

CHAPITRE II :

LES NIVEAUX DE REALITE DU ROLE INFIRMIER A TRAVERS LES DOCUMENTS

Nous venons de décrire le cadre théorique qui sert de référentiel à notre analyse. A travers les documents, nous avons mis en évidence comment les rôles émergent et sont vécus, témoins d'une longue histoire, la nôtre et celle des groupes qui nous environnent.

Nous allons entrer dans le vif de notre sujet en recherchant à travers d'autres documents, paroles de malades, récits d'infirmières, entre autres, comment le rôle professionnel se dessine. Nous pourrions ainsi l'appréhender à ses différents niveaux de réalité : niveau psychologique, où le rôle s'articule avec la personnalité, niveau sociologique qui fixe les normes du rôle, niveau psychosociologique, enfin où le rôle rencontre les attentes d'autrui.

SECTION I : ESQUISSE D'EVOLUTION HISTORIQUE

I.1 Evolution de la médecine

Au cours de l'histoire, "le médecin-sorcier se transforme en médecin-prêtre, en Dieu même avec Esculape. De magique la médecine devient sacerdotale, puis empirique, et enfin scientifique". Mordacq (81, p. 257)

Sur la longue évolution de la médecine, nous ferons simplement quelques remarques qui peuvent nous aider, par la suite, à analyser et comprendre le matériel dont nous disposons.

- Le pouvoir du médecin fut d'abord celui du sorcier et du mage, du prophète et de l'homme de Dieu ; on pouvait guérir en invoquant Dieu ou le Diable, à condition de savoir s'y prendre.

De tous temps, ce qui frappe le plus les foules, après la résurrection des morts, est probablement la guérison des malades, des infirmes, des aveugles, des sourds. Les Evangiles qui nous rapportent les actes de la vie de Jésus, soulignent le nombre et la nature des guérisons qu'il provoquait pour frapper les esprits, montrant que la guérison leur venait de Dieu même.

Fortement enraciné dans l'au-delà, le pouvoir du médecin a quelque chose du pouvoir divin. Actuellement, même si la science nous permet de comprendre les mécanismes de certaines guérisons, et de les provoquer, l'aspect magique a persisté : tout soignant qui a vu repartir sur ses jambes un blessé polyfracturé, après l'avoir vu arriver, sait qu'une partie de son esprit continue à s'étonner, tout au fond de lui-même.

Cette origine constitue certainement l'un des piliers les plus solides du pouvoir médical.

- La médecine a mis des siècles à sortir de sa gangue. Au début du XXème siècle, la situation peut être ainsi résumée :

. Les méthodes de diagnostic sont à leur début, sinon inexistantes.

. Les méthodes de traitement sont encore limitées, il n'y a que très peu de technicité.

. Les hôpitaux, qui se sont multipliés lors du siècle précédent, sont souvent destinés avant tout à fournir un lieu d'implantation à la recherche médicale.

. Les services hospitaliers sont immenses et sous l'autorité d'un seul médecin.

Un demi-siècle plus tard, en 1950, on peut dire qu'avec l'essor foudroyant de la technicité, se développent des moyens de plus en plus fins de diagnostic et d'investigations ; les moyens de traitement se multiplient, les techniques les plus poussées de réanimation et anesthésie ne mettront pas 10 ans, à partir de ce moment, pour s'implanter dans la plupart des hôpitaux.

La taille des services diminue progressivement, alors que le nombre des médecins et celui des étudiants ne cesse de croître.

Le trait le plus caractéristique de cette évolution, à notre avis, est le regroupement des malades dans les services, en fonction de la pathologie des divers appareils : gastro-entérologie, pneumologie par exemple. Il est actuellement très difficile de trouver des services de médecine générale ou de chirurgie générale dans les grands centres hospitaliers.

Cette évolution est dans la ligne d'une médecine qui a séparé les maladies de l'esprit et celles du corps, et qui finalement divise le corps lui-même en ses divers appareils. Suivant cette évolution, sont apparues successivement les diverses spécialités médicales correspondant à ces appareils. Nous soulignons donc la tendance de la médecine à morceler l'homme malade.

Parallèlement, le volume des connaissances indispensables ne cesse de croître : le savoir médical est le deuxième pilier du pouvoir du médecin.

- L'Ordre des médecins, solidement implanté, a le pouvoir, entre autre, d'autoriser un médecin à exercer, et celui de lui interdire l'exercice de la médecine. Le fait que ce groupe ait pu acquérir la puissance politique et sociale que nous lui connaissons est significatif : il reflète la considération et le prestige dont les médecins ont été et sont toujours entourés.

- Si les médecins furent autrefois souvent pauvres, il n'en est plus de même : l'apparition de la sécurité sociale et des divers systèmes d'assurance chirurgicale donne au médecin la certitude d'être payé pour les soins qu'il prodigue, sans avoir à s'inquiéter de la situation sociale de son patient, comme autrefois. Le médecin se trouve ainsi placé parmi les couches sociales favorisées dans le domaine financier. Ce prestige n'est pas le moindre et contribue à asseoir son pouvoir.

I.2 Evolution des soins infirmiers

Depuis l'avènement du christianisme, l'acte de soigner repose sur une valeur chrétienne qui l'assimile à un acte d'amour : venir en aide à son prochain, qu'il s'agisse d'un pauvre, d'un orphelin, d'un malade ou d'un mourant, est un acte qui s'inscrit dans la volonté de se rapprocher du modèle proposé par Jésus. De ce fait, la valeur sous-jacente est celle du rachat des péchés, valeur de Rédemption qui a survécu presque jusqu'à nos jours.

Elle n'est plus transmise sous cette forme, ni sous ce nom. Pourtant, nous en trouverons la trace indestructible dans les images actuelles de l'infirmière à travers des dérivés multiples : dévouement, gentillesse, patience avec les malades irascibles, promptitude à répondre à leurs appels, qui sont, entre autres, des qualités prônées aux infirmières du monde entier.

Les premières tentatives d'organisation des soins apparaissent vers le Vème siècle, lorsque commencera la grande histoire des ordres monastiques. Désormais, les "actes de Charité" que nous citons plus haut seront assumés par les moines, tour à tour médecins, infirmiers, bienfaiteurs des pauvres, dispensateurs de nourriture, de travail pour ceux qui en cherchent, et de savoir pour les illettrés.

En 1250, apparaît le premier ordre religieux soignant (Note 1) : les moniales de St Augustin. Le déclin des ordres religieux, avant la Renaissance,

Note 1 : Par cet aperçu de l'histoire des ordres religieux soignants, nous ne faisons que silhouetter une ligne d'évolution qui nous ramènera à notre propos.

va donner aux frères laïcs et servants le droit de soigner. Un renouveau sera apporté par St Vincent qui, en 1633, crée la première école d'infirmières.

Avec la Révolution, les religieux seront chassés des hôpitaux et les soignants laïcs, des "servants", resteront longtemps seuls pour assurer les soins. Privés de l'apport financier que la charité publique assurait aux religieux, les hôpitaux auront bien du mal à fournir des soins de qualité. Celle-ci restera longtemps variable d'un hôpital à un autre.

Nous ne pensons pas trahir l'évolution des soins en disant que :

- Au début du XXème siècle, les soins infirmiers consistaient en fait à assurer l'hygiène, le confort hôtelier, la diététique nécessités par les malades ; tenir propres les locaux et le matériel ; donner des soins rudimentaires : ventouses, prise de température etc... et assurer les tâches de service social.

