeune homme, qui est en chambre d'isolement, sort pour son heure de « liberté ». Il vient vers moi et me dit :

« En fait, vous êtes pas infirmière alors ?

— Ben si, regardez c'est marqué sur ma blouse.

— Ça m'étonnerait parce que les infirmiers, ils sont dans le bureau, pas dans le salon avec nous ! »

Aujourd'hui, les infirmières se plaignent de ne pas être reconnues alors que le pays tout entier se prosterne à leurs pieds. Les documentaires, les remerciements consacrent leur dévouement et leurs compétences. Vous avez déjà vu un doc' ou lu un livre qui chante les louanges du travail des équipes psy ?

Mon parcours professionnel.

Épisode 1

Je présente le concours d'entrée à l'école d'infirmier psychiatrique en 1974 : épreuves écrites de culture générale et tests psychotechniques ; après la réussite à l'écrit, je dois discuter avec un cadre infirmier. Ma formation se fera en alternance et je suis affectée dans un service, parmi les moins demandés, normal. Je serai employée, donc je toucherai un salaire et, comme élève, je vais devoir aussi remplacer les absences de personnel soignant dans les différents services ; mélange d'appréhensions qui se transformeront en expériences utiles.

En septembre de la même année, je rejoins l'école de l'hôpital. Je suis partie pour vingt-huit mois de

formation et, le premier pas vers le soin, mise en bouche vers ce destin fantastique, passer le diplôme de secouriste obligatoire. Les cours se partagent entre petits groupes et amphithéâtre selon les matières. Le bâtiment est ouvert ; quand nous sommes en cours en amphi, des patients viennent s'installer sur les bancs et assistent, voire participent au cours. Souvenirs vertigineux.

Je travaille dans un service appelé à l'époque service de suite, l'équipe est jeune, débonnaire. Je rencontre là des personnes qui n'existaient que dans les « mauvais » rêves : les membres et les corps sont atrophiés, des patientes soliloquent, mais la majorité reste sans parole ; certaines se traînent par terre en silence, d'autres crient, hurlent. Univers invisible à nos yeux ordinaires. Je vais devoir côtoyer, approcher, toucher, porter, laver et nourrir des adultes qui me paraissent inaccessibles et je vais devoir franchir le seuil de ces mondes... Violente et bruyante, voilà donc cette enclave de derrière les murs qui nourrit les fantasmes de ceux qui n'y entrent jamais, la société normale que j'ai le sentiment d'avoir quittée... Je fais ce va-et-vient, dedans-dehors. Je comprends mieux cette peur du fou ! Je découvre l'inaudible, je le vois, je le vis, mais aussi la tendresse et l'amitié. L'humanité... les fragiles, inadaptés, déclassés au point d'être relégués dans un vieux service surnommé « la fosse aux ours », de son vrai nom Célestin Freinet. Comment raconter cette souffrance, ce mal d'être né et comment faire comprendre que je soigne vraiment des gens ?

Je passe de première en deuxième année après un examen, un oral à partir de trois analyses de situations et une pratique ; programmation du jour : une injection intramusculaire.

Des collègues doivent tenir la patiente qui se débat. Je suis mal à l'aise. Si je représentais quelque chose pour elle, elle accepterait ?

Épisode 2

Je fais partie de la première promotion qui va faire un stage d'un mois en soins généraux. Avant, les élèves allaient dans le service dédié à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. En troisième année, je suis envoyée en médecine interne à l'hôpital public. On est deux stagiaires, ça me rassure car je suis très intimidée. Je me sens bien inférieure aux IDE qui se chargent toujours de me le faire savoir. On se change dans le couloir. Sally est très jolie et sexy, on ne se connaît pas vraiment, mais on se soutient et on s'encourage. Elle ne finit pas son stage, je n'ai jamais su pourquoi. Voilà que je me retrouve seule et bombardée de questions : « Vous faites quoi au juste, c'est quoi vos malades, t'as raté le concours pour IDE ? »

Le premier matin, une infirmière arrive ; accueil sympa, elle a arrêté de travailler pendant une quinzaine d'années et reprend du service. Elle ne sait plus rien faire, dit-elle. « Pas de problème on va t'aider » ; ce jour-là, je pars avec une « troisième année » faire le

tour des perfs. Nous croisons la cadre qui me demande où je vais. « Non, vous, vous allez avec les aides-soignantes, faire les toilettes et les lits ». J'ai fait ça un mois. Je m'en souviens comme si c'était hier. La blessure a été vive, l'incompréhension traînée pendant des années, petite plaie qui gratte, jamais vraiment cicatrisée.

Ce n'était que le début.

La dernière semaine, l'infirmier, débordé, me dit : « Tu fais les bilans sanguins ». Je dis : « Non, je fais les toilettes depuis trois semaines, je continue ».

Il paraît que l'année suivante, il y a eu moins de terrains de stages pour les « psy ».

Épisode 3

1977, je sors diplômée et en tête de ma promo. L'école me propose de faire la formation cadre. Je refuse, je n'ai pas envie de « retaper » une année. Grosse erreur bien sûr !! En restant dans Ma spécialité où j'avais Ma place, j'aurais pu faire une bonne carrière et j'aurais pu éviter les commentaires humiliants. En me renseignant sur d'autres projets (la formation d'ergothérapeute), j'apprends que, officiellement, mon diplôme est l'équivalent de celui d'aide-soignante. Déception. Colère. Amertume. Deux ans après, je quitte l'hôpital. Je quitte le pathologique pour le normal. Je prends un poste d'infirmière dans une institution pour personnes polyhandicapées qui ouvre, mais n'a pas trouvé d'IDE, alors le directeur se rabat sur une « psy ».

Ce chemin me mènera en clinique médicalisée pour soins psychiques où j'apprends à travailler avec des personnes qui ne sont pas sous contrainte. Les pathologies névrotiques, psychotiques, anorexie mentale, alcoolisme avec les cures, me font découvrir la sismothérapie qui ne se pratiquait pas à l'hôpital. C'est là que j'ai vécu l'arrivée du VIH par l'hospitalisation d'hommes, qui avaient appris leur statut sérologique ou étaient en tout début de maladie. Les divers lieux de vie, médicalisés ou non, m'apprendront à travailler en réseau : passer beaucoup de temps aux urgences permet de sympathiser avec les équipes, on se découvre. La surveillance de maladies chroniques n'est pas d'une haute technicité, pas héroïque c'est sûr, mais bon, installer une infirmerie, bricoler des prothèses, signaler des suspicions d'abus sexuels ou de maltraitance, on ne l'apprend pas à l'école. Quelques années plus tard, j'apprendrai qu'il y avait bien viols répétés sur une gamine.

Et les médecins généralistes qui, dépités, me répétaient régulièrement en apprenant que j'étais une « psy » : « Donc, vous n'êtes pas une infirmière médicale ? Comment on va faire pour les soins, les prises de sang, les vaccins ? » Une fois, lassée, j'ai répondu : « Pas de problème, je sais lire, écrire, et signer mon nom, je lirai les notices. »

Une fois, dans un établissement, le médecin généraliste attiré a posé à la directrice un ultimatum en

refusant de travailler avec une infirmière « pas médicale » et a dit « c'est elle ou moi ».

Autre ajustement variable pour nous : la grille de salaire IDE/psy précisait une nette différence. Devinez dans quel sens ?

Épisode 4

Fin de l'histoire ! Le diplôme d'ISP effacé, évacué aux oubliettes ! On avait manifesté pour deux ans de tronc commun et un an de spécialisation en 75-76.

Ça se déchaîne un peu : les libéraux ont peur qu'on vienne mettre notre nez dans leurs petites entreprises jamais en crise. Drôle d'idée. On nous impose trois mois de stages pour être reconnus.

Les mêmes questions trottaient dans ma petite cervelle : les collègues sans aucune formation en psychopathologie ont toujours pu travailler en psychiatrie, même comme cadre !

Bon, « en psychiatrie, les erreurs ne sont pas graves » comme me l'avait dit un directeur d'école d'infirmières quand je me suis inscrite pour les trois stages.

Un jour, plus besoin de stages. Plus de diplôme d'ISP !

Un collectif s'est formé, on s'est battu plusieurs années pour être reconnus... Qui nous a suivis ? Personne ! Et les psychiatres ? *Idem*.

Alors je suis quoi du coup ? Je vais où ?

Épisode 5

Centre médico-psychologique pour adultes, fin des années quatre-vingt-dix : arrivée des transmissions ciblées, le DARE, Donnée Action Résultat Evaluation qui plus tard perdra son E. Dommage, c'est la seule lettre qui avait un peu de sens : E = évaluation de l'action. On minute tout pour la démarche qualité.

L'équipe intervient également à l'hôpital général : quatre lits d'accueil et d'observation psychiatrique. Quatre chambres et un bureau au fond du service de médecine ; c'est un mini service qui reçoit des patients en crise ou fauteurs de troubles ou à l'origine de faits plus graves. On peut recevoir aussi des patients hospitalisés suite à une tentative de suicide. Les infirmiers des urgences appellent : « On a quelqu'un pour toi ! » Je descends. Quand j'arrive avec mon mètre soixante-cinq et mon plus beau sourire, le petit groupe de quatre ou cinq sort du box et ferme la porte. Je me débrouille, pas de souci !

Au CMP, la cadre est sur des charbons ardents.

Formation obligatoire pour apprendre aux « psy » à travailler intelligemment. « Arrêtez d'écrire, c'est inutile ! Et avec les patients, vous perdez du temps. C'est pas compliqué pourtant y'a une macro cible, ensuite vous ouvrez et vous fermez les cibles au fur et à mesure. »

NOUS : « Oui mais les gens, dans tout ça ? Notre travail c'est bien de parler avec eux, quand ils ne sont pas bien, quand ils délirent, quand ils veulent mourir, quand... »

Le jeune homme, dynamique, costume trois-pièces, élégant nous apprend que nous sommes finis, dépassés et que si nous voulons rester sur le marché, il faut changer ! « Vous n'avez toujours pas compris que les temps ont changé, le PMSI, le dossier informatisé remplacent tout le reste, la psychothérapie institutionnelle, pffff, temps de perdu ! Le soin de demain c'est Le DAR donnée-action-résultat. »

NOUS : « Tarification à l'acte-ivité ? C'est quand même marchander le soin, on ne peut pas laisser la rentabilité entrer à l'hôpital, les patients c'est des gens, pas des objets ! Le soin n'est pas une marchandise, ça ne sert pas à faire du profit. »

EUX : « Oh les psy !! Vous voyez le mal partout et de toute façon, qu'est-ce que ça peut vous faire puisque vous ne faites pas de soins ! »

La psychiatrie, c'est de « la technique » maintenant, avant on était des garagistes, maintenant on est des *hackers*. Les neurosciences cherchent et trouvent, elles ! Les maladies mentales, non psychiques, c'est des handicaps, les handicaps ça se mesure et faut arrêter de culpabiliser les parents !

Mon travail dans ma file active : hommes, femmes, jeunes, vieux patients psychotiques, agressions, deuils, la vie quoi. Personnes déplacées de tous les pays, de toutes les croyances, je dois retourner vers l'ethnopsychiatrie abordée pendant mes études. Inscription à la fac. Je remets ma rêverie en route. Coursus normal/boulot, travail de recherche sur le mémoire pour le Master 2 recherche en anthropologie.

Épisode 6

Je change de poste pour avoir des repos en semaine pour mon terrain de recherche dans le Vercors. Je quitte le CMP...

Épisode 7

L'équipe mobile « interface SDF » est retoquée plus tard « Équipe mobile psychiatrie précarité » pour uniformiser dans l'hexagone. Même sort pour notre partenaire direct : « la Veille sociale mobile de jour » sera Samu social 69. Réunion à la préfecture : « Ah les psy, vous n'avez rien de mieux à faire que de chicaner sur des mots ! » Notre mission est de prendre par la main les gens qui vivent à la rue, les « demeurants partout » pour les accompagner vers le soin dans le droit commun, je n'emploie pas trop le terme de sans domicile fixe et je choisis de dire ce qu'un Monsieur m'a dit un jour : « Moi, je suis fixe sans domicile. » Nous devons aussi accompagner les équipes qui les entourent, travail de liaison horizontale à travers la ville et ses alentours. Créer et entretenir des partenariats avec les lieux d'hospitalité, d'accueil et les hôpitaux. Maraudages avec la Veille sociale de jour et en période de froid, la nuit. Travail en réduction de risques avec Médecins du monde. Le médecin psychiatre, inventeur de cette équipe, nous appelle des soigneurs plutôt que des soignants. Ça me va.

Le médecin du Département information médicale (DIM) vient nous faire la leçon. « Vous devez remplir les fiches prévues : rose, bleu, blanc. La liste des codes, c'est pourtant pas compliqué (ils disent tous ça), vous voyez un patient seul, avec médecin, avec psycho, état du patient, lieu où il est, réunions avec vous, les partenaires, ici ou là ! Ah ! Le nom des gens ? Si vraiment vous ne pouvez pas, mettez un code. Le pseudo, bon, oui. »

NOUS : « Dans les lieux de réduction des risques, c'est des pseudos souvent parce que ce sont des lieux qui garantissent l'anonymat. Ailleurs, les gens nous disent ce qu'ils veulent, on ne vérifie pas. Certains ne veulent pas donner leur identité, les déboutés, les clandestins... »

Le DIM revient : rien ne va. « Vous marquez n'importe quoi. Ce n'est pas à jour. »

NOUS : « On ne va pas se trimballer 1 kg de fiches dans le sac à dos, sur le vélo par tous les temps. »

LUI : « Trouvez une solution sinon y'aura sanction ! »

Alors, le vendredi est devenu le jour de remplissage de papiers avec la secrétaire et l'ordinateur. Bon, on a su quand même « qu'un SDF », ça coûte cher, du coup, c'est mieux de ne pas l'hospitaliser car il ne reste pas. Objectif économique atteint. On est content d'avoir contribué et de rentrer dans la bonne case. En vrai, on n'est pas satisfaits, parce qu'on est une équipe d'accompagnement vers le soin, quand même...

L'équipe doit intégrer l'hôpital dans un service vide, car la ville demande un loyer pour les locaux où on est installés. Avant, c'était gratuit. On se défend, Pas assez. Personne ne se souciait de nous avant, maintenant il faut intégrer les rangs.

Épilogue

Je profite de ce changement qui m'empêche de poursuivre ma rêverie pour aller du côté de la formation. Je quitte la rue. En six ans, beaucoup de gens y sont morts. Je fais un nouveau passage par l'hôpital de jour avant de prendre le poste temps plein en Institut de formation en soins infirmiers. Des gens me disent que, avec mon parcours, c'est une chance pour les étudiants. J'ai la faiblesse de les croire.

Avec mon diplôme qui ne valait rien, au point que même mes proches ne savaient pas très bien ce que j'étais, j'ai rencontré des gens aux quatre coins des villes et des villages, des quatre coins du monde. J'ai appris de ceux qui voulaient bien partager et j'ai vécu des expériences émotionnelles intenses. J'ai rencontré des gens hors de l'ordinaire et hors normes. Quelle chance !

Quand j'arrive à l'IFSI, je suis projetée violemment en arrière ; en 2012, c'est comme en 1975, je suis la « psy » qui joue à la belote, à la pétanque et discute toute la journée avec les malades. Je suis à l'écoute des gens et je fais du relationnel...


Je lis, j'entends ce qui est transmis aux futurs IDE, je ne reconnais rien de ce que j'ai traversé.

Toutes mes formations complémentaires (cadre, D.U (diplôme universitaire) autisme, D.U toxicomanie, anthropologie, etc.), rien ne compte ; le label psy annule tout. Alors, je vais mon chemin et, avec des étudiants, je passe de très bons moments. J'appelle mon cours : « l'Art et les manières de s'entendre », j'essaie de glisser des idées : réfléchir sur la place que l'IDE a dans la cité, le poids de la charité historique, le point de vue du patient (au sens de « l'endroit à partir duquel il nous voit »), de passer le message que « les gens ne nous appartiennent pas » ...

Avec ce diplôme d'infirmière psychiatrique de secteur, j'ai pu entreprendre, j'ai marché beaucoup, arpenté les couloirs de jour et de nuit, éprouvé ces odeurs du petit matin ou de la sortie du soir, discuté, assise sur les marches d'escalier, travaillé à la chaîne avec des patients, montré, argumenté, protégé, défendu des projets, alors imaginez donc ! Avec un diplôme d'État ! Tout ce qu'on peut faire.

Pratiquer très sérieusement un travail qui ne peut pas être sérieux et accepter qu'il ne le soit pas, car il pèserait trop lourd sur les épaules et le piège des certitudes se refermerait. La pratique du soin infirmier est un oxymore.

Que reste-t-il de la psychopathologie aujourd'hui ?

Le vocabulaire qui met de l'exotisme dans les conversations ! 

Des infirmières aux mains nues

Les pensées qui suivent vous sembleront peut-être n'être que des élucubrations. Permettez-moi cependant de vous en faire part car dans ce monde désenchanté, tout n'est-il pas bon pour rêver quand on ne peut plus rien faire sinon subir ?

Annick Jani

Infirmière retraitée

Pour avoir, très tôt, perdu ma vie à la gagner, je n'ai guère trouvé le temps d'étudier autre chose que les soins infirmiers et ne suis donc pas une intellectuelle apte à élaborer les bases certaines d'un sauvetage de cette profession d'infirmière diplômée d'État (IDE), si maltraitée en ces temps que nous traversons.

Pourquoi imaginer des infirmières aux mains nues ?

Une ONG française dont, finalement, j'ignore tout, avait récupéré une idée chinoise, programmée en Chine de 1965 à 1981, et les médecins aux pieds nus défrayèrent la chronique. Mais, mis à part le mot mains remplaçant celui de pieds, également utilisé pour les « instituteurs aux pieds nus » de Thaïlande ou les « barefoot architects », les « barefoot engineers » dans différents pays, il est inutile de chercher une quelconque ressemblance autre que sonore dans cette expression inattendue d'infirmières aux mains nues.

En fait c'est le *lean management* hospitalier, le *lean healthcare*, qui m'a donné cette idée puisque le mot « lean » signifie « sans superflu », « sans gaspillage », faisant écho à l'idée de réduire quelque chose à l'essentiel, à supprimer l'inutile. D'abord utilisée dans l'industrie automobile sous la forme de *lean manufacturing*, production sans gaspillage en réduisant les en-cours et les activités inutiles tout en améliorant l'ergonomie au poste de travail, ce mot a été inventé, dans un article de 1988 intitulé « *Triumph of the Lean Production System* », par un certain John Krafcik (ex-PDG du projet de voiture autonome de Google devenu Waymo, actuellement représentant des actionnaires au Conseil de surveillance de Daimler Truck AG).

Ni les infirmières, ni les malades ne sont des voitures ! Mais des êtres capables d'autonomie, c'est certain. Donc pas besoin d'une intelligence artificielle pour soigner sans gaspillage et surtout permettre à des malades d'avoir leur mot à dire, ce mot à dire sur lequel insiste Philippe Barrier, un malade doublement transplanté depuis 27 ans, s'exprimant récemment en conclusion des vingt ans de Renaloo, une association

de patients atteints de maladies rénales. Vous pourriez l'écouter sur YouTube, constatant d'ailleurs lui-même que ce dont il a bénéficié semble ne plus exister.

Ont-elles besoin de beaucoup d'instruments ou d'outils pour soigner les malades ou tout simplement permettre à des individus encore sains d'être les artisans du maintien de leur propre santé ces IDE déjà sans doute taxées d'*has been* par qui veut les voir disparaître ?

Ne seraient-elles pas un frein à la rentabilité des multinationales des médicaments et des vaccins si elles pensent encore qu'un corps puisse vivre dans le silence rapide de ses organes et non dans la chronicité de ses pathologies ?

Le gaspillage des médicaments qui, étonnamment va à l'encontre du « lean », ne préoccupe plus personne alors qu'en 2009, le Sénat notait des facteurs en cause qui semblent toujours exister en 2023, malgré le récent « restez chez vous et prenez du Doliprane® ».

Des infirmières aux mains nues, mais autonomes ?

Les infirmières utilisent des objets aussi divers que gants, masques, bracelets d'identification, garrots, seringues et aiguilles de différentes tailles, pinces, ciseaux, rasoirs, bistouris, sets d'ablation, stylos d'examen, outils à plâtre comme une scie électronique ou encore des cisailles à bec de canard, pansements, compresses, bandelettes, abaisse-langue, poires à lavement... Instruments de mesures et de diagnostics : tensiomètres, stéthoscopes, thermomètres, oxymètres de pouls, spiromètres, lecteurs de glycémie, thermomètres et j'en oublie ! Notamment ces montres infirmières, qui n'existaient pas « de mon temps », se portant sur la poche de la blouse pour des raisons d'hygiène et de sécurité.

Tenues professionnelles, blouses, sabots, tuniques... Mallettes médicales, sacs, trousse, boîtes stériles et boîtes jaunes BAA (boîtes à aiguilles) à joindre à la poubelle DASRI (déchets d'activités de soins à risques infectieux) et autres flacons. Gels... hydroalcooliques, antiseptiques, lubrifiants.

Sans oublier, pour une infirmière libérale, un lecteur de cartes Vitales, système d'assurance maladie français oblige !

Tous ces objets, instruments, tenues professionnelles, etc., prétendument nécessaires aux soins infirmiers, n'auraient-ils pas, notamment certains d'entre eux, une valeur aliénante ?

Faudrait-il qu'en plus de tout ce matériel, les infirmières disposent d'outils logiciels de gestion du genre de ceux de la méthode dite de Kaizen, contraction de deux mots japonais, Kai (changement) et Zen (meilleur), soit amélioration continue, une idée datant des années 1950 qui s'opposerait au Kaikaku, c'est-à-dire aux changements drastiques et brusques. Ce Kaizen se décline en :

– PDCA, un acronyme anglais qui fait référence aux termes Plan (planification), Do (réalisation), Check (vérification), Act (amélioration).

– Méthode 5S (débarrasser, ranger, nettoyer, ordonner et être rigoureux) pour optimiser l'environnement de travail et réduire les gaspillages de temps ; une absurdité en français puisqu'on y cherche vainement les 5 S !!!! Et pour cause, l'origine en est japonaise : seiri (整理), seiton (整頓), seisō (清掃), seiketsu (清潔), et shitsuke (躰), ce que les Anglo-Saxons ont adapté en « *sort* », « *set in order* », « *shine* », « *standardize* », and « *sustain* ». D'ailleurs cette méthode n'est-elle pas naturelle aux infirmières sans porter un nom ronflant ?

– La méthode des 5 pourquoi ! Un jeu d'enfant mis au point par un inventeur japonais de machines à tisser, Sakichi Toyoda (1867-1930), fils d'agriculteur et de tisserande, consistant simplement à se poser cinq fois la question « Pourquoi ? » pour trouver la source d'un problème. Question sans doute répétée par son propre fils, Kiichiro, qui, grâce à la vente du brevet de son métier à tisser automatisé, fonda en 1937 la Toyota Motor Corporation (TMC).

Est-ce vraiment nécessaire d'employer un jargon anglo-japonais qu'on a souvent du mal à comprendre pour finir par accéder aux *Cycle Time*, *Lead time* et *Takt Time* (ce dernier étant le temps du métronome !) dans le but prétendu d'améliorer la qualité des soins afin que le patient soit satisfait ? De qui se moque-t-on ? Du patient ? Ou du soignant ?

Des IDE condamnées à disparaître puisque l'IPA devient la norme ?

Avec l'aide du ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse, les décideurs hospitaliers ont sans doute trouvé la solution et c'est la méthode Kaikaku qu'ils vont certainement employer pour le remplacement de ces IDE, capables d'autonomie et d'esprit critique de par leur formation initiale et leur expé-

rience, même sans être IPA. Ces infirmières qui refusent dans leur for intérieur de continuer à voir leur temps « bouffé » en tâches comptables ou computationnelles au détriment du temps de présence et d'attention qu'elles pourraient accorder aux patients, et avec lesquelles le « saupoudrage » d'un DRH ne fonctionne pas plus que son évaluation autour de normes dénuées de toute humanité. Inutile de penser convaincre ces infirmières que l'organisation n'a pas d'autres issues. Tant pis pour leurs résistances. Place à la nouveauté. Grâce à qui ?

Grâce à de jeunes et nouvelles recrues, titulaires du bac pro ASSP option A (Accompagnement, soins et services à la personne option « En structure ») présentant un avantage de poids : « leurs missions » pourront se diversifier non pour « la personne » mais pour « la gestion de l'établissement ou la promotion de la santé de ce dernier (*sic!*) ». Les hôpitaux doivent déjà élaborer des plans que nous n'imaginons pas encore et une prochaine fournée de jeunes bacheliers pro d'un genre nouveau va leur permettre de stabiliser et consolider leur nouvelle organisation et leurs nouvelles méthodes de travail.

Alors, plutôt que de cauchemarder et de cogiter sur « l'émiettement » des tâches et d'imaginer tous ceux et celles qui sont « à la bourre » (c'est curieux ce jargon presque alimentaire en gestion du personnel – saupoudrage, émiettement, à la bourre – !), je pense, comme Hippocrate le pensait cinq siècles avant notre ère, mais c'est une pensée de retraitée qu'une infirmière en activité peut avoir du mal à comprendre et même une diététicienne, que l'alimentation est vraiment notre première médication et je rêve qu'elle ne sombre pas, elle aussi, dans l'absurde.

Trois instruments (dits couverts) pour cette médication et c'est l'aventure !

Voyage dans le temps, couteau et cuillère menant à la préhistoire, fourchette au XVI^e siècle.

Voyage symbolique, la cuillère est l'outil du lien social établi par la nourriture. Sans cuillère, plus de condition humaine.

Voyage dans la matière, bois, os, corne, ivoire, corail, pierre, terre cuite, faïence et métaux ayant servi à leur élaboration.

Voyage en saveurs, en couleurs... Et surtout fin de vie en bonne santé !

Les seringues jamais ne nous permettront cela, encore moins lorsqu'on ne sait même plus ce qu'elles contiennent vraiment. En 2023, une infirmière diplômée d'État devrait-elle envisager de se reconvertir dans l'hygiène et la sécurité des denrées alimentaires périssables ? **P**

Bricoler du temps en plus dans les EHPAD

Ce texte explore l'épaisseur du paradoxe entre l'« imaginaire infirmier » qui valorise le relationnel de la pratique et la réalité du travail en EHPAD. Il témoigne des astuces que les infirmières déploient pour rester au contact des résidents, malgré les contraintes de l'organisation.

Claire Bodelet
Sociologue

Le secteur des EHPAD connaît aujourd'hui d'importantes problématiques structurelles : manque de moyens matériels, fort *turn-over* des équipes soignantes, travail en sous-effectif que ce soit pour cause de logiques budgétaires ou pénurie de personnel, difficultés de recrutement, épuisements, arrêts maladie à répétition, démissions, reconversions... Les résidents accueillis sont de plus en plus âgés et dépendants, avec des troubles « psy » plus ou moins avancés (sans pour autant que les EHPAD ne disposent des moyens adaptés : organisation des établissements, capacité d'accueil, formation du personnel...). Tous ces éléments entraînent une intensification des temps de travail des infirmières, avec une impression de devoir faire toujours plus avec moins, et une transformation progressive de la profession. « C'est de pire en pire notre travail. Moi j'adore mon métier. Et [l'autre] infirmière avec moi aussi. Mais maintenant, on est des secrétaires médicales et on est... On est tout ! Et puis nous, on est deux pour cent huit personnes. »

Dès lors, on peut se demander comment les infirmières perçoivent ces transformations ? Dans quelle mesure parviennent-elles à maintenir (ou non) des temps de travail relationnel avec les résidents et résidentes dans le quotidien de leur activité ? Au travers de quelles solutions concrètes ? Cet aspect du travail représente un enjeu important pour garder vivant le sens de leur métier¹.

« C'est de pire en pire » : le travail empêché des infirmières en EHPAD

Dans les EHPAD, les infirmières font toutes le constat d'un temps de plus en plus réduit pour le relationnel. « On passe plus de temps devant l'ordinateur que devant un résident », expliquent-elles. En effet, le quotidien de travail des infirmières ne se réduit pas aux soins dits techniques, et une importante partie de leur temps de travail est réalisée dans les postes de soin (ou postes infirmiers), à enchaîner une série de tâches administratives : organiser les parcours de soins des résidents et résidentes, prendre et préparer les

rendez-vous avec les médecins, envoyer les ordonnances à la pharmacie, commander du matériel spécialisé, contrôler les médicaments, saisir et tracer les différentes tâches, ouvrir et suivre les dossiers des nouveaux entrants, vérifier les commandes, gérer les fins de vie et les décès... Ce travail de gestion administrative tend à occuper un temps de plus en plus important de leur journée, avec des conséquences sur le sens donné à leur travail (« Moi, j'appelle pas ça une infirmière, j'appelle ça une secrétaire ») et sur les possibilités de réaliser correctement leur métier. « Là, j'ai une dame en fin de vie, j'ai à peine eu le temps de passer la voir dix minutes ce matin », me confiait une infirmière. Ces situations s'accompagnent souvent du sentiment douloureux d'agir en contradiction avec leurs propres valeurs. « Quand nos résidents nous parlent, on regarde la montre... ou je regarde discrètement l'heure sur le téléphone. C'est quand même un truc de fou, c'est pas normal ! » Ce travail relationnel empêché entraîne inévitablement des sentiments de culpabilité qui, à force de se répéter, constituent un facteur majeur de dégradation de la santé mentale² et donc, de risque d'arrêts (plus ou moins longs).

Lorsque j'ai commencé à suivre les infirmières en EHPAD ou même réaliser des entretiens avec elles, ne serait-ce qu'une vingtaine de minutes dans un moment *a priori* creux de leur journée, un autre élément caractéristique de leur métier s'est rapidement imposé : la fragmentation du temps de travail. À tout moment, les infirmières sont susceptibles d'être interrompues dans le cours de leur activité. Pendant les soins, elles s'arrêtent pour relever un résident, réorienter un autre qui déambule dans les couloirs, calmer une résidente anxieuse... Ces situations ordinaires du travail impliquent une importante charge émotionnelle dont les modes de régulation et les effets sur la fatigue sont déjà bien connus³. De même, alors qu'elles travaillent dans le poste de soins, les infirmières sont en permanence confrontées à une série d'autres interruptions : l'arrivée des ambulanciers pour emmener un résident en examen, le laboratoire de biologie pour récupérer des prélèvements, la remplaçante

de la collègue pour poser des questions, l'équipe mobile de gériatrie, le médecin, la psychologue et, parfois aussi, la visite d'un ou une sociologue. Le plus souvent, c'est la sonnerie du téléphone qui perturbe le cours du travail des infirmières. « [C'est] un vrai poison », admet le médecin coordinateur d'un établissement. Au bout du fil, on trouve le secrétariat d'un médecin, un membre de la famille, le laboratoire de biologie, la pharmacie, l'hôpital, le fournisseur de matériel médical, le service d'ambulance... Ces multiples interruptions ont des conséquences directes sur la qualité du travail relationnel et le travail d'organisation des infirmières. « Ce qu'on pourrait régler en cinq minutes, on le règle en trente minutes. »

« On se débrouille » : contraintes et inventivité dans le quotidien du travail

Le travail des infirmières en EHPAD se caractérise par une multiplicité de tâches, plus ou moins formalisées, et des temps de travail qui se superposent. « Il faut être partout tout le temps, il faut tout savoir. Et on n'a pas le droit à l'erreur. » Pour faire le tri dans la liste des priorités et s'assurer de faire ce qu'il y a à faire, les infirmières s'adaptent. « On se débrouille », répondent-elles régulièrement aux différentes demandes de leurs interlocuteurs. Ce travail de débrouille quotidienne porte sur différentes dimensions de leur activité, y compris le travail relationnel. Elles bricolent, comme dit la sociologue Marie-Anne Dujarier, des solutions pratiques et morales afin de résoudre les contradictions organisationnelles⁴ et conserver des temps d'échange avec leurs résidents et résidentes. Une de ces solutions consiste à utiliser les interstices de l'organisation prescrite du travail, c'est-à-dire à profiter des activités qui sont déjà prévues comme étant des temps de travail au contact des résidents pour développer des moments d'échanges interindividuels avec eux et ainsi, neutraliser – ou contourner temporairement – le sentiment pénible qu'expriment certaines infirmières découragées de travailler dans « l'élevage » plutôt que dans le soin. Ces temps de travail se trouvent à deux moments principaux de la journée des infirmières en EHPAD : la tournée des soins dans les chambres le matin et la distribution des médicaments lors des repas en salle. « J'aime bien ce moment parce qu'y a du relationnel avec les gens », m'explique un jeune infirmier.

Toutefois, cette dimension relationnelle reste limitée. La distribution des médicaments est réalisée à un rythme soutenu, réduisant le travail relationnel à

quelques paroles, échanges de plaisanteries ou gestes d'affection. La cadence de travail pose d'ailleurs la question de savoir comment les infirmières parviennent à garder la douceur de ces gestes dans le quotidien de leurs activités. Le contraste est ici saisissant entre l'ajustement des gestes aux besoins de chaque résident et la rapidité avec laquelle elles accomplissent la distribution des traitements. Parfois, l'infirmière avance le verre d'eau d'une résidente qu'elle sait avoir du mal à bouger son bras ; elle accompagne le geste d'un autre résident qui a des problèmes de vue pour qu'il puisse bien situer et saisir son verre sur la table ; elle s'approche doucement de l'oreille d'un autre résident malentendant pour l'informer qu'elle vient de déposer ses médicaments sur la table. Dans le contexte actuel d'organisation du travail de soin à flux tendu, ces gestes ne sont pas de simples gestes de métier, ce sont aussi de petits actes de résistance qui permettent de maintenir l'humanité des relations dans les soins et renégocier le sens du travail. Ces petits gestes ne sont pas mesurables, ils ne sont pas tracés (ou du moins, pas encore), ils font partie des savoir-faire discrets décrits par Pascale Molinier dans ses analyses des métiers du « care »⁵. Ils ne sont pas non plus organisés à l'avance et tiennent leur efficacité d'une certaine spontanéité, voire d'une certaine créativité dans l'ordinaire du travail des infirmières et infirmiers. Pour autant, ces gestes ne peuvent suffire à lutter contre « l'effritement du travail de soin »⁶ et la diffusion des organisations néolibérales du travail qui décomposent chaque jour un peu plus le travail des infirmières et grillent petit à petit la vitalité de leur engagement aux côtés des plus vieux, des moins vieux et parfois aussi, de nous-mêmes. **P**

- 1 Everett C. Hughes, *Le regard sociologique*, Paris, Éditions de l'EHESS, 1996.
- 2 Yves Clot, *Le travail à cœur. En finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 2010.
- 3 Marc Loriol, « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », *Prévenir*, 2001, n° 40, p. 183-188.
- 4 Marie-Anne Dujarier, « La division sociale du travail d'organisation dans les services », *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2006, n° 1, p. 129-136.
- 5 Pascale Molinier, « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilités croisées et savoir-faire discrets », dans Sandra Paperman et Sandra Laugier, *Le souci des autres. Éthique et politique du care*, Paris, Éditions de l'EHESS, 2011, p. 339-357.
- 6 Françoise Acker, « Infirmières : des pratiques en redéfinition. Une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 93, n° 2, 2008, p. 61-67.

Être une sage-femme maïeuticienne

Sage-femme est un métier, la maïeutique est un art. L'art de faire accoucher les corps et les esprits. On peut être maïeuticien sans être sage-femme, mais toutes les sages-femmes sont maïeuticiennes.

Barbara Rampillon

Ancienne sage-femme

INFIRMIÈRES : UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT ?

Prise de garde 7h30, le tourbillon des prises en charge, l'enchaînement des actes techniques, la naissance...

Le bruit, les alarmes, les sonnettes... agressives, cycliques. Et puis une sonnette parmi tant d'autres : « Bonjour, oh c'est vous... Comme je suis contente de vous voir. Vous m'avez accouchée il y a douze ans et je ne vous ai jamais oubliée. Je pense à vous très souvent. Je passais et je me suis dit que vous seriez peut-être là. Regarde ma chérie, c'est la dame qui t'a mise au monde et dont je t'ai parlé. » Une gamine les larmes aux yeux regarde ma collègue comme si elle venait de rencontrer un membre de sa famille enfin retrouvé. Chez ma collègue, l'émotion et la gêne. La gêne de n'avoir pas imprimé ce moment avec autant d'intensité et l'émotion qu'on s'en souviendra comme un moment unique. Quelle histoire, quel récit, ont été transmis à cet enfant ? Quel récit de sa venue au monde ? Quel rôle jouons-nous dans la construction de cette transmission ? Nous que nos conditions de travail ramènent trop souvent à de simples opérateurs de la naissance.

Nos gestes, nos paroles, nos choix techniques de prise en charge... encadrent et conditionnent la venue au monde. Car de sa naissance, on ne peut rien en dire. On ne peut entendre le récit de ses origines que de la parole de l'autre.

Nous sommes des cliniciennes de l'accompagnement. Et cela ne s'apprend pas en formation initiale, n'est pas livré avec le diplôme et encore moins garanti par un quelconque statut.

Ce même jour, penchée sur un nouveau-né, ma collègue m'explique qu'elle lui a murmuré un « bonne chance » comme cela nous arrive parfois.

Comme une transmission de ce nous pensons, mais que nous ne pouvons pas exprimer, parce que notre prise en charge doit être neutre et impartiale. Face à certaines histoires familiales douloureuses, parcours chaotiques qui nous sont confiés dans le cadre du secret professionnel et pour une meilleure prise en charge globale, nous savons.

Nos expériences directes des situations difficiles nous laissent une empreinte émotionnelle et psycho-

logique plus ou moins facile à assimiler. Nous l'interprétons, la cachons, la partageons avec nos pairs. Mais dans l'accompagnement direct, notre professionnalisme nous impose le silence. Nous ne sommes pas émotionnellement impartiales. Que transmettons-nous sans le vouloir ? Nos gestes, nos choix trahissent-ils nos pensées, émotions, à notre insu ? Ce que nous avons vu, entendu, reçu, expérimenté résonne humainement. Est-ce que malgré notre professionnalisme et impartialité, nous transmettons une partie de notre histoire individuelle et collective, au point que nous faisons partie intégrante du récit de la venue au monde de cette gamine de douze ans ?

Peu de professions ont connu des évolutions de leur formation initiale aussi profondes en une génération. Cela n'a été ni au service des femmes et des couples, ni à celui des sages-femmes, mais des politiques gouvernementales d'économie et de pénurie médicale.

La formation dispensée en trois ans après le bac fin des années quatre-vingt-dix accompagnait ou faisait naître des vocations. On nous formait à être des cliniciennes de l'accouchement normal. Le parcours scolaire était un appui, une chance supplémentaire de réussir le concours et non une condition.

Avec l'universitarisation des formations aux professions de santé, imposée par les politiques, le classement universitaire LMD (licence master doctorat) est devenu progressivement une échelle de compétence, applicable tant dans les politiques managériales que salariales. Sous prétexte d'un bac + 5 une sage-femme pouvait remplacer une infirmière bac + 3, sans aucune considération clinique, ni expérimentielle. Ce n'est pourtant pas le même métier.

Sur ce point, la bataille a payé. Une sage-femme ne peut plus exercer en tant qu'infirmière. Les salaires quant à eux sont hiérarchisés selon le même critère, reléguant la clinique au rang d'accessoire.

La pénurie médicale et la médicalisation de la naissance ont poursuivi le modelage de la formation des sages-femmes pour en faire des techniciennes de l'accouchement. La clinique a cédé le pas à la technique, aux protocoles. Le passage obligatoire par la première année commune des études de médecine (appelée au-

jourd'hui PACES) et l'accès aux études par classement a modifié le profil des étudiants et leur motivation. Le contenu de la formation s'est appauvri cliniquement au point que les nouvelles générations sortiront des études sans n'avoir jamais pris en charge d'accouchement par le siège ou de naissance gémellaire par voie basse. Pour quoi faire d'ailleurs, puisque les protocoles prévoient de les Césariser? Ce qui était obligatoire il y a vingt ans pour valider notre diplôme devient inutile.

Les sages-femmes sont formées à appliquer des protocoles et à assister la médicalisation. Elles sont tour à tour opérateur du service qualité, garante de la traçabilité, exécutante des protocoles. Elles doivent se battre pour rester cliniciennes, au service des femmes. L'élargissement des compétences techniques des sages-femmes, sous couvert de reconnaissance, les éloigne de la clinique.

Nous ne devrions pas nous laisser enfermer dans une logique de métier et de cursus, mais porter la reconnaissance de la profession par son fondement : celui de faire accoucher les corps mais aussi les esprits, la maïeutique, au sens socratique du terme.

Être maïeuticienne, c'est n'accepter ni les solutions de court terme, ni le faux-semblant. Le changement prend du temps, demande de la vigilance, de l'écoute, de l'échange, de la persévérance et tout cela, nous l'avons appris. Nous avons été formées à être patientes, attentives, à travailler en équipe, à être toujours prêtes à agir face à l'incertitude, à réagir en ayant confiance en l'autre, en nos outils, en notre sens clinique. Les sages-femmes d'aujourd'hui n'attendent pas, elles agissent, elles n'ont pas toutes confiance dans leur sens clinique et préfèrent souvent déléguer que de prendre le risque de l'autonomie. Elles n'ont ni le temps, ni les moyens, ni la formation pour être cliniciennes.

Nous ne devrions pas nous laisser enfermer dans des négociations stériles décentrées de l'essentiel. Il n'y a pas tant de différence entre mobiliser un bassin pour une adaptation fœtopelvienne (tête-bassin), refuser un déclenchement pour raison non médicale et se mobiliser autour de ses valeurs et refuser d'être enfermé dans un cadre trop étroit, voire vidé de son sens premier. Le statut de praticien hospitalier permettra-t-il à la sage-femme de rester clinicienne?

L'évolution de la formation initiale des sages-femmes a donné des perspectives d'évolution universitaires, mais a confisqué l'identité de la profession, son héritage. Car au-delà de cette confiscation clinique que les sages-femmes ne sont pas les seules à connaître aujourd'hui, c'est aussi un héritage qui est oublié. Celui de la maïeutique.

Une sage-femme n'accompagne pas que deux

corps, mais une femme dans son identité, un couple dans son développement, un changement de statut, une nouvelle version de soi. C'est un véritable accompagnement au changement basé sur la mise en valeur des capacités et des ressources de la femme et du couple.

L'effacement de la dimension clinique du métier a été consciemment organisé, la dimension maïeutique, méconnue, peut encore exister.

La maïeutique n'est pas enfermée dans la reproductibilité de techniques académiques procédant d'un savoir théorique, mais dans le désir d'être, issu d'accumulation d'expériences directes, de leur intégration, et de la capacité d'être conscient des implications de ces dernières.

Les sages-femmes perfusent, appliquent les protocoles, réaniment, mobilisent des bassins, prescrivent, posent des *monitorings*.

Les maïeuticiens (nes) écoutent ce qui est dit et non-dit. Ce que le corps exprime. On n'écoute pas seulement avec les oreilles, mais avec tous les autres sens. Écouter, c'est être en mesure de percevoir ce qui émerge en soi au contact et de le partager.

La maïeutique est un art, historiquement porté et transmis par les sages-femmes. Elles en sont les héritières privilégiées, mais non exclusives.

Cet art d'accompagner au changement s'applique dans de nombreux autres domaines : dans le travail d'investigation engagé d'un journaliste qui dénonce la marchandisation de la dépendance des personnes âgées, dans la posture intégrative d'une psycho-oncologue dans un service de fin de vie, la vocation d'une jeune institutrice qui encourage les capacités de ses élèves, la démarche ergonomique au service de l'activité réelle, le quotidien d'un pair aidant.

J'ai quitté le bloc obstétrical en 2020 parce qu'être clinicienne devenait trop coûteux. J'ai été sage-femme durant vingt-trois ans, mais je suis et resterai maïeuticienne. Ce métier m'a enseigné l'art de la maïeutique au sens socratique du terme. J'ai appris et expérimenté, dans chacune de mes prises en charge, la posture de juste distance, la confrontation bienveillante, la stimulation de la pensée critique et la conscience de soi, propre à l'enseignement socratique. Je suis et resterai une clinicienne du changement.

Le parcours des sages-femmes est intimement lié à celui des femmes. Le combat des sages-femmes pour leur reconnaissance, depuis des décennies, illustre celui des femmes dans leurs parcours individuels autant que collectifs, il a une portée sociétale.

Les sages-femmes sont et resteront des maïeuticiennes si elles arrivent à défendre les conditions d'expression de cet art.

La maïeutique est un art, un art de douceur et d'accompagnement, mais aussi un art de combat. **P**

Parcours d'IPA

Suite à une première rencontre avec Sylvie Bouchy, infirmière en pratique avancée au sein d'une MSP, salariée de l'association Asalée, j'avais perçu une démarche de reconquête du sens dans son métier d'infirmière à travers son parcours professionnel. Voilà son propos.

Entretien avec **Sylvie Bouchy**

Infirmière en pratique avancée au sein d'une Maison de santé pluriprofessionnelle, salariée de l'association Asalée

Propos recueillis par **Léa Schleck**

INFIRMIÈRES : UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT ?

Quand j'ai terminé ma formation d'IDE (infirmière diplômée d'État) en 1998, il n'y avait pas beaucoup d'offres d'emploi. J'ai commencé par des remplacements en SSR (soins de suite et réadaptation), en long séjour gériatrique, en clinique en service de chirurgie et en service de réanimation en chirurgie orthopédique.

Dans certains de ces services, j'ai vite été confrontée à la notion de rentabilité. La charge de travail était telle que pendant mes repos, je pensais à toutes les surveillances et soins auxquels j'avais renoncé par manque de temps. Ces situations m'angoissaient, je ne trouvais pas ma place dans ces lieux de soins, tout allait dans le sens contraire de mes propres valeurs. Je ne souhaitais pas n'être qu'une technicienne du soin, mais aussi accompagner la personne hospitalisée dans toutes ses dimensions : avoir le temps d'écouter, d'être « avec », de rassurer, de partager et de prendre soin... Enfin tout ce que j'avais appris en institut de

mal d'assurer les relais de suivis en CMP qui sommaient eux aussi.

Puis, j'ai eu l'opportunité d'exercer en tant qu'infirmière libérale. Je pouvais choisir le temps que je prenais pour les soins. Même si les soins « relationnels » n'entrent pas dans la nomenclature des actes professionnels des infirmiers, ce mode d'exercice m'a permis d'exercer enfin un savoir-faire technique avec humanité, lors d'une réelle rencontre avec le patient dans son cadre de vie.

J'ai complété ma formation initiale par un diplôme universitaire « Plaies et cicatrisation » en 2013 qui m'amenait à acquérir de nouvelles compétences et ainsi améliorer les soins.

Je travaillais sur un secteur avec deux, puis quatre jeunes médecins généralistes, aux valeurs humanistes, ayant une vive intention de construire un travail en équipe par la création d'une maison de santé pluriprofessionnelle.

Je sentais toutefois que l'exercice libéral m'avait isolée des autres professionnels de santé et la formation d'Infirmière en pratique avancée (IPA) apparaissait comme une opportunité pour retrouver le travail d'équipe.

L'idée du métier d'IPA restait toutefois floue avant d'entrer en formation. Il n'était pas encore déployé en France, il était donc difficile de se projeter selon un modèle. Pour moi, ce métier s'exerçait nécessairement au sein d'une équipe et non plus isolé, et amenait à l'acquisition de nouvelles connaissances cliniques et thérapeutiques. J'y voyais surtout la possibilité de jouer un rôle central dans la prévention et le dépistage.

C'est porté par un projet d'équipe que j'ai saisi l'opportunité de faire la formation d'IPA en 2020.

J'ai été déçue par la formation. La première année, nous avons suivi en partie les mêmes cours que les étudiants de 2^e et 3^e années de médecine : anatomie et physiologie. La formation est très hospitalo-centrée : les enseignements ne sont dispensés que par des praticiens hospitaliers spécialistes d'organes. J'ai eu l'impression de perdre du temps au détriment d'un enseignement de qualité sur la clinique, la pharmacologie et sur la prise en soin globale du patient. La deuxième année était plus clinique, mais les enseignements

J'ai eu l'impression de perdre du temps au détriment d'un enseignement de qualité sur la clinique, la pharmacologie et sur la prise en soin globale du patient.

formation et qui m'avait donné envie d'être infirmière. Ainsi, j'ai quitté l'hôpital général au bout de deux ans pour exercer en service de psychiatrie. J'ai alors eu plus de temps pour m'occuper des patients et j'ai trouvé dans ces lieux la notion de travail d'équipe qui m'a réconciliée avec mon métier. Cela a duré quelques années avant que n'arrive la tarification à l'activité (T2A) et son cortège de restrictions.

Je suis restée neuf ans en psychiatrie, en service d'hospitalisation et aux urgences. Je constatais la dégradation rapide de la qualité des soins et les dommages causés par la gangrène administrative. Nous, soignants, devenions petit à petit aussi des petits administrateurs de service en cherchant des lits, en faisant vite sortir un patient pour le remplacer par un autre jugé plus préoccupant, en essayant tant bien que

n'étaient encore dispensés que par des spécialistes hospitalo-universitaires, avec une vision très standardisée et un manque d'approche holistique de la personne soignée. Le dépistage et la prévention ont été peu abordés et le travail en équipe non mis en avant.

Cette formation ne m'a pas aidée à retrouver du sens, car les médecins enseignants ne voyaient l'IPA que comme un moyen d'alléger leur charge de travail et parlaient essentiellement de « délégation de tâches » plutôt que de travail pluridisciplinaire.

À l'issue de cette formation, j'avais la possibilité de reprendre en exercice libéral, mais la perspective de devoir enchaîner rapidement les consultations pour me dégager un revenu correct m'a immédiatement fait renoncer à ce choix. La tarification à l'activité qui régit l'activité libérale (comme l'activité hospitalière) amène indubitablement la question de la rentabilité des soins. De surcroît, j'avais les retours de collègues IPA, diplômés avant moi, qui avaient de grandes difficultés à construire suffisamment de collaborations avec des médecins libéraux.

J'ai choisi de prendre un poste salarié au sein de l'association Asalée, m'assurant un revenu stable et décent et me donnant les conditions de temps et de disponibilité nécessaires à une prise en soin holistique du patient en équipe pluriprofessionnelle.

La prévention, le dépistage, l'éducation thérapeutique du patient sont des priorités au sein de cette association. Le travail en équipe en étroite collaboration avec le médecin est privilégié et surtout la place centrale est occupée par le patient.

Ainsi, en 2022, j'ai intégré une équipe au sein de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) où quatre médecins me confient le suivi de patients atteints de polyopathologies chroniques. Le fonctionnement est différent selon les médecins et selon les patients.

Nous pouvons faire une consultation en binôme pour certains patients ou, plus fréquemment, des consultations en alternance. J'ai l'avantage de pouvoir disposer de temps pour revoir le suivi global du patient sur sa pathologie chronique. Je renouvelle les traitements et je prescris des bilans, si nécessaire, aux patients qui me sont confiés. Je reviens régulièrement

vers les médecins pour évoquer des questions sur la pathologie, les bilans ou sur l'évolution du patient.

J'axe préférentiellement ma pratique sur la prévention avec l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) et le dépistage de certaines pathologies. Dans cette MSP, je travaille également en collaboration avec une infirmière déléguée de santé publique (IDSP) salariée Asalée sur certains axes de santé publique.

Les réunions de concertation pluridisciplinaire avec les professionnels de la MSP permettent de mobiliser les compétences de chacun pour une meilleure prise en soin du patient et c'est pour moi une vraie richesse.

Les nouvelles compétences acquises durant ma formation me permettent d'avoir une vision plus globale du patient et pas seulement de traiter une partie de corps ou une pathologie. En exerçant en MSP en tant que salariée non soumise à une obligation chiffrée ou cadencée, j'ai vraiment du temps pour l'écoute, pour permettre au patient d'exprimer ses besoins.

J'éprouve parfois des difficultés à trouver ma place : je souhaite conserver mon identité d'infirmière, mais je renouvelle les traitements et certains patients font un amalgame avec le médecin. Il faut encore du temps pour affirmer que l'IPA vient en complément du médecin et non pas « à la place de ». En effet, je ressens une horizontalité dans la relation infirmière-patient qui est moins évidente dans la relation médecin-patient. Le médecin fait encore figure d'autorité : il prescrit. Ainsi les patients et les infirmières partagent une forme de « dépendance » vis-à-vis du médecin (prescriptions de soins, de traitements) qui rend l'alliance plus naturelle. Je souhaite conserver cette image de soignant « abordable », sans relation hiérarchique.

La fonction d'IPA est à mon sens une progression naturelle du métier d'infirmière qui souhaite évoluer dans sa pratique et renouer avec les valeurs pour lesquelles elle s'est engagée dans cette profession.

La formation d'IPA m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances, de théoriser mon savoir expérientiel et d'élargir mon champ de compétences, mais c'est bien la rencontre avec l'association Asalée et avec les conditions de pratique qu'elle offre qui m'ont permis de renouer avec mes convictions dans ma pratique, et retrouver le sens de mon cœur de métier. **P**

De la valeur face à la pénurie

En se saisissant de l'appel à écriture, l'équipe infirmière témoigne à la fois de l'amputation de sa fonction, la perte de sens, mais surtout de la créativité du soin psychiatrique, là où elle est encore prescrite, respectée, partagée, historisée par le récit.

Annick Bernabéo, Bénédicte Delarue, Mohammad Mouma, Cédric Roueil, Abdoul Wane, Agnès Weck et l'équipe soignante du foyer René Capitant

INFIRMIÈRES : UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT ?

Invité à une synthèse d'équipe, un cadre formateur de l'institut en soins infirmiers de la Pitié Salpêtrière fait ce constat qui honore le collectif soignant : les étudiants infirmiers en stage au foyer de postcure René Capitant, en plus d'apprécier le stage pour la qualité de l'accueil et de l'encadrement, y apprennent quelque chose d'essentiel dans la relation humaine, la nature même d'une présence soignante pleinement reconnue dans sa fonction, qui exerce dans la disponibilité, la tranquillité des liens professionnels.

Le formateur ajoute qu'apprendre des gestes techniques en réanimation, en chirurgie, en cardiologie, nécessite d'y consacrer de l'attention, du temps et de la concentration. Encore faut-il que les soignants supportent les cadences accélérées imposées par une logique comptable, l'augmentation des tâches administratives qui les tiennent éloignés des patients et de l'équipe. Dans ces conditions, la rencontre avec un patient peut ne jamais se réaliser car la capacité de reconnaître et d'accueillir la souffrance de l'autre, malade, n'est pas prise en compte. Alors l'essentiel du soin se dissout au profit d'une technique mécanisée, certes efficace mais dénuée d'âme.

Attardons-nous sur ce mot de jadis : l'âme. En lutherie, on parle de l'âme d'un violon comme de sa spécificité sonore, les marionnettistes utilisent ce substantif pour désigner le centre de la marionnette. Il semble qu'à l'heure actuelle, l'âme des soignants soit au mieux négligée, au pire vilipendée, au profit d'un corps qui doit sans état d'âme ne souffrir d'aucune défaillance, se soumettre à des rythmes insensés, être remplaçable.

Au foyer de postcure, les infirmiers s'engagent et écrivent. Référents des patients, c'est-à-dire témoins de leur parcours durant le séjour, ils préparent par écrit les synthèses qui nourrissent le travail clinique. C'est une tâche complexe, exigeante, qui réclame du temps, du silence, permettant la mise en récit de l'histoire du patient. Des traces écrites, issues d'une collecte de matériel clinique effectuée auprès de tous les collègues, puis partagées avec eux, sont ainsi déposées pour chaque patient.

Lorsque le récit collectif soignant est impossible,

chacun est renvoyé à une souffrance solitaire ou à un sentiment d'échec personnel et le récit de soi se fragilise. « L'histoire de chacun est enchevêtrée dans l'histoire des autres (...) c'est ainsi que notre histoire devient un segment de l'histoire des autres. C'est un tissu internarratif, si l'on peut dire, qui est déchiré par la souffrance » explique Paul Ricœur dans *La souffrance n'est pas la douleur*.

Dans ce lieu de soin où ceux qui tiennent le cadre disent en réunion institutionnelle « il y a un temps qui ne va pas être perdu à ne pas être chiffré », les soignants se racontent, organisant leur expérience et leur mémoire des événements humains essentiellement sous forme de récits. À l'intersection des éthiques du soin qui rappellent notre vulnérabilité commune, anthropologique, de la psychothérapie institutionnelle qui défend l'idée d'un monde à partager entre les personnes qui occupent la fonction de soignant et celles qui sont là parce qu'en grande difficulté de vivre, de notre position de sujet responsable, et de la réflexion sociologique et politique, qui rappelle avec Richard Sennett dans *Le travail sans qualités, les conséquences humaines de la flexibilité*, qu'un régime ou une institution « qui n'offre pas aux êtres humains de raisons profondes de veiller les uns sur les autres ne saurait durablement conserver sa légitimité », la parole infirmière s'exprime et nous l'écoutons.

Au bureau d'accueil, profitant de la prise de traitement du soir, Bénédicte prend des nouvelles de la journée des patients. Elle raconte : « Je me souviens avec enthousiasme de ma formation d'infirmière psychiatrique : les cours étaient passionnants, les stages intéressants, j'ai vraiment appris mon métier durant ces trois ans. Je remarque avec tristesse que depuis que cette formation et ce diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ont disparu, la psychiatrie s'est trouvée amputée. Georges Daumézon écrivait dans un article d'un congrès de psychiatrie et de neurologie en 1974 au sujet du "savoir infirmier psychiatrique" : "Il faut, en étudiant les lieux d'échanges actuels entre infirmiers, fournir les moyens de multiplier ces expériences et leur donner toute la dignité désirable (...) On ne saurait cependant trop insister sur la nécessité

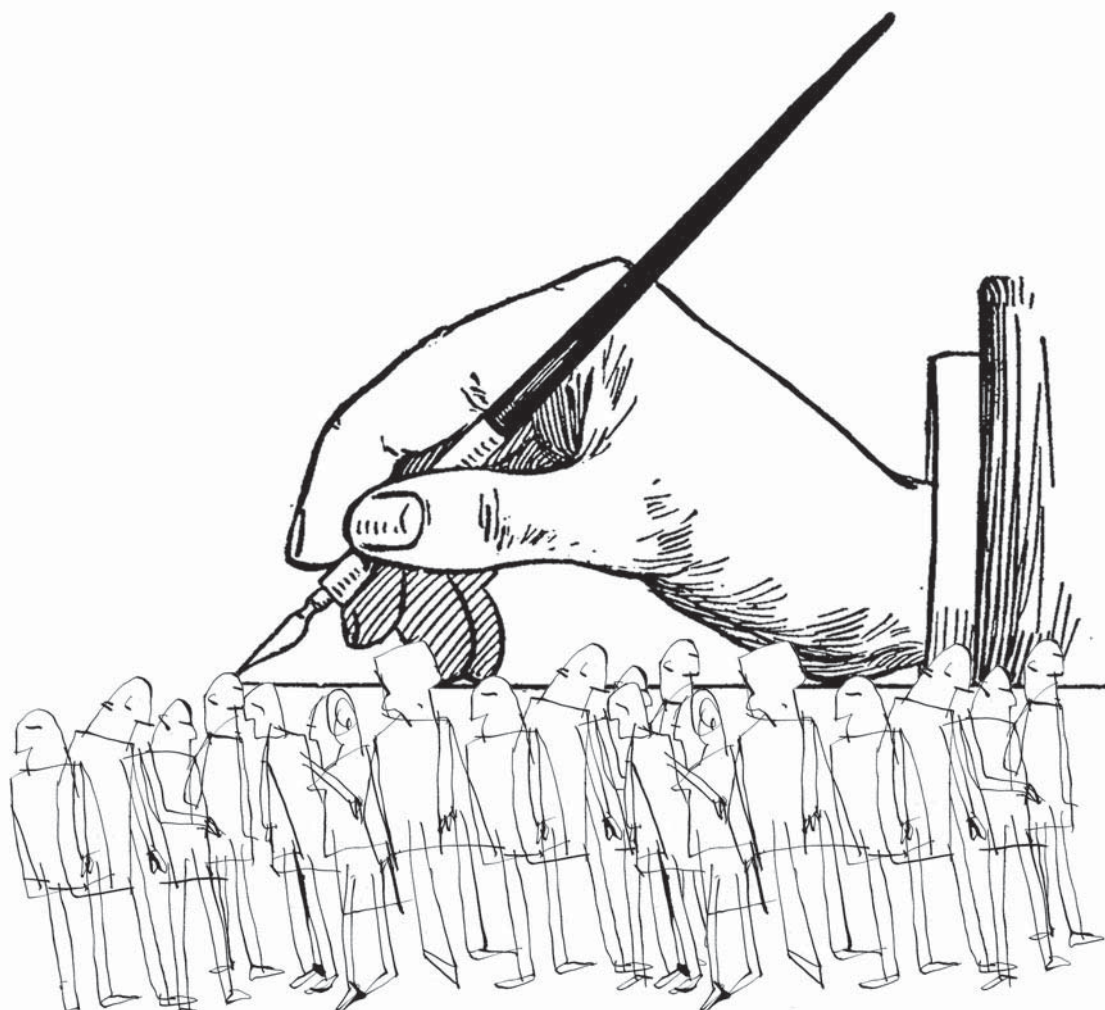
de mettre, au centre de la formation, l'élaboration de l'expérience de la vie avec le malade telle qu'elle peut être menée avec ceux qui la partagent." Je n'exerce que dans des structures où les moyens humains et financiers sont présents, je suis sensible à la bienveillance du cadre, la discussion, la qualité de l'accueil et la rigueur professionnelle. Je vis comme un cauchemar l'arrivée de robots piétinant par leur mécanique efficace tout sens au boulot de soignant. »

Durant le dîner, Cédric hèle un patient plutôt solitaire et l'installe à ses côtés. Il explique : « J'ai choisi mon camp, j'ai quitté la psychiatrie publique où j'étais sollicité au vu de ma carrure pour des interventions musclées. J'aime organiser des repas festifs, des séjours thérapeutiques, je peux même gérer une campagne d'éradication de punaises de lit ! J'essaie d'y mettre de la logique, de l'investissement, de l'humour. Je considère que mon lieu de travail, que je qualifie d'exceptionnel, devait être une norme en matière de soins. J'exerce mon esprit critique, ma demande de justice, mon sens politique en réunion de synthèse ! Les discussions sont parfois rugueuses, les échanges musclés. La parole peut être proférée, puis entendue, examinée, reprise, et l'humour circuler. Solidaire de mes collègues travaillant en soins somatiques ou dans

d'autres services de psychiatrie, je m'inquiète de la perte de sens – "on se cherche en vain dans ce que l'on voit faire" – dont souffre le métier d'infirmier, entraînant, après un temps de doutes et de souffrance, un abandon de la profession. »

L'hôpital agonise et nous sommes entrés dans le temps de l'urgence. « Cela se traduit par une demande de justice, entre les humains, qui parfois va même s'adresser "au-delà", traduisant ainsi la priorité de la relation, au sein de nos besoins vitaux », écrit Frédéric Worms dans *Vivre en temps réel*.

Au groupe d'analyse des pratiques, une fois par mois dans la salle dite de piano, Abdoul sort son carnet et son stylo : « J'ai toujours des choses à dire, à apprendre, à comprendre et je suis confiant. À l'institut de soins infirmiers dans lequel j'apprenais le métier d'infirmier, le relationnel l'emportait sur la technique. La bonne parole qui circulait dans l'hôpital affirmait "que le patient est au centre de tout", mais sur le terrain, le seul objectif est la réalisation des soins techniques. Même le "bonjour comment ça va" est prononcé de façon plaquée, comme un écran langagier opposé à toute plainte qui ralentirait la rapidité d'exécution requise. Pour moi, le sens éthique du soin est défini



ainsi : 1. le travail d'équipe, 2. la bienveillance de l'institution, 3. son positionnement dans le soin. J'ai eu le coup de foudre pour la thérapie institutionnelle qui encourage la pensée clinique, les hypothèses de travail pour accompagner le patient, le développement d'espaces de circulation où soignant et patient peuvent créer ensemble. Le quotidien partagé permet de s'approcher de l'angoisse psychotique. Je salue la capacité de renaissance des patients et leur courage qui entretiennent notre courage de soignant. »

Dans la salle de sport, au quatrième étage, Mohammad encourage deux patients « une petite demi-heure d'exercices avant la réunion soignant soigné, c'est parti ! ». Il se souvient : « J'ai commencé mon métier d'infirmier en 2015. J'ai travaillé en salle de réveil puis en psychiatrie dans des grands hôpitaux parisiens avant de choisir la pédopsychiatrie et la psychiatrie au foyer de postcure. Je ne retournerais plus en somatique parce que ce n'est plus ma vision du soin. Le temps soignant est voué à des tâches incessantes qui entretiennent routine et rendement et installent une situation traumatique. Aucune oreille ne pratique une écoute attentive, on rentre l'âme pesante à la maison et l'on se cache derrière une technicité pour fuir cette réalité. Un jour, après qu'une patiente m'a dit : "Ça ne sert à rien que je vous raconte, demain ce sera un autre à votre place", j'ai compris que ce n'était pas ma vision du soin et je me suis extirpé de cette situation professionnelle. À l'hôpital de jour, en pédopsychiatrie, je retrouve mes valeurs, une équipe, du temps pour le patient, pour penser un projet de soins. Je reconnais néanmoins la nécessité d'une résistance face à l'administration qui considère la psychiatrie comme une discipline négligeable. S'il y a un besoin urgent d'un soignant dans un service, c'est en psychiatrie qu'on viendra le chercher. Sur les plannings qui, coûte que coûte, doivent être bouclés, les noms sont remplacés par des croix ! Au foyer, que je considère comme une "île du paradis", le soin prend tout son sens, le patient est là, acteur et responsable, dans une collaboration

serrée avec les soignants. L'exercice de la pensée institutionnelle me renforce dans le fait que je n'exercerais plus ce métier si je devais retourner en somatique. »

Agnès, dans l'infirmierie, accompagne dans une présence attentive un patient qui refait son pilulier. Elle relate : « Dans un premier temps, je souhaitais être sage-femme. Engagée dans des études d'infirmière, j'ai d'abord pensé être infirmière en maternité avant de me retrouver en psychiatrie, qui fut un choix fait en connaissance de cause. J'ai travaillé en hôpital de jour où je me suis plu à animer des ateliers. J'ai ensuite passé un CAFERUIS (Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale) et exercé comme cadre dans le public où j'ai vécu une dégradation progressive de ma situation professionnelle. J'ai sauvé ma peau en démissionnant. J'ai alors suivi une formation en santé au travail. Aujourd'hui, je partage mon temps dans un service de santé au travail interentreprises, dans lequel mon temps est compté et surveillé, et le foyer de postcure, où je me ressource à la solidité du collectif, reconfortée d'œuvrer dans une équipe solidaire. »

En réunion institutionnelle trimestrielle, un temps est pris pour parler du métier d'infirmier. Par sa capacité à se laisser altérer dans la rencontre quotidienne avec le patient, par ses observations, partagées au sein du collectif, sa position renforcée par le travail de l'équipe, l'infirmier développe des compétences remarquables et spécifiques : il est, selon Georges Daumézon, « celui qui cohabite avec le fou, qui a édifié, collecté un savoir : savoir vivre avec le malade mental – ce qui demande du temps et postule une technique ». Dans ce lieu de soin qui accueille des jeunes patients psychotiques, il les accompagne dans l'exercice d'une dimension de soin non chiffrable, nourri d'une pensée non codifiée, conscient du processus de séparation à l'œuvre au sein du transfert, tout au long de ce temps du devenir adulte. **P**

Des jours avec, des jours sans

Ce témoignage d'une étudiante infirmière en stage montre que les élèves ne sont pas toujours les bienvenus dans un contexte instable où les infirmières en titre ne disposent ni de formation ni de temps suffisants pour les accompagner.

Ingrid Lory

Étudiante en soins infirmiers

Lundi 31 octobre, c'est la première journée de mon quatrième stage de formation en soins infirmiers (de deuxième année). Lors de la réunion avec notre référente, il nous a bien été indiqué qu'il fallait « nous inscrire pendant ce stage en tant que future professionnelle » et solliciter nos aînées, montrer notre envie d'apprendre afin d'acquérir le maximum d'expérience. J'arrive le cœur gonflé d'espoir, j'ai dix semaines pour acquérir des savoirs, de l'assurance, de l'expérience.

Les deux premières semaines, je les passe avec les aides-soignantes pour « comprendre le fonctionnement du service ». Mes gestes ne sont pas encore automatiques, mais les aides-soignantes valident mon application et ma bonne prise en charge des patients (respect de sa personne, de ses souhaits, de sa pudeur, encouragement aux gestes d'autonomie, etc.). Un bémol sur les transmissions écrites que j'oublie de faire : « il faut tout tracer », alors j'essaie de me corriger, j'apprends...

La troisième semaine, je suis avec les infirmières, en gardant les soins d'hygiène de deux patients.

Donc après l'aide à la distribution des médicaments, la prise des dextros (mesures de la glycémie), les deux toilettes, je me glisse dans l'office des infirmières et je m'intéresse à tout ce qu'elles font au plus près pour ne rien louper et surtout pour participer à leur quotidien. Deux d'entre elles m'incitent à participer à une perfusion de produit sanguin labile (PSL), qui aura lieu mardi prochain : « Il faut que tu y assistes, c'est une occasion qui ne se représentera peut-être pas, nous l'avons programmée un jour où tu es là. »

Le jour J arrive, je me renseigne sur le déroulement : la réception de la poche, les documents à renseigner, etc. Je veux tout voir pour tout comprendre. Oui, mais la poche arrive en retard et il manque un bordereau de délivrance, l'infirmière m'invite à aller faire les soins des patients dont j'ai la charge. Je me permets d'insister en lui demandant de m'appeler dès réception du bordereau afin que je suive ce soin pour le comprendre dans son intégralité ; l'autre équipe a fait en sorte que je puisse être présente justement parce que cela ne se représentera peut-être pas lors de mon

curus. Ce à quoi l'infirmière me répond : « Oui bien sûr, ne t'inquiète pas. »

La première toilette est terminée, pas de nouvelles de la transfusion, je commence la deuxième toilette. Il est important de préciser que cette deuxième patiente, M^{me} V., est autonome dans ses déplacements, qu'elle se rend seule aux toilettes et peut pratiquer les soins d'hygiène du haut du corps en parfaite autonomie. Je l'aide pour laver son dos, ses jambes et vérifier la toilette intime. M^{me} V. a été admise pour des soins palliatifs en regard de son cancer de l'utérus, responsable d'un syndrome pelvien douloureux et d'un syndrome hémorragique (métrorragies).

Le hasard veut que la chambre de la patiente à perfuser soit juste en face de celle de M^{me} V.

M^{me} V. est installée sur une chaise face au lavabo, elle porte une petite chemise, une culotte, ses chaussons et une serviette est posée sur ses genoux. C'est le moment où elle va, en autonomie, nettoyer ses dents et son appareil dentaire. C'est aussi le moment où je vais refaire son lit.

Cependant, face au temps qui passe et sans nouvelles de l'infirmière, je me décide à frapper à la chambre d'en face. Et là, l'infirmière est en pleine manipulation pour les derniers tests avant transfusion. Je lui demande si je peux rester. Oui. Alors j'observe avec attention, je lui demande ce que je dois retenir, elle me répond que tout est décrit, qu'il suffit de lire. Je comprends qu'elle n'est pas satisfaite, elle n'a pas prélevé assez de sang pour le test, elle reprend une goutte, c'est mieux.

Elle me confie que cela fait longtemps qu'elle n'a pas fait cette manipulation, mais qu'elle était rompue à l'exercice lorsqu'elle travaillait en médecine gériatrique, où les transfusions sont fréquentes.

Après lecture du test, elle pose le cathéter avec succès et la transfusion peut commencer. Elle règle le débit, parfait, tout se passe bien. En rangeant le matériel, je lui demande pourquoi elle a changé de service, elle me confie qu'un de ses enfants a eu un grave accident et qu'elle a dû être plus disponible pour lui. Ce service est moins dur, moins exigeant, moins stressant. Je lui demande si son enfant va mieux, oui, me

sourit-elle avec gentillesse, heureusement tout s'est arrangé. Ce court moment de partage me fait plaisir. Ce témoignage montre bien que l'on ne peut pas laisser sa vie privée complètement en dehors de sa vie professionnelle.

Avant de sortir, elle vérifie le bon déroulement de la perfusion et là, elle s'aperçoit que la veine a cédé. Il faut repiquer, sur un capital veineux déjà très faible. Elle tente, mais ne réussit pas. Il n'y a plus de compresses stériles, je cours en chercher ainsi qu'un nouveau cathéter. De retour dans la chambre, l'infirmière me remercie et me dit qu'elle va téléphoner à l'une de ses collègues de l'étage, pour qu'elle vienne l'aider. Elle me précise que « c'est une pro » pour trouver les veines et poser les cathéters, c'est comme si elle avait un sixième sens. Elle arrivera dans une dizaine de minutes. Je demande à l'infirmière si je peux repartir en face chez « ma » patiente le temps que sa collègue arrive. Je lui demande de m'appeler ; je veux voir comment elle va s'y prendre pour trouver cette veine.

De retour chez M^{me} V., je la retrouve sur les toilettes, ses douleurs pelviennes lui donnent l'impression d'avoir toujours envie d'uriner. Je m'excuse de l'avoir laissée, elle me dit que tout va bien, que quand il y a du travail, on ne fait pas toujours comme on veut. Cette femme est remarquable de courage et d'altruisme. Après lui avoir mis son pantalon et son gilet je l'installe au fauteuil, lui donne un verre d'eau et refais son lit.

Tout à l'heure, elle se rendra dans la salle à manger où elle fera la conversation aux autres résidents, ceux qui ne répondent pas auront toute son attention car : « Il faut bien s'occuper de tout le monde » dira-t-elle. Elle se réjouira d'un sourire, d'un son qu'elle prendra pour une approbation.

J'ai donc terminé avec M^{me} V., les dix minutes sont passées. Zut, le temps passe vite.

Je me dirige vers la porte d'en face, une femme habillée de blanc est en train de sortir, c'est une soignante, mais pas de notre service. Bien sûr c'est l'infirmière « spécialiste » en recherche de veines. Je me présente et avoue être curieuse de voir comment elle va s'y prendre. Elle me répond avec humilité qu'elle n'est pas plus douée qu'une autre. Et elle quitte le service. Elle a déjà posé le nouveau cathéter. Je m'étonne de ne pas avoir été prévenue, j'étais juste en face. Sourire, tu sais elle n'en a pas eu pour longtemps, je te l'ai dit, c'est une « pro ».

Le quart se termine, je suis un peu déçue, je pensais pouvoir tout savoir sur la transfusion de PSL après cette matinée. J'espère que les infirmières de l'autre roulement ne seront pas trop déçues, je n'ai tout compte fait pas bien vu comment s'organise une transfusion.

Le lendemain matin, je prends mon quart avec la même infirmière. Au moment de l'administration des

médicaments du midi, je prends le taux de glycémie d'un de « mes » patients, j'enregistre la donnée dans l'ordinateur et selon le protocole en place, je dois lui faire une piqûre de Novorapide de 8 UI.

Je purge avec 2 UI l'aiguille que je viens de visser au stylo et règle le curseur sur 8 UI, puis j'injecte la dose à l'épaule du patient.

L'infirmière m'interpelle en me demandant combien d'insuline j'ai préparé, je la renseigne et sa réaction est de dire à haute voix et donc devant le patient : « Tu ne m'as pas montré, vas pas me tuer les patients ! ». Je comprends mon erreur, me confonds en excuses et lui assure ne pas avoir l'intention de tuer qui que ce soit.

Bonjour l'ambiance !!

L'équipe de l'après-midi arrive avec l'infirmière diplômée d'État (IDE) qui est ma tutrice. Les transmissions se passent. Je reste avec l'IDE du matin qui semble encore avoir des choses à faire, je lui propose mon aide, je ne suis pas à cinq minutes. Elle me répond : « Tu n'as pas des devoirs à faire ? Des démarches de soins ? C'est bon tu peux rentrer. »

Cette façon d'être éconduite me tracasse, je ne comprends pas. Le lendemain, je suis d'après-midi, avec une autre infirmière qui me fait passer une évaluation sur la pharmaco. Je lui confesse que ce n'est pas mon point fort et que je compte bien profiter de ce stage pour me perfectionner, elle me répond qu'elle n'allait pas « s'évertuer à me faire réciter la pharmaco, que pour l'avoir fait avec d'autres élèves cela n'avait rien apporté, les élèves ne font aucun effort ! »

Le lendemain, je suis avec ma tutrice, je sens qu'il y a quelque chose, je demande à lui parler.

Elle me répète que si elle a accepté d'être ma tutrice, c'est pour « rendre service car personne ne voulait s'en charger ».

Ça mis à part, on s'est plaint de mon attitude auprès d'elle, on me reproche d'être trop présente, voire oppressante, que cela gêne les infirmières, que je ne respecte pas leur indispensable bulle de confort. Elle me reproche aussi de vouloir trop en faire, de me disperser : le résultat est que cela perturbe le service. Mais avant tout, on lui a rapporté que pour assister à la perfusion, « j'ai mis une patiente en danger ». Je m'explique : « Je n'ai mis personne en danger ». Je me défends : « Je suis acteur de ma formation, j'ai des objectifs de stage qui ont été vus et validés par le service ; pendant les quinze premiers jours passés avec les aides-soignantes, jamais je n'ai ressenti le fait de déranger ou de perturber le service et enfin que c'est particulièrement hypocrite de passer par elle pour de telles plaintes alors qu'il suffisait de m'en parler tout simplement afin d'échanger de façon constructive et directe. »

Je demande à m'expliquer avec la cadre ; c'est une femme d'un autre service qui viendra puisque la cadre du service est en arrêt depuis deux semaines. J' imagine alors que cette cadre a fait un *burn out* ? Attentive, la cadre remplaçante écoute avec attention mon dé-

sarroi face une situation où le maître-mot me semble être l'hypocrisie. Elle reconnaît les problèmes d'accueil des étudiants, défend les professionnels (les) qui ne sont pas tous (toutes) à l'aise avec l'encadrement des élèves, que cette difficulté est connue et représente un vrai défi pour l'avenir de la profession. Elle me répète que je ne dois surtout pas administrer de médicaments sans vérification de l'IDE titulaire. Elle me rassure sur les doutes que j'exprime à devenir infirmière et m'assure de sa disponibilité.