- Vers 1945, une modification de l'orientation des soins apparaît avec l'évolution de la médecine :

. Des techniques médicales vont être progressivement absorbées dans les soins infirmiers : ainsi les soins techniques vont se multiplier dans les tâches de l'infirmière, et le nombre de chacun d'entre eux augmenter aussi, au fur et à mesure que les demandes s'accroîtront.

Les infirmières se verront confier successivement : les perfusions et transfusions, des examens parfois complexes, des manoeuvres de réanimation, l'anesthésie, certaines ponctions....

L'aspect technique des soins infirmiers constitue un attrait puissant pour les élèves infirmières qui, très vite au cours de leurs études, se mettent à délaisser les soins plus simples. Les actes techniques sont très nettement valorisés, non seulement parce qu'ils comportent plus de responsabilités et sont moins "ennuyeux" mais aussi parce qu'ils appartenaient à l'origine au champ d'action médical : plus un médecin a confiance dans une infirmière et plus il a tendance à l'initier à des actes techniques compliqués, avec la certitude qu'en faisant ainsi, il lui accorde une sorte de promotion. Dès cette époque, les soins sont centrés sur la maladie et sur la technique.

. Le développement, l'intensification de la recherche médicale introduisent encore d'autres techniques dans le champ d'action infirmier. Examens spéciaux, mesures de toutes sortes, essais de médicaments, ne cessent de se multiplier et demandent du temps et de la compétence.

. Nous retiendrons une classification proposée par M. L. Badouaille (4) : les techniques à inclure dans les soins infirmiers comportent, selon elle :

- o Des techniques spécifiques à chaque profession paramédicale, techniques à visée diagnostique ou thérapeutique.
- o Des techniques d'organisation du travail et d'administration.
- o Des techniques de relation, que celle-ci soit le soin lui-même ou un support du soin.
- o Des techniques hôtelières.

- Après 1960, est apparu progressivement un courant de nouvelle orientation des soins infirmiers. Venu des pays anglo-saxons, ce courant comporte la centration des soins sur la personne malade, mais aussi l'extension du champ d'action infirmier aux domaines de la prévention et de la réinsertion sociale. Enfin, le malade sera le plus possible resitué dans son contexte affectif, social, racial, religieux... Cette orientation a pénétré dans la plupart des écoles d'infirmières, mais elle ne pénètre que très lentement dans le milieu soignant hospitalier.

I.3 Evolution du service infirmier :

I.3.1 Origine des infirmières :

Après les grands ordres militaires et soignants (par exemple : les hospitaliers de St Jean de Jérusalem), qui se maintinrent un certain temps, les caractères féminins et religieux de la fonction infirmière coexistent dès qu'apparaît un embryon d'organisation, ainsi que le caractère de gratuité qui accompagne les services rendus à ce titre.

De cette origine découlent des valeurs auxquelles nous avons déjà fait allusion et que nous résumons :

- La femme, culturellement vouée aux soins de la maison et des enfants, prend rarement part aux décisions.

- La religieuse est toujours soumise à une supérieure très puissante par le voeu d'obéissance qui fait de la hiérarchie religieuse un instrument d'inspiration divine. Elle ne participe donc que rarement aux décisions. La religieuse a "une vocation" : elle se voue à Dieu, et dans le cas d'un ordre soignant, au "prochain malade", donnant ainsi à son travail infirmier une dimension sacrée.

Ainsi, au départ, l'infirmière, femme et religieuse, est sous la dépendance masculine pour une part importante de sa vie. Soumission et exécution des ordres sont la règle. Sa vie professionnelle est fortement imprégnée du caractère religieux de sa vie personnelle : vocation, dévouement, gratuité de la présence, permanence nuit et jour, disponibilité quasi-illimitée, désintéressement financier, ... caractère réparateur du travail (Rédemption).

Ce dernier caractère s'accrut lorsque St Vincent de Paul recruta, en plus des veuves et des orphelines, et des jeunes filles de bonne santé et bonne réputation, des "filles-mères" et des "pécheresses converties".

I.3.2 Au XIXème siècle :

Florence Nightingale, en créant son école d'infirmières en Angleterre, ouvrit l'accès de la profession d'infirmières à des jeunes filles sans qu'elles soient obligées d'entrer en religion.

Peu à peu les autres pays européens firent de même.

Au début du XXème siècle, les religieuses étaient très nombreuses dans les hôpitaux publics. Elles y occupaient les postes de responsabilité. Elles étaient assistées par un personnel soignant laïc qui n'occupait alors jamais de postes de responsabilité. Ce personnel est décrit dans les documents comme étant issu de classes sociales défavorisées : il y a des alcooliques, des sans-logis ; la plupart de ces aides sont illettrés.

A cette époque apparaît une division des tâches de soin en tâches nobles assumées par les religieuses (organisation, décision, soins les plus techniques) et des tâches moins nobles (hygiène, propreté...) assumées par les soignants laïcs. A part la religieuse et ce personnel auxiliaire, il n'y a aucune autre profession para-médicale.

Vers 1938, les assistantes sociales vont se substituer aux "visiteuses" garde-malades qui étaient jusque là des infirmières. Le champ d'action infirmier va se trouver amputé de son aspect social, des tâches éducatives, de réinsertion, de conseil et aide aux familles.

Il sera ainsi officiellement reconnu que l'infirmière travaille essentiellement pour les malades. Peut-être trouvons-nous là l'origine du paradoxe auquel nous sommes arrivés : un malade hospitalisé peut être soigné par une infirmière qui ne sait rien de son contexte de vie habituel. En poussant la caricature à l'extrême, ce malade peut être soigné en rupture totale avec son milieu de vie, sa famille, son travail, sa religion.

Par la suite, le champ d'action infirmier sera de nouveau découpé avec l'apparition de professions dont les tâches essentielles ressortaient jusque là du rôle infirmier : masseurs-kinésithérapeutes, laborantines,

psychologues hospitaliers...

I.3.3. Les groupes actuels de soignants :

Trois groupes coexistent :

- Les religieuses, ou garde-malades congréganistes.
- Les laïcs soignants des hôpitaux publics.
- Les infirmières laïques du service privé dont le noyau le plus important fut longtemps constitué par les infirmières de la Croix-Rouge, personnel bénévole à l'origine, issu des classes sociales favorisées.

Nous ferons nôtre l'analyse comparative de C. Mordacq (81) qui situe ces trois groupes les uns par rapport aux autres :

o Leurs similitudes :

- Pour toutes, le fonctionnement est basé sur l'obéissance : religieuse pour les premières, administrative pour les deuxièmes et militaire pour les dernières.

- L'absence ou la modicité de l'apport financier : voeu de pauvreté des religieuses, salaire misérable des laïcs soignants considérés comme peu qualifiés au départ, enfin bénévolat des infirmières privées qui considéraient le salaire comme méprisable.

- La faible valeur de la formation professionnelle pour les deux premiers groupes ; mais pour le dernier groupe, cette formation est hautement considérée et donnera très vite lieu à un diplôme.

o Leurs différences :

- La finalité professionnelle va de la vocation, avec voeux et engagement personnel (d'où stabilité de ce personnel), au contrat des laïcs du service public, signifiant que ce personnel a surtout besoin de gagner sa vie. Quant au personnel du dernier groupe, il fait le choix d'exercer une profession honorablement reconnue. Il s'agit souvent de célibataires qui ne font ce choix que pour un temps déterminé.