Le week-end se passe ; lundi, je m'excuse auprès de l'IDE (de la transfusion) pour mon attitude, que loin de moi l'idée d'avoir voulu la gêner dans ce soin. Elle me répond qu'il n'y a pas de problème. En fin de matinée, je l'accompagne pour un soin, elle est sollicitée par une aide-soignante pour un autre patient, elle me regarde et me confie : « Tu vois, c'est parfois compliqué pour nous de tout gérer. »

Ma référente passera pour la visite de mi-stage, rendez-vous avec la cadre, de retour d'arrêt maladie, qui va souligner le fait que je dois me concentrer sur les patients que j'ai en charge, ne pas me disperser, revoir ma méthode de travail pour l'apprentissage de la pharmacologie, ne pas me décourager si j'exprime des doutes sur la poursuite de ma formation, cela cache peut-être une « trouille » de devenir infirmière avec les responsabilités qui vont s'imposer à moi dans 18 mois.

Je suis en plein doute ; c'est la journée du retex (retour d'expériences¹) à l'Institut de formation en soins

infirmiers (IFSI). Malgré une assurance apparente, c'est tout fissuré à l'intérieur de moi. L'échange avec le groupe est réconfortant, enfin de la bienveillance !

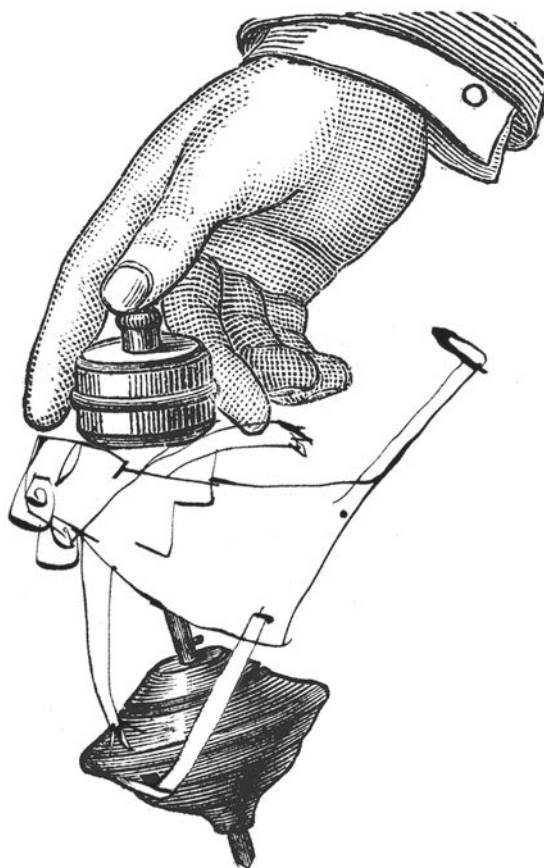
Pendant la trêve de Noël, j'ai eu la chance de partager mes doutes avec d'autres étudiants et professionnels qui rencontrent ou ont rencontré des situations tout à fait similaires. Leur conseil : « Rase les murs, valide ton stage. » D'autres m'ont fait part du côté possiblement agressif de mon attitude non verbale, de l'impatience qui découle de mon enthousiasme : « En tout cas, ne le montre pas, fonds-toi dans le groupe. » J'écoute ces conseils et reprends le travail avec plus de sérénité.

Il est quand même difficile de se construire dans ce métier si proche de l'humain, où l'expérience est un atout majeur et où on devrait pouvoir compter sur le soutien et la bienveillance de nos pairs.

Oui, on peut démarrer de travers, ne pas arriver le bon jour, ne pas être désiré, mais aussi pouvoir bénéficier d'une deuxième chance, d'un deuxième accueil indulgent.

Je compte les jours qui me séparent du retour à l'IFSI. **P**

- 1 À mi-stage, par petits groupes de huit, on échange sur une situation qui nous a posé problème ou pour laquelle nous avons des questions et ensemble avec une formatrice nous débatons très ouvertement et sans « filtre ». L'objectif : se libérer d'un poids, ne pas laisser les étudiants seuls.



Ces combattantes exploitées

La profession infirmière est indispensable à l'excellence d'un système de santé. Aux Comores, les infirmières, plus vulnérables, sont livrées à une sorte d'asservissement dans les institutions sanitaires. La plupart exercent souvent sans aucune rémunération et cela pendant de nombreuses années.

Younous Anriddine

Doctorant en sociologie

Le système de santé aux Comores tourne autour des médecins. Cette idéologie médico-centrée expose les paramédicaux à une exploitation, d'autant qu'on ne reconnaît pas leurs efforts et surtout le rôle de premier plan qu'ils jouent. Leur place est toutefois inestimable pour la santé des personnes et pour une couverture sanitaire universelle, notamment dans les pays en développement tels que les Comores. Aux Comores, l'insuffisance de ressources financières implique une restriction des postes et conduit à une méconnaissance de la valeur des infirmiers, spécialisés ou non. La profession infirmière est pourtant très convoitée par les bacheliers comoriens. Les effectifs d'infirmiers formés sont de plus en plus nombreux. Le rapport annuel 2019 de la représentation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en Union des Comores indique que 62,08 % des personnels de santé sont des paramédicaux devant les administrateurs, le personnel technique puis les professions médicales. Ils sont employés dans les établissements de santé publics de façon bénévole sans aucune prérogative (pas d'indemnité, de rémunération ou de contrepartie quelconque à leur service fourni). Les infirmières sont les plus vulnérables et sont très peu protégées par la réglementation.

Un bénévolat infini

Le système de bénévolat mis en place par l'administration comorienne est un simple labyrinthe d'exploitation où la personne connaît sa date d'entrée, mais jamais celle de sortie. Pour bénéficier d'une autorisation gouvernementale permettant de faire partie du personnel de santé en tant que fonctionnaire, il faut d'abord travailler comme bénévole. Cela consiste à travailler comme un fonctionnaire normal tout en respectant la réglementation, mais vous ne gagnez rien en retour : vous payez vous-même vos frais de transport, votre logement si nécessaire, votre équipement, à part celui pris en charge par l'établissement, etc. Vous faites partie d'une sorte de liste d'attente pour d'éventuelles vacances de poste. Mais exercer en tant que bénévole ne vous garantit pas une inté-

gration effective lors des prochaines campagnes de recrutement ; d'aucuns ne font que quelques mois de travail bénévole tandis que d'autres y passent plus de cinq ans. Le principe de « premier venu, premier servi » n'est pas respecté ; une personne avec les mêmes compétences que vous peut bénéficier d'une autorisation plus rapidement que vous alors qu'elle n'a que très récemment commencé à travailler en tant que bénévole. Ce système est anarchique. On y voit du népotisme, du favoritisme, du copinage, mais jamais de la méritocratie. La plupart des infirmières se découragent en cours de chemin et préfèrent monnayer leurs services en créant ici et là des structures informelles de prise en charge de proximité ou encore des dépôts de médicaments aux conditions précaires, au détriment de la sécurité des malades. L'offre de santé privée est peu développée avec quinze cabinets médicaux et cliniques privés autorisés à exercer¹. Ces structures privées sont entièrement détenues par des médecins ; les infirmiers libéraux n'exercent que dans la clandestinité et, la plupart du temps, dans leurs maisons. On constate donc que pour la sécurité des patients, la qualité des soins et la gestion des risques, il est indispensable de rétribuer les infirmiers. Le système de bénévolat constitue un véritable gaspillage du capital humain aux Comores où les médecins sont déjà peu nombreux. Le nombre élevé d'infirmières ne devrait pas causer de problème pour la gestion des ressources humaines de la santé. C'est un moyen d'atténuer les failles liées à l'insuffisance de médecins.

Un rôle de premier plan en contexte de précarité

La situation épidémiologique des Comores, malgré les évolutions réalisées, reste dominée par des infections respiratoires aiguës et le paludisme. Ce dernier a connu une baisse de sa prévalence à près de 98 % ; elle est passée de 9 % à moins de 1 % en 2014 selon les données de la politique nationale de santé pour la période 2015-2024. Cela place donc le pays en phase de « pré-élimination ». Le rôle des infirmières dans les campagnes de lutte contre le paludisme et d'autres

maladies endémiques aux Comores, comme la lèpre (ayant une prévalence de 4 pour 10 000 habitants en 2013) ou encore la tuberculose (ayant une prévalence de 62 pour 100 000 habitants en 2013), a été déterminant. Les Comores, à l'image des pays en développement, souffrent d'une insuffisance de médecins. Si le pays dénombre un personnel paramédical élevé, cela représente un atout majeur pour la qualité des prestations sanitaires, les soins de proximité et la lutte contre les maladies endémiques. Le système de santé comorien, composé d'un secteur public et d'un secteur privé, est de type pyramidal. Le secteur public est composé d'un niveau central (ministère et ses directions), d'un niveau intermédiaire (trois îles correspondant à trois régions sanitaires) et d'un niveau périphérique chargé d'opérationnaliser les politiques et stratégies élaborées par les deux premiers niveaux. Parmi les structures constitutives du niveau périphérique, on trouve les postes de santé. Ils sont la représentation par excellence des structures sanitaires de proximité et ne sont occupés que par des infirmiers, généralement bénévoles. Les grands centres de santé se localisent dans les zones urbaines, alors que la population comorienne est majoritairement rurale. La demande en santé de la population rurale ne fait qu'augmenter, conséquence de la croissance démographique, mais l'offre publique, voire privée, de santé rurale est quasi-nulle. Les postes de santé présents dans ces zones ont généralement des capacités d'accueil très limitées (deux ou trois lits par poste de santé) avec un ou deux infirmiers par poste de santé. Les infirmiers tiennent leur rôle et, en même temps, celui de médecins et d'administrateurs. Ils sont près de la population et, dans les situations délicates, ils informent et sensibilisent les populations locales, reconnaissent et réfèrent les cas graves en cas de nécessité, participent aux activités communautaires, éduquent les populations, etc.

De nombreuses infirmières en fonction dans des zones rurales quittent rapidement leur poste en raison des conditions d'exercice déléteres.

L'accès aux structures de santé de base est problématique aux Comores avec le mauvais état des routes et le nombre réduit de structures sanitaires opérationnelles. L'accessibilité géographique à une structure de santé est estimée à 15 km pour l'ensemble de la population, mais dans la réalité, l'accès des populations aux services de santé de qualité est entravé dans plusieurs régions des îles. Les infirmières représentent une bouffée d'oxygène pour une grande partie de la

population vivant dans des zones difficiles d'accès et avec des conditions de vie précaires. Dans les grands centres hospitaliers, les infirmières jouent le même rôle et sont exploitées et employées gratuitement au détriment de leur bien-être socioprofessionnel. Nombre d'entre elles préfèrent abandonner leur poste après de nombreuses années de service sans rémunération. Cette situation met en danger la santé et la quiétude morale des malades qui se sentent délaissés dans les hôpitaux publics comoriens. Si certains malades préfèrent ne pas se faire soigner dans les structures de santé du pays, ce n'est pas seulement dû au manque de personnel médical qualifié, car parfois on constate que même s'il y a des médecins spécialistes, d'aucuns quittent le pays pour aller se faire soigner à l'étranger. C'est avant tout le mépris et l'abandon qui se font sentir dans ces structures de prise en charge sanitaire. Les moins fortunés risquent leur vie, déjà en danger, en prenant des kwassa-kwassa, embarcations de fortune, pour aller se faire soigner sur l'île de Mayotte sous administration française, de façon clandestine. Ils sont nombreux à perdre la vie dans le bras de mer qui sépare Anjouan de Mayotte. Cette situation rend compte de l'importance de la profession infirmière et des conséquences d'une dénégration de ce rôle.

Vers une gestion rationnelle du personnel paramédical

L'un des défis majeurs des autorités sanitaires de l'Union des Comores est de mettre en place un système de gestion rationnelle des ressources humaines pour la santé, notamment des infirmières dont le travail n'est pas rémunéré. Les autorités sanitaires doivent dans ce sens mettre en place un dispositif national de gestion des carrières capable de motiver les infirmières afin d'éviter une dérive du système de santé déjà fragilisé. Il s'agit d'abord de réglementer la pratique du bénévolat : planification de sa périodicité et couverture des frais nécessaires à l'exercice des fonctions infirmières et de la survie du personnel. Afin de stopper la fuite des cerveaux et le phénomène de découragement des infirmières, ceci constitue une priorité. De nombreuses infirmières en fonction dans des zones rurales quittent rapidement leur poste en raison des conditions d'exercice déléteres. Les problèmes récurrents sont l'absence de plan de carrière et d'avantages sociaux, ainsi que la suppression des logements du personnel de santé. De plus, nombre d'entre elles ne perçoivent aucune rémunération et doivent prendre en charge elles-mêmes leurs frais de déplacement. C'est pourquoi nous proposons un dispositif qui prenne en charge tous ces coûts pour ne pas mettre en péril la santé des populations vulnérables, souvent prises en charge dans les postes de santé de proximité.

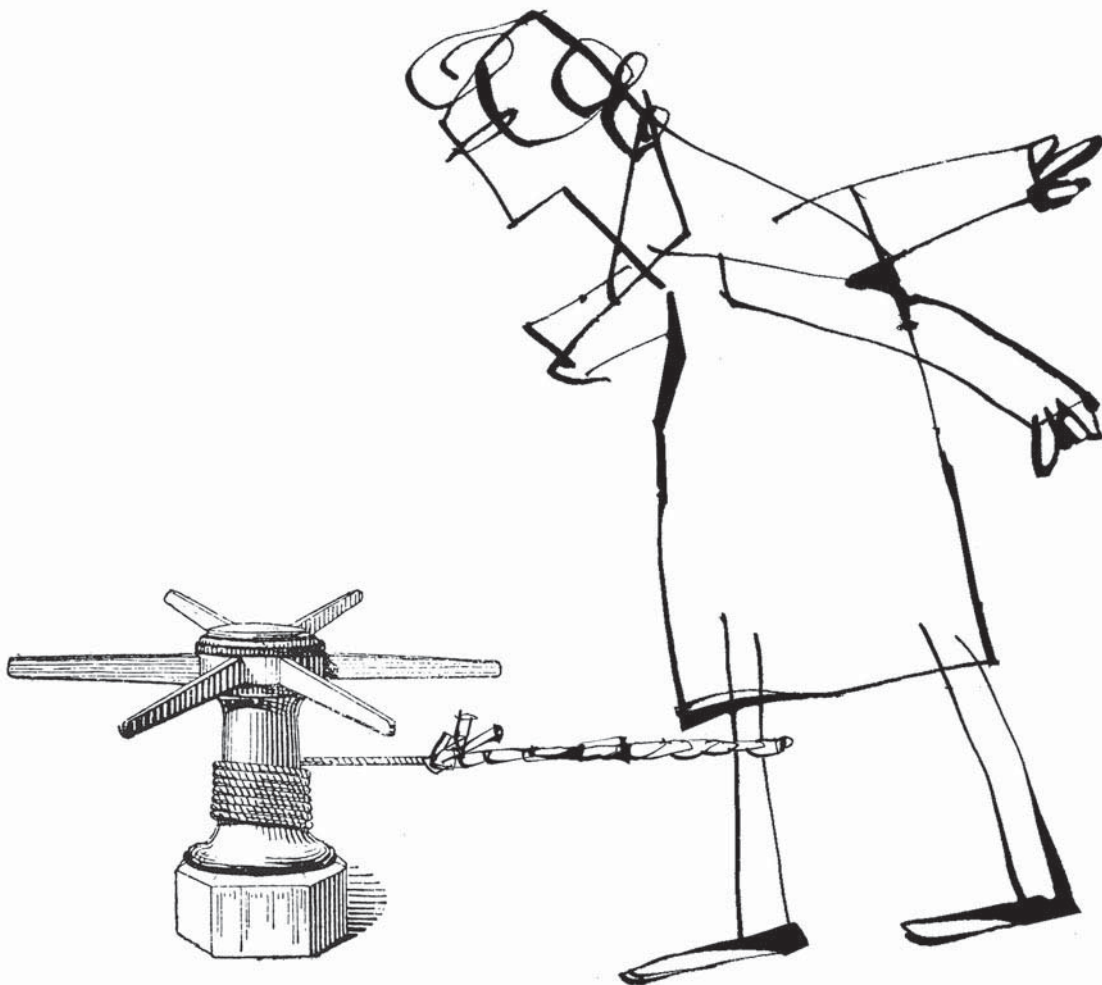
Le Comité de pilotage des Assises nationales, tenues à Moroni en 2018 pour faire le bilan des quatre décennies d'indépendance des Comores, alerte sur le nombre

insuffisant de médecins et la répartition inéquitable des personnels de santé avec une population sans cesse en augmentation. On relève une absence totale d'un dispositif de motivation et de rétention des paramédicaux. Avec la combinaison des nombreux problèmes répertoriés au niveau du système de santé comorien (défaut d'infrastructures, insuffisance de ressources humaines, absence de mécanismes de réglementation pour la sécurité des malades, difficultés de financement sectoriel, absence d'un système de collecte et de gestion des données, etc.), le bon usage des ressources humaines disponibles, notamment des infirmières, ne peut être qu'un surplus pour l'essor de celui-ci. Cela aiderait à renforcer le système de surveillance des maladies endémiques et autres, à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité élevées.

Par ailleurs, il s'avère primordial de renforcer la gouvernance du secteur de santé afin d'éviter toute sorte de favoritisme et privilégier la méritocratie. Il

faudrait instaurer un cadre législatif et réglementaire capable de protéger les infirmières et de consolider la coordination des différentes interventions en matière de santé publique. Pour s'assurer que le nouveau cadre de gestion des ressources humaines prenne en considération toutes les parties prenantes, nous recommandons de mettre en place un système de gestion décentralisé et déconcentré. Le niveau central, chargé de concevoir les politiques et stratégies de développement du secteur de santé aux Comores, doit responsabiliser ses services déconcentrés au niveau régional et surtout au niveau périphérique. Il doit le doter des moyens financiers et humains nécessaires afin d'enraciner un système de gestion de proximité proche des populations locales. **P**

- 1 Ouledi, A, et al. « Histoire sanitaire et enjeux sanitaires de l'Union des Comores en 2012 », *Médecine et Santé Tropicales*, 22, p. 346-354, 2012.



Infirmière en maison médicale belge

Médecin généraliste dans une maison médicale belge, je me suis demandé ce que pensaient mes trois collègues infirmières de leur exercice. J'ai voulu les entendre et transmettre leur parole.

Richard Duport
Médecin généraliste

Lorsque nous avons créé notre maison médicale, nous savions que la qualité des soins passait par la prévention de l'épuisement, par un décloisonnement des secteurs de soin, par un respect du regard de chacun, y compris celui du patient et de son entourage. Cela n'a pas toujours été parfait, mais j'ai le sentiment que nous sommes dans le juste et nous continuons régulièrement à questionner notre fonctionnement.

Pratiques : Pour commencer, peux-tu nous expliquer ton parcours avant de rejoindre la maison médicale ?

Caroline : Diplômée en 2011, j'ai d'abord travaillé à l'hôpital, six mois en chirurgie générale et six mois en médecine interne. Comme ça ne se passait pas très bien avec l'infirmière en chef, je suis partie et j'ai pris le poste qu'on m'a proposé dans une maison de repos (équivalent des EHPAD en France) où j'ai travaillé sept ans.

Anouk : J'ai travaillé deux ans et demi dans un service d'urgences hospitalières. À l'époque de mes études, j'étais très ambivalente entre urgences et santé communautaire. Mais finalement, ce sont l'aspect technique et le savoir de la filière urgences qui l'ont emporté.

Marie : Mon parcours est assez court. Il se résume à mes quatre années de bachelier (équivalent de la licence en France) « infirmier responsable de soins généraux » ; c'est le nom du cursus. Pour mes stages

hospitaliers, je suis passée par les urgences, le bloc opératoire, la psychiatrie et des services plutôt chirurgicaux. En extra-hospitalier, j'ai fait du domicile, de la crèche et de la promotion et santé à l'école, ainsi qu'une maison de repos.

La maison médicale est l'aboutissement d'un projet qui a débouché sur son ouverture en janvier 2020. Pourquoi as-tu fait le choix de rejoindre ce projet ?

Caroline : Je commençais à en avoir marre de mon poste. J'ai dû remplacer notre infirmière-chef qui était en maladie et ça ne s'est pas très bien passé avec mes collègues. D'abord parce que je n'ai pas l'âme d'une chef et aussi parce que je suis passée de collègue à chef. L'une des médecins du projet de la future maison médicale a entendu que je voulais partir et m'a invitée. J'ai commencé par me renseigner, puis j'ai rejoint le groupe.

Anouk : Le système hospitalier ne me correspondait pas du tout. J'avais un manque par rapport à l'humain, un manque de sens dans ce que je faisais. Tout était protocole, il n'y avait plus de réflexion. Par exemple : si une patiente se présentait avec une douleur abdominale, même si j'estimais qu'il ne fallait pas nécessairement de prise de sang ou d'analyse d'urines, ça ne se passait pas comme ça ; ces examens étaient systématiquement demandés. Autre exemple : je réalisais des anamnèses, ce que j'aimais beaucoup ; mais le

La Maison de santé pluridisciplinaire du Moulin-à-Vent est une maison médicale située à Namur, en Belgique. Son financement se fait à la capitation, encore appelé « forfait » : les patients doivent s'inscrire préalablement et chaque patient inscrit rapporte un forfait mensuel fixe, indépendant de la quantité de soins reçus. Il s'engage alors à se tourner exclusivement vers la maison médicale pour les soins relevant du forfait : médecine générale, soins infirmiers et kinésithérapie. En contrepartie, la maison médicale s'engage à assurer ces soins de première ligne. Une psychologue, une assistante sociale et deux accueillantes complètent l'équipe de soins. Un coordinateur s'occupe de la gestion journalière. Pour plus d'informations sur les maisons médicales en Belgique, visitez le site de la Fédération des Maisons Médicales : www.maisonmedicale.org.

patient se retrouvait à devoir tout répéter après mon passage. Donc ça servait à quoi de le faire ? Je me perdais. C'est dans ce contexte que je t'ai rencontré lors d'un de tes stages. Tu m'as parlé de ce projet de maison médicale et j'ai voulu en savoir plus.

Marie : Je suis arrivée dans un contexte particulier car je remplaçais Anouk. J'avais adoré mon stage de soins à domicile. Je cherchais en maison médicale parce que des amies m'avaient parlé de leur expérience dans ce type de pratique et ça m'attirait beaucoup. Pendant mon remplacement, je me suis plu au sein de l'équipe et j'aimais beaucoup certains axes du projet, comme l'accessibilité aux soins et la prise en charge globale.

Que penses-tu de la situation des infirmières en Belgique, à travers ce que tu as vécu toi-même ?

Caroline : Je pense qu'elle n'est pas trop mauvaise, mais qu'elle pourrait être meilleure. Je trouve que la Covid a aidé quant à la vision qu'on se fait des infirmières. Les gens comprennent qu'on fait autre chose que de changer des protections et frotter les fesses des patients.

Anouk : Je n'ai pas le même sentiment. Je ne suis pas toujours fière de dire que je suis infirmière. C'est un peu dégradant. On pense encore : « elles font des toilettes », ou « elles font ce que le médecin dit ».

Marie : Ce que j'ai pu voir, surtout en milieu hospitalier, c'est une charge de travail importante par infirmière et beaucoup de patients à charge pour une seule infirmière, donc peu de temps accordé à chaque patient. Sans compter l'ajout de nombreuses tâches administratives, ce qui retire encore du temps accordé à chaque patient. C'est très frustrant, tant pour l'infirmière que pour le patient. Ainsi, les infirmières en hôpital doivent cocher chaque geste : mobiliser le patient, mettre le patient à la toilette, vérifier le bracelet... Donc on clique, on clique et on passe énormément de temps derrière l'ordinateur.

Caroline : Il y a beaucoup de choses qu'on ne peut pas faire comme on aimerait, par manque de temps. Par exemple, en maison de repos, on fait la toilette et ça se limite à ça. Les soins annexes comme le rasage (chez l'homme) ou les cheveux, on ne les réalise pas. C'est un peu frustrant parce que le travail n'est pas fait.

Anouk : Je trouve que la formation n'est pas très approfondie. On fait beaucoup de choses de manière superficielle, on nous donne peu de responsabilités et peu de clés pour les porter, alors qu'on en a beaucoup sur le terrain, paradoxalement. Finalement, on n'a pas les épaules pour être en confiance. La formation d'infirmière en pratique avancée me parle. Cela pourrait donner plus de responsabilités aux infirmières. C'est dommage de ne pas faire quelque chose de plus général. Je trouve qu'il faudrait rehausser le niveau des infirmières.

Marie : Je trouve aussi que le métier n'est pas très valorisé. On a passé la durée de la formation de trois à quatre ans, sans aucune revalorisation salariale.

Anouk : Je rejoins Marie. Aux urgences, quand je vois ce que je faisais, l'énergie déployée... Je gagnais pourtant moins bien ma vie que maintenant à la maison médicale, alors que je faisais des nuits, des week-ends... C'était hard, ça ne permet pas d'avoir une vie privée saine.

Quels sont les avantages et les inconvénients de travailler en maison médicale en tant qu'infirmière ?

Caroline : Je vois beaucoup d'avantages. D'abord le travail en pluridisciplinarité, que je n'ai connu ni à l'hôpital ni en maison de repos : on n'est jamais seule.

Anouk : Il y a une rapidité d'action chez nous. Nous, infirmières, avons un autre regard que vous les médecins. Or, il suffit qu'on dise une seule chose *via* nos outils de communication pour obtenir une réaction. Il n'y a pas de temps mort entre la détection d'un problème et la mise en place d'une solution.

Marie : Cette pluridisciplinarité permet aussi de prendre en charge le patient de manière globale et de le suivre sur le long terme. Par ailleurs, on apprend énormément les uns des autres. Nous pouvons toujours compter sur quelqu'un pour une question, pour un patient ou autre chose. Je trouve que notre réunion d'équipe hebdomadaire est importante pour tout ça.

Caroline : Nous avons également plus de libertés pour gérer notre temps et notre travail. Personne au-dessus ne va nous dire quoi faire. Encore une chose, nous ne sommes pas uniquement dans le guérir, mais aussi dans la prévention ; par exemple à travers des projets de santé communautaire ou au domicile des patients, en faisant de la prévention de la déshydratation ou des chutes.

Anouk : Actuellement, je me sens reconnue. J'ai suivi des formations validées par l'équipe ; j'ai une autonomie que je n'avais pas.

Caroline : Ce n'est pas non plus l'argent qui dirige, c'est le patient, le relationnel, l'équipe, mais pas les rentrées d'argent. En maison de repos, l'argent est très présent. Nous devons favoriser les rentrées de certains patients parce que cela amènerait plus d'argent dans les caisses.

Marie : Je trouve aussi que nos horaires, dans notre maison médicale, sont très confortables, surtout comparés aux horaires hospitaliers.

Et avez-vous identifié des inconvénients ?

Anouk : Je pense qu'on pourrait pousser encore le rôle infirmier, même si les gens commencent à comprendre notre rôle. Nous avons des responsabilités, mais nous manquons un peu de réflexion et de technicité, comme la petite chirurgie. À long terme, c'est l'élément qui pourrait m'amener à vouloir faire autre chose. Ceci étant dit, c'est aussi à nous, infirmières, de questionner ça.

Caroline : Si je dois en donner un, c'est la lenteur décisionnelle. On décide en équipe, ce n'est pas quelqu'un qui dit : « c'est comme ça ». Ça prend plus de temps, mais ça génère moins de frustrations.

Anouk : Une autre chose qui me dérange, c'est que nos patients ont parfois trop de personnes différentes qui viennent chez elles. Je pense que financer des aides familiales au sein de la maison médicale pourrait être une réponse à cela.

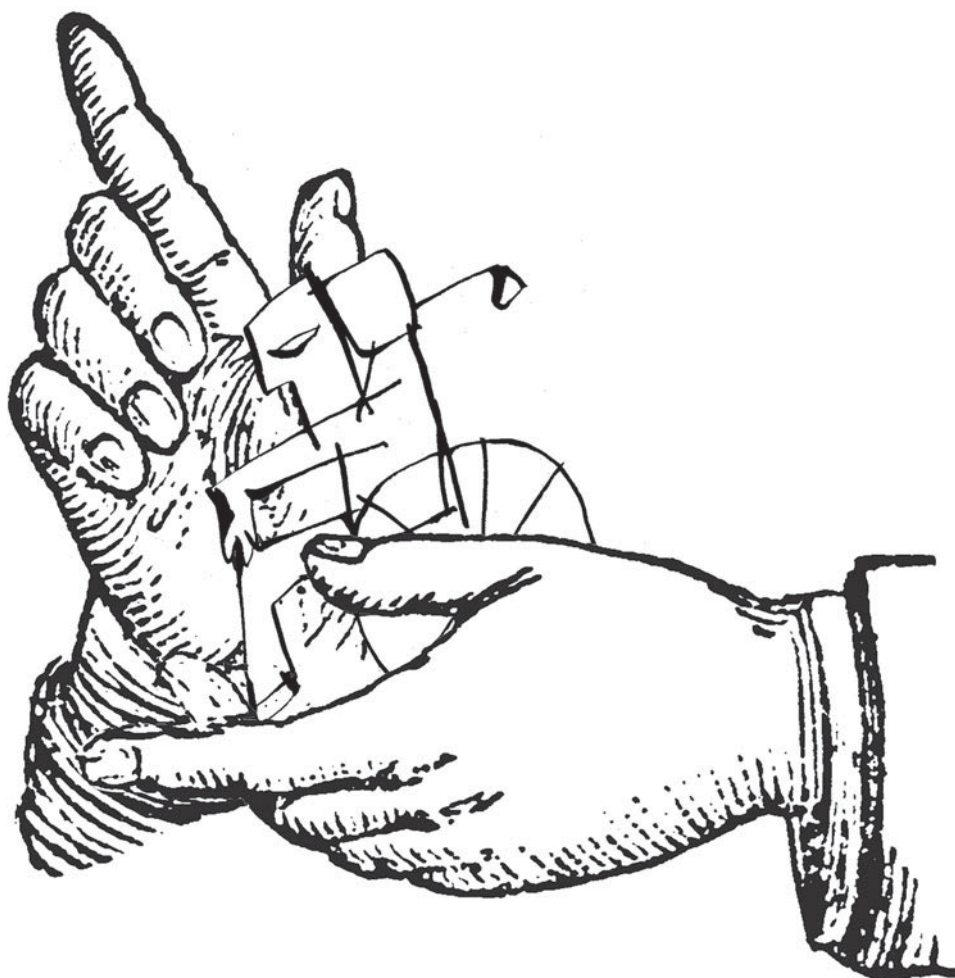
Marie : Pour ma part, je n'ai pas trouvé d'inconvénients.

Est-ce que tu penses que ce qui se fait dans la maison médicale au niveau infirmier pourrait ou devrait être transposé dans d'autres endroits, comme les maisons de repos ou l'hôpital ? As-tu des exemples ?

Marie : Ça me paraît compliqué, ce sont des mondes tellement différents. Par contre, je peux imaginer des réunions pluridisciplinaires avec le patient et son entourage, par exemple en amont d'une sortie de l'hôpital. Cela pourrait se faire avec une infirmière de référence du patient, le médecin hospitalier, le médecin traitant, éventuellement une assistante sociale. Mais bon, je sais que les travailleurs hospitaliers manquent de personnel et de temps.

Caroline : Ce serait génial, mais je ne pense pas que ce soit réalisable, il y a tellement de choses à changer, tant de remises en question à la fois chez les infirmières et chez les médecins ou les autres membres du personnel. Dans le service où j'étais, il n'y avait pas de réunions pluridisciplinaires ; l'infirmière-chef voyait le médecin qui lui donnait ses ordres. Parfois, c'était même l'assistant (équivalent de l'interne en France) qui discutait avec le médecin superviseur, pas l'infirmière-chef. Aujourd'hui, je trouve cela dommage. Je pense qu'avec des réunions pluridisciplinaires, les infirmières seraient moins frustrées, elles se sentiraient mieux écoutées.

Anouk : En prenant la question à l'envers, je pense que beaucoup de choses qui se font à l'hôpital pourraient se faire à l'extérieur, même si cela reste un gros chantier. Je pense à des prolongements d'hospitalisation ou des soins spécialisés à domicile. Je rêve, mais je pourrais imaginer des dialyses à domicile avec du matériel en location ; ou encore des soins palliatifs plus poussés. Ça me semble faisable et possible avec de la communication, de la collaboration et des formations. Je suis convaincue que les patients préfèrent rester chez eux. Le milieu hospitalier, les déplacements peuvent être source de stress. Je pense qu'on est dans une ère de changement. ■



Qu'est-ce qui nous tient ?

Lorsque j'ai passé mon bac, une amie à moi a tenté le concours pour devenir infirmière. J'avais trouvé l'idée complètement saugrenue. Comment avoir envie à 18 ans de côtoyer quotidiennement la maladie, la mort, les excréments et autres liquides corporels ? Je trouvais ça complètement masochiste.

Émilie Doucet

Infirmière à l'hôpital dans un service de psychiatrie adulte

Quinze ans plus tard, trente-trois ans, « l'âge du Christ ! », me voilà fraîchement infirmière diplômée d'État ou Bonne sœur... Avec le recul, je ne sais pas trop, si on lit un peu l'histoire de notre profession, c'est difficile de s'empêcher de faire le rapprochement. Des femmes qui prennent soin des autres à l'époque par charité et aujourd'hui pour un salaire de merde leur permettant à peine de se préoccuper d'autres personnes, généralement de leur entourage. Ça finit par faire « prendre soin » de beaucoup de monde, et c'est crevant à force...

Lors de notre dernière conversation téléphonique, mon père me demandait assez vivement quand allais-je enfin quitter l'hôpital. Je me plaignais de mes conditions de travail, il me répondait que je pouvais très bien trouver du boulot ailleurs, plus près de chez moi. Je tentais de lui expliquer qu'il était difficile pour moi d'envisager de quitter le service public.

Réponse : « Tu nous emmerdes avec ton service public ! Tu vas y crever. Réfléchis un peu ! »

Fin de la conversation et bonne année !

Réfléchir qu'il disait... Je passe mon temps à réfléchir. C'est même une bonne partie de mon travail. Je bosse en tant qu'infirmière dans un secteur de psychiatrie adulte. Je réfléchis à ce que les patients me disent, à ce que mes collègues me disent, à ce que je dis, est-ce que c'est le moment de le dire ? À comment je le dis, à pourquoi on m'a dit ça comme ça, à ce que ça me fait, à ce que j'en entends, à comment on pourrait l'entendre d'une autre manière. Je réfléchis à ce qu'on ne me dit pas, à ce qui n'arrive pas à se dire. Bref, je passe quand même beaucoup de temps à réfléchir.

Une nuit, je passe un long moment avec V., un patient en phase maniaque qui veut me dire quelque chose, mais qui n'arrive pas à le faire. Il est persuadé que je comprends très bien ce qu'il veut me dire. Il commence des phrases sans vraiment les finir en me disant : « Vous savez bien ce que je veux dire », en me faisant des clins d'œil comme si nous étions complices. Je finis par comprendre qu'il est agité à cause des fumeurs de cannabis. Il me dit qu'il faut faire un bon tri là-dedans. Je lui demande ce qu'il veut trier et il me répond encore une fois : « Vous savez bien. » Je fais l'innocente, mais il n'est pas complètement fou, j'ai ma petite idée.

Nous sommes dans un moment institutionnel difficile avec un conflit larvé dans l'équipe. Lui, il est toujours au courant de tout, il connaît même mieux que moi mes dates de vacances. Il est attentif à tout ce qui se passe, poreux à l'ambiance et, le moins qu'on puisse dire, c'est qu'elle n'est pas très bonne.

Je suis prise dedans moi aussi et je craque avant lui :

« Qu'est-ce qu'on trie ? Ceux qui ne fument pas et ceux qui fument ? Ceux qui obéissent et ceux qui n'obéissent pas ? On trie les bons patients d'un côté et les mauvais de l'autre ? Et puis qu'est-ce qu'on en fait ? On les fout dehors ? On appelle les gendarmes ? Vous trouvez que c'est du soin vous ? Nous ne sommes pas des matons ! Je vous rappelle qu'on a toujours accueilli tout le monde dans le service et que vous en avez fait des belles vous aussi. »

Ça lui a coupé la chique !

« Nan, mais quand même, tu me connais. »

– Oui et alors ? On a quand même le droit de ne pas être d'accord, ça ne remet pas en question la relation que nous avons. Bon, si on allait se fumer une clope ? »

Durant cette période, l'équipe est en ébullition à cause de quelques fumeurs de cannabis plutôt bruyants dans le service. D'habitude, ils sont plutôt discrets et l'apparition d'une blouse dans le paysage a un effet dissuasif. Mais là, rien n'y fait. Impuissance totale de l'équipe, les patients concernés ne sont pas décidés à se faire plus discrets. La tension monte d'un cran, certains collègues reprochent aux psychiatres leur laxisme face à cette situation et, en réunion, certains menacent de prévenir la direction si aucune décision n'est prise. Le parc est fermé pour éviter les livraisons, mais les patients concernés continuent de fumer. Et le moins qu'on puisse dire, c'est qu'ils sont créatifs, « ubershit » livre aux fenêtres des chambres et un patient que j'ai retrouvé une nuit sur le toit me dira que nous n'avions pas pensé à fermer notre espace aérien !

Quinze jours plus tard, le directeur reçoit une lettre anonyme pour dénoncer le trafic avec mise en demeure de résoudre le problème sous peine d'en informer la presse et l'Agence régionale de santé. Pas de doute possible, étant donné les détails précis de la lettre, un ou une collègue décompense... Manquait plus que ça !

Ensuite, tout s'emballa, interdiction de permission pour les patients consommateurs, fouille des chambres à la moindre odeur suspecte, mise en chambre d'isolement. L'équipe devient complètement folle. Des fouilles tous les jours, des collègues qui font le guet pour surveiller l'extérieur du service. Des transmissions qui se résument à « odeurs suspectes », « fouilles », « odeurs suspectes », « fouilles ».

Euh... Et sinon à part ça comment vont les patients ? Mystère...

À part V. qui, en miroir, reflète l'agitation de l'équipe et qui piste les allers-retours des patients qui vont fumer, pour nous prévenir au cas où. Il guette à la porte d'entrée de possibles livraisons et cherche à séparer le bon grain de l'ivraie...

Une réunion institutionnelle est organisée, histoire qu'on puisse se parler et mettre les choses à plat. L'équipe en psychiatrie, c'est ton garde-fou, c'est censé t'éviter de dérapier. Avec la lettre anonyme, ça n'avait pas fonctionné. L'un ou l'une d'entre nous n'avait pas réussi à parler. Suite à la réunion, tout est retombé et V. a pu s'apaiser.

On pourrait penser que je m'éloigne du sujet, mais j'y viens tout doucement. Je voulais juste montrer que quand les équipes vont mal, c'est toujours les patients qui trinquent.

Pourquoi les équipes vont mal ? Au début, je pensais que c'était un problème de formation. La fin du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et l'arrivée des infirmières diplômées d'État, mais moi-même j'en suis une. Et la vieille rengaine du « c'était mieux avant », j'y crois moyennement. Il se passait déjà tout un tas de trucs dégueulasses. C'était pas mieux avant, c'était différent. Ma formation, c'est du cousu main, ce sont les rencontres avec les patients, les ateliers, les séjours, le club thérapeutique, les rencontres avec d'autres équipes qui avec des projets humbles alimentent l'imaginaire et créent des possibles. C'est l'expérience partagée avec les patients et les collègues qui m'ont appris mon métier. Sans la rencontre, pas de possibilités de travail ! Prétendre soigner les patients en décidant ce qui est bon pour elles et eux, sans qu'ils ou elles aient leur mot à dire, sans travailler l'ambiance du lieu est une folie. L'universitarisation de la profession a juste permis à celles et ceux qui trouvaient la réalité du terrain trop difficile de prendre une passerelle vers une autre discipline.

Qu'est-ce qui nous tient ?

Certainement pas nos conditions de travail : postée, en trois ou deux huit, de nuit, un week-end sur deux,

les jours fériés. Tu es rappelée sur tes repos. Tu as bien une trame sur l'année, mais ton planning définitif est validé quinze jours avant. Pas l'idéal pour t'organiser, d'autant plus quand tu as des enfants et qu'il faut les faire garder.

Depuis les départs massifs post-Covid, tu as vu déferler la vague des intérimaires, ils et elles font acte de présence, mais ne participent à aucune réunion où se passe tout le travail d'élaboration, choisissent leur planning pendant que toi tu prends ce qui reste. Et pour couronner le tout, ils et elles sont payés plus cher que toi, alors que tu as la sensation de tout porter.

C'est pas grâce aux protocoles, tâches administratives, informatisation des dossiers qui te font passer des heures dans le bureau à cocher des cases. Pareil avec les fiches d'incident et de signalement pour le service qualité dont tout le monde se demande à quoi elles servent. Pas à soigner les gens, ça, on l'a très vite compris.

Un exemple : tous les lundis, c'est la pénurie de gants de toilettes. Vingt ans que ça dure l'histoire ! Fiches d'incident toutes les semaines pour quel résultat ? Toujours pas de gants de toilette le lundi... Personnellement, j'ai arrêté les fiches d'incident.

Pourquoi je reste ? J'ai une réponse un peu conne : parce que j'aime mon travail. C'est dur, souvent compliqué et agaçant, mais c'est aussi passionnant et riche pour peu qu'on ait envie de s'y coller. Récemment, j'étais furax à cause d'une histoire de règlement intérieur, et je disais à mon analyste :

« J'en ai marre, je vais partir, j'ai pas envie de travailler comme ça ! »

Je me dis ça à peu près tous les mois, c'est récurrent. Il m'a répondu :

« Et qu'est-ce qui vous empêche de travailler comme vous le voulez ? »

Je me suis trouvée conne, parce que la vérité c'est qu'à part moi, il n'y a pas grand-chose qui m'empêche.

« Foutez-vous au boulot alors ! »

Ça m'a détendue !

Les protocoles et consorts, je fais le minimum vital, pas de zèle, juste assez pour qu'on ne puisse pas me reprocher de ne pas le faire et une fois qu'on a fait le tri, ça laisse encore pas mal de temps pour être avec les patients. Je reste parce que je refuse d'être une variable d'ajustement, que je sais que je ne suis pas la seule et qu'il est nécessaire que les infirmières arrêtent de se taire. Parce que même si les conditions sont loin d'être idéales, il reste encore quelque chose à défendre. **P**

La passion de la rencontre

Myriam est en recherche d'espace où pratiquer du soin. Un lieu comme La Maison, centre de soins palliatif de Gardanne. Il y avait une philosophie là-dedans dit-elle. A Uzeste où je la rencontre, elle précise sa pensée contenue dans les phrases qu'elle a notées sur un papier.

Myriam Roubinet

Infirmière hôpital de Bazas, service de gastro-entérologie

Propos recueillis par Lionel Leroi-Cagniard

Des piluliers à se croire les maîtres du monde

J'ai vu grossir les centres de soins dédiés aux anciens. Après les hospices, il y a eu les maisons de retraite avec cinquante places et, d'un seul coup, on est passé à cent places et plus. Les labos se croient les maîtres du monde. Il y a une volonté de soigner les gens à tout prix. J'ai fait des piluliers absurdes. De l'antidépresseur, de l'anticholestérol, pour redonner de la salive etc. J'ai vu des médicaments qui ne servent à rien. Le temps dédié à la pharmaceutique a volé du temps à la relation... Surtout dans les EHPAD.

Des technologies barbares ?

En chirurgie digestive, on appareille des gens avec des poches (colostomie, néphrostomie...), on a mécanisé... Y a d'autres médecines sur d'autres continents, moins invasives, pensées avec l'éthique de la vie. On a mécanisé l'approche de la vie.

En palliatif, tu t'en débrouilles. Le soin est pensé différemment. Rien n'est à sa place là. On pallie tout.

Autrefois, on touchait les gens pour prendre les pulsations. Maintenant, on a des appareils technologiques, le laser pour prendre la température par exemple. Et puis, tout est protocolisé. On réveille les gens à 5 heures du matin pour la tension, la température... C'est ça qui est barbare. On dit que l'hôpital public a besoin de moyens, mais on a surtout besoin de penser et de réfléchir. C'est la plus grosse lacune. Les protocoles permettent de ne plus réfléchir. On applique.

La médecine occidentale a toujours fonctionné du côté du pouvoir. Elle est née du côté du pouvoir et

des curés. C'est la faculté des sciences qui déclarait qu'il y a des races supérieures...

La mort emballée en deux secondes

Y a un rythme de travail dans les hôpitaux. Avec des équipes du matin, de l'après-midi puis du soir et de la nuit, comme dans les usines. Quand quelqu'un s'éteint, on emballe le corps, le plus vite possible dans une housse et on le descend au frigidaire en prenant soin d'être discret. Y a un protocole. Ce n'est pas trop parlé. Quand quelqu'un meurt, le protocole s'enclenche. On l'emballage et pendant deux heures, on ne peut pas toucher le corps. C'est protocolisé. Aucune place pour le sentiment, une bougie, une fleur ? Le collectif aurait peut-être besoin que soient organisés des temps pour ça, parler de la mort. C'est la pensée qui manque. Il n'y a pas de groupe de parole ou d'analyses de pratiques quand tu cours après un thermomètre qui ne fonctionne pas. La régulation d'équipe, c'est sur le papier. Quand tu assistes à un loupé de la science, quand tu fais un pansement sur le péritoine, le tissu vivant, pendant quinze jours, tu crois qu'il y a un psy pour nous demander ce que ça nous fait ? Quand tu vois un pansement comme ça, tu te dis que c'est palliatif. D'ailleurs, elle est morte la dame à qui je pense. C'est très tu. En palliatif, tu t'en débrouilles. Le soin est pensé différemment. Rien n'est à sa place là. On pallie tout.

Des spécialistes de tous bords pour légitimer la médiocrité

Avant, il y avait des cuisines sur place. Maintenant, ce sont des « cuisines » centrales qui livrent les repas sous vide ou en barquettes en plastique. Et on a vu apparaître des diététiciennes. Tout est normalisé. La diététicienne va cocher ce que tu avales et noter le nombre de calories par rapport à des normes. Tout ça pour se donner bonne conscience dans la morale ambiante. Pas de vrais œufs à cause de la légionellose et impossible d'éplucher des patates, depuis la Covid en EHPAD notamment.

Des hiérarchies féodales ?

Oui, c'est féodal la médecine occidentale. Tu as des gens avec des fonctions différentes et de grosses disparités salariales. Prenons la dénomination aide-soignante. Pourquoi aide-soignante ? Tout le monde s'aide dans le soin normalement. Tout le monde est soignant. Même la femme de ménage. La dissociation entre le soin physique et le soin psychique est féodale. Le médecin est intouchable. Certains sont des notables. Et puis, il y a les managers. Concrètement, tu obéis à ce qu'on te dit. La médecine occidentale s'évertue à séparer le corps de l'esprit, le somatique du psychique. Et l'évaluation annuelle par le supérieur hiérarchique, ce n'est pas féodal ça ? Je ne suis pas fonctionnaire comme mes collègues. Mais j'ai cette fameuse évaluation annuelle, comme les autres. Quand ma hiérarchie me demande ce que je pense

Des gens sont payés pour rédiger des protocoles incohérents, inapplicables. C'est qui ces gens ?

d'elle, je réponds que je n'en pense rien. C'est féodal dans le sens où c'est pyramidal, issu des vieilles structures sociales, avec les notables au début du XX^e siècle à côté des curés et des bourgeois. Et puis le soin est du côté des femmes et du côté des religieux. On est un peu comme les noirs, la nouvelle génération qui dit : excusez, on sait lire et écrire. Maintenant, ça va être plus difficile de nous dire que nos ancêtres étaient les Gaulois. J'appartiens à une génération d'infirmières qui a envie de dire : doucement la faculté des sciences. Au XIX^e siècle, c'est vous qui disiez qu'il y avait une race supérieure. Les gens sont obéissants. Ils cherchent des chefs. C'est surprenant.

Des logiciels pour tracer la bonne conscience

On fait vivre les gens comme des légumes de plus en plus longtemps. On aménage ta maison. On sécurise ta douche. C'est une société qui délègue tout. De la crèche à l'EHPAD, les labos font tout pour te maintenir en vie, même en sale état. Et les familles n'y sont pas pour rien. On coche les actes pratiqués et ça sert à se justifier si les familles attaquent. Car les rapports sociaux se judiciairisent. Donc, les logiciels permettent de se justifier et de se donner bonne conscience. Le travail du soin n'est pas que dans l'acte médical protocolisé,

il est aussi dans la relation. Au lieu de mettre du lien partout, on délègue tout. Tu te mets à faire des actes isolés. Cette société est malade d'accompagner si mal la mort. On se retrouve à faire des actes en fonction de leur coût, et non plus de leur pertinence thérapeutique.

Le soin est un acte d'amour sans frontière

Je suis une utopiste immodérée. Le monde est vaste. J'ai eu une expérience à Mayotte... tu es capable de soigner partout. Et puis cette histoire du Covid... Je me suis fait vacciner par obligation. Si j'avais eu les moyens, je me serais barrée. Beaucoup sont partis vers l'activité libérale. Ils exercent et la Sécurité sociale rembourse. Ne pas réintégrer les soignants non vaccinés, c'est un excès d'autorité de Louis XIV.

Des gens sont payés pour rédiger des protocoles incohérents, inapplicables. C'est qui ces gens ? Des types de l'ARS ? Pendant la Covid, il fallait faire manger six par six à table dans les EHPAD, aérer vingt minutes... alors qu'on a des vestiaires sans fenêtres au sous-sol. On a eu des clusters monstrueux et après, au premier étage, on te faisait la morale : ouvrez les fenêtres toutes les vingt minutes, disaient-ils. C'était terrible et là, quand est-ce qu'on va cesser de nous mettre des masques ? On continue à faire des PCR à de pauvres gens qui n'ont rien demandé. Alors oui, des fois, on triche. On coche : oui, j'ai fait le PCR.

Presque tout le matériel utilisé dans les hôpitaux est chinois (masques, tests, protections, tubulures...). Les entreprises privées débarquent dans le public comme des pieuvres, elles annexent les services (entretien des espaces communs, représentants de matériels...).

Les politiques de santé sont des politiques de blancs, colonialistes, égoïstes, capitalistes au service du néant

J'ai l'impression d'assister à une espèce de pathologie collective. Dans le soin, c'est embêtant quand même. Gagner de l'argent, rembourser son crédit... De nos jours, trop de soignants en poste abandonnent l'éthique au profit de la sécurité salariale et sont encouragés à penser le métier de manière individualiste.

Le fil rouge de ma pensée, c'est la question du fric envahissant. Regarde ces poches de stomies... Des normes uniques suffiraient pour tous ces moyens. Déléguer et délier, c'est ce qui est En Marche. La santé, le soin, l'éthique, c'est délié. De la santé, ils en ont fait une affaire politique, de lobbies avec la pharmacopée derrière. Le soin, c'est garde-à-vous tout le monde. En Marche ! Quant à l'éthique, quel est le phare dans le soin ? La vie ? La mort ? De quoi on traite ? On parle de fragilité, pas de prise de pouvoir. **P**

Des ajustements subis ou choisis ?

L'offre de soins fonctionne en « mode dégradé » depuis un bon moment déjà. Les infirmières n'ont-elles d'autre choix que de faire au mieux dans un tel contexte ?

Françoise Acker

Sociologue retraitée

Depuis des décennies, la profession infirmière s'interroge sur son rôle dans la société, le système de santé, l'organisation et la division sociale du travail médical. Ce groupe conséquent semble avoir une image professionnelle incertaine de lui-même, connaît des remaniements multiples aussi bien à ses frontières qu'en interne, et un développement de métiers de plus en plus divers. Quels ajustements les infirmières ont-elles dû subir, quels sont ceux qu'elles ont initiés, comment et pourquoi ?

Des ressources humaines

En termes quantitatifs, on a affaire à une gestion serrée des ressources humaines et à un marché du travail des infirmières en tension. Depuis les années deux mille, les institutions qui emploient des infirmières (établissements de santé, Ehpad, HAD...) ont du mal à les recruter. Cela a été favorable à ces dernières qui ont pu poser leurs exigences en termes d'affectation. Mais les différentes études (Observatoire national des professions de santé, Drees) n'ont pas permis d'articuler une ouverture des quotas à l'entrée en formation et des arrivées suffisantes sur le marché du travail. On sait que l'adéquation formation-emploi est assez improbable. Il ne suffit pas de prévoir les remplacements des personnels qui vont sortir de l'emploi.

Depuis longtemps, le nombre très important d'infirmières en activité (637 644 au 1^{er} janvier 2022) a été aussi leur faiblesse, il a fait d'elles une variable d'ajustement pour réguler la masse salariale des institutions, d'où des gels de postes, des non-remplacements de congés, de départs à la retraite... Cette politique d'austérité s'est maintenue dans la durée, sans tenir suffisamment compte des évolutions du travail médical et soignant et des besoins en compétences infirmières. Les grèves de 2019, qui témoignaient de la dégradation des conditions de travail, du déficit de personnels n'ont pas entraîné une attention plus aiguë à ces problèmes, et la Covid a accentué une situation déjà intenable.

Si les infirmières n'ont pas su faire de leur nombre une force pour peser dans des négociations, défendre

leur place et la nécessité de leurs compétences pour répondre aux évolutions de l'offre de soins, elles ont été nombreuses à choisir de partir, de quitter des cadres de travail dégradés les empêchant de prendre soin des patients comme elles pensaient devoir le faire, en référence à leurs normes professionnelles et en respectant les personnes dont elles avaient à s'occuper. Alors, par un retournement de situation, ce sont aujourd'hui les établissements eux-mêmes qui doivent s'ajuster à ces défections, fermer des services, limiter l'accès aux soins, ce qui entraîne une perte de chance pour des patients, et aggrave les difficultés des soignants qui restent en place, dont la charge de travail augmente encore.

Les reconfigurations organisationnelles

Dans la pratique quotidienne, le travail de soin ne cesse de se reconfigurer en raison des effets des politiques de santé, de la rationalisation de l'offre de soins, de l'articulation ville-hôpital, des avancées des sciences et techniques médicales et des attentes des citoyens, le tout entraînant des effets de seuil qui appellent une réorganisation d'ensemble.

L'accueil dans les établissements de santé s'effectue dans un cadre temporel resserré – baisse de la durée de séjour – qui appelle une redistribution des fonctions et une recomposition des tâches. Certains types de travail ne pouvant plus être assurés au cours du séjour des patients, les infirmières, pour s'ajuster à cette situation, ont proposé de réorganiser leur travail. Elles ont ainsi créé, dans un service de chimiothérapie, une *consultation infirmière* pour expliquer aux patients le déroulement concret de leur traitement. De même pour certaines interventions chirurgicales. En fait, des tâches sont désimbriquées du cours d'ensemble du travail au long du séjour pour constituer de nouvelles entités bien identifiées, que les infirmières assument à tour de rôle. Puis ces nouveaux agencements, initiés par les infirmières, sont généralisés par l'institution et deviennent une activité en soi, éventuellement détachée du service de soins. Cela donne une visibilité institutionnelle à certains aspects du travail jusque-là occultés, les infirmières affectées à cette activité

échappent aux interruptions incessantes du travail dans les services de soins. Mais leurs collègues des services de soins sont privées d'une part de leur activité.

Le raccourcissement et le formatage des séjours, la grande spécialisation des services, la concentration des actes à effectuer, le *turn-over* rapide des patients font que les personnes réclament presque toutes ensemble et au même moment des soins relativement semblables. D'où une forte intensification du travail des personnels soignants, qui ne disposent souvent plus de marge de manœuvre pour s'ajuster à la situation singulière de chaque patient. Pour l'infirmière, la charge cognitive augmente en raison de l'évolution et de la diversification des traitements, du nombre de données à mémoriser concernant les patients, mais aussi des demandes nouvelles émanant des nombreuses lignes de travail extérieures, en fonction de leurs réorganisations propres : laboratoires d'analyse, imagerie, hygiène, vigilances, exigences liées à des protocoles de recherche...

Dans ce contexte, les infirmières sont conduites à moduler, hiérarchiser leur engagement dans les différentes tâches à effectuer, en fonction de critères professionnels et/ou personnels. Les soins liés aux prescriptions médicales constituent des tâches centrales. Mais le travail d'écoute et d'accompagnement, l'attention à des problèmes non anticipés dans le cadre d'une prise en charge préétablie, les soins liés au travail de confort deviennent plus ou moins aléatoires. Les infirmières hésitent à s'engager dans une relation sans lendemain avec le patient, dans un travail sur les sentiments, les émotions. Le travail empêché augmente le malaise des soignants qui ne se reconnaissent plus dans un travail segmenté, effrité, et des relations distantes avec leurs patients, comme avec leurs collègues parfois. Leur pratique perd de son sens. Et elles n'ont pas toujours assez d'énergie pour s'engager dans l'invention permanente de nouveaux arrangements pour continuer à prendre soin des patients quand leurs initiatives sont, au mieux, récupérées par l'institution, sinon occultées.

Une diversification des emplois et des métiers

On peut aujourd'hui constater une évolution de la structure verticale de qualification des infirmières et une diversification plus importante des emplois et métiers.

Les infirmières qui travaillent dans des services de soins voient leur faisceau de tâches se réduire comme peau de chagrin, les inscrivant dans un travail « sans qualité » puisque de nombreuses tâches sont externalisées, renvoyées à des collègues qui exercent dans de nouvelles entités (petite chirurgie, consultations infir-

mères, préparation des sorties, fonctions de coordination...). Et, au contraire, elles se voient obligées d'assumer des tâches « indues » – administratives, déléguées par d'autres unités – qui prennent sur le temps qu'elles souhaiteraient consacrer à leurs patients.

Un nombre plus restreint d'infirmières peuvent investir un travail de « niche » qui leur offre de nombreux avantages. Ces nouvelles entités leur permettent de profiter d'une rencontre avec un patient dans une durée définie et maîtrisée qui permet des interactions plus ajustées à la situation du patient, et en bénéficiant d'une plus grande liberté d'organisation de leur travail. Elles peuvent aussi choisir de travailler dans des équipes mobiles douleur, soins palliatifs... où elles sont moins en contact permanent avec les patients et moins soumises à de fortes charges émotionnelles.

Enfin, le manque actuel de médecins est propice au développement de nouvelles fonctions comme celles des infirmières de pratique avancée. Ces profils ne sont pas tout à fait nouveaux. Ils se développent à la croisée des besoins organisationnels, financiers – peu de postes pour ne pas grever les budgets de personnels – et des attentes professionnelles.

Pour la profession, il s'agit d'offrir aux infirmières une progression de carrière – plus ou moins valorisée statutairement – et une visibilité et une reconnaissance des compétences et savoirs infirmiers. Pour l'institution, il s'agit de faire face au manque de médecins – démographie médicale – et de « temps médical » – organisation et division du travail – accessible aux malades et citoyens. Dans un premier temps, des infirmières ont pu exercer de nouvelles fonctions dans le cadre d'expérimentations, très encadrées, de « coopération » entre médecins et infirmières. Aujourd'hui, les infirmières de pratique avancées peuvent intervenir dans le domaine de l'éducation thérapeutique, comme les infirmières « asalées », dans la prise en charge de certaines maladies chroniques...

Un domaine reste encore assez déserté, celui de la dimension « clinique » du travail, peu soutenue par les institutions, l'organisation du travail, avec un manque d'accompagnement et de formation du personnel. Si l'attention à la clinique doit relever de la mise en place d'une formation et d'un exercice spécifique – article ici de P. Svandra sur les infirmiers spécialistes en soins cliniques –, quelle place va-t-on donner à la dimension clinique des soins pour les infirmières « généralistes », qui représentent le plus grand nombre et sont au contact avec les patients ?

Comment les infirmières peuvent-elles se re-saisir du travail de soin, de son essence, de sa nécessité pour la société, afin que soit mieux prise en compte la souffrance des personnes, pour que leur accompagnement dans l'instant comme dans la durée soit de nouveau possible, affirmé ? **P**

De quoi l'évaluation est-elle le nom ?

Pour sortir de l'impasse de la souffrance, il faut comprendre l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, autrement dit le travail vivant. Du dialogue social à l'évaluation, il y a l'épaisseur d'une domination qui ne dit pas son nom.

Lionel Leroi-Cagniard

Psychologue du travail, membre du réseau Souffrance et travail

Les lois permettent aux faibles d'imposer aux forts. Dixit Alain Supiot, professeur de droit social au Collège de France. Dans les colloques, salons et conférences, les sachants démontrent qu'ils maîtrisent leur sujet. Le public à l'écoute s'ébahit, admire et applaudit. Mais face à la misère qu'on lui cause, il se trouve fort démuni, atone, aphone, les yeux dans le vague et la pensée triste. Un flou se structure autour d'un vide et les mots se carapotent. Les idées noires, tapies dans l'ombre guettent. Les émotions embrument le *cogito*. Le travail du psy est de permettre au patient de retrouver le chemin de la raison pour agir. Mais la raison a besoin de biscuits. Si, dans un premier temps, vider le sac des ressentiments soulage, dans un second temps, il faut fournir des munitions. Laisser faire la pensée et voir défiler les mots ne suffit pas toujours à la personne en souffrance pour trouver la sortie du labyrinthe. Surtout dans le noir organisé du néolibéralisme. Entre évaluation et entretien, le désordre du sens et des mots demeure entretenu... Quelques notions en guise d'éclairages seront bien venues. Car, ne pas savoir, ne pas comprendre, c'est risquer d'avoir peur d'être piégé. Et l'on sait à quel point la peur est un frein à la raison tranquille, à l'équilibre des perceptions et favorise un raisonnement vacillant.

Après les émotions, vient donc le temps de la réflexion. Si les contextes sont différents d'un poste à un autre, d'un service à un autre, d'une entreprise à une autre, les notions théoriques contenues dans les livres et entendues dans les conférences sont censées stables tant qu'elles n'ont pas été invalidées. C'est de ces points-là que nous allons partir pour nous extraire de la mélasse. Ils figurent un cadre pour penser ce qui nous arrive quand ça ne va pas. Certains les connaissent, mais beaucoup les ignorent. Nous le constatons tous les jours dans nos cabinets de psychologie du travail.

Prenons deux repères fondamentaux : le prescrit (la tâche à accomplir) et le réel (l'activité inventée pour réaliser le prescrit).

Le premier, le prescrit, c'est ce qu'on vous demande de faire, la tâche qu'on vous prie d'accomplir, souvent

sans aucune considération sur les inattendus du réel. Il faudra donc faire preuve d'intelligence et de débrouillardise. Il faudra peut-être même filouter. Le chef ne précise pas comment faire concrètement. C'est souvent : débrouillez-vous !

Le second repère, le réel de l'activité, se niche dans ce : « débrouillez-vous », dans lequel vous placez tout ce qui fait de vous un professionnel doublé d'un être exceptionnel capable de résoudre des énigmes, d'affronter des impasses, de surmonter des incohérences et, finalement, de démontrer que vous maîtrisez le sujet.

De quoi l'évaluation est-elle le nom ?

Le travail vivant se situe donc dans l'activité, dans ce que vous mettez d'humanité, de vous-même pour résoudre les difficultés contenues dans le « débrouillez-vous ». Pas dans le prescrit, censé vous indiquer ce qu'il faut faire pour réaliser la tâche imposée. Le prescrit se réfère à la valeur comptable de votre travail. L'objectif à atteindre sera la réalisation vendue, qui rapportera de l'argent au sens large, donc même à l'hôpital. Vous serez noté, évalué sur votre contribution économique, le résultat objectivable. Pas sur ce que vous avez mis en place pour y parvenir. Pas sur ce que vous avez investi de vous-même et demeuré invisible aux béotiens qui vous ordonnent un vague et volontairement flou « débrouillez-vous ». Nous ne sommes que des unités de production à qui on fait croire que la valeur cardinale de la vie n'est que comptable.

Petit détour par la « valeur travail » chérie par les tenants politique d'une retraite à 64 ans ou plus. La double acception du mot valeur brouille les cartes d'une analyse à ne pas faire pour continuer d'enfumer. Dans le travail, deux valeurs se côtoient : la valeur comptable et la valeur humaine. Ça, le politique ne le précise pas. Mais nous savons bien que l'important, pour les dirigeants néolibéraux qui nous gouvernent, est de casser l'état social au lieu de favoriser son développement. Haro sur les moyens de l'éducation, du

soin et de la culture. Vive la finance dévolue aux faiseurs de bénéfiques au détriment du lien social, de la santé et de la connaissance.

Les abus de langage permettent un jeu de dupes à grande échelle (sans pompier). Le politique est au service d'une gouvernance par les nombres. Le primat de l'humain peut aller se faire voir. La main-d'œuvre est dirigée de biais et l'entretien annuel, tout comme l'évaluation individuelle notamment, figurent le bras armé d'une logique néolibérale. Il sera impossible de s'en extraire sans quelques repères conceptuels pour discuter, contredire, voire invalider les actions qui malmènent le travailleur.

Les lois Auroux visaient le dialogue social. Les entreprises ont détourné l'objectif initial en moyen de contrôle et de domination. Sous couvert de causerie entre amis, histoire de ne pas éveiller les soupçons, le N + 1 est chargé de veiller à ce que l'entretien annuel passe pour une conversation au coin du feu. Il n'en est rien et chacun devine l'entourloupe.

Prenons un support d'entretien remis au salarié. Ce dernier est tenu de s'auto-évaluer par écrit avant le rendez-vous formel. Ce document recèle une mine à ciel ouvert d'exemples pour réfléchir au sens de la démarche imposée.

« Entretien annuel d'activité ». D'activité ? Vraiment ? Depuis longtemps, l'entreprise s'ingénie à reprendre les termes de la recherche pour les détourner. Pour les universitaires dans le champ de la psychologie du travail, l'activité représente l'investissement subjectif du salarié, son intelligence, sa débrouillardise, voire ses ruses et ses savoir-faire non prescrits pour atteindre l'objectif de production requis. C'est dans l'activité que se loge le travail invisible aux hiérarchies. Elle se distingue de la tâche, simple réquisit formel visible et quantifiable. Que désigne donc l'activité pour le manager chargé de vous évaluer ? En l'absence de réponse claire, les dés sont pipés. Chacun s'engage dans une voie sans issue, voire un dialogue de sourd. Et d'ailleurs, chacun ressent bien le malaise que génère cet entretien annuel qui, qui plus est, souvent confondu avec l'entretien d'évaluation. Il fait peur parce qu'on ne sait pas où on va. Seule certitude : le rapport de domination se renforce.

Que penser du support d'où sont extraits ce florilège d'arguties compassées ?

Vous pourrez préciser dans la zone de commentaire pour chaque objectif fixé ou activités/missions significatives réalisées vos points de satisfaction, les éventuelles difficultés que vous avez rencontrées, les compétences que vous avez mises en œuvre/développées, ce que vous auriez pu faire différemment et

votre auto-évaluation quant à l'atteinte des objectifs fixés ou des attendus de l'activité/mission réalisée.

Attardons-nous sur le sens des mots.

« Vous pouvez préciser... » nous n'y serions donc pas obligés ? Ça laisse le loisir de ne pas aller plus loin. Alors, pourquoi y aller ? Vous connaissez la réponse : ce sera mal vu ! Nous sommes donc bien dans un rapport de pouvoir qui se cache, se défile et joue sa partition à bas bruit.

Quelles sont les frontières entre : *objectif, activité et mission* ? En l'absence de clarté, vous risquez de répondre de travers à leurs questions par le prisme de votre position de subordonné. Ne pas savoir de quoi on parle entretiendra une confusion qui pourrait bien tourner à votre désavantage selon l'interprétation qui en découlera.

Difficultés rencontrées et compétences développées... voilà qui va plus loin dans l'effeuillage de vos fragilités supposées. En quoi les *difficultés rencontrées* seraient-elles un atout dans une évaluation qui n'a rien de conviviale ? A quoi pourraient servir les compétences développées signalées à l'entreprise, alors qu'elles n'y ont pas toujours été à l'origine ? Déclarer qu'on aurait *pu faire différemment* pourrait signifier votre incompetence à vous adapter. Et enfin, comment concevoir ce désir suspect de la part de la chefferie de vous voir vous auto-évaluer sur des objectifs qui ne sont pas les vôtres, puisqu'ils sont définis par la dimension comptable de votre travail ?

Le document est truffé de révélations renversantes. On y trouve par exemple cette question : *Comment évaluez-vous votre capacité à exercer votre droit à la déconnexion ?* J'aurais bien envie de répondre : mais bande de pignoufs, vous avez l'obligation de me fournir les moyens de ce droit à la déconnexion. A vous d'évaluer votre capacité à me fournir ce moyen ! À moi de juger de l'efficacité de vos procédures adorées.

On voit bien à quelle point le dialogue de sourd est organisé pour favoriser un rapport de domination contenu dans une servitude involontaire.

Il est écrit que : *l'objectif de cet exercice doit être SMART : Spécifique, Mesurable, Ambitieux et Atteignable, Réaliste, Temporellement défini*. Autrement dit : intelligent, élégant, raffiné. Les gros sabots sont de sortie...

Avant de compléter une trame d'entretien annuel balisée de manière sournoise, je demanderais qu'on me précise de quoi l'évaluation est le nom ? Et surtout, les intentions d'évaluation concernent-elles le prescrit ou le réel, la tâche ou l'activité ? Sans ce minimum, je ne saurais me soumettre intelligemment, élégamment, délicatement. Bon courage aux managers ! **P**

IPA-MG une possible collaboration ?

Une infirmière de pratique avancée (IPA) et un médecin généraliste (MG) parlent de leur métier et échangent sur leur collaboration au sein d'une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Vendée.

Interview avec **Marie Montas** et **Clément Le Glatin**
Infirmière de pratique avancée médecin généraliste

Propos recueillis par **Marie Kayser**

Pratiques : Pouvez-vous nous présenter vos lieux d'exercice ?

Marie Montas : J'exerce une semaine par mois en Charente Maritime où j'ai commencé à travailler comme IPA en juillet 2021 et où on est en train de monter une MSP. Pour des raisons personnelles, j'ai déménagé en Vendée et je travaille depuis six à sept mois ici, à la MSP du Marais, sur les sites de Sallertaine et Saint Gervais. Depuis quelques mois, j'exerce aussi dans une consultation d'accès aux soins gérée par la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Ce sont des activités différentes et très complémentaires.

Clément Le Glatin : Je suis généraliste à la MSP du Marais sur le site de Sallertaine. Jusqu'il y a un an, je travaillais également en éducation thérapeutique au CHU et dans un réseau de soins pour parents d'enfants asthmatiques. Dans le cadre de la CPTS, je fais aussi un jour de consultation de dermatologie dans mon cabinet.

Qu'est-ce qui vous a amené à devenir IPA ?

Marie : J'ai travaillé dix ans à l'hôpital, puis dix ans en libéral dans un cabinet de groupe. Très souvent, on n'avait pas de réponse à nos questions ou on était confrontés à des problématiques parce que les patients n'avaient pas de médecin traitant (MT) ou que ceux-ci n'étaient pas joignables. C'était frustrant de savoir à peu près ce qu'il fallait faire et de ne pas pouvoir le faire. J'ai toujours pensé que le lien hôpital-exercice libéral ne fonctionnait pas bien. Quand j'ai lu un article sur les IPA et que j'ai vu leur statut, je me suis dit que c'était pour moi parce qu'il y avait aussi ce rôle de coordination. J'ai été acceptée pour ma formation à la faculté de médecine de Nantes : deux ans d'études à temps plein. La deuxième année, j'ai choisi l'option Pathologies chroniques stabilisées (PCS). La liste de ces pathologies est fixée (accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, diabète, cardiopathies, insuffisance respiratoire chronique, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer et autres démences, épi-

lepsie). Les frais d'inscription pour la formation étaient de 8400 euros. Les deux ans d'études n'ont pas été simples avec mon cabinet d'infirmière à gérer. Il a fallu, comme d'autres dans ma promotion, que je travaille un week-end par mois et pendant les vacances pour financer ma formation. Au milieu de la deuxième année, l'Agence régionale de santé (ARS) d'Aquitaine et le département de Charente Maritime m'ont enfin donné un financement et, du coup, j'ai un engagement de cinq ans là-bas.

Qu'est-ce qui vous a amené à la MSP à travailler avec une IPA ?

Clément : Cela vient de l'état d'esprit que nous avons dans la MSP. Nous sommes depuis longtemps dans un exercice collectif d'échange et d'analyse de nos pratiques entre médecins. Rapidement après mon arrivée ici, il y a eu le projet de la MSP qui existe depuis six ans maintenant. On est une trentaine de professionnels établis sur quatre communes. On est pas mal axés sur la prévention. Dans la MSP, on a l'idée de la fonction sociale du médecin, on essaie d'apporter des soins en fonction des besoins des gens. Pour garder une qualité de soins, on tente de ne prendre que les nouveaux patients de notre commune, mais on a beaucoup d'appels tous les jours pour des gens sans médecin traitant. On s'est dit que ce serait quand même intéressant d'essayer de répondre un peu à cette problématique à notre niveau. On a pensé que prendre une IPA pourrait nous permettre d'accueillir plus de patients.

D'autre part, on a aussi une augmentation de la complexité des situations de soins, et face à ça, c'est important d'avoir des regards croisés. D'où l'intérêt d'une prise en charge conjointe avec une IPA qui a des compétences complémentaires.

Concrètement comment s'organise votre travail en commun ?

Marie : Notre travail d'IPA, c'est d'accompagner le patient dans son parcours de soin pour le suivi ré-

gulier de sa pathologie chronique, pour l'hygiène de vie, pour la coordination au niveau du domicile. Nous pouvons prescrire des examens, renouveler les traitements et modifier les posologies, mais pas introduire de nouveaux médicaments.

Le suivi se fait avec l'accord des patients et en collaboration avec les médecins qui nous les adressent.

En Vendée, j'avais envoyé un CV au Conseil général qui m'a orientée vers la CPTS et la MSP du Marais. Je travaille avec quatre des six médecins de la MSP. Certains ne sont pas encore prêts à travailler avec une IPA, ils aiment bien voir leurs patients dans la globalité et déléguer, c'est particulier. Les médecins m'adressent les patients et les inscrivent sur mon planning. Nous avons des dossiers informatiques partagés. Je trouve que pour connaître les patients, mettre des choses en place et réévaluer la situation, il faut que je les voie deux fois en suivi assez rapproché. La troisième fois, en général, ils revoient leur médecin.

En Charente maritime, c'est différent on s'est installés ensemble, deux médecins et une IPA, dans une zone sous-dotée en soignants et j'étais déjà connue comme infirmière libérale. Au début, les patients chroniques arrivaient avec des gros dossiers, les médecins les voyaient une première fois puis me les adressaient. Là-bas, les médecins partent du principe que c'est moi qui vois les patients pour l'année et qu'ils les revoient quand il y a un problème aigu ou quand je les leur adresse. En Vendée, je suis arrivée dans une équipe qui tournait déjà et je n'étais pas connue dans le secteur. IPA c'est nouveau pour les médecins et les patients et j'ai mes craintes aussi. C'est pourquoi j'ai eu un petit décalage au départ.

On vient d'avoir un nouvel avenant à la convention : en plus du suivi régulier de patients chroniques, on pourra en voir plus ponctuellement quand le médecin aura besoin qu'on fasse une rééducation ou une séance de prévention.

Clément : Je vais peut-être être un peu provocateur, mais pour l'instant, je trouve que travailler avec une IPA ne change pas assez mon exercice ! Je pense qu'effectivement, on a eu un peu de mal à se comprendre au début parce que nos attentes, nos habitudes étaient un peu différentes. Ce que je ressens, en tout cas, c'est qu'un médecin qui a une énorme patientèle, fait des consultations courtes avec beaucoup de patients par jour et est débordé, doit vraiment voir arriver l'IPA comme un soulagement, comme une collaboratrice. Ici, on a fait le choix d'avoir des patientèles pas trop grandes pour avoir du temps avec les gens et les gens savent aussi qu'ils peuvent parler un peu de tout dans la consultation.

On a fait le choix aussi – peut-être à tort – de proposer aux gens le suivi avec Marie et de leur laisser le choix. Je crois qu'il y a des freins de notre côté parce qu'on est des médecins qui aimons bien cette relation avec les patients, passer du temps avec eux, faire du suivi psy, faire des renouvellements, essayer

de faire un peu d'entretien motivationnel avec eux... En fait, actuellement, je me questionne : j'aimerais bien continuer à faire cet exercice-là, mais y a aussi la réalité de la démographie médicale. Alors je me dis que si quelqu'un fait le suivi de certains patients chroniques à ma place et le fait bien, alors tant pis, je suis prêt à voir un peu plus de pathologie aiguës, un peu plus de soins techniques pour répondre aux besoins des patients.

Marie : Je m'adapte aux deux situations et je comprends la réticence que peuvent avoir les médecins. En Charente, j'aide aussi pour le maintien à domicile, le soutien aux aidants... Ici, je fais quelques visites à domicile, ainsi que de la coordination autour du maintien à domicile, mais c'est moins facile car je ne connais pas le réseau social.