- Le sentiment d'appartenance varie : les religieuses appartiennent à une congrégation, le deuxième groupe à une administration, et le troisième est le seul, à l'origine, à se percevoir comme faisant partie d'une profession.

C. Mordacq émet l'hypothèse que pour arriver à ne former qu'une "profession" ces trois groupes ont tenté de trouver un langage commun, une aspiration, une volonté communes et que cette unification s'est faite à travers la TECHNIQUE :

"La technique vue comme un bien propre aux infirmières qui s'acquiert par des études, constituera le signe de ralliement. Cette technique recouvre surtout les soins pratiques, les gestes et des connaissances médicales abrégées."

(81, p. 257)

Le programme des études d'infirmières paru en 1951 est certainement le fruit d'un tel consensus. Depuis, la notion de soin infirmier a progressivement mûri au sein des groupes et des personnes et a provoqué la refonte de ce programme à deux reprises : 1961 et 1972.

Que conclure de cette évolution ?

D'auxiliaire du malade qu'elle était à l'origine, l'infirmière est devenue l'auxiliaire du médecin.

Cette attraction dans le champ médical laisse un vide auprès du malade. Des groupes d'auxiliaires soignants apparaissent : ils effectuent les tâches moins techniques abandonnées plus ou moins par les infirmières. Celles-ci auront tendance à confier ces tâches aux élèves ou aux aides car elles permettent trop d'identifier les infirmières avec les servants du début du siècle.

Les religieuses sont peu à peu remplacées par des infirmières laïques. Ce remplacement ne s'est pas fait sans heurts : à une époque les religieuses occupaient la plupart des postes de responsabilité (pour certains hôpitaux seules les religieuses infirmières appartenant à la communauté rattachée à l'hôpital pouvaient être nommées surveillantes d'un service.) Depuis, les infirmières rejettent violemment le concept de vocation que l'on rattacherait volontiers à leur profession : ce concept les identifie aux religieuses, justifie les exigences de présence illimitée et l'insuffisance des salaires.

I.3.4. Organisation du service infirmier dans l'hôpital :

Nous retranscrivons ici une description des cinq systèmes d'organisation recensés par Florence Nightingale et cités par C. Mordacq (81)

Le classement se fait en fonction de deux facteurs :

- l'administration de l'hôpital
- l'organisation du service infirmier

Nous distinguerons donc :

o. Les systèmes où les deux sont séparés :

- a) Cas où les infirmières sont des religieuses responsables

des soins sous leur propre autorité, l'administration est assurée par des administrateurs laïcs.

b) Cas où les infirmières sont des laïques responsables des soins sous leur propre autorité, l'administration est assurée par des administrateurs laïcs.

Dans ces deux cas, les deux autorités sont nettement séparées. Il existe dans les deux une hiérarchie infirmière qui gère et contrôle les soins, le personnel infirmier et le personnel soignant auxiliaire.

o Les systèmes où les deux facteurs sont confondus dans une seule autorité :

c) Les soins et l'administration de l'hôpital sont assurés par des infirmières religieuses.

d) Les soins et l'administration de l'hôpital sont assurés par des infirmières laïques.

e) Un corps d'administrateurs laïcs est responsable de la gestion de l'hôpital et contrôle les soins et tout le personnel infirmier. Dans ce cas, les infirmières sont sous l'autorité de ces administrateurs.

F. Nightingale eut l'occasion, au cours de ses voyages, de voir de nombreux exemples des deux systèmes. Elle fit, à l'époque, cette remarque :

- Partout où le corps infirmier est responsable des soins et du personnel infirmier, et lorsque l'administration de l'hôpital est assurée à part, par des administrateurs laïcs, les malades sont bien soignés. Ces systèmes (a et b) sont, à son avis, bénéfiques pour les malades et pour le personnel (une négligence passera moins inaperçue, dit-elle, que dans les autres systèmes).

- Elle considère toutes les autres organisations comme inadéquates, constatant dans ces cas là "des règles ineptes, un personnel détruit physiquement et moralement, et des malades mal soignés." C. Mordacq (81, p. 257)

En France, le système a) fut longtemps en vigueur dans les hôpitaux publics. Actuellement la plupart des hôpitaux sont régis par le système e). Cependant depuis quelques années, nous constatons la tendance à introduire une hiérarchie infirmière au niveau de l'hôpital avec la création des postes d'infirmière générale et d'infirmière générale adjointe. Mais ce n'est pas encore la séparation réelle des pouvoirs car cette infirmière générale est toujours sous l'autorité du Directeur de l'hôpital.

Le pouvoir de l'infirmière générale apparaît donc, dans ce système, comme une délégation de pouvoir sous contrôle du Directeur. Encore faut-il

ajouter que ce pouvoir délégué est soumis à des variations considérables selon la personne du Directeur.

De plus, tant que les responsables du service infirmier dépendront des administrateurs, il sera difficile qu'ils soient considérés par les infirmiers autrement que comme des agents de l'administration délégués pour les contrôler. La collusion entre l'administration et la hiérarchie infirmière est perpétuellement redoutée par le personnel infirmier et particulièrement par les organisations syndicales. Voici un exemple de cette crainte : Dans un hôpital public, trois infirmiers sont chargés de la formation permanente, à la demande de l'infirmière générale de cet hôpital. Par ailleurs ils sont tous les trois syndiqués et membres actifs de leur organisation syndicale. Celle-ci vient de les mettre en demeure de se désaisir des responsabilités qu'ils assumaient dans la commission de travail pour la formation permanente. L'argument avancé est que, ce faisant, ils sont au service de l'administration et donc au service du pouvoir administratif.

I.4 Evolution de l'enseignement infirmier (Note 1) :

Nous relaterons maintenant, parallèlement, l'évolution de l'enseignement infirmier, les diplômes qui furent créés, ainsi que les divers avatars de cette évolution.

1901 Date historique : Le Docteur Anna Hamilton ouvre à Bordeaux la première école, au sein de la maison de santé Protestante dont elle vient d'être nommée directeur. Cette école devint l'école Florence Nightingale.

En 1908, sept écoles fonctionnaient en France : quatre écoles du service public, trois du service privé, toutes sur le modèle de l'école F. Nightingale. Leurs directrices ont été envoyées en Angleterre pour s'y former. Les études d'infirmière durent deux ans et comprennent des cours et des stages.

1922 A la suite d'un long travail des infirmières, paraît un décret portant sur la création d'un diplôme professionnel délivré par le ministère, l'organisation d'examens officiels, la reconnaissance administrative indispensable pour les écoles qui dispenseront l'enseignement et enfin, la création du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières.

1924 Délivrance des premiers diplômes. Le bureau central des infirmières créé au ministère de l'hygiène et de l'assistance est chargé de créer

un fichier signalétique de tout le personnel infirmier, d'organiser les examens, d'étudier les conditions techniques, matérielles et sociales dans lesquelles sont utilisées les infirmières.

Malgré tous les efforts de l'association des infirmières, quand la guerre éclate, il n'existe encore aucun statut ni loi réglementant l'exercice de la profession.