Clément : On pourrait peut-être travailler là-dessus. À la maison de santé, on a des réunions pluri-professionnelles pour lesquelles les participants sont rémunérés. Elles ont lieu une fois par mois et on y inscrit des patients complexes. Sont toujours présents le service départemental d'autonomie, l'équipe mobile de gériatrie, parfois les gériatres de l'hôpital.

Marie : Oui, mais je n'arrive pas à y venir car pendant ces journées, je travaille souvent à la consultation d'accès aux soins. C'est mon revenu principal maintenant et je ne m'en passerai pas car, pour moi, c'est un confort.

Clément : Je peux peut-être compléter ce que j'ai dit de manière un peu provocatrice. Là, on fait des temps d'échange avec Marie sur certains patients. J'imaginai que déléguer certains suivis de patients chroniques allait me laisser un peu plus de temps dans les journées et que du coup, on allait avoir peut-être une demi-heure, trois quarts d'heures dans une semaine pour avoir un échange un peu global sur les patients.

Marie : Je pense que je n'ai pas encore vu assez de patients, je n'ai pas assez de problématiques.

Clément : Mais peut-être que ce n'est pas faisable, car il y a aussi un vrai problème et c'est une des critiques que je ferais au système IPA, c'est que du fait du mode de rémunération, Marie remplit ses journées et, du coup, on n'a finalement pas trop le temps de se poser, de réfléchir sur les situations. Il n'y a pas de temps prévu pour cela et les temps communs sont difficiles à trouver.

Comment cela se passe-t-il au niveau rémunération pour les IPA en ville ?

Marie : Pour les patients qui ont des pathologies chroniques stabilisées, le forfait trimestriel de premier contact est facturé à 60 euros et ceux de suivi à 50 euros tous les trois mois. Le premier trimestre, je vois les gens deux fois sur des consultations de 30 à 40 minutes (je peux dans ce cas coter aussi un deuxième forfait de suivi) et parfois trois fois si un problème survient. Pour les prises en charge ponc-

tuelles, le bilan est à 30 euros une fois par an puis les séances de soin à 16 euros jusqu'à quatre fois par an.

Clément : C'est du paiement à l'acte déguisé : une IPA n'est payée que si elle voit les gens et elle ne peut pas refacturer d'autre acte pendant les trois mois, même si elle revoit les patients.

Marie : Il y a beaucoup d'IPA qui ont arrêté l'exercice libéral parce qu'elles ne gagnaient pas leur vie. Au bout d'un an et demi, je me fais mon salaire. Par contre, je suis dans trois endroits différents avec chacun des projets. À Sallertaine, j'arrive à suivre, je participe à des projets de prévention, j'ai fait un atelier d'éducation thérapeutique du patient, mais, pour l'instant, je ne pourrais pas écrire des projets et cela me frustre.

Ce serait plus simple de n'être que sur un endroit, mais ce n'est pas financièrement viable. On pourrait être salarié d'une MSP, mais je pense qu'il y en a encore très peu et pour l'instant, je n'y suis pas prête. Je pense que c'est lié à mes années en libéral. J'aurais trop peur d'être salariée et qu'on m'impose telle ou telle chose ; c'est ce qui se passe pour les IPA qui travaillent à l'hôpital. Je vois les médecins comme des collègues, pas comme ma hiérarchie.

Votre formation développe-t-elle les compétences que vous devez développer ?

Marie : À Nantes, c'est une formation universitaire au sein de la fac de médecine. On a ingurgité beaucoup de « sciences infirmières s » (discipline universitaire étudiant les soins infirmiers), de cours sur la recherche. Il fallait qu'on écrive des articles de recherche sur le soin pour qu'il y ait dans la littérature française plus d'articles écrits par les infirmières. J'ai appris à faire de la bibliographie sur Internet. Le *caring*, les interactions avec les patients, c'est bien d'avoir ces notions, mais j'ai failli arrêter plein de fois à cause des « sciences infirmières » car je trouvais l'enseignement trop théorique et je n'en voyais pas l'intérêt pour la pratique.

On a aussi des cours donnés par des médecins hospitaliers, c'est très pointu et très intéressant, mais j'ai trouvé que c'était beaucoup de physiopathologie et très hospitalocentré. Il n'y avait pas d'enseignement de médecine générale, même dans l'option Pathologies chroniques stabilisées. On a eu des interventions sur les MSP et les CPTS ainsi qu'en santé publique et éducation thérapeutique, mais c'était insuffisant. On a eu de la pharmacovigilance et j'ai pensé qu'on allait apprendre à prescrire, mais en fait non. Médecine générale devrait être une option complètement à part et il faudrait plus de stages. C'est nouveau, mais je sais qu'ils cherchent des enseignants pour donner des cours de médecine générale.

Avec le nouvel avenant conventionnel où on va peut-être avoir le droit à la primo-prescription, il va falloir qu'ils fassent un peu plus de cours de thérapeutique. J'ai fait deux stages de quatre mois, le pre-

mier en diabétologie à l'hôpital et le deuxième en libéral avec trois médecins généralistes. C'est en stage que j'ai commencé à apprendre à prescrire. Les deux années sont intenses, l'implantation l'est aussi et donc il y a un moment où j'essaie de me protéger aussi dans ma vie personnelle, et je ne peux pas m'investir dans plus que ce que je fais. Je vois autour tout ce qu'il y a à faire, mais j'y vais modestement.

Clément : Au début, la formation a été pensée comme d'habitude complètement sans les soins primaires. Le lien avec le Département de médecine générale s'est fait tout récemment. Maintenant qu'à la MSP, on a rencontré quatre IPA, ce que je ressens c'est que dans leur formation, il y a des bases de soins primaires qui ne leur ont pas été enseignées. Aujourd'hui, il y a des IPA installées qui vont pouvoir prendre des IPA en formation, c'est déjà un progrès.

Marie : Les outils plus spécifiques en soin primaire je les ai eus pendant mon stage en médecine générale où j'étais chez un médecin généraliste qui était professeur de médecine générale. Interne, externe et IPA avaient tous la même trame de consultation et le médecin nous aidait à faire les entretiens et à organiser la consultation ; cela m'a aidée pour mon mémoire d'avoir été en stage chez lui

Est-ce que vous vous y retrouvez dans ce nouvel exercice, qu'est-ce qui change pour vous ?

Marie : Maintenant je ne suis plus dans les actes techniques, je suis plus dans le soin, le *caring*, la globalité du patient, son environnement, ses ressentis, plus dans l'écoute. La relation avec le patient a changé. J'arrive à ce que je voulais : pouvoir prendre le temps avec les gens. Avoir ce statut d'IPA permet légalement de prendre plus d'initiatives tout en travaillant en collaboration avec les médecins. On a plus de responsabilité, mais aussi plus de liens ce qui fait que cela compense.

Les patients aussi commencent à découvrir le métier et il y a cette relation de confiance qui se fait avec eux et avec les collègues et les spécialistes. C'est valorisant comme statut. Il faut trouver sa place, mais cela se fait progressivement.

Clément : Il y a quand même des choses qui changent pour moi. Marie a été très bien formée sur le diabète et quand je lui adresse un patient avec qui je suis en difficulté, et qu'elle me dit que cela s'est bien passé et que les résultats sont meilleurs, je suis très content, je me sens moins seul et avec moins le poids de la responsabilité sur les épaules.

Les patients que voit Marie, cela rentre dans un protocole d'organisation ensemble et il n'y a que certaines pathologies chroniques que Marie a le droit de suivre, donc cela ne concerne pas tous les patients ni toutes les pathologies.

Le gouvernement, sous couvert d'améliorer l'accès aux soins, ne veut-il pas avec les IPA mettre en place

une profession médicale moins formée et moins payée que les médecins ?

Clément: Ce sont peut-être les difficultés d'accès aux soins qui ont fait que des « garde-fous » ont cédé et que les IPA ont été créées. Mais on ne peut les rejeter pour cette raison et cela me semble vraiment incongru de voir cela comme une concurrence. Il y a six millions de patients en France qui n'ont pas de médecin traitant et on a besoin d'aide. Si c'est pour ces raisons qu'on porte un coup à la « toute puissance » médicale, alors peut-être tant mieux. Pourquoi le médecin seul aurait-il le droit de prescrire ? Pourquoi quelqu'un qui a une formation spécifique pour cela ne pourrait pas le faire ? Ce sont des compétences différentes, on peut travailler ensemble pour le bien des patients.

Que pensez-vous du projet de loi Rist qui prévoit un accès direct des patients aux IPA et donne à celles-ci le droit de primo-prescription ?

Marie: Les IPA sont trop dépendantes des médecins pour leur patientèle, c'est pour cela que travailler en plusieurs endroits leur paraît plus sécurisant. Je ne suis pas médecin et je ne veux pas que quelqu'un vienne me voir pour une pathologie que je ne peux pas gérer et j'ai du mal à voir comment cela se passerait. Mais s'il y a des patients qui viennent nous voir pour des questions d'alimentation, de diabète... sans que cela passe par le médecin, cela peut être bien.

Clément: Je pense que cette problématique est dans la continuité de celle actuelle. J'entends que ton statut libéral te va parce qu'il te donne la liberté, mais je trouve que c'est très problématique que le métier d'IPA – qui est indissociable de la collaboration avec les médecins – soit conçu comme un métier libéral que tu peux exercer seule dans ton coin. Pour moi, c'est un travail d'équipe forcé. Donc le projet de loi Rist est problématique s'il vise à individualiser la pratique d'une IPA. Mais s'il y a un accès direct aux IPA dans le cadre d'une maison de santé où l'exercice est coordonné, cela me semble normal d'ouvrir leur droit de prescription. La question est plutôt : comment fait-on pour faire équipe ensemble, comment peut-on créer une équipe et du coup aussi comment peut-on avoir une rémunération plus adaptée au fait de travailler en équipe, sans que les IPA soient obligés d'enchaîner les patients pour vivre ?

Est-ce que les IPA sont formées à l'indépendance de prescription ?

Marie: Non, c'est vrai que j'aime bien aller dans les congrès par exemple. Je trouve que, si on fait abstraction des labos, ce qui se dit est intéressant et qu'il faut se tenir toujours au courant des nouvelles recommandations.

Clément: La question est que parfois les nouvelles

recommandations sont trop nouvelles et qu'il y a beaucoup d'évaluations de médicaments qui sont instables et que quand tu fouilles un peu, tu te dis qu'il y a un intérêt autre que celui du patient pour lequel on te recommande de prescrire ce traitement et que c'est sûrement un intérêt financier

Marie: Mais en fait, je ne prendrai pas l'initiative de suivre de nouvelles recommandations et de commencer des traitements sans avoir du recul. Et là, je trouve que la consultation d'accès aux soins avec la CPTS m'aide à développer des connaissances

Pouvez-vous nous parler de cette consultation d'accès aux soins ?


Clément: Quand on reçoit un patient qui n'a pas vu de médecin depuis deux ans et qui a une pathologie chronique, il y a souvent beaucoup de travail et plus le patient attend, moins un médecin a envie de le prendre. L'idée de ce dispositif est de recevoir ces patients, de remettre à jour leur dossier et après d'essayer de renvoyer le patient vers un médecin traitant.

Marie: On accueille les patients sans médecin traitant qui sont en affection de longue durée ou ont plus de 70 ans. Ils sont envoyés par les infirmières, les pharmaciens, les services sociaux, l'hôpital...

On est deux binômes IPA et interne SASPAS (en dernière année de spécialisation de médecine générale) et on essaie que les patients soient toujours suivis par le même binôme. Je vois les patients une première fois, ce sont des consultations longues. Si besoin, je prescris les premiers examens, je fais les courriers. Il peut aussi y avoir des actes techniques (pansements...). La fois d'après, les patients voient l'interne. Je vois quatre patients par demi-journée ; on a un temps de concertation en début d'après-midi où on fait des plans de soin. On essaie ensuite d'orienter les gens vers un médecin traitant ou, sinon, on fait le suivi avec le risque de ne plus avoir de place libre pour de nouveaux patients. Je trouve cela très intéressant, car j'apprends beaucoup de choses avec les internes. Là, je suis salariée payée par la CPTS.

Clément: Ce que tu dis que tu fais à la CPTS, c'est vraiment ce que j'aurais envie de faire avec toi. Quand j'imaginai une IPA, je l'imaginai à quatre patients le matin, quatre patients l'après-midi.

Marie: Oui mais comment veux-tu que j'en vive ? Et il faudrait aussi que tu te libères et pendant ce temps-là, tu ne verrais pas d'autres patients.

Clément: Je suis bien d'accord. C'est bien pour cela que je pense que le paiement à l'acte ne valorise pas les compétences de prise en charge globale que vous avez. On va discuter sur les modalités, mais avoir quelqu'un qui a du temps pour bien prendre en charge les patients, qui amène un regard différent et avec qui on a le temps de monter des plans de soin sur des temps de concertation prévus à l'avance, cela me semble la manière optimale de fonctionner. 

IPA, avec une pointe d'amertume

Les Infirmiers en pratique avancée, IPA comme on les appelle, peinent à trouver une place repérée et repérable par l'ensemble des acteurs et des usagers du système de santé. Ces IDE devenus IPA s'impliquent, innove, expérimentent, au service des patients. Pour le meilleur et parfois pour le pire.

Damien Girault

IPA en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Toulouse, Pôle Guidance Infantile de l'Arseaa)

L'IPA : partie intégrante de la variable ?

Il est tentant de croire que l'on pourrait, quatre ans après l'arrivée sur le terrain des premiers IPA, aborder la question de la pratique avancée sans craindre incompréhension, questionnements, représentations et animosités. C'est pourtant le champ lexical de la Peur qui domine, lorsqu'on agite, au nez fatigué et désabusé de nos collègues médecins, le drapeau de la pratique avancée comme réponse partielle aux maux d'un système de santé en déclin.

Une campagne d'information digne de ce nom à destination des usagers et professionnels aurait permis d'atténuer ce vécu. Une malheureuse omission portée par le ministère de la Santé et de la Prévention, pourtant doté des meilleurs communicants. C'est à se demander comment le *bureau de l'influence et du digital* dudit ministère (en charge des stratégies de communication) et son *bureau des campagnes* (censé mettre en œuvre les campagnes de communication ministérielles) pensent l'implantation sur le territoire d'un nouveau métier de santé supposé venir en aide aux problématiques d'accès aux soins de la population. C'est hélas souvent le sort réservé aux *variables d'ajustement*, car c'est bien de la profession infirmière dont nous parlons quand nous parlons des IPA. Et si l'universitarisation de la profession a permis la démocratisation du concept de sciences infirmières, le poids et l'empreinte de la cornette nous rappelle à nos fondements. Qu'en est-il alors des fondamentaux régissant la pratique de ces nouveaux professionnels ? Si le système de santé français peine à les reconnaître (ou se joue de les méconnaître), la communauté internationale ne nous a pas attendu pour penser la place et le rôle des IPA. Le CII (Conseil international des infirmières) les définit ainsi : « l'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier-ère sera autorisé-e à exercer. »

Cette définition a le mérite de poser un cadre. L'IPA est un clinicien. Le patient est au centre de sa pratique. On reconnaît là une identité forte de la profession infirmière. L'IPA n'invente rien, il élargit le spectre de ses compétences.

Quelques éléments de cadrage

Le décret¹ précise que la pratique avancée recouvre :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique ; des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examen complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

L'IPA exercera dans une forme innovante de travail interprofessionnel. En acquérant des compétences relevant du champ médical, il suivra des patients qui lui auront été confiés par un médecin, avec son accord et celui des patients. Les modalités de ce suivi sont inscrites au sein d'un protocole d'organisation dont le contenu est porté à la connaissance de la famille et du patient. Il verra régulièrement ceux-ci pour le suivi de leurs pathologies, en fonction des conditions prévues par l'équipe.

L'IPA discutera du cas des patients lors des temps d'échange, de coordination et de concertation réguliers organisés avec l'équipe. Il reviendra vers le médecin lorsque les limites de son champ de compétences seront atteintes ou lorsqu'il repérera une dégradation de l'état de santé d'un patient.

Cinq domaines d'intervention sont définis :

- les pathologies chroniques stabilisées et les poly-pathologies courantes en soins primaires,
- l'oncologie et l'hémo-oncologie,
- la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale,
- la psychiatrie et la santé mentale,
- les urgences.

Quelle formation ?

Un IPA est un infirmier expérimenté, d'au minimum trois ans d'exercice, ayant obtenu son diplôme d'État d'IPA précisant la mention choisie et reconnu au grade universitaire de master. Afin d'exercer dans le ou les domaines d'intervention définis, l'IPA devra avoir validé le ou les mentions correspondantes. La formation sera organisée autour d'une première année de tronc commun permettant de poser les bases de l'exercice infirmier en pratique avancée et d'une deuxième année centrée sur les enseignements en lien avec la mention choisie.

Oui mais encore... ?

Il paraît important dans ce papier d'élargir les horizons afin d'éviter au lecteur toute représentation floue ou éloignée de la réalité de cette profession porteuse de sens. Car faire évoluer l'offre de soins, même en période de tension démographique médicale et paramédicale majeure, peut avoir du sens. À condition d'inclure dans cette stratégie des objectifs multiples, en concertation avec l'ensemble des parties prenantes (professionnels et usagers). Et concernant la pratique avancée infirmière (PAI), les plus à même de la définir sont... les IPA eux-mêmes.

Ayant son constat sur la recrudescence dans le monde des maladies transmissibles et non transmissibles, notamment les maladies chroniques, le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) a missionné Diane Morin (infirmière, Ph. D.) afin d'établir un état des lieux de la PAI au sein des pays francophones (Morin, 2018)².

Ce document est basé sur une étude de type « Examen de la portée des connaissances » avec comme cadre analytique retenu celui d'Hamric et al (seul modèle conceptuel international de référence permettant de borner les attributs de la fonction d'IPA). Il s'appuie sur une méthode rigoureuse d'analyse de données probantes.

Selon Diane Morin et le SIDIIEF, le développement de la PAI vise les objectifs suivants :

- Améliorer la qualité des soins ;
- Promouvoir une approche centrée sur la personne, les proches et les communautés ;
- Améliorer la qualité des soins en les basant sur des preuves ;
- Diminuer les coûts pour les usagers et les systèmes de soins en exerçant une responsabilité et un leadership cliniques engagés ;
- Contrer la pénurie de professionnels de santé par l'attractivité.

Le rapport définit six grandes familles de compétences nécessaires afin d'exercer la pratique infirmière avancée :

- Pratique clinique directe ;
- Consultation, guidance et coaching ;
- Leadership clinique, professionnel et systémique ;

- Pratique basée sur des preuves issues de la recherche ;
- Collaboration ;
- Prise de décisions éthiquement éclairées.

À la lecture de cette nouvelle définition, des traits plus spécifiques à l'ADN de la discipline des sciences infirmières apparaissent : pratique clinique, formation, recherche. Trois piliers fondamentaux permettant une meilleure compréhension de ce que peut-être porter l'IPA au sein des équipes et des territoires. L'IPA n'est donc ni un ersatz de médecin, ni un interne, encore moins un super infirmier comme on peut encore le lire dans la presse. Il incarne une évolution de la profession infirmière, en accord avec ses valeurs socles. Il fonde sa pratique sur la relation à l'autre et par le mandat qui lui est attribué, il est légitime à porter ses actions dans une perspective communautaire.

IPA ou l'angoisse du grand remplacement

La loi Rist portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé stipule que cet exercice devra se faire dans un cadre coordonné avec le médecin. Aurait-il pu en être autrement ? Si l'on se réfère au discours corporatiste (non majoritaire), l'implantation sur le territoire du nouveau métier d'IPA serait le résultat d'une politique de déconstruction de l'hôpital public et de la médecine générale. Le transfert de tâches, quant à lui (auquel nous préférons le terme de « transfert de compétences »), signerait l'entrée dans une médecine à deux vitesses. Enfin, l'autonomie d'exercice des IPA précipiterait la mort de la médecine générale. N'en déplaise aux porte-parole, l'avènement tant redouté de ce que l'on nommait jadis les « métiers intermédiaires de santé » ne date pas d'hier. Un rapport d'étape de 2002 dirigé par le professeur Yvon Berland intitulé « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » préconisait déjà la montée en compétences des infirmiers et l'implantation de la pratique avancée sur le territoire. Vingt ans plus tard, les professionnels motivés sont là, mais le portage fait défaut. Quant aux positions défensives des détracteurs d'une pratique avancée autonome, ils sont passés maître dans l'art de la désinformation et de l'incapacité à se tourner vers les données probantes. Car si les IPA se réclament d'une pratique autonome, tous portent l'étendard d'une nécessaire coopération avec les collègues médecins, en ville ou à l'hôpital.

I have a dream disait Martin Luther King. Parce qu'IDE et IPA ne sont pas des variables d'ajustement, je fais celui d'un système qui remette sans cesse l'intérêt du patient au centre de ses préoccupations et où la coopération entre professionnels de santé ne laisse pas de place au narcissisme. Celui d'un état qui respecte ses soignants et les reconnaît à leur juste valeur. **P**

- 1 Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée – Légifrance
- 2 D. Morin, *La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie*, 2018

La réadaptation, variable d'ajustement

La santé, l'éducation et les services sociaux constituent les principales variables d'ajustement des politiques publiques visant le rétablissement des équilibres macroéconomiques. Cet ajustement impacte tous les niveaux de gouvernance et les professionnels dans le champ de la réadaptation.

Jean-Pascal Devailly

Médecin des hôpitaux, président du Syndicat français de médecine physique et de réadaptation

INFIRMIÈRES : UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT ?

Dans un contexte de budget contraint, d'augmentation de la charge de travail, d'insatisfaction des soignants sur leurs conditions de travail et de pénurie de personnel, un cercle vicieux de la pénurie des soignants s'est installé. L'évolution prévisible des dépenses n'est pas couverte par la progression de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et, dans les établissements, les effectifs soignants constituent une variable d'ajustement par la réduction de la qualité et de la sécurité des soins. De multiples organisations, dont les conférences de présidents de Commission médicale d'établissement (CME), ainsi qu'une proposition de loi récente appellent à l'utilisation de ratios soignants par patients significativement renforcés et contrôlés par des mécanismes réglementaires.

De multiples études internationales ont montré l'impact des ratios soignants par patients sur la qualité des soins. Si ces études portent essentiellement sur les ratios infirmiers¹ face aux besoins épidémiologiques, il faut considérer les missions assurées par les établissements, la prévention, les soins curatifs, la réadaptation et l'accompagnement d'une perte d'autonomie stabilisée. Dans le domaine de la réadaptation en santé physique et mentale, outre les ratios infirmiers, des ratios adaptés de professionnels de réadaptation permettraient de réduire les durées de séjour et d'augmenter la rapidité des gains fonctionnels (Ottenbacher, 2004).

Le concept d'ajustement aux différents niveaux de gouvernance.

Plans d'ajustement structurels, comptabilité de gestion et financiarisation de politiques publiques

Les Plans d'ajustement structurel imposés dès la fin des années soixante-dix aux pays en difficulté par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale consistaient à imposer aux pays à faible revenu les mesures économiques issues du « Consensus de Washington » : ouverture totale et libéralisation de l'économie, augmentation des exportations et réduction des dépenses. Ils consistent à assurer coûte que

coûte les remboursements de dettes. Les mêmes « recettes » sont appliquées dans tous les pays en difficulté, quel que soit le contexte, y compris aujourd'hui aux pays à hauts revenus. L'objectif est de contenir la dette souveraine de ces pays en restaurant les grands équilibres macroéconomiques.

La financiarisation est liée au postulat que les États ne peuvent financer seuls les besoins de santé, d'éducation et de services sociaux. Les politiques publiques prennent dès lors appui sur des acteurs financiers privés au travers, notamment, de montages financiers permettant une hybridation public-privé des flux de financement. Il s'agit de construire des circuits financiers alternatifs destinés à mobiliser l'argent privé de façon volontaire, par opposition à des formes coercitives comme la conversion obligatoire de dépôts en obligations d'État ou encore l'impôt. Ce processus entraîne une profonde mutation des dispositifs de gestion, dont la multiplication des indicateurs financiers qu'Alain Supiot qualifie de « gouvernance par les nombres ». Il s'agit de donner des gages de rentabilité aux investisseurs, mais tout autant pour les pouvoirs publics de se doter d'éléments de surveillance des activités déléguées aux fonds d'investissement. Il faut enfin donner aux usagers des garanties de qualité et de sécurité face à la spirale de la défiance induite par des scandales comme celui des EHPAD.

La financiarisation multiplie donc le besoin d'indicateurs et s'accompagne de l'extension du domaine de la comptabilité de gestion. Celle-ci ne vise pas toujours la réduction budgétaire comme dans les services publics, mais elle apporte des techniques d'optimisation de la performance par la modélisation comptable de l'activité. Un exemple typique est le groupe homogène de malades qui sous-tend la T2A (méthodes ABC, ABM). La révolution numérique a décuplé ses possibilités.

Les effectifs soignants comme variables d'ajustement organisationnelles

L'expression « variable d'ajustement » est de plus en plus utilisée. Selon le *Larousse* : c'est une « res-

source utilisée par un agent économique pour réduire un déséquilibre passager entre les moyens dont il dispose et les engagements qu'il a contractés ».

Au niveau macroéconomique, l'ajustement se fait par la réduction du nombre de lits hospitaliers, de l'effectif global des professionnels de santé, de la rémunération des soins et des professionnels qui aboutissent à la réduction de l'offre de soins en ville et en établissements. Mais c'est surtout au niveau méso-systémique de l'organisation que l'expression est utilisée. Les budgets étant contraints et leur augmentation restant inférieure à l'évolution naturelle des dépenses, la survie financière suppose d'une part de se défaire d'activités utiles, mais peu rentables, et, pour celles qu'on décide de conserver, de réduire la qualité des soins par le seul moyen possible, la réduction des ressources humaines.

L'ajustement mutuel en péril : la fragilisation des collectifs de soins

Au niveau micro-économique, les prestations de soins et de services sociaux sont assurées par des équipes de soins pluriprofessionnelles et coordonnées. Le « service », entendu comme unité prestataire de base, est l'unité fonctionnelle constituée par les professionnels au contact du public qui mettent en œuvre des programmes de soins coordonnés en interaction avec les bénéficiaires. Le service a été considéré comme le cœur de la bureaucratie professionnelle et de la résistance au changement par les réformateurs acquis au Nouveau management public, notamment lors de la mise en place des pôles et de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST).

Cette unité fonctionnelle est au cœur des systèmes professionnels tels que Mintzberg les décrit. Les deux modes de coordination principaux sont l'ajustement mutuel et la supervision, mais ils sont étroitement intriqués avec des déterminants externes qui sont les modes de standardisation. Ces trois modes sont la standardisation des procédures, des résultats et des compétences, ce dernier mode étant celui qui domine les systèmes professionnels où les professionnels sont les experts.

Les procédés de travail ne sont pas des procédures explicites, mais constituent des répertoires d'action collective largement tacites, construits dans un processus de création de combinaisons et de transmission des connaissances. Ces connaissances constituent des « boîtes noires » pour les experts de la technostructure qui voudraient en faire la réingénierie dans une approche taylorienne de gestion mécanique par les procédures. L'approche de Mintzberg rejoint ainsi les approches de l'organisation comme créatrice de connaissances. L'organisation qui laisse suffisamment d'autonomie à ses unités micro-systémiques devient dès lors le lieu de création de compétences clés qui sont autant d'avantages spécifiques pour bien rendre le service attendu.

Compétition par comparaison et théorie de l'agence : les ratios apparaissent contraires à la logique de la *yardstick competition* ou compétition par comparaison. Le principe, que Mintzberg nomme mythe de la compétition efficace, suppose que l'analyse comptable classique des activités ne permet pas d'atteindre l'efficacité, notamment du fait de l'asymétrie d'information. Seule la compétition entre firmes au sein de quasi marchés permet de tendre vers la firme virtuelle au fonctionnement idéal qui va survivre à cette concurrence. Ce principe est celui qui sous-tend la notion de puissance des systèmes de paiement comme la T2A. C'est la capacité à provoquer des restructurations favorables à la performance telle que définie par les fonctions de production de ces modes de paiement prospectifs : la fonction des hôpitaux est de produire des groupes homogènes de malades selon un modèle d'activités essentiellement curatives.

La théorie de l'agence a pour objet la possibilité pour un principal d'agir sur le comportement d'un agent dont il attend la production de biens ou de services en situation d'asymétrie d'information. De telles situations d'asymétrie sont multiples en santé, entre soignants et patients, entre directions et soignants, entre assurance maladie et prestataires, établissements ou libéraux.

On peut s'interroger sur la faisabilité politique de cet ajustement. Comment les professionnels des organisations soignantes ont pu accepter l'absence quasi totale de garde-fous à un mode de gestion qui, à leurs yeux, dégradait au quotidien la qualité des soins et le sens de leur action ? Outre les techniques de division des acteurs évoquées dans un célèbre article de Morisson sur la faisabilité politique de l'ajustement, il fallait l'adhésion de la majorité à ce bricolage idéologique sans précédent édifié à partir de la *yardstick competition* et de la théorie de l'agence. Le mécanisme de rationnement fondé sur ces techniques et cette idéologie ont amené à ce que la T2A ou tout autre système de paiement à l'activité ne soit associé à aucun garde-fou effectif dans le contexte institutionnel actuel.

Faut-il envisager des ratios au sens de normes minimales de soignants par patients et comment les justifier face aux rationalités des différents niveaux de gouvernance des systèmes de santé ?

Ratios et missions des systèmes de santé : cadre conceptuel

La rationalisation des choix budgétaires en matière de santé repose sur le postulat que l'on sait évaluer les besoins de santé et qu'on peut faire la réingénierie du système à partir de cette analyse présentée comme objective. C'est notamment le cas de la justification de l'ONDAM et des budgets relatifs aux missions, actions et programmes de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Si l'épidémiologie a une

certaine robustesse en termes de maladies et d'accidents, concernant d'autres dimensions essentielles de la santé et de leurs déterminants, comme la santé fonctionnelle et les facteurs socio-environnementaux, une abondante littérature montre qu'elle est balbutiante, tout particulièrement en France. La première question est celle de définir les dimensions de la santé, définition qui précède, une fois le cadre conceptuel fondé, celle de stratégies fondées sur des données accessibles pour les parties prenantes.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les stratégies fondamentales du système de santé sont les suivantes : promotion de la santé, prévention, soins curatifs, réadaptation et soutien social, ce dernier domaine ayant des frontières complexes avec les autres politiques publiques. Chacune d'elle doit faire l'objet d'une planification, d'une budgétisation, d'une politique de formation, d'un système d'information et d'un financement spécifique. Chacune d'elle devrait également être déclinée par région et par territoire. Le cadre conceptuel est donné par la Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF) qui distingue les pathologies des limitations fonctionnelles et intègre les interactions entre les états de santé et l'environnement. À partir de ce cadre, qui réunit vision individuelle et collective de la santé, sont définies les missions ou fonctions fondamentales de systèmes de santé dont découle la classification internationale des comptes de la santé qui permet une allocation par destination des soins, au-delà du modèle de l'usine à soins curatifs des seules maladies.

Si la réadaptation est un concept international bien établi, il n'était pas clairement identifié en France. À cet égard, l'instruction complémentaire aux décrets relatifs aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des SMR², en définissant les missions des nouveaux SMR, introduit une nouvelle nomenclature qui épouse les catégories des stratégies de santé de l'OMS ainsi que les fonctions du Système international des comptes de la santé (ICHA).

Les cinq missions des SMR sont selon l'instruction : la prévention, les soins médicaux curatifs ou palliatifs, la réadaptation, les soins de transition et la coordination.

La réadaptation « a pour objectif premier une amélioration fonctionnelle du patient par une réduction des déficiences et/ou des activités ». Cette définition rejoint celle de la stratégie de réadaptation de l'OMS et correspond à la fonction HC.2 de l'ICHA.

L'OMS définit la réadaptation comme « un ensemble d'interventions conçues pour optimiser le fonctionnement et réduire le handicap des personnes souffrant de problèmes de santé lorsqu'elles interagissent avec leur environnement ».

L'adoption d'un concept clair de réadaptation rend possible l'émergence d'une stratégie de « santé fonctionnelle ». Elle ouvre la voie à l'allocation par des-

tinuation des soins proposée par le HCAAM en avril 2021, elle répond à la demande de spécification des SSR par la Cour des comptes depuis 2012. Enfin, l'instruction complémentaire aux décrets de 2022 s'inscrit en antagonisme avec la typologie des filières du Rapport Sibille en laissant apparaître le besoin d'une filière de réadaptation structurée en tant que telle, en accord avec les modèles internationaux de l'OCDE et les appels à l'action de l'OMS.

Les activités entre logiques cliniques et gestionnaires : le critère d'homogénéité

Pour déterminer des ratios, il ne suffit pas de définir les fonctions principales des unités de soins. Si cela constitue un préalable indispensable, il faut que le critère d'homogénéité soit respecté : pour des profils de patients proches sont appliqués des programmes de soins formalisés et fondés sur les preuves, et ces programmes sont financés de telle sorte qu'ils remboursent les moyens techniques et humains formalisés dans les programmes. Ces programmes doivent être homogènes en termes de stratégie thérapeutique, d'interventions et de coûts pour le groupe de patients considéré. Ces programmes de soins sont garants de l'homogénéité des activités et de la justification des ratios. Ainsi s'accordent logiques clinique et gestionnaire.

Exemple des ratios et des recommandations dans le champ de la réadaptation : en France, il existe quelques normes d'effectifs en personnel concernant les soins critiques (décret du 26 avril 2022), la dialyse, les soins intensifs de cardiologie, les blocs obstétricaux. Pour les autres services, la dotation en effectifs est spécifique à chaque établissement selon ses propres critères. Il n'existe pas de norme relative aux ratios dans le champ des SSR/SMR ni, plus généralement, dans le champ de la réadaptation. Ce sont donc des recommandations professionnelles non opposables établies par les syndicats, les sociétés savantes ou les Agences régionales de santé qui sont utilisées dans les négociations relatives aux effectifs alloués aux unités dans les établissements. Ces recommandations sont détaillées dans les documents intitulés « La prise en charge des affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Proposition FEDMER-SOFMER. 2006 » et « La prise en charge des affections du Système Nerveux de l'adulte en Soins de Suite et de Réadaptation. Proposition FEDMER-SOFMER 2006 ».

La pression budgétaire rend ces recommandations de moins en moins opérantes face aux modes de calculs imposés par les directions.

Avantages attendus des ratios

Il s'agit avant tout d'éviter que la qualité des soins soit utilisée comme variable d'ajustement à la pression

budgétaire. La loi HPST et les réformes de la gouvernance hospitalière ont placé le DRH et le Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (DSIRMT) au cœur de la régulation des effectifs des établissements. Le pouvoir de négociation des professionnels dans ce domaine a été considérablement réduit et les logiques financières ont fait largement oublier l'intérêt des recommandations professionnelles. Pour autant, il n'existe aucune méthode nationale reconnue de détermination des ratios et il n'y a pas de système de *benchmarking* opérationnel. La base de Reims, outil de *benchmarking*, établit des comparaisons entre établissements sur les effectifs soignants et médicaux au regard de leurs activités. Elle ne concerne que les établissements de grande capacité (CHU/CHR), elle reste confidentielle et les directions font surtout appel à leur réseau de connaissances pour se comparer (« Quels ratios d'effectifs dans les services de soins et comment sont-ils calculés ? », EHESP, 2016).

L'absence d'unité méthodologique a contraint les hôpitaux à définir leurs propres méthodes de travail fondées sur le nombre de lits, les taux d'occupation, l'Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) qui rapporte nombre de journées réalisées en hospitalisation complète et le nombre de journées théoriques, le poids moyen du cas traité (PMCT) qui évalue la lourdeur des patients hospitalisés, le projet médical, la charge de travail, la typologie des patients, l'activité, l'organisation du travail. Certains établissements intègrent l'absentéisme, le *turn-over*, l'architecture. La prise en compte de la charge de travail dépend de chaque structure.

Les risques que ce bricolage institutionnel fait courir aux patients ont été abondamment décrits dans la littérature internationale. Ils étaient peu évoqués en France jusqu'à la pandémie Covid-19. La baisse tendancielle de la qualité des soins est aujourd'hui largement reconnue, avec l'augmentation de charge de travail et la détérioration des conditions de travail qui l'accompagnent, comme la cause principale de la souffrance au travail des soignants. Cette dernière s'inscrit dans un grand désenchantement hospitalier ayant notamment pour conséquence la pénurie de personnel.

Outre la nécessité d'enrayer la machine infernale du désenchantement, l'utilisation des ratios et, plus généralement, des conditions de fonctionnement réglementaires robustes, fondées sur des activités homogènes et des *casemix*, ou éventails de cas, conçus à partir de programmes de soins, est un des meilleurs moyens pour articuler la logique professionnelle et la logique de gestion.

Y a-t-il un danger à définir des ratios ? Arguments des opposants

Un premier risque au niveau des grands équilibres macroéconomiques, c'est de « faire sauter la banque »,

en d'autres termes de dépasser largement les perspectives de l'ONDAM. L'ONDAM étant en théorie fondé sur une estimation technique des besoins, c'est avant tout la rationalité de la détermination actuelle des besoins et des catégories qui les décrivent qui doit être interrogée.

Au niveau « méso » des organisations, les ratios laissent craindre une difficulté à s'adapter à la nécessité de continuer à fonctionner, si besoin, par le biais de procédures temporairement dégradées. La mutualisation des équipes infirmières ou de réadaptation apporte une plus grande flexibilité organisationnelle en situation de pénurie. Elle permet de pallier plus facilement des variations d'effectifs dans les unités, mais elle n'est pas en soi incompatible avec le respect de ratios portés par une réglementation exigeante.

Professionnels concernés et risque d'absence de ratios dans le champ de la réadaptation

Dans l'exemple de la fonction de réadaptation, qu'il s'agisse d'activités situées dans le champ des SSR ou dans d'autres secteurs, la substitution de professionnels peut se faire en réduisant le taux de qualification : moins d'infirmières et plus d'aides-soignants, par la création éventuelle d'assistants de réadaptation ou encore en jouant sur la substitution de professionnels par exemple entre masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens et enseignants en activité physique adaptée (EAPA). Encore plus préoccupante est la substitution par des interventions hors champ de la réadaptation.

La réduction des temps de réadaptation offerts par les professionnels peut se faire en réduisant la durée ou la fréquence des séances, mais aussi en multipliant les séances de réadaptation collective au détriment du temps de réadaptation individuelle, ce d'autant qu'en termes de valorisation, les pondérations du Catalogue spécifiques des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) restent calculées à partir de moyennes de temps, quelle que soit l'autorisation SMR. Cela favorise à la fois le lissage des temps entre les unités spécialisées ou non, ainsi que la surpondération des séances collectives.