- 1938 Un décret très important supprime le diplôme de visiteuse d'hygiène sociale et crée deux diplômes séparés :
- le diplôme d'état d'infirmière hospitalière
 - le diplôme d'état d'assistante du service social, avec trois ans d'études, la première année d'études étant la même pour les deux diplômes.
- 1946 La loi du 8 avril réglemente l'exercice de la profession d'infirmière.
- 1948 Création de l'association des écoles : C. E. E. I. E. C., sur le conseil du conseil international des infirmières, pour étudier les différents problèmes posés par les études d'infirmières et leur organisation.
- 1951 Un programme d'études est promulgué. Création de la première école de cadres infirmiers : c'est une création de la Croix Rouge Française.
- 1958 Reconnaissance officielle des diplômes délivrés par les écoles de Cadres :
- le Cafim : certificat d'aptitude aux fonctions de monitrice d'école d'infirmières,
 - le Cafis : certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante.
- 1961 Un deuxième programme voit le jour et remplace celui de 1951. Quoique beaucoup plus centré sur le malade, il se révèle rapidement inadapté quant aux capacités relationnelles trop peu développées et quant aux problèmes de vie de groupe entre autres...
- 1972 Un troisième programme est élaboré après de nombreuses années de travail : centré sur la personne soignée, il tente de combler les lacunes du précédent et de faire apparaître les secteurs de prévention et de réadaptation, introduisant la notion de santé publique plus globale dans les études.
- Création du troisième certificat cadre : le certificat d'infirmière cadre de santé publique.

1975 Les deux premiers certificats de cadre infirmier : le Cafim et le Cafis, sont fondus en un seul certificat, ne différenciant plus les fonctions de surveillante et de monitrice. A leur place est créé un certificat unique : le certificat cadre infirmier. (Note 1)

SECTION II : LE ROLE PRESCRIT : NIVEAU SOCIOLOGIQUE DU ROLE

Dans ce chapitre, nous étudierons le rôle prescrit sous deux aspects :

- le statut, qui inclut les valeurs et coutumes et les devoirs attachés par la société à ce statut,
- les normes du groupe professionnel.

II.1 Le statut :

II.1.1 Le champ d'action infirmier :

- A travers les articles du Code de la Santé Publique :

ARTICLE L 473 : Est considéré comme exerçant la profession d'infirmier ou infirmière, toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés, des soins prescrits ou conseillés par le médecin.

ARTICLE L 474 : Il fixe les conditions légales d'exercice de la profession : un des brevets fixés par le décret de 1922, ou le diplôme unique délivré depuis 1938, ou une dérogation.

ARTICLE L 372 : Il s'applique aussi aux infirmières dans la mesure où il définit l'exercice illégal de la médecine d'après l'arrêté du 6.1.1962 qui répertorie les actes médicaux en les classant en trois catégories (Note 2) :

- actes de la compétence exclusive des médecins,
- actes ne pouvant être exécutés que sous le contrôle effectif des médecins,
- actes pouvant être effectués en dehors de la présence des médecins, sur prescription.

Note 1 : Pour les équivalences au Diplôme d'Etat, voir Annexe N°3

Note 2 : Voir en annexe N° 4 le texte complet répertoriant ces actes.

En résumé :

L'infirmière est définie en fonction des tâches qu'elle effectue. Ces tâches sont appelées actes médicaux, doivent être conseillées ou prescrites et, pour un nombre important d'entre elles, elles ne peuvent être effectuées que sous la supervision directe du médecin. Il s'agit donc d'actes que le médecin ne veut ou ne peut plus faire.

L'infirmière est une auxiliaire médicale dont le champ d'action légal est entièrement découpé dans le champ médical.

Nous relevons le paradoxe d'une telle définition en nous servant d'un principe de base de l'organisation du travail : une profession définie en fonction des tâches à effectuer, est définie en fonction d'un QUOI (la tâche étant le "quoi"). On a omis de la définir ici en fonction d'un POURQUOI (le "pourquoi" étant les fonctions auxquelles ces tâches correspondent.)

- A travers la définition de la catégorie B dans la fonction publique :

Il nous a paru extrêmement intéressant de travailler sur la définition de la catégorie dans laquelle les infirmières sont classées dans la Fonction Publique. Nous nous référons à un article publié dans la Revue de l'Infirmière par Mr Defrasne (23), président du syndicat national des infirmières et infirmiers diplômés d'état.

Le statut général des fonctionnaires comprend quatre catégories.

o L'infirmière fut d'abord classée dans la catégorie C qui regroupe les fonctions d'exécution qui "s'exercent dans le cadre de directives ou d'ordres beaucoup plus précis et limités", en sorte qu'elles ne laissent qu'une place plus faible à l'initiative personnelle.

o Depuis peu de temps, l'infirmière est rattachée à la catégorie B :

"Elle consiste à traduire en mesures particulières les principes généraux contenus dans un texte législatif ou réglementaire. Elle est essentiellement le fait des agents chargés d'apprécier et de régler, au regard d'une législation ou d'une réglementation donnée, la situation particulière des administrés".

Mr Defrasne suggérait de remplacer dans ce texte :

législatif par diagnostic,
réglementaire par prescription,
et administrés par malades...

On obtient ainsi une autre définition du champ d'action infirmier.

Le texte définit aussi que cette fonction est une fonction d'application :

"S'exerçant dans le cadre de ces directives, la fonction d'application laisse à ceux qui en ont la charge un pouvoir d'initiative, d'appréciation, d'interprétation, et même parfois de décision qui, dans certains cas, peut entraîner parfois de lourdes responsabilités".

Le texte spécifie enfin que pour accéder à cette fonction, le concours devra être d'un niveau élevé et qu'un diplôme de l'enseignement du 2ème degré devra être requis en principe.

A première vue, une interprétation de ce texte pour définir le champ d'action infirmier met ce texte en contradiction avec les articles du code de la Santé Publique cités plus haut. En fait, il s'agit davantage d'une nouvelle vision des responsabilités de l'infirmière, que d'une contradiction : les articles du code ont vieilli !

II.1.2 La responsabilité civile et pénale :

Bien que le champ d'action infirmier soit découpé dans le champ médical, l'infirmière peut être déclarée responsable et poursuivie, jugée pour des actes professionnels en infraction contre la loi. Ainsi par exemple, elle peut être poursuivie pour homicide involontaire, coups et blessures involontaires, atteinte volontaire à la vie, non assistance à personne en péril, violation du secret professionnel, infraction à la réglementation concernant les stupéfiants.

Il existe aussi une forme de responsabilité devant l'organisme employeur qui peut sanctionner de diverses manières une infirmière pour des actes commis durant son service.

II.1.3 La rémunération :

Cet aspect de la question trouve bien sa place ici car il donne une certaine image sociale, dans le monde des adultes, où la valeur argent occupe une place importante.

Le salaire est une dimension du statut dans ce sens qu'il reflète la volonté des pouvoirs publics, délégués par la société, à l'égard d'une

catégorie professionnelle. C'est cette dimension qui permet de comprendre l'hostilité rencontrée par la prime de 250 F. accordée par Mme Veil au personnel infirmier. Cette prime mensuelle semble une aumône dans la mesure où elle ne représente pas une augmentation de salaire (elle ne compte pas pour la retraite).

Par ailleurs, la nature des salaires accordés dans le secteur privé de santé dépasse ceux du secteur public. Les infirmiers de ce dernier secteur peuvent donc avoir l'impression d'être un prolétariat de la santé.

Le salaire accordé reste bas au regard :

- du niveau d'études exigé à l'entrée,
- des deux années de formation,
- des responsabilités assumées réellement,
- des contraintes de travail pesant sur la vie professionnelle et personnelle,
- d'autres professions ne demandant pas les mêmes études.

Des contradictions évidentes existent même au sein de l'administration sur ce plan : Selon Mr Raynaud (100), président de la fédération hospitalière de France, il existe un écart de 1 à 10 ou 15 entre la rémunération de l'infirmière et celle de son patron médecin.

Par ailleurs, un hôpital peut "acheter" 4.600 F. par mois une infirmière à un organisme intérimaire et payer 2.000 F. celle qui fait le même travail, mais fait partie du personnel de l'hôpital.

Enfin, remarquons qu'une infirmière titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions de surveillante et du diplôme de l'école internationale (c'est-à-dire qui a fait trois années d'études après le diplôme d'état) n'atteint pas le salaire de 4.600 F. par mois, après 15 ans de service, même avec le grade de surveillante chef. (Note 1)

Parmi les facteurs couramment cités comme cause de cet état de fait notons :

- l'origine religieuse des infirmières,
- la vogue du bénévolat parmi les infirmières laïques du début du siècle,

Note 1 : La surveillante-chef, quand elle existe, se situe, sur le plan du grade, entre la surveillante d'unité de soins et l'infirmière générale. Elle supervise un groupe restreint d'unités de soins.

- l'extrême féminisation de cette profession,
- le petit nombre d'infirmières syndiquées et militant dans des organismes syndicaux.

II.2 Les normes du groupe professionnel

Elles sont véhiculées au moins par deux types de documents : les définitions de l'infirmière données par les groupes professionnels d'une part et d'autre part, le code de déontologie.

II.2.1 Les définitions de l'infirmière :

- Définitions proposées sur le plan international :

En 1965, le Conseil International des Infirmières proposa une définition par le biais du 5ème rapport d'experts de l'O. M. S. (135)

"L'infirmière est la personne qui, ayant suivi un enseignement infirmier de base, est apte et habilitée à assumer dans son pays la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la la prévention de la maladie et les soins aux malades."

(P. 9)

Notons qu'ici sont définis les secteurs de responsabilité de l'infirmière, et les conditions pour qu'elle puisse exercer.

En 1967, l'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières (134) apporte une définition beaucoup plus détaillée (Note 1) :

- a) L'infirmière en soins généraux exerce conformément à la réglementation en vigueur dans son pays, les fonctions essentielles suivantes :
 - o Dispenser des soins infirmiers compétents aux personnes dont l'état le requiert, compte-tenu des besoins physiques, affectifs et spirituels du malade en milieu hospitalier, au foyer, à l'école, au lieu de travail.
 - o Observer les situations ou conditions physiques ou affectives qui exercent un effet important sur la santé et communiquer ces observations aux autres membres de l'équipe sanitaire.

Note 1 : Cet accord fut publié au journal officiel du 7.2.1975 sous la signature de Mme Veil.

o Former et guider le personnel auxiliaire nécessaire pour répondre aux besoins de toute institution de santé.

b) Dans ce rôle, l'infirmière doit juger à tous moments des soins infirmiers dont chaque malade a besoin et lui affecter le personnel nécessaire correspondant.

Cette fois sont définis :

- o les besoins auxquels les soins doivent répondre,
- o les lieux dans lesquels ces soins peuvent être dispensés,
- o un rôle par rapport à la santé publique,
- o un rôle éducatif à l'égard du personnel auxiliaire,
- o la position de leader de l'infirmière dans l'équipe soignante dans son sens restreint (A. S. H. ; A. S. ; et infirmières). (Note 1)

En 1975 enfin, nous trouvons dans le Bulletin de l'Infirmière Enseignante, une proposition de modification, par rapport à cette dernière définition, émanant d'un membre du C. E. E. I. E. C. :

En tête : "l'infirmière est une personne qui a terminé avec succès l'enseignement sanctionné par le diplôme correspondant à la législation en vigueur. Ses fonctions... etc."

Et à la place du b) : "dans ce domaine, dont elle est responsable, elle aura le souci de discerner les besoins de la personne et d'organiser les soins infirmiers en conséquence."

- Définitions tirées des programmes d'enseignement infirmier français :

Nous constatons une évolution de la définition dans les trois programmes qui se sont succédés (voir annexe N° 5) :

o Dans le programme de 1951 : Dans le préambule, nous trouvons, comme seule recommandation, la nécessité de l'acquisition des réflexes d'asepsie. La caractéristique essentielle de l'enseignement doit être l'acquisition de connaissances permettant d'orienter le diagnostic des maladies portées au programme, et de déceler les signes d'alarme qui imposent le recours au médecin.

Note 1 : A. S. H. agent du service hospitalier

A. S. aide-soignant

o Dans le programme de 1961 : Dans l'introduction, il est noté la complexité du rôle à remplir dans ses deux aspects fondamentaux : les soins de base (hygiène etc...) et les soins techniques.

Sont aussi précisés trois aspects de ce rôle : technique-soignant, pédagogique et éducateur.

Cette introduction donne enfin une image d'infirmière qui se rapproche de la définition de la catégorie B dans la fonction publique : elle doit pouvoir "comprendre" ce qu'elle fait, "participer intelligemment" à la surveillance du malade, "décider et effectuer" certains soins avant l'arrivée du médecin.

Les études doivent viser à faire acquérir à l'infirmière : "une ouverture d'esprit lui permettant de ne pas se limiter à l'exécution matérielle des soins, mais de saisir dans chaque cas l'ensemble de son rôle." (P. 2)

o Dans le programme de 1972 : D'autres dimensions vont apparaître : le précédent formait une infirmière hospitalière et accordait une part importante à la maladie et à la technique. Il recentrait les soins sur le malade et situait les responsabilités de l'infirmière sur un champ plus vaste. Ce nouveau programme définit d'abord les soins infirmiers qui sont "la fonction essentielle et originale de l'infirmière".

Dans cette définition, le programme reprend d'abord la définition donnée dans le Vème rapport O. M. S. (135), puis modifie l'axe de la définition en le centrant sur la santé :

"promotion de la santé...

"répondre aux besoins de santé...

"éducatrice de la santé...

"maintien, restauration de la santé."

Il y a là un véritable bouleversement de l'image traditionnelle de l'infirmière "penchée sur un malade" pour le soigner. Les soins aux malades ne sont plus qu'une partie du rôle infirmier. La promotion de la santé est désormais le socle de cet enseignement.

Cette nouvelle vision de l'infirmière n'est pas apparue en un an : depuis plusieurs années, de nombreux groupes travaillaient à l'élaboration d'un nouveau programme qui reflèterait une autre vision. Les courants de pensée anglo-saxons apportés par certaines infirmières enseignantes, permirent de concrétiser ce désir d'une autre vision d'infirmière.

En résumé, nous avons répertorié jusqu'ici des définitions

d'infirmière en termes :

De légalité : quelle formation, quel diplôme pour exercer.

De tâches : que fait-elle : nature de ses activités, des soins dispensés, du secteur à couvrir, des responsabilités...

De fonctions : pourquoi fait-elle ceci ? Cette dernière définition apparaît avec le dernier programme qui donne réellement des contenus de fonction et presque des finalités.

D'être : comment fait-elle ceci ? Quelles valeurs sont sous-jacentes à son action, à son comportement...

II.2.2 Le code de déontologie (Voir Annexe N° 6) :

Différents codes de déontologie se sont succédés. Ils émanent des congrès internationaux d'infirmières qui se réunissent tous les quatre ans. Celui de Mexico, en 1973, a révolutionné la formulation de l'ancien code de déontologie.

Il nous livre les normes et valeurs du groupe professionnel ainsi que les diverses responsabilités :

- Les normes et valeurs correspondent à un consensus de groupe.