Le périmètre des professionnels de réadaptation reste un problème fondamental en France, avec trente-deux métiers codeurs du CSARR, un chiffre exubérant au regard des professions marqueuses de la réadaptation à l'étranger en général au nombre de huit à neuf. De ce fait, les garanties que semblent apporter la mention de temps de réadaptation dans l'instruction complémentaire du 27 septembre 2022 restent illusoire : réaliser deux heures de réadaptation en offrant des soins non spécifiques de la réadaptation comme l'éducation thérapeutique, des soins de bien-être, de confort voire des médecines complémentaires et en usant des actes collectifs plus que de raison au regard

des soins individuels empêche l'effectivité de cette indication de temps, à rebours de ce que serait une réforme aboutie des SMR³.

Quelles activités doivent bénéficier de ratios en réadaptation ?

Des risques d'inégalité des soins sont préoccupants dès lors que les ratios ne concernent qu'une partie des activités, comme dans le cas des soins critiques. Le respect de contraintes trop asymétriques entre les diverses activités ne serait pas tenable puisqu'il ferait porter la charge de la pénurie sur les unités non normées.

Il est donc indispensable d'envisager les ratios pour tous les secteurs des services de soins et des services médico-sociaux, sur la base d'activités homogènes.

Perspectives : déclin et renaissance du concept de réadaptation en France

Bien présent dans les années soixante sans son acception internationale, le terme de réadaptation, partout intimement lié aux politiques du handicap, a été occulté par la grande fragmentation issue des lois de 1970 et 1975 des secteurs sanitaires d'une part, de l'action sociale et médico-sociale d'autre part. La protection contre la maladie a été dissociée de la protection contre la perte d'autonomie (protection de l'enfance, des personnes âgées et handicapées). Cette fracture institutionnelle s'est consolidée avec les lois de décentralisation qui ont distingué les services déconcentrés de l'État et les services décentralisés à destination notamment des personnes âgées et handicapées. D'un côté, le modèle de la « machine à guérir » qui a surplombé la gestion d'hôpitaux, des soins de ville et de la recherche biomédicale, a poussé à distinguer la rééducation, contribuant à la guérison et à dévaloriser les soins pour « ce qui ne récupérerait pas » et qui a abouti à l'acception réduite de la réadaptation dans la séquence française des trois R (rééducation, réadaptation et réinsertion). La crainte d'être exclu du champ curatif, tant sur le plan académique qu'organisationnel et financier, était constante chez les acteurs. Cette segmentation a entraîné une instabilité terminologique inflationniste avec l'anglicisme « réhabilitation », le rétablissement, la restauration, la revalidation qui n'ont fait qu'ajouter à la confusion. En outre, cette séquence introduisait une dimension hors réadaptation pour l'intégration ou l'inclusion sociale. De l'autre côté du grand rift institutionnel, la réadaptation fut bannie des politiques du handicap du fait, dans les années soixante-dix, de l'assimilation par certaines associations militantes de la réadaptation à un modèle purement médical ou individuel du handicap. Revenant à la définition internationale du terme, traduction de l'anglais *rehabilitation*, l'instruction du 28 septembre 2022 peut être qualifiée de changement de paradigme. La France a

enfin adopté une définition claire et intégrative de la réadaptation. Cette clarification, très tardive au regard des recommandations internationales, a été trop longtemps freinée. Notons que sous le nouveau terme générique de réadaptation, la « rééducation » correspond à la réadaptation centrée sur la fonction et s'associe à la réadaptation centrée sur l'inclusion sociale. Enfin, la clarification facilite la reconnaissance organisationnelle et financière de la réadaptation précoce et de longue durée, en deçà et au-delà du champ des soins post-aigus.

Prélude à de nouvelles recommandations en réadaptation au sein et au-delà des SMR

L'établissement de ratios pour les activités de réadaptation françaises suppose leur homogénéité. L'articulation entre prestataires (comme les SMR), fonctions (comme la réadaptation) et programmes de soins (formalisés par profils de patients proches) est indispensable.

La première condition est une définition précise des missions comme dans le cas des SMR, où les critères d'orientation ne pouvaient que rester flous en l'absence de nomenclature fonctionnelle. Les recommandations étrangères sont fondées sur la mission de réadaptation, par exemple dans le secteur des soins post-aigus ou *post-acute care* qui sont subdivisés en général en *subacute care* et non *acute care* pour les soins de transition. Les mentions spécialisées des SMR français ne précisent pas les critères d'admission selon l'intensité des trois fonctions curatives, de réadaptation et de soins accompagnant une perte d'autonomie stabilisée. Les ratios peuvent difficilement se concevoir avec les mêmes effectifs requis pour des séquences correspondant à des programmes de soins d'objectifs hétérogènes selon ces trois finalités principales. Les ratios dits de réadaptation doivent donc être appliqués à des *casemix* correspondant à des séquences dont la finalité principale est la réadaptation^{4,5}.

Des ratios définis par grand type de prestataire selon leur autorisation ne suffisent pas, il faut s'appuyer sur une typologie simple reliant une grande fonction des soins avec des profils homogènes de patients : exemple la réadaptation des amputés, des cérébrolésés, des blessés médullaires en SMR spécialisés. Cette approche privilégiée à l'étranger définit le périmètre d'activité du prestataire selon la fonction principale de l'hospitalisation, ou finalité principale des programmes de soins et les grands profils de patients admis (exemples : réadaptation après accident vasculaire cérébral, amputation ou greffe cardiaque), que les autorisations SMR ne pouvaient décliner avant la définition de leurs missions.

Les ratios doivent être définis pour les différents champs de la réadaptation médicale : réadaptation cardiaque, pulmonaire etc. avec les organisations *ad*

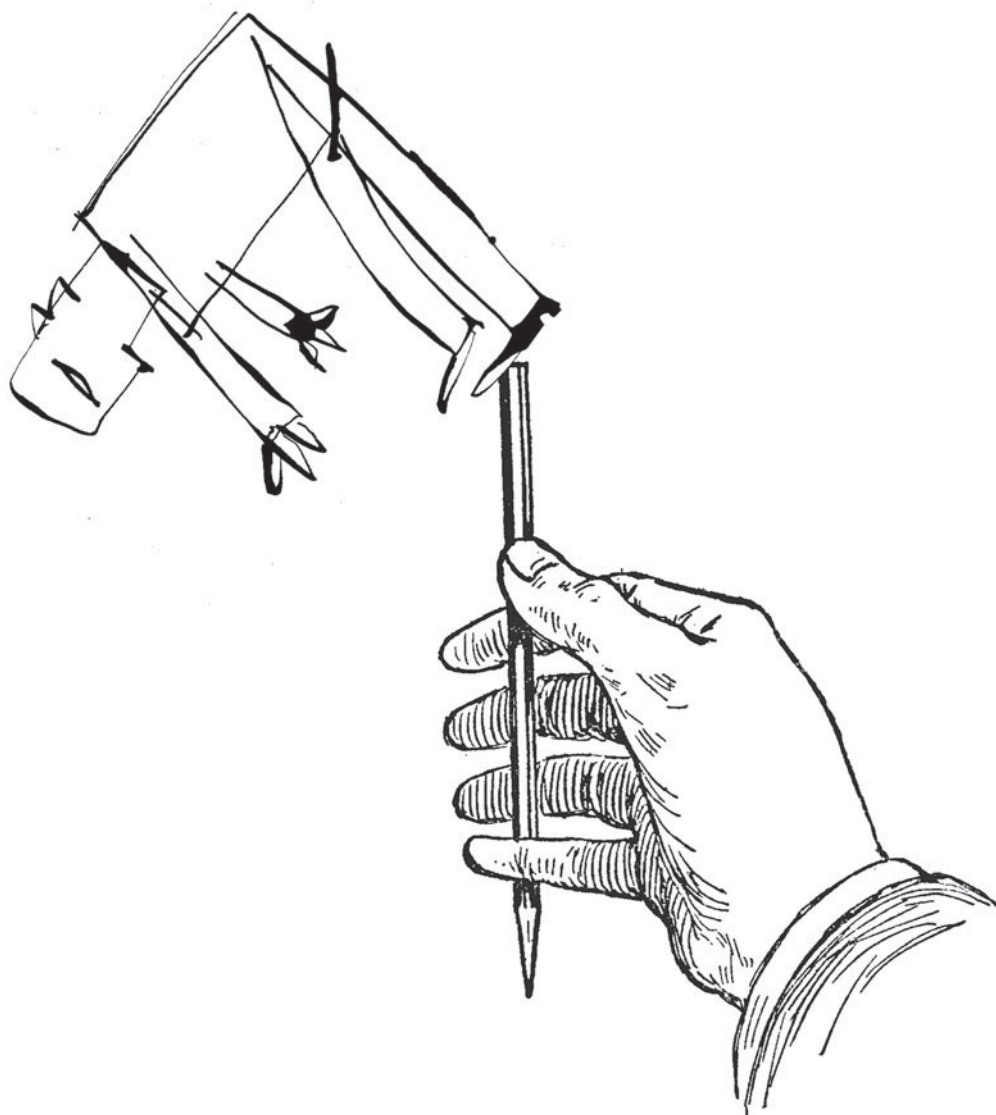
hoc. Ils devraient l'être également pour les secteurs de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) et de soins de longue durée (SLD), ainsi que pour les différents modes de prise en charge: hospitalisation conventionnelle, de jour, soins ambulatoires et à domicile.

La gradation des niveaux de soin intervient dans certains pays, comme le Royaume-Uni, mais la définition actuelle des expertises en SMR n'est pas fondée sur des profils homogènes de patients (par ex. patients tétraplégiques complets), mais trop souvent sur des compétences relatives à des interventions diagnostiques et thérapeutiques de courte durée (par ex. expertise en neuro-orthopédie, troubles cognitifs etc.). Une telle approche est encore prématurée.

Une proposition de loi déposée par le sénateur Bernard Jomier vient d'être adoptée au Sénat. Elle a pour objectif de garantir des ratios soignants par patients. Il s'agit de mettre fin à la perte de sens au travail des soignants relevée par une commission d'enquête du Sénat sur l'hôpital présentée fin mars 2022. Les organisations professionnelles, les fédérations hospitalières et les pouvoirs publics doivent travailler en

synergie pour déterminer des ratios soignants par patients significativement renforcés, contrôlés par un mécanisme d'alerte robuste et applicables aux diverses activités de réadaptation. **P**

- 1 McHugh MD, Aiken LH, Sloane DM, Windsor C, Douglas C, Yates P, « Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals », *Lancet*, 2021 May 22; 397 (10288): 1905-1913.
- 2 Instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation.
- 3 Jean-Pierre Devailly, « SSR: conditions et enjeux d'une réforme ambitieuse », *Gestions hospitalières*, 2021; n° 611: 588-595.
- 4 Cartmill, L., Comans, T.A., Clark, M.J. et al., "Using staffing ratios for workforce planning: evidence on nine allied health professions", *Hum Resour Health*, 10, 2 (2012).
- 5 « Standards for the provision of Inpatient Adult Rehabilitation Medicine Services » in *Public and Private Hospitals*, The Royal Australasian College of Physicians Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine (AFRM), février 2019.



La perfusion d'illusions

Quel chemin de désillusion mène en quatre ans d'une vocation ancrée à un renoncement professionnel ? Récit d'une infirmière fraîchement diplômée et qui pourtant n'exercera jamais le bel art de soigner.

Athénaïs Seret

Infirmière, B.Sc, section soins infirmiers, Belgique

Être infirmier et espérer élever cette belle profession au rang d'art est souvent exprimé comme étant quelque chose d'inné. « On est fait pour être infirmier ou on ne l'est pas ». Qu'est-ce qui définit cette vocation à être infirmier ? Comment qualifier un bon infirmier ?

Le récit de vie que je vais livrer ici m'a, hélas, fourni des éléments de réponse auxquels j'étais loin de m'attendre...

J'ai effectué mes études secondaires en section générale latin-langues. Diplômée, la lourde question concernant ma future orientation se présentait. Travailler ? Non, j'avais envie de poursuivre ma formation et d'aller au-delà de l'horizon que m'ouvrait l'obtention du certificat d'enseignement secondaire supérieur, l'équivalent belge du baccalauréat français. De plus, à 17 ans, je n'étais pas prête à entrer dans le monde du travail. Mais que faire ? De nature sociable, je cherchais un métier privilégiant le contact humain direct. Mes différents choix se portaient sur la psychologie, les soins infirmiers ou l'enseignement. J'avais éliminé la psychologie, car je craignais de manquer de ce contact et de ce toucher avec l'autre.

Il me restait deux options. Un de mes proches avait effectué un cursus en soins infirmiers. Je savais que ses études et ses stages s'étaient globalement bien déroulés, quelques perturbations par-ci, par-là, mais tout à fait surmontables. Je lui avais cependant demandé de me livrer le récit de ses expériences, tant théoriques que pratiques. Il m'avait d'emblée répondu : « Je me suis assis au premier cours, j'ai écouté et je me suis dit que c'était ça que je voulais faire, c'était une évidence. » Cette phrase m'avait beaucoup interpellée. Était-ce ce moment qui révélait la prédestination à être infirmier ? Ce déclic qui permettait de savoir si oui ou non on était fait pour cette profession ?

Ce qui m'avait attirée, moi, dans ce métier, c'est ce rapprochement avec l'autre. Cette correspondance tant sensorielle que verbale. Mon petit objectif personnel était d'arriver à prodiguer des soins curatifs de manière la plus indolore possible. J'avais été, de nombreuses fois, hospitalisée durant mon enfance et j'avais éprouvé beaucoup d'admiration pour certaines infirmières extrêmement bienveillantes et empathiques envers moi. Les soins curatifs invasifs pouvaient donc parfois se montrer moins douloureux grâce à la réassurance, la bienveillance et la pointe d'humour qu'elles m'apportaient.

L'avantage aussi que je voyais à suivre ce cursus infirmier était que la dimension psychologique complétait les soins. Quant à l'éducation à la santé, elle était également une forme d'enseignement. Finalement, mes deux autres choix pouvaient s'insérer indirectement sous diverses formes dans le métier d'infirmier, ce qui me confortait dans cette voie-là.

Première année

– Le stage d'observation en unité de gériatrie

En première année, le premier semestre scolaire n'était composé que de cours théoriques. Il s'agissait essentiellement de cours généraux qui ne me permettaient pas de me projeter dans le volet pratique. J'attendais avec impatience les stages pour pouvoir mieux me sentir dans mon futur rôle.

Pour entrer en matière, les étudiants étaient invités à passer trois jours dans n'importe quelle structure de soins afin de pouvoir observer et définir quel était le rôle de l'infirmière et des intervenants avec qui elle interagissait. Je m'étais retrouvée dans un hôpital en service gériatrique où l'expression « prendre le juste temps » ne semblait pas possible. Comme je le craignais, quelques heures après mon arrivée, ce qui devait être un stage essentiellement réflexif s'est transformé en une contribution active. L'infirmière cheffe qui m'accompagnait me fit comprendre qu'elle avait d'autres priorités et que ce stage d'observation était, selon elle, une forme de pédagogie dont elle ne comprenait pas la finalité. Par conséquent, elle me dirigea dans une chambre pour réaliser, en sa compagnie, des soins d'hygiène complets chez une personne âgée. Une fois les présentations faites, elle dénuda le patient avec un tel empressement que je me suis retrouvée, dans l'instant, face à ce corps complètement nu. En l'espace de quelques secondes, sans préparation, j'étais devenue le témoin de la vulnérabilité de cet être humain. À ce moment-là, je me suis sentie également vulnérable. J'ai demandé à l'infirmière comment je pouvais effectuer les soins d'hygiène : « Tu n'as qu'à laver le patient comme ta propre personne », m'a-t-elle répondu. J'ai ainsi passé trois jours pénibles, où je me suis sentie complètement perdue et démunie face à des soins que je devais prodiguer sans aucune connaissance, si ce n'est celle que j'apprenais de manière empirique. Comme je me devais

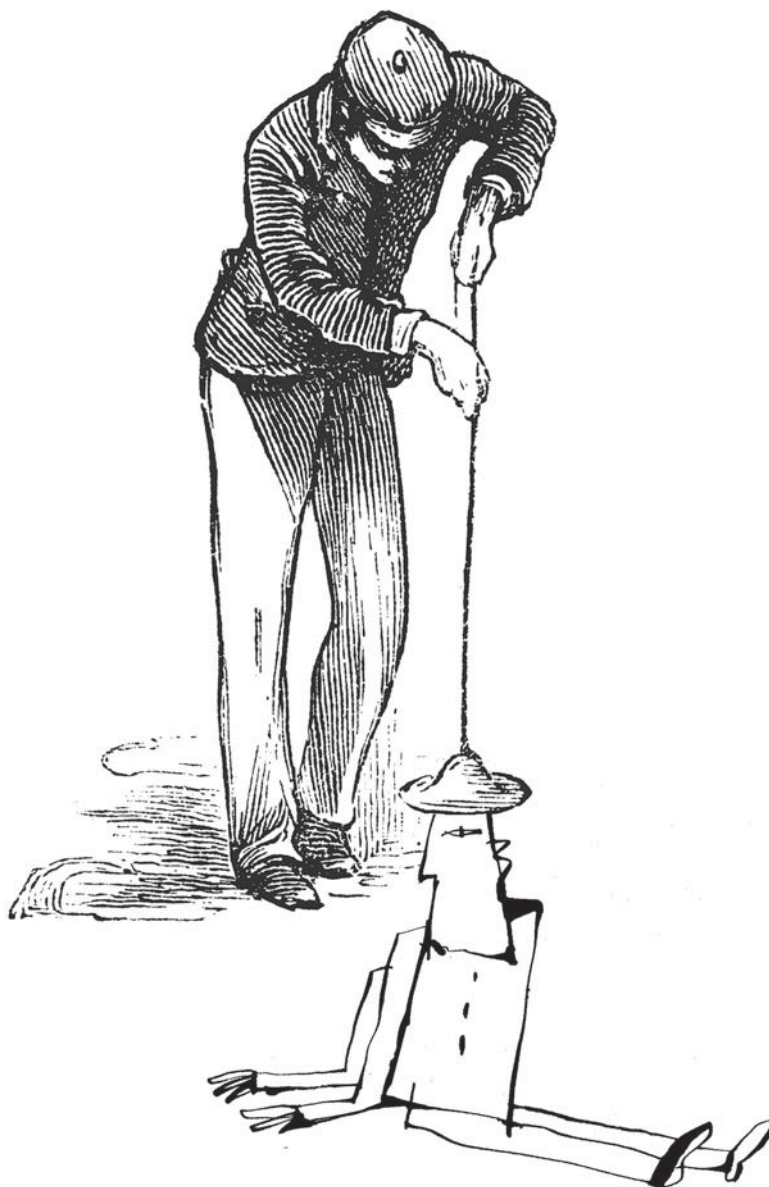
de ne pas rester « sans rien faire », puisque le but pédagogique de ce stage n'était pas compris, je me voyais forcée de devoir, à ma propre échelle et avec mes petits moyens, faire du mieux que je le pouvais. Est-ce donc à cela que sont réduits les soins d'hygiène ? Sont-ils ramenés à un « à peu près » improvisé par une stagiaire ? Qu'en est-il de la dignité du patient face à ce soin intimement invasif ? Il paraissait évident que l'on m'avait directement appris à banaliser l'un des soins les plus essentiels de notre profession.

Première année – Stage pratique en unité de gériatrie

Mon premier stage actif s'est déroulé quelques mois plus tard. J'avais eu le temps d'apprendre aux cours, de manière théorique et pratique, les soins d'hygiène dans les règles de l'art. D'emblée, j'ai été effarée par le changement radical entre les règles apprises à l'école et l'application de celles-ci dans le milieu hos-

pitalier. Et cette divergence, que je pensais exceptionnelle et propre à l'unité où s'était déroulé ce premier apprentissage, n'allait que s'accroître au fil du temps. Par exemple, les infirmières mettaient des gants pour n'importe quel geste, qu'il soit médical ou non, car elles estimaient que « les patients sont dégoûtants ».

Cette dichotomie entre théorie et réalité de terrain était aggravée par l'accueil de certaines infirmières à l'égard des étudiants. Lorsque je rencontrais l'une d'elles, la première question qui m'était posée était : « Tu es en quelle année ? » Le fait indéniable et incontournable qu'il faut du temps pour apprendre et poser les gestes de l'art infirmier semblait poser un problème aux infirmières du service et elles ne se gênaient pas pour le faire comprendre. Cela provoquait chez la plupart – dont je faisais partie – une perte de confiance à la fois professionnelle, mais aussi personnelle. Et ce n'était pas le seul paramètre qui stigmatisait les novices. Ainsi, la seconde question que l'on nous posait était : « Tu t'appelles comment ? ».



Au début, je prêtais beaucoup d'attention à ce que mon prénom soit connu par le corps soignant. D'une part, parce que cela facilite la communication, d'autre part parce que cela participe à l'intégration dans l'équipe. Malgré ma constance à rappeler mon prénom, les infirmières aimaient se faciliter la tâche de manière générale en appelant les stagiaires par « l'étudiant, machin là, et toi là » ou encore par un prénom qui n'était pas le nôtre. Parallèlement à cela, on peut mettre en évidence le fait de nommer les patients par leur numéro de chambre comme cela arrive bien trop souvent. « La chambre 308, le Monsieur 308, le patient de la 308, le 308. » Je pense que la rencontre de l'autre passe premièrement par la connaissance du nom ou du prénom. C'est une manière de montrer une marque de reconnaissance et de commencer une bonne alliance, soit professionnelle, soit thérapeutique. Toutefois, je peux comprendre que retenir le nom de tous les patients d'un service dont les sorties et entrées sont fréquentes paraît surréaliste, mais c'est également pour cela que des outils sont mis à disposition, comme le rapport manuscrit.

Certes, ces différentes mises à l'écart paraissent, à première vue, anecdotiques. Cependant, elles sont aussi susceptibles de traduire un certain nombre d'intentions plus ou moins conscientes : l'expression d'un rite initiatique propre à la profession, une réponse à la pression subie pour rentabiliser une charge de travail avec un effectif en apprentissage. À quoi l'on peut ajouter un découragement face à une qualité de travail médiocre, voire délétère ou encore – et espérons que cela ne soit pas le cas – de la malfaisance... Cependant, la suite de mes stages allait me montrer qu'elles n'étaient que la partie émergée d'un iceberg.

Une fin d'après-midi, la patiente que j'accompagnais habituellement me demanda qui allait travailler la nuit. Quand je lui ai nommé la veilleuse, elle me pria de lui amener le bassin de lit pour qu'elle puisse se forcer à se soulager. Elle m'expliqua que cette infirmière de nuit était assez brutale au point de la craindre et de l'appeler uniquement en cas d'extrême urgence. J'étais assez heurtée par ses paroles et ne savais que répondre. Je laissais le silence planer ne sachant quoi répondre. Je ne pouvais pas en parler à l'équipe, ni valider ni contester ses propos. Je l'ai donc aidée, du mieux possible dans une ambiance morose. J'étais coincée par mon statut de simple stagiaire. Même si j'avais exposé le récit tel qu'il m'avait été rapporté, il aurait pu être mal interprété ou jugé négativement par le corps soignant mettant en péril le bon déroulement de mon stage. Et ce dernier me réservait encore d'autres moments pénibles...

Lors du déjeuner, une sonnette retentit dans le couloir. J'étais allée y répondre pendant que les infirmières étaient en pause. En tant que stagiaires, nous prenions ce moment en décalage, en dehors du service, puisqu'il nous était interdit de rejoindre le local dédié. Ceci laisse imaginer combien l'intégration dans

l'équipe était rendue plus difficile par cette séparation hiérarchique. La patiente sonnait car elle souffrait beaucoup et désirait un antalgique. J'étais allée déranger (le mot est choisi) les infirmières durant leur halte, car il n'était pas encore dans mes compétences d'administrer quoi que ce soit, ni de toucher à la pharmacie. Je sentais l'énerverment des infirmières et leurs regards pesants, remplis de jugement à mon égard vu que je n'étais pas en mesure d'agir. Elles décidèrent que la patiente pouvait attendre la fin de leur déjeuner. On commençait à entendre la patiente crier, sa douleur s'étant intensifiée. Personne n'a bougé. 10 minutes se sont écoulées, 10 minutes durant lesquelles cette patiente criait de plus en plus. 10 minutes durant lesquelles je suis restée figée, impuissante à entendre ces cris qui me transperçaient l'intérieur. « Et si c'était un de leurs proches ? » me demandais-je. « Peut-être feraient-elles quelque chose. » Ces hurlements étaient tellement forts que certains patients sortaient de leur chambre pour comprendre ce qui était en train de se passer. Ils me voyaient, moi, raide comme un piquet en se demandant pourquoi je n'agissais pas. J'avais honte. Honte que personne ne soit venu en aide à cette patiente, cet être humain. Honte que le corps soignant ait si peu d'empathie. Honte de cette maltraitance humaine et honte de ma propre profession. C'était donc ça, le métier d'infirmière ?

J'avais été considérée comme inutile tout le long de ce stage car étant novice, mon élan humaniste, mon désir de venir en aide avaient été bâillonnés, m'amenant à me dévaloriser et à douter de mes propres capacités. Lorsque mon stage se termina, je portais sur le dos un lourd fardeau rempli de noirceur sur lequel je n'avais pas d'emprise. Du moins, pas à mon niveau de stagiaire. Je ressentais de l'incompréhension, de la peur et beaucoup de tristesse. J'ai alors décidé de rapporter ces événements à mes enseignants et au reste de la classe. Je venais de vivre quelque chose de grave et j'étais encore sous le choc. Je leur ai ainsi décrit ce que je ressentais, à savoir la dangerosité psychique tant au niveau de l'accompagnement pédagogique des étudiants, qu'au niveau de l'accompagnement des patients. La réaction des enseignants, lors de cette discussion m'interpela, je voyais que mes propos soulevaient certains regards mais, d'un autre côté, on me disait clairement que c'étaient des événements qui pouvaient arriver en stage. On nous rappela également que les terrains de stage étaient peu nombreux comparés au nombre d'étudiants et que, par conséquent, il fallait composer avec cette situation peu confortable pour l'institution scolaire. Le corps professoral savait. Il savait ce que pouvaient cacher certains services, voire certains hôpitaux, instruit par les retours d'étudiants qui leur confiaient ce qu'ils avaient vécu, en espérant ainsi une amélioration pour eux et pour les prochaines cohortes. Mais voilà, l'offre et la demande n'étant pas au même niveau, l'institution scolaire préférerait l'omerta au danger de

perdre les indispensables sites hospitaliers. On le sait, on se tait et on ne fait rien. Le silence reste, selon moi, une façon de cautionner ces actes dont la plupart sont inqualifiables et n'allaient – hélas ! – pas prendre fin en même temps que cette première année d'études.

Deuxième année – Stage en unité de neurochirurgie

Lors de mon retour sur le terrain de deuxième année, on m'avait demandé d'aller chercher mes résultats à une date postérieure à celle de la fin effective du stage afin que l'infirmière référente des étudiants puisse prendre le temps de remplir l'évaluation de manière complète. Le jour désigné, cette personne était malheureusement absente et c'est un membre de l'équipe qui m'a rendu mon évaluation finale. Il faut savoir que dans chaque lieu de stage où nous devons nous rendre, l'école préconisait de faire remplir des évaluations quotidiennes par l'équipe afin de pouvoir observer l'évolution de nos prestations. Cette contrainte n'était pas facile à respecter parce que, tantôt l'infirmière était déjà partie, tantôt elle manquait de temps ou encore elle n'avait rien à annoter. J'avais pu, néanmoins, lors de ce stage, récolter quelques évaluations journalières. Toutes étaient globalement positives. Je m'attendais légitimement à ce que l'appréciation finale le soit aussi. Ce fut loin d'être le cas : « L'étudiante ne pose pas de questions. Ne prend aucune initiative. Aucune intégration dans l'équipe ni avec les autres étudiants. L'étudiante ne démontre aucune motivation. L'étudiante doit se remettre en question par rapport à ce métier. » Douche froide d'autant que j'étais seule, aucun membre du corps soignant n'étant en mesure de me faire un rapide *feed-back*.

Je sentais mon corps trembler de l'intérieur et je ne pouvais retenir mes larmes. Les mots employés m'étaient et me sont encore impossibles à effacer de ma mémoire. Mes émotions avaient complètement pris le dessus sur ma raison et je ne pouvais me contenir. Pour comprendre cette divergence, j'ai échangé avec mes professeurs référents année et référents stages. Ils ont également souligné ce surprenant contraste et ont notifié que la dernière phrase de cette évaluation n'aurait jamais dû apparaître ainsi. Une date de rencontre entre mon enseignant référent stage, l'infirmière référente et moi-même a été établie pour en discuter. À la suite de nombreuses absences tant de l'infirmière que de mon enseignante, cette entrevue a finalement eu lieu en fin d'année, soit plus de six mois après l'événement, sans ma présence puisque personne ne m'a informée de cette rencontre. L'enseignante m'a transmis ce dont l'infirmière m'accusait, à savoir des comportements que je ne me serais jamais permis comme se coucher dans le lit des patients, passer des appels téléphoniques pendant le service. Je lui ai alors demandé ce qu'elle avait répondu lors de cet échange pour soutenir son étudiante. Rien.

Je n'étais pas là, je ne pouvais pas me défendre à propos d'une affaire qui me concernait personnellement. Qu'en était-il, dès lors, de la pertinence de cette rencontre ? Je suis repartie, abasourdie, sans réelle fin à cette histoire et avec un goût amer de n'avoir pu m'entretenir avec la personne qui me disait, unilatéralement, de me remettre en question par rapport à mon identité professionnelle.

Pourquoi continuer ? Pourquoi rester ? J'avais déjà été si foudroyée et déçue par ce milieu. Mais finalement, qui souffrait réellement de tout ça ? Le patient. L'être humain qui souffrait déjà d'une quelconque affection et qui, au surplus, devait subir tout ce que j'ai pu, entre autres, exposer avant. Si je suis restée, c'est tout d'abord parce que j'aime finir ce que j'entreprends. Dans un deuxième temps, si je pouvais offrir un peu de réconfort par ma présence aux patients durant les deux années qui me restaient, pourquoi ne pas le faire ? Le contact que j'entretenais avec les patients était toujours bienveillant et ce que je pouvais leur apporter de manière holistique, ils me le rendaient de manière verbale. Cela me paraissait être un indicateur que mon accompagnement était apprécié.

Quatrième année – Stage en unité de gériatrie

En dernière année, un évènement des plus tragiques m'a fait comprendre la raison ultime pour laquelle je ne serai jamais infirmière. J'effectuais alors un stage dans le service de gériatrie d'un hôpital différent de celui qui m'avait accueillie en première année. Nous étions en pleine période de pandémie de Covid-19. C'était l'après-midi et le service n'était pas très rempli. L'infirmière avec qui je travaillais était auprès d'une patiente pour réaliser un appel vidéo avec la famille de celle-ci. J'étais venue l'aider pour ranger le lieu et vérifier que tout se passait bien pour sa voisine de chambre. L'appel vidéo fini, le temps de déposer le téléphone, la patiente ne respirait plus et ne nous répondait plus. L'infirmière commença le massage cardiaque tandis que je préparais le matériel pour pouvoir poser une voie d'entrée veineuse. Mes mains tremblaient et je me suis rendue compte que je n'aurais pas pu piquer. Nous avons alors échangé nos places, pour que je puisse effectuer le massage pendant que l'infirmière piquerait. En parallèle, nous avons appelé le service de réanimation ainsi que le médecin de service. Chacun exerçait un rôle précis. Lorsque le réanimateur est arrivé, il a demandé au médecin de service de décrire rapidement l'état de la patiente. « Madame (...) admise pour fracture de la hanche (...) début de démence ». Tout était prêt pour appuyer une amélioration ou parer une dégradation de l'état de la patiente. Pendant cette collecte de données, je sentais un retour de celle-ci. Ses yeux avaient l'air moins réveillés, et je percevais comme une légère réponse de son cœur lors de mes pressions cardio-thoraciques.

Outre l'aspect très concret (le médecin de service avait senti un pouls très faible), je distinguais que la patiente revenait tout doucement vers nous. Mon cerveau revisitait toutes les données que j'avais pu acquérir durant mon cursus pour ainsi imaginer les différentes situations auxquelles j'aurais pu faire face. Tout allait très vite. Après cette anamnèse, le réanimateur s'est arrêté sur la démence dont souffrait la patiente. Sur cette seule indication, ce dernier a décidé, à lui seul, l'arrêt de tout acte ou traitement. Un silence s'est fait entendre tandis que je continuais le massage cardiaque. Le réanimateur a alors quitté la pièce en disant : « Oui, je sais, je suis le grand méchant docteur qui tue les patients. » Sidérée. J'ai enlevé les mains de la poitrine de la patiente et je lui ai tenu la main me retenant du mieux que je pouvais de lâcher mes larmes. Personne n'avait cherché à le contredire. D'avance, je savais que ma parole n'aurait pas été entendue au regard de mon statut de simple stagiaire, comme j'avais pu déjà l'expérimenter auparavant. La patiente s'est éteinte et nous avons effectué la toilette mortuaire. Je ne pouvais plus regarder l'infirmière dans les yeux, j'étais pétrifiée. Une fois ces ultimes soins prodigués, j'ai eu l'occasion d'avoir un moment, seule à seule, avec la patiente où je lui ai dit combien j'étais désolée. Combien j'avais essayé et combien j'y croyais. J'ai versé une larme dans le silence, retenant tout ce que je pouvais ressentir ou vouloir dire, en moi, comme une bombe à retardement. Une décision avait été prise et avait mené tout le corps soignant à une non-assistance délibérée de personne en danger. Qu'en était-il de notre serment d'Hippocrate ? Comment pouvait-on arriver à un tel choix dépourvu d'humanité ? Qu'en était-il de la dignité et de

la considération portée à la patiente ? La famille a été appelée pour rendre une dernière visite à la défunte. Sur le chemin menant vers la chambre, j'ai entendu le médecin dire : « Je suis désolé, nous avons fait tout ce que l'on pouvait. » C'était trop. C'était donc ça l'envers du décor : l'infirmière que je suivais était en état de choc, le médecin de service couvrait son confrère réanimateur et donnait l'illusion à la famille de la défunte que son accompagnement avait été optimal... Une fausse réassurance transmise et une volonté d'apaisement malsaine. J'en étais malade. Je considérais cela comme un meurtre que le personnel essayait de déguiser. Comment était-ce possible et comment en étions-nous arrivés là ? La conscience trop lourde, le cœur trop serré, je suis allée parler de ce drame à une enseignante, choisie spécialement pour l'admiration que j'avais pour elle. Tout au long de notre cursus, elle nous faisait rêver du métier d'infirmière avec ses belles valeurs et nous parlait toujours avec beaucoup de dévotion de l'art infirmier. Après m'avoir écoutée, elle eut ces mots : « Ce sont des choses qui arrivent, des choix sont parfois faits. » Foudroyée, je n'ai pu que prendre la fuite en la remerciant poliment de m'avoir reçue. J'étais allée chercher des réponses, du réconfort ou même simplement une once d'empathie et n'ai pu recueillir qu'une réflexion neutre dépourvue de tout sentiment. Cela a placé le point final à toute envie de pratiquer l'art infirmier.

Quel était encore le sens de prodiguer des soins si ce genre de décision pouvait être prise d'un claquement de doigts ? Quel était mon rôle dans tout cela et qu'en était-il de mon identité à la fois personnelle et professionnelle ? **P**

Prati



Zoo

Prati

ce

CMP annéciens : feuilleton orwellien ?

Le langage induit aisément en erreur. Les administrations savent en user en trompant jusqu'aux soignants. Ou sont-elles également dupes ? Sous l'apparence d'une résolution positive des problèmes existants, des modifications délétères des cadres de pratiques sont instaurées, à l'économie de moyens.

Anne Delègue,

Pédopsychiatre intersecteur 74101

« Nous avons affaire à un management dans le privé, importé dans le public sous le nom de "nouveau management public", qui est une conception de l'activité faite par des gens assez éloignés de l'activité réelle, management à distance, avec une méconnaissance assez forte de ce réel. Ce qui induit que de plus en plus d'hommes et de femmes sont contraints de travailler avec des outils, des procédures, mais aussi des objectifs conçus par d'autres et qui orientent leur activité sur des indicateurs, tout ça avec des dispositifs pseudo-rationnels, c'est-à-dire qui se prétendent rationnels, mais qui face à la réalité du terrain sont toujours un peu défailants¹. »

« Le but n'est pas tant de rester en vie, c'est rester humain qui est important². »

Nous avons exposé, dans un numéro précédent de *Pratiques*³, les « projets » concernant les centres médico-psychologiques (CMP : CMPA pour adultes et CMPIJ pour enfants et adolescents - infanto-juvéniles) de la région annécienne, imposés sans concertation, du fait sans doute de la complicité agissante du Pôle santé mentale de l'hôpital (CHANGE : Centre Hospitalier ANnecy GEnevois) et de l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, un dossier nommé assez pompeusement « Pédopsychiatrie du CHANGE – Processus de restructuration globale et de développement de l'ambulatoire » présentait l'appel à projet : « Création d'un dispositif d'accueil rapide et d'évaluation. Renforcement, réorganisation des CMPIJ en Centre ambulatoire central ». Un cabinet de conseil privé (ANCOE) avait aidé les équipes à admettre ce projet. Voici la suite des événements.

Rares sont les auteurs dont le nom a donné lieu à un adjectif. Georges Orwell est de ceux-ci : le terme orwellien désigne un système qui étouffe la pensée indépendante, mais aussi la tentative de résister à cette pression. Ces deux significations seront illustrées dans notre propos. Pour cet auteur, la langue est un principe suprême de l'humanisation, ce que les anthropologues ne font que confirmer.

Le nouveau fonctionnement des CMPIJ d'Annecy

Avec des recrutements supplémentaires minimaux (pour les trois CMPIJ : trois infirmières, une éducatrice, une cadre), tous les infirmières, éducateurs et assistantes sociales (AS) des CMPIJ ont été invités à participer, en binômes, à ce nouveau « dispositif d'accueil rapide et d'évaluation « DARE », mis en place à partir de janvier 2022 dans les trois CMPIJ et qui se présentait comme étant une réponse, ou une solution (?) à l'attente pour le premier rendez-vous. Cette attente était alors de quatre mois en moyenne, trop longue en effet sans pourtant atteindre une ou même parfois deux années constatées dans certaines régions. Auparavant, des rendez-vous en urgence étaient déjà pratiqués dans nos CMPIJ, avec la participation possible de ces mêmes professionnels en tant que premiers accueillants lorsque la situation s'y prêtait.

Le DARE devait comporter trois rendez-vous, ce qui, dans la pratique, a parfois été aménagé autrement. Ensuite, les réunions de reprise « en présence du pédopsychiatre » sont censées établir le « projet de soins ». Où l'on s'aperçoit que le relais auprès des psychologues cliniciens et pédopsychiatres (les « psys ») s'avère quasi toujours requis et organisé, avec une attente persistante dans la mesure où il n'y a pas eu de recrutement de ces professionnels. Mais *l'apparence est sauve* : le temps d'attente pour le premier rendez-vous a diminué. En pratique, il est néanmoins passé, après quelques mois, des 48 heures initialement prévues à plus d'un mois, avec au total la constitution de deux listes d'attente au lieu d'une. Quant au CMPIJ central, l'hôpital est en passe de trouver les locaux. Dans le monde de l'entreprise, sur lequel prend modèle le « *new management* » du secteur public, le « mode projet » et la « démarche qualité » doivent faire correspondre de façon avantageuse les problèmes identifiés et leurs solutions. Examinons cela ici.

1984 de Georges Orwell

Ce roman, publié en 1949, décrit un régime politique autoritaire voulant vaincre les esprits pour im-

poser son pouvoir. La réalité et le passé sont sans cesse déniés et transformés. Les humains ne peuvent plus se fier à leurs mémoire, intelligence, logique, morale, bon sens, ni même à leurs perceptions sensorielles. « Ce n'était pas seulement la validité de l'expérience, mais l'existence même d'une réalité extérieure qui était tacitement niée par sa philosophie. L'hérésie des hérésies, c'était le sens commun. » (1984).

Le monde ancien doit être effacé. Une langue extrêmement appauvrie (« *newspeak* », traduit par « novlangue ») remplace la langue traditionnelle (« *oldspeak* »). Des mots sont retirés, la syntaxe est simplifiée, des néologismes au sens trompeur sont créés. Les outils de la pensée n'existent plus, annihilant la capacité des humains à réfléchir, apprécier et juger.

Mais c'est par le phénomène de la « doublepensée » (terme du nouveau lexique) que l'esprit même des personnes est l'objet de manipulation. Par le fait de « persuader consciemment l'inconscient, puis devenir ensuite inconscient de l'acte d'hypnose que l'on vient de perpétrer » (1984), l'individu devient capable de réunir en lui-même des propositions opposées en les juxtaposant, sans créer de lien entre elles. Cette attitude mentale correspond à ce que la psychanalyse a nommé « clivage du moi », qui désigne la coexistence dans l'esprit de deux motions ou représentations contradictoires. Dans 1984, le langage introduit ce mécanisme : par exemple le mot « noirblanc » permet de dire et croire que le noir est blanc, en oubliant que cela n'a jamais été le cas.

Considérant son pays, le Royaume-Uni, G. Orwell montrait déjà dans un précédent essai (*La Politique et la langue anglaise*, 1946) comment le discours ambiant peut appauvrir la langue et en corrompre le sens. « Des villages sans défense subissent des bombardements aériens (...), cela se nomme *pacification* ». Dans 1984, le ministère de la Paix fait la guerre, le ministère de la Vérité produit des mensonges etc. Cette torsion du langage a pour effet d'empêcher que l'on se rende compte véritablement de ce qui se passe, il s'agit d'un « langage écran ».

G. Orwell se méfiait donc des langages orientant la pensée, notamment dans les médias ou en politique : la tendance au slogan tend à imposer des idées fausses par la répétition, les jargons, les métaphores et les phrases toutes faites. Il tentait de nous prévenir des dangers du « prêt-à-parler », acte de communication et non de pensée et de réflexion. Il donnait d'ailleurs des conseils pour ne pas se laisser manipuler par les mots : se défier de toutes les mécaniques automatiques de langage dans lesquelles c'est la langue, donc d'autres, qui pense à notre place.

Cette mise en garde contre l'instrumentalisation du langage est encore d'actualité dans nos sociétés modernes globalisées s'affichant démocratiques, mais dont la culture est celle de l'uniformité et de la standardisation. Les exemples de novlangue fourmillent (« licenciement économique » transfiguré en « plan

de sauvegarde de l'emploi » ou « plan social » comme exemple banal).

Le « dispositif d'accueil rapide et d'évaluation » : examen linguistique

Dispositif renvoie au mot *cadre* souvent utilisé et théorisé en psychiatrie. Il s'agit de l'entrecroisement de méthodes soignantes pratiquées par les professionnels dans certains lieux. Le cadre sous-tend le soin et doit être pensé et organisé, ce à quoi s'emploient les professionnels concernés. Il est incongru de le voir imposé par des personnes extérieures à l'équipe, surtout ne possédant ni la connaissance ni la pratique de la discipline.

La qualité de l'**accueil** est primordiale. Mais les parents attendent la résolution des problèmes de leur enfant, ce qui nécessite des soins allant au-delà du premier accueil. Ce mot risque donc de préfigurer surtout l'institutionnalisation de la rupture des liens instaurée par le nouveau cadre, qui contrevient, en outre, à l'un des grands principes des soins en psychiatrie : la continuité, principe encore rappelé dans la loi Santé de 2016.

L'accueil se doit d'être **rapide** (dans le projet : 48 heures). Ce délai imparti questionne déjà, toute demande semblant s'être muée en urgence. La mise en pratique a amené un délai plus long (ainsi les projets sur papier ne collent pas avec le réel), et il faudra encore attendre le rendez-vous « psy » quasi toujours nécessaire. Le mot désigne-t-il aussi la brièveté du DARE, trois rendez-vous initialement prévus ? Mais les mots « rapide » et « évaluation » ne concordent pas.

Car le dernier des quatre termes suscite la plus grande perplexité. En pédopsychiatrie, l'**évaluation** est plurifocale et assez complexe puisqu'elle touche l'enfant, son environnement au sens large (famille, école, *socius*) et toutes les relations réciproques. Cette investigation se prolonge souvent au fil des consultations, la connaissance s'affinant en même temps qu'elle permet aux parents et à l'enfant, dès le premier rendez-vous, un début d'élaboration compréhensive. *L'évaluation est donc indémêlable du soin*, qui débute dès la première consultation. Traditionnellement, au CMPIJ, les consultants « psys » étaient en charge des premiers rendez-vous pour la très grande majorité des familles et poursuivaient les consultations, dites « thérapeutiques ». Cette évaluation doit parfois être complétée par des bilans pratiqués par les autres membres de l'équipe (orthophonique, en psychomotricité, éducatif, social, infirmier etc.), des soins pluridisciplinaires étant organisés si besoin. Enfin, il est important de noter qu'il faut parfois quelques mois pour différencier des problématiques transitoires et des troubles pouvant durer et entraver le développement normal⁴.

C'est D. W. Winnicott, fameux pédiatre, psychanalyste et psychothérapeute hors pair qui a introduit le vocable de « consultations thérapeutiques », un

processus de soins très commun en pédopsychiatrie. Winnicott entrait profondément en communication avec l'enfant dès le premier entretien, et estimait crucial que ce *moment magique* correspondant à l'attente de l'enfant puisse être saisi pour établir le début d'une aide efficace.

En résumé, la locution DARE désigne un « dispositif » (cadre) qui devrait découler de la professionnalité des soignants et non imposé, un « accueil » préfigurant la rupture contre soignante de la prise en charge, une « rapidité » polysémique contredite par la réalité de la pratique et des besoins et une « évaluation » à la signification usurpée par rapport à ce qu'elle représente en pédopsychiatrie.

Orwell avait donc bien raison de nous mettre en garde contre l'utilisation trompeuse du langage.

Il nous faut préciser qu'il n'est pas question de remettre en cause la compétence professionnelle et les qualités humaines des soignants participant, de gré ou de force, au DARE, ce qui ne serait légitime d'aucune façon. Il s'agit, comme il apparaît sans doute peu à peu avec plus d'évidence, de la mise en cause du *cadre* institué, qui nous semble gravement défaillant. Nous allons détailler en quoi.

La manipulation de la réalité

Cette manipulation nous semble déjà visible à deux niveaux :

1. L'identification erronée du problème : les délais d'attente grandissants ne seraient pas liés à un manque de personnel et de moyens, mais à un défaut d'organisation des services et des soins, qu'il faut donc réformer. Il s'agit du discours très habituel des tutelles (voir l'ouvrage d'E. Venet, *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*).

Or, en France, depuis de nombreuses années, les structures de soins ambulatoires (CMPA, CMPIJ, etc.) ne sont pas suffisamment soutenues et renforcées, ce qui conduit à une augmentation d'attente, parfois dramatique, pour les consultants (avec possible aggravation et fixation des problématiques, d'où une complexification et un allongement du temps requis pour les soins).

De plus, on assiste aussi à des fusions/suppressions de structures. Déjà en France, entre 2011 et 2019, le nombre de CMPA est passé de 2245 à 1794, et celui des CMPIJ de 1565 à 1342⁵.

Localement, la population de l'intersecteur 74101 (en théorie 210 000 habitants) a beaucoup augmenté, elle dépasse 300 000 habitants. Or le projet comporte le regroupement des trois CMPIJ en un seul centre.

Ne faudrait-il pas au contraire maintenir ou augmenter le nombre de ces CMPIJ pour assurer la proximité avec les populations et pour maintenir un nombre viable de soignants d'une équipe en vue de l'exercice collectif ? Rappelons qu'un des CMPIJ est localisé dans la commune de Rumilly où la demande de soins

est très forte, pourtant son avenir est incertain. Aux dernières nouvelles, la structure serait finalement conservée, mais le nombre de ses jours d'activité diminuerait et l'accueil (DARE) serait pratiqué au CMPIJ central, dans l'agglomération annécienne.

2. Réponse inadéquate : il est assez logique qu'une identification erronée des causes mène à de mauvaises réponses.

Reprenons l'intitulé du projet, dans lequel on trouve pourtant les locutions « développement de l'ambulatorio » et « renforcement des CMPIJ ». Mais comme vu plus haut, les recrutements ont été minimaux et ont avant tout servi à mettre en place le DARE.

Alors que les délais d'attente pour les rendez-vous étaient surtout liés au manque de personnel « psy », il n'y a eu aucun de ces recrutements pourtant prévus dans le projet, ainsi que celui d'autres professionnels (ergothérapeute notamment). Mais tous les postes sont en tension au CMPIJ et l'attente est généralisée pour tous les soins. Manquent ainsi les rééducateurs (en psychomotricité, orthophonistes actuellement non recrutables, ergothérapeute absent), les secrétaires, les AS. L'attente pour une prise en charge en psychomotricité atteint actuellement une année, par exemple.

Conséquences pour les soins

Citons à nouveau Marie-Anne Dujarier, sociologue du travail : « Le paradoxe, en termes de sens, c'est que tout cela est fait au nom de la performance, et qu'à hauteur d'activité, c'est vu comme absolument contre-productif en termes économiques mais aussi en termes de qualité ».

Cette phrase est bien illustrée ici.

En termes de « *qualité* » : une sorte de « partage des tâches » (taylorisation) a été instaurée, comme coulant de source et ne posant pas problème : rencontre, investigation, « recueil de données » (locution souvent employée) par certaines personnes, puis prise en charge par d'autres.

Dans ce domaine, pourtant si intime et sensible, les confidences semblent assimilées symboliquement au statut de renseignements d'ordre quasi administratif dont il serait indifférent d'exposer le contenu, les humains de même réduits à des êtres quelque peu robotisés pouvant répéter sans inconvénient leurs données privées.

En termes de « *productivité* » : les « psys », psychologues et pédopsychiatres, rencontrent encore les familles et font leur travail habituel, évaluation plurifocale avec recueil des éléments permettant le traitement. Comme il est nécessaire de se servir d'abord de questions plus impersonnelles pour créer le lien, les démarches des premiers accueillants et des « psys » consultants s'avèrent obligatoirement assez redondantes.

Une autre conséquence négative de cette organisation est l'indisponibilité des soignants du DARE pour

leurs autres missions au CMPIJ : suivis individuels et familiaux, groupes thérapeutiques etc. D'autres formes de prise en charge avaient été abandonnées faute de temps soignant, notamment les visites à domicile (VAD), pourtant si fructueuses et nécessaires dans les situations de familles aux difficultés affectives, éducatives et/ou sociales. Ces VAD n'ont pas été remises en place.

Conséquences pour les soignants

Citons à nouveau Marie-Anne Dujarier : « Tout ça est fondé sur un postulat de méfiance, qui accroît le contrôle en effet permanent de ces salariés, qui en plus sont mis en **concurrence** (souligné par moi) : entre structures, entre pays évidemment, mais aussi entre statuts (par exemple fonctionnaires et salariés) ».

Le travail de l'équipe de soin est basé sur la *différenciation* et la *complémentarité* des métiers.

Le nouveau dispositif a vu la mise en œuvre d'une indifférenciation, avec par exemple une forme de mise en *équivalence des fonctions et d'interchangeabilité* des personnes, notamment pour les secrétaires (ayant traditionnellement le rôle de toutes premières accueillantes en CMPIJ), les soignants du DARE, les « psys ».

Nous verrons dans le dernier chapitre qu'il peut exister selon nous une organisation donnant à chacun un rôle *complet* sans empiètement sur les autres professionnels.

Obligées d'appliquer un nouveau protocole, il nous semble que les équipes soignantes peuvent être mises en position de rationalisation et d'autojustification pour la mise en place et le maintien de l'organisation imposée, les amenant à une *forme de déni de l'essence du soin en psychiatrie*, soin qui se tisse dans la confiance et la continuité de la relation, si possible préservée. Les équipes se trouvent placées en situation de double lien, double contrainte (*double bind* en anglais), basé sur des injonctions contradictoires et paradoxales, « rendant fou » et en position d'autonégation de leur identité soignante. Nous ne sommes pas loin du clivage du moi de la psychanalyse ou de la doublepensée d'Orwell.

Malgré quelques positionnements différenciés, nombre de professionnels ont eu le sentiment de ne pouvoir échapper à cette organisation et, en définitive, le projet a été appliqué, y compris par mes collègues pédopsychiatres. J'ai pour ma part refusé de participer aux réunions de reprise des DARE, forme de boycott de cette organisation. Mais un « boycott » n'opère pas sans engagement collectif. Cette position me met-

tait en outre en situation de porte-à-faux par rapport aux soignants, leur donnant le sentiment de ne plus les soutenir dans leur mission.

Suggestion pour une autre organisation

Il nous semble pourtant que l'examen des demandes de consultation faites au secrétariat permet le plus souvent de prévoir les professionnels nécessaires pour le soin, laissant à chacun d'entre eux la possibilité de faire un *travail complet et continu* auprès des familles.

Ainsi, certaines situations peuvent être très bien aidées par des interventions des soignantes AS, infirmières, éducatrices, leur permettant un travail non interrompu : il s'agit notamment des troubles les plus « réactionnels » (en psychiatrie, des situations traumatiques, par exemple : deuils, séparations etc., entraînant une souffrance psychique aiguë, sans altération psychique préexistante), ou bien comportant des problématiques du champ social.

D'autres situations nécessitent, et on peut le plus souvent l'entrevoir d'après la demande, les spécificités de formation et de travail des « psys ». Nous avons d'ailleurs vu que leur très grande majorité nécessite l'intervention de ces soignants, *in fine*. Des recrutements de psychologues cliniciens sont donc nécessaires dans les CMP afin que leur nombre suffisant permette de diminuer les délais d'attente pour l'accueil et les soins, ce qui évite en outre la fixation et la complexification des problématiques rencontrées.

Cette organisation nous semble plus satisfaisante *pour les familles, mais aussi pour les soignants*, par ce travail complet, dans la continuité.

Dans toutes les situations, il faut souvent en second temps recourir à l'aide des autres professionnels : l'équipe pluridisciplinaire est faite pour cela, et doit également être renforcée dans son ensemble. **P**

- 1 Marie-Anne Dujarier, sociologue du travail, autrice de *Troubles dans le travail, sociologie d'une catégorie de pensée*, PUF, 2021. Propos tirés de l'émission de France Culture, « L'invité(e) des matins », le 23 janvier 2023.
- 2 G. Orwell, 1984, traduction : Amélia Audiberti, Folio, Gallimard.
- 3 A. Delègue, « Annecy : avis de tempête en psychiatrie », *Pratiques*, n° 97, avril 2022, 68-71.
- 4 « Les valeurs fondamentales de la pédopsychiatrie », in *Projet pour le CMP de demain, L'évolution nécessaire des CMP pour la psychiatrie de demain de l'enfant et de l'adolescent*, D. Marcelli et N. Catheline, SFPEADA, pages 2 à 4.
- 5 M. Bellahsen, R. Knaebel (avec la collaboration de L. Bellahsen), *La révolte de la psychiatrie, les ripostes à la catastrophe gestionnaire*, Éd. La Découverte, Paris, 2020, p. 131.

L'hiver de la pensée

Je souhaite souligner ici l'irrecevabilité conceptuelle d'une notion aujourd'hui consacrée dans le secteur médico-social : « le non-jugement » qui, sous couvert d'humanisme, véhicule des valeurs discutables.

Stéphane Magarelli
Philosophe sauvage

Facticité conceptuelle

Si je souhaite traiter la notion de *non-jugement*, c'est parce qu'elle est aujourd'hui systématiquement invoquée¹ comme le principe évident d'une éthique professionnelle prétendument respectueuse d'autrui. C'est justement sa trop grande évidence qui pose cette notion comme un problème au vu des implications éthiques qu'elle soulève. En effet, est-ce parce que, par pure convention, un principe acquis à peu de frais est communément adoubé qu'il doit faire l'économie d'un examen ? N'est-ce pas là le risque de parler et de vivre à travers un voile d'opacité permettant à chacun d'injecter dans des concepts creux, parfois inapplicables, les préceptes éthiques qu'il désire, reflet d'une subjectivité grossièrement dissimulée ? Pour ces raisons et ainsi sortir de l'écueil d'évidences discutables, une réflexion plus poussée semble s'imposer à propos du non-jugement.

Les secteurs du social et du médico-social, toujours soucieux de légitimer leurs pratiques approximatives, n'en finissent donc pas de puiser à la source de diverses tendances vaguement thérapeutiques pour en extraire certaines des notions qu'ils réutilisent sans toujours en vérifier la recevabilité conceptuelle. L'une d'entre elles – *le non-jugement* – a très largement fini par gagner les consciences d'un large spectre de professionnels pourtant très différents, mais qui tous se retrouvent sous cette nouvelle bannière. Invoqué aussi bien par les travailleurs sociaux, les médecins, les psychologues que les directeurs d'établissements, ce concept est devenu le nouveau *credo* en vogue, celui qu'il est de bon ton d'utiliser sans modération, et dont la simple mention suffit à s'absoudre de toute justification quant à sa signification profonde et à la possibilité de son application. Dans le monde étrange de la relation d'aide, il est aujourd'hui bien vu d'accueillir l'utilisateur ou le patient sans le juger, c'est-à-dire sans préjugé. Pour garantir la meilleure des prises en charge, il est prescrit la mise en sommeil des jugements de valeurs dont nous sommes pétris et qui constituent pourtant la base des opinions² dont nous sommes peuplés. Il faut donc prendre garde d'être animé des sentiments les meilleurs, c'est-à-dire les plus positifs, dégagé de l'entrave boueuse de nos représentations personnelles. L'objectif de cette entre-

prise schizophrène est de permettre à la personne accueillie de se sentir libre de manifester sans entrave ses idées et ses émotions. Une première série de questions se pose alors : comment est-ce possible ? Comment ne pas ressentir quelque chose face à la vue de quelqu'un avec qui nous allons nous entretenir ? Comment ne pas former d'idées qui viennent spontanément à l'esprit par sa simple présence, avant même qu'il ne prenne la parole ? Comment ne pas être irrité si ledit usager profère des inepties ? Comment ne pas être séduit si ses propos entrent en résonance avec ce que nous pensons ? Les mouvements projectifs doivent-ils être systématiquement portés à la lumière de la conscience pour préserver une prétendue objectivité clinique ? Est-ce seulement possible lorsque les entretiens se succèdent sans discontinuer, parfois jusqu'à l'abrutissement ? Est-ce seulement humainement souhaitable ? Si la moraline³ continue de gagner les esprits comme c'est hélas le cas, alors, en effet, le tout positif et l'optimisme crétin deviendront une obligation morale. Que deviendrons-nous alors ? Le trop-plein de sentimentalité ne risque-t-il pas d'assécher nos sentiments ? À vouloir être trop humain, ne prenons-nous pas le risque de tuer les zones d'ombre qui justement fondent notre humanité ?

L'impossible scepticisme

La porosité malléable de notre humanité peut-elle être contenue par la magie d'un *non-jugement* qui, tel un rempart, protégerait le pauvre usager des contrariétés ? Quelle est l'implication éthique d'un tel positionnement ? Quel mouvement intérieur faut-il savoir opérer pour investir les hautes sphères du non-jugement ? Pénétrer dans la quatrième dimension du non-jugement serait-ce suspendre son jugement ? Si tel est le cas, les tenants du non-jugement sont peut-être les héritiers inconscients du scepticisme philosophique. Si ne pas juger c'est suspendre son jugement, à la suite des philosophes sceptiques qui « prétendent n'avoir aucune opinion et *suspendre* leur jugement à propos de toute affirmation sur les choses, qu'elle soit positive ou négative, descriptive ou morale » (Thomas Bénatouïl, *Le Scepticisme*, Garnier Flammarion, Coll Corpus, 1997), les travailleurs sociaux⁴ sont en effet les héritiers de Pyrrhon. La compa-

raison est séduisante, mais l'incroyable rigueur et la quasi-impossibilité pratique⁵ de la philosophie sceptique ne permet pas de ranger les apôtres du non-jugement dans cette catégorie. Il existe toutefois une version un peu moins radicale du scepticisme philosophique qui vise non pas tant à suspendre son jugement, mais plutôt à « restreindre la suspension de son jugement, *l'epoché*, à certaines croyances, alors que d'autres nécessaires à la vie quotidienne, sont épargnées par le doute. » (Thomas Bénatouïl, *Le Scepticisme*, Garnier Flammarion, Coll Corpus, 1997). Toutefois, ce qui chez les sceptiques est épargné par le doute se limite aux réalités élémentaires : « Sur ce qui nous arrive en tant qu'homme, nous sommes d'accord, qu'il fait jour, que nous vivons, et tant d'autres faits de la vie, nous le savons bien. ». C'est sur ce qui dépasse la réalité factuelle que les tenants du scepticisme philosophique suspendent leur jugement, ce qui ne semble pas être le cas des partisans du non-jugement qui prennent très clairement position d'un point de

vue moral. Ce n'est donc pas par la suspension de jugement qu'il est possible de ne pas juger. Peut-être même est-ce exactement l'inverse.

Comment prétendre ne pas juger lorsqu'on se fait le promoteur d'une vision du monde où la souffrance doit être contenue, amoindrie, traitée, guérie ? Comment ne pas juger lorsque ce qui est considéré comme anormal (hygiène, soin, alimentation, mode de vie) doit être normé au prétexte de *la qualité de vie* ? Comment ne pas juger alors que les partisans du non-jugement sont les symboles d'un hygiénisme toujours plus extrême ? Bien qu'ils s'en défendent, les acteurs du soin et du social existent sur la base d'une évaluation de ce qui est jugé bon, propre, sain et équilibré. Ils s'offusquent du peu de mobilisation de certains usagers et l'insistance de leurs comportements *morbides* les dépassent et parfois même les désespèrent. Alors ils alertent, ils préviennent et se répètent. Parfois, si le statut social le leur permet, ils vont jusqu'à *menacer* les personnes d'une durée de vie à



brève échéance dans l'espoir d'une réaction qui irait dans leur sens. Ils gesticulent comme des automates, déclament toujours les mêmes litanies, convaincus que leurs vues sont les bonnes et s'efforcent de sensibiliser au bonheur de la qualité de vie à grands coups d'arguments stéréotypés. Bien qu'ils prétendent ne pas juger, les professionnels de la relation d'aide ne sont ni immoraux, ni amoraux, mais bel et bien profondément moraux. Ils ne peuvent donc se targuer d'être dénués de jugements de valeur puisque leur existence repose précisément sur la notion la plus morale qui soit : le Bien. Ils portent l'empreinte profonde d'une évaluation morale par une singulière idée du Bien dont procèdent les racines profondes de leur existence professionnelle. Le bon et le mauvais, le bien et le mal, le normal et l'anormal demeurent les critères d'évaluation dont ils ont besoin pour exister. De plus, peut-on raisonnablement croire en l'absence de préjugés alors qu'ils habitent la plupart d'entre nous et nous permettent le plus souvent de nous situer face à ceux qui ne pensent pas comme nous ? Le préjugé n'est sans doute pas autre chose que l'expression d'une catégorisation subjective nécessaire à l'économie psychique de l'Homme et aux relations qu'il tisse avec ses congénères, fussent-elles biaisées.

Il convient toutefois d'aller plus loin pour bien saisir les aboutissants moraux du non-jugement qui, comme j'ai tenté de le démontrer, ne sont pas des sceptiques au sens philosophique. Que sont-ils alors et qui ne les réduirait pas à de simples moralisateurs ? Quelle serait la source en amont de laquelle il serait possible de s'abreuver pour s'autodéclarer *non-jugeant* ? Cela consiste-t-il en une disposition naturelle dont certains élus seraient pourvus et qui seraient capables du fait de cette élection, face à un tiers aux mœurs et aux habitudes différentes, de s'affranchir de leurs préjugés ? Serait-ce la bienveillance qui serait la matrice féconde permettant au non-jugement d'éclorre ? Pour Vincent Ramiroz : « L'attendu tacite derrière cette injonction [de non-jugement] consiste à ne pas porter de point de vue négatif d'un point de vue moral : il s'agit d'être *bienveillant* et même de *valoriser*, c'est-à-dire précisément adjuger une valeur à un acte, un comportement ou une personne ! (...) Qui ne s'est pas senti jugé par un qui lui déclame, avec force de gravité, qu'il ne le juge pas ? » (Vincent Ramiroz, *Loisir d'un éducateur*, L'Harmattan, coll. Ethnographiques, 2022.)

Ainsi ne pas juger équivaldrait, pour les professionnels de l'aide et du soin, à finalement juger, mais sous l'angle exclusif d'une valorisation bienveillante. Cette bienveillance de principe, héritée en partie de la psychologie positive, n'est pas tant le reflet d'une éthique dûment fondée que la conséquence d'une pensée ramollie partisane d'un tout positif intellectuellement assez pauvre, mais insidieusement puissant. Il s'agirait donc d'une disposition à être bienveillant, c'est-à-dire veiller à l'autre, lui accorder de la considération qu'il est en droit d'attendre. Il convient donc

d'être vierge de tout ressenti et d'être pleinement disposé à accueillir l'usager ou le patient. Cette morale virginale, pure de toute idée préconçue comme pouvant constituer la voie royale vers le non-jugement, n'est pas sans m'évoquer certains des attributs dont le philosophe Jean-Jacques Rousseau affublait l'homme à l'état de nature. Si le rapprochement avec le scepticisme philosophique n'a pas permis de déterminer la source génésique du non-jugement, peut-être que la philosophie rousseauiste pourra le faire.

L'homme est naturellement bon

Dans son livre *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*, l'auteur, afin d'exposer l'hypothèse d'une société civile corruptrice d'une bonté humaine innée, oppose l'homme à l'état de nature à l'homme civilisé. Il considère que les inégalités qui sévissent entre les hommes se sont cristallisées – entre-autre – avec la naissance de l'ego, source de rivalités et de jeux de pouvoir. Rousseau considère qu'aux rapports humains fondés sur l'inégalité précédait un temps où l'homme, naturellement bon, était animé d'un sentiment de pitié naturelle à la vue de ses congénères souffrants. Cette commisération face à la souffrance d'autrui, en plus d'être spontanée, l'empêchait tout aussi spontanément de vouloir faire le mal. C'est cette pitié naturelle qui, selon Rousseau, se serait perdue dans des querelles d'ego augurant l'avènement de la société civile, théâtre de conflits et de luttes de pouvoirs frappées du sceau des rapports de domination. Il est tentant d'établir un rapprochement entre cet état de nature, bon et prompt à la commisération, avec les partisans du non-jugement. Ils seraient alors les héritiers d'un état plus humain, vierge de tout ego et rétifs aux relations de pouvoir. Ils considéreraient alors l'usager ou le patient comme un semblable, un alter ego souffrant ayant besoin d'être aidé. L'autre alors d'emblée, en n'étant pas jugé, serait absous et purifié par la magie du non-jugement, quand bien même il aurait commis des actes moralement répréhensibles. Nous ne sommes pas loin ici d'un idéal de pureté dont la possibilité pratique semble encore une fois irrecevable. Les travailleurs sociaux, s'ils ne sont pas des sceptiques capables de suspendre leur jugement, ne sont pas non plus les élèves de Rousseau. Ils ne peuvent donc être rapprochés de l'homme à l'état de nature non seulement parce qu'ils ne sont pas des *sauvages* au sens où l'entendait Rousseau, mais aussi parce qu'ils sont, plus que quiconque, les représentants de cette société civile que Rousseau fustige. Les travailleurs sociaux, loin d'être hors du temps, sont pleinement dans leur temps. Ils en sont l'indiscutable produit promouvant les orientations sociales sans distinctions et sans le moindre recul. Loin d'être les héritiers d'un état naturellement bon, ils sont plutôt les symboles normatifs de la société civile d'aujourd'hui. Ils ne

sont rien de moins que des agents promouvant l'hygiène, l'estime et le respect de soi. Ils considèrent la vie comme une chose sacrée digne d'une dévotion aveugle, sans excès, sans risque, sans saveur.

Hymne à la tolérance

J'ai jusqu'à présent échoué à circonscrire les motifs dont procède le non-jugement. Qu'il s'agisse des rapprochements que j'ai tenté d'effectuer (scepticisme, rousseauisme) ou des considérations socio-morales (promouvoir le bien et la qualité de vie) dont les partisans du non-jugement sont empreints, aucun n'a pu déterminer la prédisposition éthique permettant sa mise en application. Dans quel état d'esprit faut-il être pour se réclamer du non-jugement ? Être dans le non-jugement, c'est évidemment, ne pas juger. Sachant que la plupart d'entre nous sommes habitués de jugements de valeur, nous sommes donc jugeants sans même toujours en avoir conscience. Les *non-jugeants*, eux, seraient donc capables, contrairement à la plupart des autres, de ne pas juger. Aussi, puisque le non-jugement est un non-jugement de valeur morale, ils seraient alors moralement *plus capables* que d'autres ? Mais capables de quoi ? Peut-être que, dans le fond, ils sont capables d'être *plus ouverts* ? Sans doute que les non-jugeants pour être en capacité de ne pas juger sont *plus ouverts d'esprit* que la majorité. Peut-être est-ce là la prédisposition éthique nécessaire au non-jugement. Mais cette ouverture d'esprit, comment la nommer plus précisément, comment donner une assise sémantique forte à ce que j'appelle l'ouverture d'esprit ? J'avance ici une proposition en guise de conclusion : les tenants du non-jugement sont des êtres *tolérants*. Plus enclins à accueillir autrui, les non-jugeants sont des êtres pour qui la tolérance est une valeur leur permettant l'érection d'une vision du monde soucieuse d'égalité. Il s'agit ici d'une éthique dont l'objet – la tolérance donc – se situe à l'antithèse de la discrimination, en ceci qu'elle est inconditionnelle et s'adresse à tous sans distinction de genre, de statut ou de classe sociale. La tolérance peut être définie d'un point de vue moral comme « l'attitude consistant à admettre chez autrui une manière de penser ou d'agir différente de celle qu'on adopte soi-même » (Julie Saada-Gendron, *La Tolérance*, Garnier Flammarion, coll. Corpus, 1999.) Les non-jugeants sont alors peut-être la cheville ouvrière d'un monde en devenir, toujours plus juste, plus ouvert à la différence, soucieux de fraternité et de concorde. Rétifs aux jugements de valeur qu'ils exècrent et relèguent dans la fange de l'opinion la plus crasse, leurs vues sont peut-être plus hautes et plus éclairées que le commun des pauvres mortels. Sortis de la caverne illusoire du jugement et de l'opinion populaire, leurs discours sont empreints de la noblesse des grandes âmes. Comment pourrait-il en être autrement ?

Une dernière question se pose. Peut-on s'autodé-

clarer non-jugeant – donc tolérant – et finalement juger sans vergogne ? Peut-être est-ce justement là le problème éthique des tenants du non-jugement. Si la tolérance est bien entendu nécessaire pour vivre en société, qu'en penser lorsqu'elle relève de la profession de foi, lorsqu'elle devient l'étendard de ces nouveaux parangons de la vertu ? N'est-il pas possible de tolérer de mauvaise grâce ? N'est-ce pas sans une certaine crispation que l'on tolère parfois ? Tolérer n'est-ce pas « une forme de patience de la vérité pour l'erreur (...) l'erreur des mauvaises mœurs » ? (Julie Saada-Gendron, *La Tolérance*, Garnier Flammarion, coll. Corpus, 1999.) La tolérance, lumineuse, n'est-elle pas sans ombre ? Est-il seulement possible d'être inconditionnellement tolérant ? L'éclat de la tolérance annule-t-il les ténèbres de l'esprit ou ne fait-elle que les dissimuler ? Se réclamer ouvertement, avec force de conviction, d'être non-jugeant, suffit-il pour ne pas juger ? Si comme, c'est bien connu, l'amour n'est pas le contraire de la haine, mais sa possibilité, la paix la possibilité de guerre, le bonheur la possibilité du malheur, quelle est la possibilité de la tolérance ? Ne serait-ce pas la *condescendance* ? En effet, dire de soi que l'on est tolérant alors que rien ni personne d'autre ne vient mettre en contradiction la réalité de ce qui est affirmé, n'est-ce pas la possibilité d'être *condescendant* sans le savoir ? N'assistons-nous pas à l'hiver d'une pensée en berne en accordant du crédit à ces déclarations trop faciles pour être tout à fait honnêtes ? Si la tolérance est devenue le grand slogan d'une société hypocrite qui n'en finit pourtant pas d'exclure avec la plus grande brutalité ceux qui ne pensent pas comme elle, quelle crédibilité éthique attribuer à ladite tolérance ? De la même façon, quel crédit peut-on accorder à ceux qui se déclarent, à la lumière de leur seule vue, non-jugeants ? N'est-ce pas là l'expression d'un narcissisme déplacé, de la même façon qu'il serait outrancier de se déclarer bon, impartial ou juste en toutes circonstances ? Au regard de quel examen dûment fondé ? Au titre de quoi, de l'idée que l'on se fait de soi ? Car, en effet, qui se réclame d'être injuste ? Qui pense être profondément mauvais ? Chaque acte que nous posons, chaque parole que nous proférons relève d'une logique cohérente, fut-elle injuste et parfois cruelle. Nos agissements, nos propos ne sont-ils pas, la plupart du temps, fondés, parfois avec force arguments, depuis notre point de vue ? Être tolérant ne serait-ce pas, en quelque sorte, être *prétentieux*, et peut-être même *arrogant*, jugeant ceux qui jugent ? Mais là n'est pas la seule difficulté de la prétendue tolérance de ces légions du bien qui, justement, et c'est bien là le principal problème, ne sont pas sur un pied d'égalité avec les populations qu'elles reçoivent : elles sont, par leur statut social, *au-dessus* des populations qu'elles accueillent, c'est-à-dire en position statutairement haute, et donc dans une relation de pouvoir, un rapport de force larvé. En adoubant aveuglément la notion de non-jugement, n'assistons-nous

pas à une vaste entreprise de dénégation de l'ina-
vouable rapport de force que cache la tolérance dans
la relation aidant/aidé ? L'aidé, parce qu'il a besoin de
l'aidant⁶, est dans une position d'infériorité irréductible.
Parce que les professionnels sont les représentants
zélés de la morale sociale, ils sont du bon côté de la
frontière. Ils dispensent, par leur savoir et l'autorité
que leur confère leur statut, les préceptes normatifs
d'une vie bonne, entendue ici comme moralement
souhaitable. Le non-jugement serait alors une farce

morale, un jeu de rôle social permettant à ceux-là
mêmes qui déclarent ne pas juger, de juger sans re-
mords à grand renfort de messages moraux, reflets
d'un temps soucieux d'être propre et bien sous tous
rapports. En d'autres termes, un temps d'hygiène mo-
rale, éminemment catégoriel et donc potentiellement
excluant et jugeant. S'autoproclamer non-jugeant si-
gnifierait alors l'inverse de ce qui est dit contribuant,
non sans condescendance, à ostraciser avec le sourire
du juste, ceux qui pensent et vivent autrement. **P**

- 1 Le non-jugement n'infiltrer pas que les discours des professionnels, il fait aussi l'objet d'articles qui vantent son importance pour la contractualisation d'une alliance thérapeutique. Il semblerait même qu'il soit une qualité requise à l'embauche. Le non-jugement devient ainsi une compétence que chacun est libre de s'attribuer à la lumière de ses seules vues.
- 2 La question de l'opinion est délicate. Disconvenir que nous en sommes dénués serait douteux, même si l'opinion est parfois problématique. Critiquée par Platon qui n'y voyait que l'expression de point de vue sans fondement, possiblement vraie mais s'opposant à la pureté de la vérité philosophique, l'opinion néanmoins demeure une réalité humaine qui contribue à structurer notre vision du monde et assoit notre subjectivité. Un monde sans opinion, aussi affligeantes soient-elles parfois, relève de l'utopie béate.
- 3 Le terme est de Nietzsche. Pour le philosophe notre morale, parce qu'elle est conditionnée par l'altruisme et la pitié « s'oppose à la naissance de mœurs nouvelles [et nous] abêtie. » Ainsi la moraline n'est pas la morale, mais une version appauvrie de la morale, sans hauteur de vue, qui parce qu'elle est exclusive et n'intègre pas dans son champ la possibilité d'autres formes de moralités est une morale « hostile à la vie ».
- 4 Je souhaite préciser ici que j'entends par travailleurs sociaux l'ensemble des professionnels qui travaillent dans le secteur social et médico-social, c'est-à-dire aussi bien les éducateurs spécialisés que les assistantes sociales, mais aussi les psychologues, les médecins, infirmières, directeurs d'établissements et autres professionnels de cette nébuleuse disparate.
- 5 « Une version radicale du scepticisme [affirme] que l'inactivité (...) est recherchée par le sceptique. » Thomas Bénatouil, *Le Scepticisme*, Garnier Flammarion, Coll. Corpus, 1997.
- 6 Il est important de rappeler ici que l'inverse est tout aussi vrai. L'aidant a besoin de l'aidé sans qui il n'existe plus. Cette relation de pouvoir aidant/aidé relève donc d'une économie nécessaire. Pour cela, il faut que l'aidant reste dans sa position d'aidant, c'est-à-dire dans une position de supériorité, en l'occurrence ici, hygiéniste et morale. L'aidant, par ses discours est le symbole d'une norme puissante à laquelle il donne corps par son existence et ses bons conseils. Prétendre que le non-jugement efface cette différence c'est dénier la réalité d'une dynamique intrinsèque que rien ne peut, de mon point de vue, faire disparaître.



Catherine Thomas

La sage-femme, gardienne de l'eutocie

ères, 022

Cet ouvrage aborde la formation des sages-femmes au cours du temps, l'évolution de l'accompagnement à l'accouchement, les problématiques actuelles liées à la surmédicalisation et les difficultés d'accès à un accompagnement global. Il laisse une large place aux témoignages, ce qui donne un aperçu complet, nuancé et très vivant de la question.