Il s'agit de principes de déontologie applicables aux soins infirmiers :

o Le respect de la vie, de la dignité humaine et des droits de l'homme sont partie intégrante des soins infirmiers.

o Les soins infirmiers ne sont influencés ni par la race, la nationalité, la croyance, la couleur, l'âge, le sexe, l'ordre politique ou social.

o Les soins infirmiers comprennent le respect des croyances, valeurs et coutumes de l'individu.

o Le secret professionnel est inhérent aux activités de l'infirmière.

o L'infirmière fait preuve en tous temps d'une conduite qui honore sa profession.

Quatre points concernent la personne soignée, le client de l'infirmière. Le dernier la concerne personnellement. C'est un condensé de formulations antérieures où il était en fait recommandé à l'infirmière d'avoir, en d'autres termes, une tenue et un comportement irréprochables dans sa vie privée comme dans sa vie professionnelle et une "moralité" stricte.

TABLEAU N° 1

DEFINITIONS ET RESPONSABILITES

DE L'INFIRMIERE DANS LES DIFFERENTS TEXTES

N°	Eléments comparés	Leur contenu
1	Code de la Santé Publique	Définition de tâches découpées dans le champ médical (le QUOI), effectuées sur prescription, énumérées sur une liste légale définissant l'exercice illégal de la médecine ; soins médicaux donnés à domicile ou en service. Définition d'une responsabilité civile et pénale et des conditions d'exercice.
2	Catégorie B de la Fonction Publique	Fonction d'application avec pouvoir d'initiative, d'appréciation, d'interprétation, de décision, et parfois de lourdes responsabilités. Niveau diplôme 2ème degré requis.
3	Accord Européen	Définitions des besoins auxquels l'infirmière doit répondre, des lieux où elle exerce ; rôle par rapport à la Santé Publique, rôle éducatif pour le personnel auxiliaire et position de leader dans l'équipe soignante. Niveau de formation défini 2ème degré.
4	Programmes d'enseignement	<u>De 1961</u> : Forme une infirmière hospitalière avec rôles technique, pédagogique, éducatif. Capacités de comprendre, participer intelligemment, décider éventuellement, saisir l'ensemble des soins.
5		<u>De 1972</u> : Rôle infirmier centré sur la santé. Promouvoir, éduquer, prévenir les maladies, restaurer la santé, rééduquer etc... Décentration par rapport à la maladie. Définition de fonctions.
6	Code de Déontologie	<u>Définit des responsabilités</u> par rapport à l'exécution des soins (notion d'équipe soignante), à la définition des normes d'exercice et d'enseignement des soins, à la recherche, à l'amélioration des conditions économiques et sociales de travail. Définition idem 4 et 6
7		<u>Définit des valeurs</u> (le "comment on soigne") : respect de l'homme (race, âge, sexe, religion, coutumes, convictions etc...), malade considéré quel que soit son niveau social, secret professionnel, conduite honorant la profession.

- Les responsabilités sont définies lapidairement en quatre points :
 - promouvoir la santé,
 - prévenir la maladie,
 - restaurer la santé,
 - soulager la souffrance.

Elles sont détaillées par rapport à trois dimensions :

- o Responsabilité personnelle dans l'exécution des soins infirmiers : les maintenir à un haut niveau, assurer sa propre compétence, s'assurer de celles des collègues à qui l'infirmière délègue des tâches ; tout ceci en coopération avec tous les travailleurs de la santé.
- o Responsabilité dans la définition et l'application des normes souhaitables à l'exercice et l'enseignement des soins infirmiers ; participation à la recherche.
- o Responsabilité dans l'amélioration des conditions de travail sur le plan économique et social.

Notons ici l'apparition d'une donnée nouvelle : la responsabilité de l'infirmière par rapport à l'enseignement des soins et à la recherche.

II.3 Accords et divergences : (voir le tableau ci-contre)

. Les valeurs :

Les documents qui font mention de Valeurs sont le code de déontologie, l'Accord Européen et le préambule du nouveau programme. Dans ces deux derniers textes, il s'agit de notions assez floues.

Une contradiction existe donc entre :

- une profession dont l'objet de travail est l'homme et qui, de ce fait, engagera forcément des valeurs dans ce travail,
- un rôle prescrit en termes légaux (code de la santé) mais dont le socle de valeurs n'a pas et ne peut pas avoir force de loi (code de déontologie),
- et des êtres humains appelés à assumer le rôle d'infirmier, chacun avec son système de valeurs.

. Définition de l'infirmière :

Selon l'analyse effectuée P. 35, des contradictions vont surgir des points suivants :

Les infirmières actuellement en exercice dans les hôpitaux ont été formées avec les anciens programmes ; il en est de même pour une partie des monitrices.

Les modèles professionnels proposés peuvent donc être en discordance avec l'esprit et même la lettre du nouveau programme. Entre autres, nous avons remarqué que la vision de l'infirmière proposée actuellement est différente en ce qu'elle a un champ d'action vaste qui déborde largement le cadre hospitalier. La formation comporte donc des secteurs diversifiés, or c'est l'hôpital qui a le plus de besoins à court terme et absorbe la majeure partie des nouvelles infirmières.

. Le champ d'action de l'infirmière

- Nous relevons l'accord qui existe sur ce point entre les propositions de la catégorie B, celles de l'Accord Européen, celles du dernier programme et celles du code de déontologie. (Eléments 2, 4, 6 et 7 du tableau).

- En opposition à ces documents : le code de la santé publique.

Le champ d'action, défini par découpage dans le champ d'action médical pour le code de la santé, est défini comme spécifique dans les autres documents.

Ce champ d'action définit des tâches (code de la santé), et des fonctions dans les autres documents.

Enfin, les actions définies en termes de soins, (code), s'élargissent et proposent une vision de l'action soignante dont l'axe est la promotion de la santé.

Comme nous le disions plus haut, les articles du code ont vieilli. En ce qui concerne les responsabilités définies, nous constatons aussi la caducité de ce code : rares sont les services qui bénéficient 24 h sur 24 de la présence d'un médecin. Or les qualifications de l'infirmière la rendent de plus en plus responsable d'actes techniques compliqués qui ne sont pas exécutés en présence d'un médecin. Parfois elle est amenée à prendre des responsabilités en matière de traitements, d'une manière très habituelle. Un exemple courant est la distribution des somnifères.

N. Werhlin (125) a fait paraître sur ce point un article dans la revue de l'infirmière. Nous relevons les points suivants :

- Le plus souvent, le choix du médicament et sa quantité sont laissés au jugement de l'infirmière. Il n'y a que rarement de prescription médicale sur ce point.

- Il peut arriver que l'infirmière de garde ne soit pas au courant de ce que le malade prend habituellement. En ce cas, elle le lui demande. Parfois le malade sait le nom du médicament, souvent il n'en connaît que la couleur et dit "un comprimé rose, un vert et blanc..."

D'autres infirmières ont un médicament qu'elles préfèrent aux autres et le distribuent d'office à tous les malades.

- Cette distribution peut parfois être faite par une aide-soignante dans les cas où elle remplace une infirmière.

- L'infirmière peut décider de ne donner qu'un placebo ou de donner un tranquillisant au lieu d'un somnifère.

- Cette pratique est connue et admise par les médecins. Le médicament donné est inscrit, ainsi que sa dose, sur le cahier de transmission du service.