Les sages-femmes ont accompagné les femmes pour la naissance de leurs enfants dès l'Antiquité. Jusqu'au XIX^e siècle, en France, la naissance a lieu exclusivement à domicile, et « jusqu'à la fin de l'entre-deux-guerres, la naissance reste peu médicalisée ». Avec les assurances maladie, les allocations maternité et la volonté des médecins, les femmes sont déplacées progressivement vers les maternités. À partir des années cinquante, la maternité est abordée de plus en plus comme une maladie ou un risque. La place de la sage-femme est dévalorisée. En entrant à l'hôpital, elle devient une infirmière en obstétrique super spécialisée.

L'accouchement sans douleur, introduit en 1952, est réservé aux médecins jusqu'en 1960.

L'hypermédicalisation se poursuit et se renforce dans les années quatre-vingt. Les petites maternités et les cliniques tenues par des sages-femmes sont fermées. La formation devient de plus en plus technique, privilégie la pratique hospitalière. « Avant l'importation [...] de l'accouchement sans douleur, les femmes ne bénéficiaient pas de cours de préparation à l'accouchement. Cependant, les savoirs transmis par l'intermédiaire des matrones [...] constituaient [...] une autre forme de préparation à l'événement. » De plus, les sages-femmes hospitalières ont de moins en moins de temps à consacrer aux parturientes. Elles sont nombreuses à témoigner de la pression exercée sur les patientes et sur elles-mêmes par les médecins et anesthésistes pour choisir la péridurale (« Bon alors ! Elle la veut ou pas sa péri ? Parce qu'après, je ne reviens plus » entretien avec Nadia, étudiante sage-femme). « La formation des sages-femmes met l'accent sur la surveillance des actes médicalisés » et la médicalisation est telle qu'« il est rare pour une étudiante sage-femme de vivre cette expérience (de l'accouchement naturel), pourtant essentielle à la confiance dans le processus physiologique ». Dans ce contexte, certaines sages-

femmes quittent l'hôpital car elles ne supportent plus les conditions de travail, et s'impliquent dans l'accompagnement des femmes en cabinet libéral où elles se sentent plus en accord avec elles-mêmes. Quelques-unes d'entre elles pratiquent alors l'accompagnement global, défini par « le suivi de la mère pendant sa grossesse, son accouchement, ses suites de couches, par une sage-femme ». Cependant, les directeurs d'établissements, les médecins, les DDASS sont très réticents à leur donner l'accès aux plateaux techniques, ce qui les contraint à n'avoir plus que le domicile de leurs patientes comme lieu d'accouchement. Par ailleurs, le poids du médico-légal augmente et les primes d'assurance sont tellement élevées que les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile ne peuvent pas s'assurer. Elles sont de ce fait peu nombreuses...

Pourtant, la demande se développe en raison de l'aspect personnalisé du suivi, la relation de confiance avec la praticienne, la prise en charge non intrusive, la discrétion, le respect. Ce sont aussi le refus de la surmédicalisation, la crainte de subir des pressions qui motivent cet intérêt croissant. Des perspectives s'ouvrent avec l'expérimentation, depuis 2015, des maisons de naissance. En effet, celles-ci permettent un accompagnement global dans des structures attenantes aux maternités, alliant respect de la physiologie et sécurité.

En conclusion, « nombreuses sont les femmes qui se sentent en position d'infériorité face au milieu médical, détenteur du savoir et garant de leur sécurité [...] et qui se soumettent, plus ou moins volontairement, aux pratiques médicales standards ». Selon Béatrice Jacques, cette soumission est due à une évolution lente du suivi de la grossesse... orienté vers une modification des conceptions de la grossesse d'un état physiologique à « un état dangereux pour la mère et l'enfant ». Par conséquent, « il apparaît primordial de préserver une pluralité des modes d'accompagnement [...] par l'application des lois existantes sur le libre choix du praticien [...] autrement dit sur l'accès à une assurance professionnelle ainsi qu'aux plateaux techniques des maternités, pour les sages-femmes libérales ». Mais le consentement du corps médical, indispensable à l'application de ces lois, n'est pas encore acquis... **P**

Anne Pagès



Mohamed Anssoufouddine

Corps errants, cœurs malades. La double peine

Komedit, septembre 2022

Je déteste rédiger des notes de lecture. Une besogne ! Pour une troisième fois, à vie, j'ai accepté de réaliser cette tâche pour soutenir une équipe surchargée. Je n'ai pu dire non à la main qui me tendait l'ouvrage *Corps errants, cœurs malades. La double peine*, de Mohamed Anssoufouddine, lors de mon séjour en France, à l'automne 2022. J'ai saisi l'ouvrage, l'ai déposé dans mon sac à dos en me disant qu'il n'y avait pas d'urgence. Quelques semaines plus tard, de retour chez moi, au Québec, en défaisant mes valises, le livre est sorti du sac. Machinalement, je l'ai déposé sur la haute pile d'ouvrages qui, depuis des lunes, attendent que je daigne les ouvrir. Les jours ont passé, puis, les semaines et les mois... L'oubli a fait son œuvre. Un matin du mois de mars, je trouve dans ma boîte de réception, provenant du Vieux Continent, un courriel. Un *wake-up call* comme on dit en bon français ! « Bernard, crois-tu pouvoir rédiger ta note de lecture... bientôt ? ». Oups !

Je retire le livre de la haute pile, le saisis entre mes mains... le regarde. Au premier coup d'œil, il ne m'attire pas. Si le titre interpelle ma curiosité, le graphisme et l'illustration de la couverture, eux, pas du tout. Devrai-je me farcir l'ouvrage d'un toubib racontant ses péripéties cliniques ? Les nombreuses reproductions, en noir et blanc, de tracés d'électrocardiogrammes, d'imageries d'échographies et de radiographies cœur-poumon qui parsèment les pages de ce livre renforcent mon impression. Ouf ! Cette lecture relèvera de la corvée. Je plonge. Un oui est un oui. Je dois honorer ma parole, respecter l'auteur. J'entre dans le vif de l'ouvrage. Je tourne la page de garde et voilà que la dédicace retient mon attention, titille ma curiosité.

« À notre confrère et complice Dr Anuldine Attoumane emporté par le cyclone Kenneth dans l'exercice de ses fonctions ».

Je ne connais pas ce médecin. Qu'à cela ne tienne. Google, aujourd'hui, permet d'explorer tous les coins et recoins de la planète. On dit de ce médecin qu'il est mort des blessures infligées par l'écrasement d'un arbre sur lui, alors qu'il roulait à moto au cœur du meurtrier cyclone Kenneth. Soucieux de porter assistance aux blessés de la catastrophe, il voulait, coûte que coûte, se

rendre au travail. Il ne pouvait demeurer chez lui. La population avait besoin de ses soins. Il en est mort. Une touchante dédicace qui éveille, chez moi, le souvenir d'un médecin et d'une infirmière, des collègues, morts en 1994, dans l'écrasement de leur hélicoptère sur une falaise, au Nunavik. Ils désiraient, impérativement, sauver une patiente malgré un temps de tempête qui commandait de ne pas voler. Ils en sont morts, la patiente et le pilote aussi. Combien de soignants sont morts dans un irrésistible élan de porter secours, malgré les dangers encourus ?

Si, en librairie, la jaquette de ce livre n'attirerait pas mon œil, cette dédicace titille mes fibres soignante et militante. Je tourne la page.

L'avant-propos renforce ma motivation à poursuivre mon incursion dans la pensée d'Anssoufouddine. Je reconnais dans ses premiers mots les tonalités philosophiques d'un Georges Canguilhem. Il n'y a pas de vie sans un vivant qui se raconte. Si le stéthoscope, l'électrocardiogramme, le doppler, la radiographie permettent de sonder les bruits et profils des organes, l'écoute, elle, suggère l'auteur, ouvre de larges fenêtres sur les parcours de vie, sur les jardins secrets des gens. Ces premières assertions font vibrer, cette fois, ma corde d'anthropologue-critique. Et voilà qu'il réfère à des auteurs qui habitent quotidiennement mes pensées, colorent ma vision du monde. Fanon et Memmi... Les autres, Knittel, Vallejo, Vasseur et Kane, je ne les connais pas. De nouveaux livres à parcourir pour faire reculer les limites de mes incultures.

Maintenant, je plonge tête première dans le livre. Mes ignorances freineront mon rythme de lecture. Les onze récits qui jalonnent le parcours de cet ouvrage se déroulent dans l'archipel des Comores. Le lecteur québécois que je suis ignorait tout. Enfin, presque tout ! Vaguement, je savais que ces « Îles de la lune », c'est ainsi qu'elles seraient surnommées en France, se trouvaient quelque part dans l'Océan Indien. Un rapide voyage sur les ailes de Google Maps me transportera vers ces lieux qui, vus depuis ma nordicité, m'apparaissent exotiques. N'étant pas de nationalité française, je ne connaissais rien de rien de l'histoire, de la géographie des « Comores ». J'ignorais qu'il s'agissait d'un archipel, j'ignorais son passé colonial, que la

colonisation française avait créé des frontières artificielles dans cet archipel, que la République refusait toujours de restituer l'île de Mayotte au reste de l'archipel... La posture coloniale ne s'admet pas facilement, ne disparaît pas en criant... coco. Et moi qui croyais que la noix de coco, dans les pays de l'exotisme, constituait un aliment relevant de l'ancestralité. Hé non ! Anssoufouddine, à travers les paroles d'une vieille dame « friande aux polémiques », m'apprend que la noix de coco, tout comme le sont le girofle, la vanille, l'ylang-ylang, le basilic, est un produit introduit par la colonisation française. Voilà qu'aujourd'hui, la médecine coloniale au nom de la santé, recommande avec véhémence, aux peuples des Comores, de ne plus consommer ce produit malsain. Mais de quelle santé s'agit-il ? Celle de l'obéissance, de la soumission, de la normalisation ? La colonisation, écrit-il, « après avoir divisé des frères et des sœurs au moyen de frontières artificielles, elle s'enracine dans l'humanitaire : la santé, l'école... »

La totalité des récits racontés par Anssoufouddine dans une agréable prosodie transporte le lecteur dans la double peine que vit chacun des sujets mis en scène. Tous les malaises cardiaques qui affectent les corps malades mettent le lecteur en relation avec le cœur souffrant du pays des Comores, de l'Afrique. Cas par cas, l'auteur rapproche le lecteur du sujet souffrant, de ses lieux de vie, de ses origines, de ses sentiments identitaires, de ses quêtes d'appartenances, d'indépendance ou d'assujettissement...

Le cardiologue Anssoufouddine soigne des cœurs malades de leur ventricule, de leur oreillette, de leur nœud sinusal... Le cœur, l'organe, le muscle vital, n'a plus de secret pour lui. Avec virtuosité, il interprète les tracés des électrocardiogrammes qui lui permettent de « voyager dans le réseau de tuyauteries secrètes du cœur ». Le médecin poète, lui, avec la précision d'un chirurgien de l'âme, pénètre le cœur défaillant du pays. À l'instar d'un de ses maîtres sénégalais, le Professeur Serigne Abdou Ba, Anssoufouddine révèle les symptômes d'un pays qui se meurt d'insuffisance... cardiaque. Un cœur portant les stigmates d'une colonisation intériorisée.

De cette lecture émerge une multitude de questionnements. Pourquoi l'inaccessibilité, en ce pays des Comores, à la dobutamine, une drogue censée suppléer le cœur défaillant ? Pourtant, à Mayotte, département français, ce produit pharmaceutique se trouve sur les étagères des pharmacies. Pourquoi la

corruption prive les Comores d'appareils de soins aussi rudimentaires que des générateurs d'oxygènes ?

Pourquoi une mère choisit, pour ne pas assister à la mort de son enfant, de quitter les Comores, à bord d'une frêle embarcation pour, espère-t-elle, obtenir des soins dans un département français ? Pourquoi ce mépris de natifs des Comores envers leurs propres soignants, leur propre système de soin ? Pourquoi la condescendance des médecins caucasiens de Mayotte envers les médecins issus du peuple des Comores ? Pourquoi cette volonté de se « blanchir », comme le dirait Fanon, pour avoir le droit d'exister dignement ? Pourquoi des médecins, des confrères appartenant en principe à une corporation qui transcende les frontières géographiques et qui partagent une histoire, des codes, une langue, un savoir communs, profitent de la vulnérabilité de patients pour s'enrichir ? L'acte d'écriture d'Anssoufouddine constitue, à mes yeux, l'incarnation de ce que Frantz Fanon estimait être le rôle du soignant en contexte colonial ou postcolonial. Conscientiser la personne sur l'origine sociale de ses souffrances ou, ajouterai-je, sur les difficultés à obtenir des traitements et des soins justes et équitables en son propre pays. Anssoufouddine écrit : « Nous autres, médecins, avons devant nous des individus malades, mais derrière ces individus, ce sont des histoires souvent séculaires, emmêlant le passé et le douloureux présent d'un pays. Il faut en tenir compte... » « Les démons de l'histoire, » écrit-il, « tant qu'ils ne sont pas exorcisés, resurgissent toujours sous d'autres avatars au lieu-dit des événements tus et oubliés ».

Je ne me suis pas contenté de lire page après page, le livre de Mohamed Anssoufouddine pour, une fois terminé, le déposer sur une tablette de ma bibliothèque et rédiger, sur le coin de ma table, une plate note de lecture. Cette lecture a fait reculer les frontières de mes ignorances. L'ouvrage d'Anssoufouddine fera désormais partie de mes enseignements qui visent à démontrer que le soin relève d'un acte éminemment politique. Pour conclure permettez-moi de citer Amin Maalouf : « Vous pourriez lire dix gros volumes sur l'histoire de l'Islam depuis les origines, vous ne comprendriez rien de ce qui se passe en Algérie. Lisez trente pages sur la colonisation et la décolonisation, vous comprendrez beaucoup mieux » (Amin Maalouf, *Les identités meurtrières*, Éditions Grasset, 1998, p. 77). Pour comprendre les dimensions politiques du soin, il faut impérativement lire *Corps errants, cœurs malades. La double peine*. ■

Bernard Roy

Loi sur l'aide active à mourir

Envisager une loi pour permettre à ceux qui le souhaiteraient d'abrégier leur vie ne doit pas faire oublier qu'une telle demande ne devrait s'apprécier que dans la qualité d'une relation.

Jérôme Pellerin et Gilbert Desfosses

Psychiatre

Ancien chef de service

Unité de soins palliatifs du groupe hospitalier Diaconesses Croix-Saint-Simon, Paris

L'un des points du débat sur l'aide active à mourir est de déterminer les personnes qui en assumeraient la charge. Ce questionnement constitue d'ailleurs un motif de tension entre les partisans d'une légalisation de cette pratique et les acteurs des soins palliatifs. Assurément, ces derniers ne souhaitent pas avoir à donner la mort et ils tiennent à souligner que leur mission est un accompagnement vers cette issue, aussi loin que possible, sans chercher à en hâter ni à en ralentir le surgissement. Mais parfois, une personne s'adresse à un médecin et lui dit : « Je veux mourir sans délai ». C'est une demande assurée, le praticien en reconnaît le caractère authentique et, naturellement, chacun éprouve une certaine confiance en l'autre. Ils bâtissent alors une relation dans laquelle ils cherchent à résoudre cette équation complexe : faire valoir une volonté de ne plus vivre face à l'impossibilité légale d'en favoriser la mise en acte.

Et ensemble, ils trouvent diverses solutions comme l'arrêt des traitements qui maintiennent encore un peu la vie ou même améliorent certains troubles. Il y a aussi l'installation dans une sédation profonde et continue. Aucune généralité n'est énonçable *a priori*, mais un fait tombe sous le sens : souvent, il subsiste une incertitude sur le bien-fondé du lien entre ce qui est imaginé et ce qui s'établit.

Favoriser la relation soignante par une écoute diligente

Ainsi, une personne qui fait un geste pour en emporter une autre vers un sommeil profond ou vers sa disparition, de toute façon inéluctable, ne peut prétendre savoir l'ensemble des motifs de celle ou de celui qui lui a demandé ce geste. Elle peut penser par exemple que ce désir est en fait un choix ancien et déterminé ou que l'énigme d'un univers intérieur envahi par la maladie produit certaines convictions, certains désespoirs ou certaines capitulations. Elle peut croire aussi qu'un dialogue intime cherche une limite ou même que les oscillations plus ou moins vertigineuses de la pensée entre la vie et l'idée de sa fin peu-

vent être insupportables. Elle peut même imaginer que quelque chose s'est décidé dans l'histoire forcément fragmentée d'une dernière rencontre. Mais, au fond, elle n'est assurée que par sa conviction de répondre au plus proche de son intuition. Pour elle, ce qu'elle s'apprête à faire, est le choix le plus adapté sinon le plus raisonnable. Elle perçoit bien que rien ne résume un éventail de singulières convictions. Alors, elle cherche à continuer d'être là auprès du patient

Ainsi va le paysage traversé par celle ou celui qui s'en va et celle ou celui qui l'accompagne. Tous deux cheminent dans un rude climat où le sens de chaque mot et de chaque silence n'est jamais assuré. Cela peut d'ailleurs ne plus intéresser celui qui voudrait bientôt partir tandis que le soignant doit encore trouver l'énergie de poursuivre sa présence.

Pour celui-ci, l'éthique commande d'être suffisamment lucide, de ne pas être submergé par une vague de perplexité et de se ressaisir. Certes, le contact avec un être à la fin de sa vie est troublant, mais cela n'arrête pas ses ressentis et ce qui peut en être encore exploré.

L'enjeu est qu'il parvienne aussi souvent que possible à se dire : « Dans quoi suis-je pris ? » et qu'il retrouve alors son orientation. C'est avec cela qu'il se constitue comme un autre disponible, attentif et présent. Avec sa capacité à offrir son psychisme comme un havre rassurant aux tumultes charriés par la maladie dans sa phase terminale.

Des professionnels peuvent donc mettre leur pensée et les contours de leur imagination à la disposition de ces patients au bout de leur vie. Quant aux appréhensions de ceux-là, à leurs angoisses venues avec le mourir, elles prennent en général une allure fluctuante pour donner lieu à quelques répits. Tout cela fait que certains affects peuvent se voir endigués dans un récit, insérés dans un petit bout d'histoire circulant de l'un vers l'autre, dans une anecdote, ou dans un moment de partage ultime et d'éphémère complicité. Dans ces mouvements, les soignants suffisamment expérimentés accordent leurs ressources intimes avec celles de leurs patients. Du reste, c'est cela qu'ils veulent pouvoir continuer de préserver, même s'ils ignorent sou-

vent ce qu'il faut, pour chaque personne, singulièrement épargner.

Ils entendent en fait proposer une écoute libre avec le seul projet d'inventer la fenêtre par laquelle ils entrevoient l'univers de leur interlocuteur, de son histoire et de ses pensées. C'est par cette ouverture que s'échangent les convictions et les incertitudes.

Dans ce dialogue, condition de la rencontre et du lien, chacun court le risque de s'aventurer avec autant d'intrépidité qu'il se sent en confiance. Dans ce compagnonnage, celui qui voit sa mort s'approcher peut retrouver sa disposition naturelle à la simultanéité de deux sentiments opposés. L'oscillation qui en résulte est une ultime occasion d'éprouver sa vitalité. Elle est, en outre, influencée par des considérations variées : le soulagement d'une douleur jusque-là réfractaire, la disponibilité soudaine de l'entourage, le sentiment de la charge que l'on fait peser, l'isolement ou l'espoir d'un dernier contact...

Le dialogue au risque d'une loi

Face à ces à ces expressions ambivalentes, portées tant bien que mal par le langage, le législateur est sur le point de dessiner un cadre explicite qui offrira au demandeur autant qu'à l'exécutant une légitimité a priori. Un sauf-conduit en quelque sorte dont l'usage permettrait de fixer un arrêt aux hésitations.

Naturellement, chacun continuerait d'être libre de ses convictions à propos du soutien qu'il entend apporter à tout être si proche de sa fin. Mais renforcerait-on la force créatrice du lien soignant-soigné qui offre de repenser sans cesse l'usage de la relation ?

Il est à craindre que chercher à légiférer ne questionne encore une fois que l'irrévocabilité de cette dialectique. Au risque d'oublier les ressources d'inventivité du professionnel qui cherche encore à faire lien avec celle ou celui qui s'en va.

Or, c'est dans ce lien que le choix de s'éteindre peut s'éprouver. La demande d'une aide à mourir devrait toujours favoriser l'expression d'autres énoncés à ce sujet. Leur registre va de l'indifférence à vivre à la détermination absolue de ne plus vivre. C'est dans cet espace qu'un professionnel peut inventer une asperité à laquelle tout propos peut s'articuler. Un dernier morceau d'humanité contre la froideur d'une attraction pour une disparition technicisée et solitaire.

Une formation indispensable à l'écoute et à l'accompagnement

La qualité du lien avec une personne ayant manifesté son désir de mourir est donc une nécessité. Elle est évidemment tributaire d'une formation pour celui qui, tout en écoutant cet énoncé, entend aussi se constituer comme une présence authentique. Il lui faut

apprendre à apporter un étayage par lequel la force des initiatives et le respect des déterminations pourront se conjuguer, se mettre mutuellement en question et ainsi acquérir leur gravité. Cette capacité n'est pas donnée. Elle s'acquiert par un travail individuel constant et par sa mise à l'épreuve dans un cadre collectif où peuvent se partager sans crainte toutes les formes de convictions.

La mise en place de ce cadre doit être facilitée par ceux qui nous gouvernent. Il leur appartient de veiller à garantir, à la fin de la vie, les formes de respect et de considération auxquels tout citoyen a droit. Les institutions ont aussi leur part de responsabilité. Il est chaque jour observé combien un dispositif confiant et reconnaissant du travail accompli favorise la mise en place d'un cercle vertueux dans lequel ses usagers participent : nous sommes bien traités et nous apprécions ceux qui participent à nos soins ou à notre accueil, disent-ils à des professionnels qui, en étant ainsi valorisés, trouvent à leur tour l'énergie d'aller à la rencontre d'un autre.

Sur le terrain, les professionnels, mais aussi les proches, peuvent alors être incités à dire leurs incertitudes, leurs découragements. Ils doivent aussi être aidés à garder une mesure dans leur engagement et à se situer dans leurs convictions.

Choisir son moment pour mourir ?

On est souvent frappé par certaines coïncidences entourant le décès d'une personne. On va jusqu'à penser qu'elle a « bien choisi son moment ». Mais s'il s'agit de reconnaître un droit de mourir à un moment programmé par l'intervention d'un tiers, cette survenue calculable n'en est pas moins arbitraire que son attente imprécise, puisqu'elle prive le sujet de la possibilité d'une surprise inattendue. Cela offre de penser la liberté du sujet et de respecter absolument ses impératifs.

Ainsi la demande de provoquer la mort doit être considérée dans une éthique qui garantit une prise en charge de qualité. Ce qui compte n'est donc pas de légaliser la pratique d'une aide active à mourir, mais d'assurer à ceux qui le voudraient le recours à un accueil adapté pour éventuellement infléchir leur trajectoire. Qu'ils puissent se laisser aller au doute ou à la perplexité qui habitent le dernier trajet. Car dans ces instants, ils pourront encore compter sur un autre.

Ajoutons enfin qu'il y a dans l'air du temps un désir de réussir sa mort, dans un processus impeccable. Alors que l'expérience de la vie montre qu'aucun événement n'est pleinement satisfaisant. Ceci nous rappelle donc de nécessaires nuances. Toute mort administrée serait l'une des formes les moins accomplies de l'accompagnement vers le bout de la vie, ce chemin d'ignorance, d'errances et de ratages. **P**



Charlotte Puiseux

De chair et de fer. Vivre et lutter dans une société validiste

Paris, La Découverte, 2022

La militante et chercheuse handiféministe Charlotte Puiseux fait fond dans ce livre sur son expérience de vie pour traquer les discriminations et les violences du validisme, cette idéologie dominante qui impose les classifications et les normes auxquelles les personnes en situation de handicap doivent se soumettre sous peine de mort sociale.

Dans la gestion du handicap, le corps médical se trouve naturellement en première ligne. Face à un corps physiquement ou psychologiquement défaillant, il est question de tout faire pour le rapprocher de la normalité à travers une panoplie d'interventions (thérapie, chirurgie, appareillage), dont la violence n'est pas toujours épargnée au soigné. L'élargissement des marges d'autonomie de l'individu est recherché par l'adaptation du corps à l'environnement social, tandis que l'inverse, une société s'adaptant, n'est qu'insuffisamment entrepris par la puissance publique. À ce dernier propos, la loi de 2005 qui fonde la politique d'inclusion en France a favorisé la scolarisation en milieu ordinaire, l'accessibilité du bâti et des transports, l'ouverture à l'emploi, mais sans que les moyens financiers et humains n'aient jamais permis de la mettre en œuvre pleinement. Quant à la vie en collectivité entre pairs (maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil spécialisé) que la France continue d'impulser (sans d'ailleurs satisfaire les besoins), elle risque de conforter l'isolement social que craignait la rapporteuse de l'ONU sur les droits des personnes handicapées lors de son enquête en 2017.

Mais sortir du modèle médical du handicap, qui individualise et biologise la différence, ne suffit pas car la condition d'handicapé est avant tout « une construction sociale, tout comme d'ailleurs ce qu'on y oppose, à savoir être valide ». C'est ce que montre avec force l'autrice : « Un individu est désigné handicapé parce qu'il est exclu des critères de validité, parce que son corps, au sens large, ne correspond pas aux critères délimités par une société donnée dans un contexte précis. »

Marginalisation et infériorisation sociales découlent directement des normes qui régissent la « normalité » et, plus précisément, de l'importance attribuée à telle ou telle

capacité. Or, dans l'actuel « contexte social capitaliste et néolibéral, l'idée d'être "capable" ou non est avant tout évaluée en fonction de notre aptitude au travail et à la production ». L'employabilité est soumise aux exigences de productivité : un individu, avec handicap ou non, doit pouvoir s'adapter au rythme et à l'intensité du travail, au prix de surmenages aussi bien physiques que psychiques. Même si la personne classée « handicapée » est embauchée pour respecter un quota d'emploi – dont beaucoup d'employeurs s'exonèrent moyennant une amende modique – et qu'on lui consente des aménagements des conditions de travail, n'est-elle pas le mieux à même pour formuler une critique du travail capitaliste rivé à la logique productiviste du profit ? Longtemps engagée dans un parti anticapitaliste où elle a rencontré des féministes, Charlotte Puiseux n'a pas tardé à faire le lien entre sa lutte pour l'autonomie et les luttes que mènent contre l'oppression d'autres minorités, qu'elles soient racisées, sexisées, travailleuses du sexe ou immigrées. Il y a là une féconde intersectionnalité des combats pour rompre avec l'assignation des gens à une catégorie, à un genre ou à une origine. Cette désidentification, l'autrice l'a menée dans sa propre vie en faisant exploser le carcan normatif asexué du handicap, soit par le droit à la séduction et à l'amour (mais curieusement sans reconnaître le droit à l'assistance sexuelle, alors qu'elle n'est pas abolitionniste en matière de prostitution), soit par le brouillage *queer*, soit encore par sa propre parentalité. Notons enfin l'usage malheureux de l'écriture inclusive puisqu'aux points médians est préféré un « féminin universel » qui réintroduit, à l'envers, la non-discrimination que produisait la primauté du masculin. Voici néanmoins un bel ouvrage à l'écriture claire et soignée, tantôt poétique, avec un argumentaire émaillé d'exemples concrets, référencé juste ce qu'il faut d'études militantes et scientifiques, et dont le mérite est de donner les outils pour déconstruire des catégories de pensée qui brident la vie des personnes ne rentrant pas, pour une raison ou une autre, dans le moule de la société du travail et de la performance. **P**

Willy Gianinazzi

Numéros à 13,70 €, sauf le numéro double 14/15 (frais de traitement inclus : 1,50 €)

- N° 1 : La société du gène (épuisé)*
 N° 2 : La souffrance psychique (épuisé)*
 N° 3 : Penser la violence
 N° 4 : Santé et environnement
 N° 5 : La santé au travail
 N° 6 : Sexe et médecine (épuisé)*
 N° 7 : La responsabilité du médecin
 N° 8 : La santé n'est pas à vendre
 N° 9 : L'hôpital en crise
 N° 10 : Folle psychiatrie
- N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort
 N° 12 : L'information et le patient
 N° 13 : La médecine et l'argent
 N° 14/15 : Profession infirmière (prix 16,80)
 N° 16 : Les émotions dans le soin (épuisé)*
 N° 17 : Des remèdes pour la Sécu (épuisé)*
 N° 18 : Quels savoirs pour soigner ?
 N° 19 : La vieillesse, une maladie ? (épuisé)*
 N° 20 : La santé des femmes

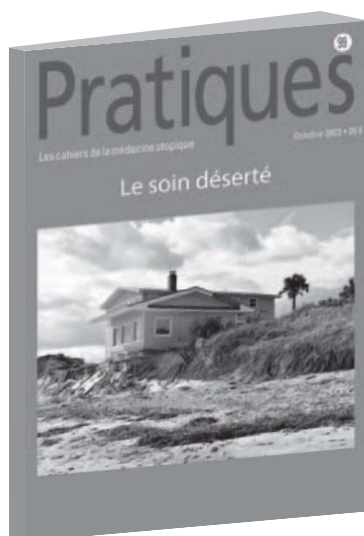
- N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres
 N° 22 : La santé, un enjeu public
 N° 23 : Ils vont tuer la Sécu !
 N° 24 : Le métier de médecin généraliste
 N° 25 : Hold-up sur nos assiettes
 N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine
 N° 27 : Faire autrement pour soigner (épuisé)*

Numéros à 15,50 € du 28 au 35, à 17,50 € du 39 au 42, à 18 € du 43 au 54 et à 19,50 € à partir du n° 55 (frais de traitement inclus : 1,50 €)

- N° 28 : Les pouvoirs en médecine
 N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance
 N° 30 : Les sens au cœur du soin
 N° 31 : Justice et médecine
 N° 32 : Le temps de la parole
 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° 36 : La place de sciences humaines dans le soin (épuisé)*
 N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? (épuisé)*
 N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?
 N° 40 : Les brancardiers de la République
 N° 41 : Redonner le goût du collectif
 N° 42 : Les couples infernaux en médecine
 N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel
 N° 44 : Parler et (se) soigner
 N° 45 : Le confort au cœur du soin
 N° 46 : L'humanitaire est-il porteur de solidarité ? (épuisé)*
 N° 47 : La violence faite au travail (épuisé)*
 N° 48 : L'enfermement
 N° 49 : La place du patient
 N° 50 : Mettre au monde
- N° 51 : Que fabriquent les images ?
 N° 52 : Féminin invisible : la question du soin
 N° 53 : Résister pour soigner (épuisé)*
 N° 54 : Infirmières, la fin d'un mythe
 N° 55 : Quelle formation pour quelle médecine ?
 N° 56 : L'alimentation entre intime et intox
 N° 57 : Non au sabotage ! L'accès aux soins en danger
 N° 58 : À quoi servent les drogues ?
 N° 59 : L'erreur en médecine
 N° 60 : Déserts médicaux : où est le problème ?
 N° 61 : Handicap ?
 N° 62 : Le jeu dans le soin
 N° 63 : En faire trop ?
 N° 64 : Le secret en médecine
 N° 65 : L'urgence en médecine (épuisé)*
 N° 66 : La fin de vie
 N° 67 : La folie. Une maladie ? (épuisé)*
 N° 68 : « Autonomie » et santé
 N° 69 : Ces maladies que l'on pourrait éviter
 N° 70 : La santé, une Zone À Défendre ?
 N° 71 : Question vaccinations...
 N° 72 : Quarante ans d'utopies... l'anniversaire
 N° 73 : Subjectif/objectif, l'inextricable
- N° 74 Santé : raviver les solidarités
 N° 75 Les huis clos de la violence
 N° 76 Santé et travail, passer de la plainte à l'offensive
 N° 77 Tout le contraire !
 N° 78 Essence et sens du soin
 N° 79 Santé connectée
 N° 80 La marchandisation des corps
 N° 81 Souffrir ?
 N° 82 Le rire est-il soignant ?
 N° 83 Faire autrement pour (se) soigner
 N° 84 Où va la psychiatrie ?
 N° 85 Réhumaniser le soin en psychiatrie et ailleurs...
 N° 86 Soigner : entre vérités et mensonges
 N° 87 Cherche médecin désespérément
 N° 88 Enfance mal traitée : société en danger
 N° 89 Manifestons-nous
 N° 90 Covid-19, autopsie d'une crise, 1^{re} partie
 N° 91 Covid-19, autopsie d'une crise, 2^e partie
 N° 92 Vieillir vivant
 N° 93 Peut-on soigner sans toucher ni être touché ?
 N° 94 La santé dans le monde d'après...
 N° 95 Le patient face au système de soin
 N° 96 « Un pognon de dingue »
 N° 97 « La Grande sécu que nous voulons



98
Mots dits soient et mal y pensent
20 €



99
Le soin déserté
20 €



99
Que reste-t-il de l'art dans la médecine ?
20 €

* Il est possible d'acheter les numéros 1, 2, 6, 27, 36, 37-38, 46, 47, 53, 58 et 65 épuisés sous forme de fichier .pdf via notre site : www.pratiques.fr rubrique « numéros parus »

Bulletin d'abonnement ou de parrainage

Coordonnées de la personne qui s'abonne elle-même ou qui parraine :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. : Fax :
E-mail :

Si je parraine, je choisis mon numéro offert, parmi ceux listés en page 95 :
à envoyer : à mon ou ma filleul(e) à moi-même

Coordonnées du ou de la filleul(e) :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. : Fax :
E-mail :

Je choisis la formule PAPIER suivante :

- l'abonnement **classique** d'un an, soit 4 numéros, soit **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro : **72 €**
- l'abonnement à **tarif réduit** d'un an, soit 4 numéros pour étudiant, jeune installé, demandeur d'emploi (uniquement par chèque/justificatif désiré) : **43 €**
- l'abonnement de **soutien** d'un an, soit 4 numéros : **143 €**
- l'abonnement pour les **collectivités** d'un an, soit 4 numéros : **75 €**

Je renvoie, ci-joint, par courrier postal mon chèque à l'ordre de *Pratiques*

Découvrez sur notre site l'abonnement « Intégral » !

- > Vous recevez la revue papier et vous téléchargez le pdf sur notre site.
- > Vous effectuez vos recherches bibliographiques à travers 20 années d'archives de *Pratiques*, plus de 2 000 articles indexés par auteurs et mots clés.
- > Vous téléchargez librement les revues et articles consultés, et cela, pendant toute la durée de votre abonnement.

Passez commande en ligne dans le premier tableau de la page « abonnements » de notre site, où le paiement par chèque est possible : www.pratiques.fr



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 et tapez de manière répétitive sur la touche Entrée. 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 : vous pouvez utiliser Acrobat Reader ou télécharger 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.

Bonne lecture !

Mots clef	Page
Abandon	74
Acceptation, tolérance	84
Accompagnement	89
Accompagnement global	38
Accouchement	38
Accueil, ouverture, disponibilité	45
	80
Activité professionnelle	60
Adaptation	60
Aliénation	34
Approche holistique	27
Argumentation, argumentaire	18
Asalée	27
Assig nation	94
Association, association de patients	51
Bricolage	36
Bénévolat	48
Catégories	94
Centre médico-psycho-pédagogique CMPP	80
	12
Clinique	38
	68
Collectif, action collective	18
	42
Colonialisme, colonisation, occupation	90
Comores	48
Concept	84
Créativité, inventivité	42
Deshumanisation	80
Discrimination	94
Economie de la santé, économie	68
	24
Ecoute	38
	90
	92
Effectifs	68
Emancipation	18
Empathie	38
Encadrement	45
	18
Engagement	42
	54
Enseignement	12
	66
Entretien annuel	60
Equipe soignante, travail en équipe	40
	62
Ergonomie	4
Ethique	56
	84
Etudiant	45
Evaluation	60
Exploitation	48
Financement	68
	12
	30
	38
Formation initiale, Formation continue	45
	62
	66
	74
	89
Gaspillage	34
Grade	66
Handicap, déficit	94
Hiérarchie, Rapports médecins infirmières	56
Humanité	18
	54
Incertitude, doute	54
	92
Indicateurs	68
Indépendance, Autonomie	94
	12
	27
Infirmier, infirmière en pratique avancée, IPA	40
	62
	66
	18
	22
	24
Infirmière, infirmier, infirmier(e) libéral(e)	36
	48
	54
	58
	74

Mots clef	Page
Jugement	84
Legislation, loi	92
Maisons de santé MSP, centre de santé, pôle de santé	40
Maisons médicales belges	51
	28
Maltraitance	45
	74
	34
Management, productivité, intéressement	60
Manipulation	80
Marchandisation	56
Morale	84
Morbidité	22
Mort, décès, mortalité	92
Médecin généraliste, médecine générale, médecine de famille	62
Médicament, firmes pharmaceutiques	56
Métier	58
	68
	56
Normes	84
Novlangue	80
Organisation du travail	58
	80
Outils, Outils de gestion, gestion	58
	68
Pensée	84
Perte de sens	34
Planification	34
Politique de la santé, système de santé	90
Protocole	56
Proximité	24
Préjugés	30
Présence	24
Psychoanalyse	4
	24
Psychiatrie, santé mentale, pédopsychiatrie, psychiatrie de secteur	30
	42
	80
Psychologie du travail	4
Ratio	68
Recherche	4
	12
	27
	36
Relation soignant-soigné, relation médecin-patient	40
	92
Responsabilité, responsabilisation, rendre compte, autonomie, impunité	18
Ressources humaines	48
Revenu, Rémunération soignants, à l'acte, forfaitaire, T2A, salariat	48
Risque	22
Récit de vie	90
Résistance	12
Révolte	74
	80
Sage-femme	38
	89
Santé, Santé communautaire	90
Segmentation	58
	68
Sens, sens du soin	36
	18
Soin	24
	74
	90
	12
Soins infirmiers	28
	30
	51
Soumission	18
Surmédicalisation, surdiagnostics, surtraitement	89
Technique	90
Technologie, innovation	56
Temps, temporalité	40
Travail réel, travail prescrit	36
	60
	4
	36
Travail, Conditions de travail	40
	48
	58
Tâches	60
Témoignage	51
Usure professionnelle	28
Vocation	28

Prati

Ballotées depuis toujours entre *desiderata* des médecins, volonté d'économies, pénuries organisées, décrets d'actes qui changent en fonction des nécessités, les infirmières restent le pivot essentiel de l'organisation des soins. Peu de professions développent une telle diversité d'exercice, à partir d'un diplôme unique.

Quid des valeurs qui les portent et qui semblent tomber en désuétude?

Comment sauver ce qu'il reste d'humanité dans la profession infirmière avant qu'elle ne disparaisse complètement?

Et la rubrique Idées donne la parole à Christophe Dejours sur son parcours de chercheur autour des questions de santé au travail.

Prochain numéro : L'enfant, au risque de la norme.

ques



9 782492 952005

Prix : 21 €

ISBN 978-2-492952-00-5

ISSN 1161-3726