Lorsque le malade a présenté des complications, il arrive que l'infirmière demande conseil à l'interne pour le choix du médicament.

Voici donc un cas précis de pratique courante dans lequel le champ d'action infirmier déborde largement le cadre que les articles du Code de la Santé lui définissent. Il pourrait s'agir d'exercice illégal de la médecine ! Mais un nombre important de médecins hospitaliers s'insurgent contre une vision aussi restreinte et sont d'accord pour aller au-delà des textes :

"Si l'on voulait respecter la loi, l'infirmière diplômée
"d'état serait condamnée trente fois par jour pour
"exercice illégal de la médecine..."

"Mieux vaut une bonne infirmière diplômée d'état qu'un
"externe en médecine dit le dicton hospitalier..."

"A quoi servent les infirmières diplômées d'état de
"garde si elles ne peuvent faire aucun geste ?"

Dr Bud (16)

SECTION III : NIVEAU PSYCHOLOGIQUE DU ROLE (Note 1)

III.1 Les valeurs :

Ce niveau apparaît fortement coloré de teintes idéologiques : l'idée que le professionnel se fait des finalités de son travail est souvent idéaliste, en tout cas tant que le discours se place au niveau du modèle-idéal.

Note 1 : Les documents que nous utilisons ici proviennent de témoignages écrits d'infirmières, de malades, de médecins. Voir la méthodologie en annexe n° 1

"Il conviendrait de renouer avec la philosophie afin que
"les soins aux malades ne manquent pas leur objet. Pour ne
"pas faire le jeu des diverses idéologies, il faudrait poser
"le problème de l'homme lui-même, de sa destinée..."

Chartron (18, P. 168)

"Il appartient aussi à l'infirmière de veiller à ce qui fait de
la vie humaine autre chose qu'un processus purement végétatif."

5ème rapport O. M. S. (135, P. 10)

"La finalité professionnelle pourrait être de "donner un sens" à
la vie." Livre blanc des professions para-médicales (156)

"Le but de la profession est la sauvegarde de la vie."

Boigelot (14, P. 8)

"Soigner, c'est aider à vivre."

Le maintien, la préservation de la vie "à tout prix", furent
longtemps le socle de ce qui fut d'abord appelé morale professionnelle, puis
déontologie ou éthique.

Actuellement, les valeurs paraissent centrées davantage sur la
santé, et, dans certains courants de pensée, elles semblent se centrer sur
"l'homme", ce qui permet l'intégration de tous les concepts :

- vie-mort,
- santé-maladie.

Il est évident que certains systèmes de valeurs se démarquent de
ces axes : ils mettent alors l'élève infirmière en situation conflictuelle
par rapport à elles. Quelle est sa marge réelle de choix, si l'ordre d'un
médecin l'oblige à franchir les limites de son système de valeurs ?

III.2 Les comportements :

III.2.1 L'aspect féminin du rôle :

Comme nous l'avons déjà dit, le recrutement fut longtemps unique-
ment féminin. Dans un nombre important d'écoles, à l'origine, seules les
femmes célibataires, veuves, étaient acceptées. L'absence d'obligations
familiales fut longtemps la condition absolue pour entrer dans cette profes-
sion : "seule la femme non mariée ou veuve pourra être acceptée pour ce
genre de fonction où toutes ses forces et ses préoccupations doivent se

concentrer." (154, P. 52)

Cette conception proche du sacerdoce fut longue à s'atténuer. Elle n'a pas encore entièrement disparu.

Actuellement le recrutement n'est plus exclusivement féminin. Néanmoins, il y a à peine quinze ans, beaucoup d'écoles refusaient les candidats infirmiers. Plus récemment, un infirmier écrivait, dans la revue de l'infirmière, qu'au cours de ses études il fut plusieurs fois sollicité de se tourner vers les études de kinésithérapie et que depuis son diplôme il lui est arrivé de ne pas être admis dans un service, soit parce que le médecin chef ne voulait pas d'infirmier, soit parce que la surveillante avait cette même position. Maubèche (75)

Le 5ème rapport d'experts O. M. S. avait pourtant insisté sur les avantages évidents qu'il y avait à ouvrir les portes des écoles d'infirmières aux hommes et à entamer une campagne de propagande en faveur de cette ouverture (135, P. 16 et 17)

L'image est donc résolument féminine, même chez les élèves. Elle contiendrait, semble-t-il, une composante maternelle obligatoire, qui ne peut être assumée que par une femme, dans notre société où sont clivés les rôles féminins et masculins en des stéréotypes culturels qui survivent toujours, même s'ils vont en s'atténuant. Souchon (133)

La valorisation des vertus féminines par le public rencontre une certaine réserve de la part du milieu professionnel infirmier qui prévoit qu'une profession ainsi représentée, dans l'esprit du public, ne peut qu'être sous-payée : ceci pourrait expliquer l'investissement massif de l'aspect technique de la fonction qui s'est produit aux alentours de 1960.

III.2.2 Le symbole de l'uniforme :

L'uniforme implique deux choses : - l'existence d'un ou de vêtements propres à un corps professionnel,
- le port de ce vêtement par tous les membres de ce corps professionnel.

Initialement, l'uniforme habillait les infirmières en tous lieux, en ville comme au travail. Chaque groupe possédait un uniforme et un écusson différent.

Nous devons résolument refuser l'argument selon lequel l'uniforme

a été adopté pour des raisons pratiques, de propreté par exemple. Et nous pouvons admettre que l'uniforme était avant tout un signe distinctif permettant à autrui d'identifier la personne, de la repérer dans la foule comme étant un soldat, une religieuse, une infirmière, une pensionnaire de tel pensionnat... La personne qui porte l'uniforme sait qu'elle est facilement identifiable et doit forcément régler ses comportements sur cette certitude.

Actuellement, l'uniforme existe toujours dans les lieux de travail. Nous devons nous interroger sur cette persistance : nous parlons encore "d'uniforme" et non de vêtements de travail. Ceux-ci pourraient être de n'importe quelle couleur pourvu qu'elle soit lavable, et comporter plusieurs options possibles dans les formes. Alors seulement on ne parlerait plus d'uniforme.

Force nous est d'admettre que cet uniforme est certainement un symbole, outre les possibilités de repérage que nous venons de signaler.

Dans la documentation, nous relevons plusieurs pistes possibles d'interprétation :

- L'uniforme engendre le respect :

Boigelot (14) signale la beauté de cette profession qui est aimée, signée par "l'uniforme que chacun respecte".

Dans un article intitulé : "pour ou contre l'uniforme", D. de Villermay rapporte les éléments recueillis au cours d'un sondage d'opinion parmi des infirmières : "Dans un vêtement blanc, on se sent respectée... le mythe de la soignante digne et respectable a la vie dure. Nous n'avons pas trouvé par quels moyens il est pérennisé, mais on le trouve chez les élèves." (123, P. 518). Une élève de 2ème année disait à une plus jeune : "la blouse te pose".

Derrière le respect, que se cache-t-il ? Si nous nous interrogeons, nous découvrons la mise à distance ; il s'agit bien d'une distanciation par l'affirmation d'une différence entre le soignant et le malade, distance qui est également barrière : "Quand on a mis la blouse blanche, on se sent de l'autre côté, du bon côté. On est initié, on a fait le pas, on est à l'aise, libre." Hervé (43)

- L'uniforme permet l'identification :

"Le malade doit toujours pouvoir identifier celui qui le soigne".

Villermay (123, P. 517)

Mais quelle identification permet-il ? L'infirmière est identifiée comme infirmière, c'est son appartenance à tel groupe professionnel que l'uniforme permet.

L'infirmière n'est pas identifiée comme Melle X ou Mme Y. Diverses enquêtes (Note 1) ont montré que les malades ne connaissent pas les noms des infirmières, pas souvent celui de la surveillante. Il arrive même que des malades ne sachent pas le nom du chirurgien qui les a opérés.

L'uniforme ne permet donc pas de personnaliser la relation : il la rend neutre, par la dimension impersonnelle qu'il impose forcément. Ainsi, loin de permettre l'identification, l'uniforme est aussi au bénéfice du soignant : parce qu'il "est l'image d'un savoir" (123, P 518), l'uniforme met une autre forme de distance entre le malade et le soignant.

Complétons cette approche : émettons l'idée que l'uniforme peut permettre à tous coups d'identifier au moins celui qui ne le porte pas, c'est-à-dire le malade ! "Si on enlève l'uniforme en psychiatrie c'est bien qu'il a une signification !" (123, P. 518)

- L'uniforme, parce qu'il dépersonnalise, sécurise le malade et lui permet d'accepter sa dépendance : c'est encore un argument fréquemment rencontré.

Mais qui l'uniforme sécurise-t-il réellement ?

Une élève : "sans l'uniforme, je me sens nue."

"Dans un vêtement blanc on se sent protégée."

L'uniforme permet à l'infirmière de ne pas intégrer la dimension de sa féminité dans la relation : en faisant d'elle "un être asexué et symbolique", il lui permet de ne pas se situer comme femme vis-à-vis du malade. (123, P. 518)

Il semble donc que l'uniforme sécurise d'abord le soignant, parce qu'il établit une distance avec le malade.

III.2.3 Qualités morales et techniques

L'IMAGE...

- Pour l'école Florence Nightingale (154), cet aspect comportait : méthode dans le travail, ordre, propreté, présence d'esprit, précision dans

Note 1 : Entre autres nous citerons le mémoire de J. Bourgon (126)

les rapports, ponctualité, véracité ; et, à l'égard des malades, fermeté, sollicitude, patience, douceur.

- Les résultats d'une enquête effectuée par l'Association Française des infirmières furent transmis au public infirmier en 1964, par M. Picard, agrégé de philosophie. Cette enquête intitulée "l'infirmière vue par elle-même" rapportait, entre autres, les qualités attribuées par les infirmières à l'infirmière, et celles que le public attribue à l'infirmière, toujours d'après les infirmières (perception de ce qu'on attend d'elle). (Picard 94)

520 réponses utiles furent dépouillées. Elles firent apparaître le résultat étonnant de 327 qualités dénombrées, nécessaires à l'infirmière. 24 de ces qualités furent citées plus de 50 fois :

- intelligence, compétence, ordre, propreté, méthode, organisation, observation, initiative, autorité, psychologie,

- les autres, mis à part santé et équilibre, peuvent être regroupées sous le terme de qualités morales : dévouement, discrétion, patience, douceur, fermeté, amabilité, compréhension, disponibilité, bonté, esprit d'équipe, conscience professionnelle, exactitude.

D'autres qualités furent citées plus de 30 fois :

- celles qui qualifient l'aspect technique : connaissances, attention, responsabilité, sang-froid, précision, rapidité, capacité de collaborer,

- celles qui qualifient l'aspect "moral" : tact, égalité d'humeur, calme, honnêteté, loyauté, bonne humeur et bonne tenue.

L'habileté et l'adresse n'apparaissent que dans les qualités nommées moins de trente fois, avec également : secret professionnel, respect, justice, capacité d'adaptation...

La même enquête a exploré ce que les infirmières croient que le public attend d'elles. Elle a montré que ces attentes supposées du public, diffèrent peu des qualités que les infirmières s'attribuent à elle-mêmes.

Nous constatons, enfin, que les qualités de soumission ne se retrouvent pas dans ce discours : elles étaient expressément nommées dans les conditions d'entrée à l'école Florence Nightingale (154)

Il apparaît donc, dans ces documents, que les attentes procèdent d'un modèle d'inspiration religieuse, auquel est venu s'adjoindre un modèle technique. Mais ce qui frappe le plus dans ces résultats est certainement

leur appartenance à un "modèle idéal" et non à la réalité quotidienne : ils nous livrent en effet les qualités supposées nécessaires (ou prétendues telles) pour exercer cette profession, et non les qualités qui caractériseraient vraiment la manière de se comporter.

Quelques citations nous paraissent illustrer au mieux cette image d'infirmière qui est, en fait, un modèle-idéal selon l'expression de Linton (67)

- "La grâce, l'élégance, la fierté d'exceller dans sa profession devraient être les caractéristiques de l'infirmière, tout comme le sens des responsabilités et les compétences techniques... L'infirmière devrait être constamment prête à donner le meilleur d'elle-même."

Vème rapport d'experts O. M. S. (135, P. 18, 22)

- "Un visage angélique, souriant, penché sur les souffrances du monde, toute d'abnégation... Une image d'Epinal."

Livre Blanc des professions para-médicales (156, P. 6)

- "L'infirmière est présentée comme une personne en constante activité de soins élaborant spontanément la synthèse d'une compétence technique sans faille et d'un dévouement qui vire ici ou là à la révolte. L'archétype de l'infirmière, dégagé par cette imagerie et par les éléments sous-jacents au discours de ses chefs hiérarchiques, pourrait être ainsi caricaturé : ...des mains douces, agiles, expertes pour soigner, des jambes alertes pour répondre à l'appel du malade, du médecin, de l'administration, un grand coeur plein de bons sentiments pour l'humanité, une petite tête ; il n'est pas utile qu'une infirmière cherche à comprendre, d'ailleurs son intuition la dispense de raisonner."

Montesinos (130, P. 8)

Ici aussi nous pouvons noter que le Vème rapport d'experts O. M. S. avait fait une recommandation importante pour infléchir la tendance à laisser persister des traces de ce modèle-idéal dans la sélection des élèves :

- "Les conceptions étroites qui ont parfois prévalu dans le passé peuvent être surmontées pour laisser venir à la profession des jeunes filles qui ne correspondront pas nécessairement au stéréotype traditionnel de l'élève-infirmière." (135, P. 18)

LA REALITE ...

- L'infirmier : un être "aigri, injuste, sclérosé, amorphe, recroquevillé dans un cocon bien douillet, et sans envergure de crainte de perdre notre sécurité..." Rèche (102, P. 1)

- "Des infirmières de plus en plus fatiguées, exténuées, "découragées, révoltées devant les conditions de travail... "Un travail accablant où le sourire est une exception, la "patience un exploit, et l'amour un point d'interrogation."
Livre Blanc des professions para-médicales (156, P. 5)

- L'infirmière fait fonction d'interne, d'aide-soignante, d'assistante sociale, d'infirmière. "Une infirmière, est-ce quelqu'un qui doit être capable et accepter de faire tout ce que personne ne peut ou ne veut plus faire ?"
Duquesne (28, P. 806)

- On n'a pas d'identité, on est interchangeable... "Lorsqu'on est interchangeable, le moindre conflit... est cause de démission."
Dechanoz (22, P. 1752)

- "L'infirmière n'a pas à penser, il lui suffit de savoir marcher (ou courir) !"
Une surveillante

- "Les infirmières sont peu syndiquées, peu socialisées, elles partagent leur temps entre leur famille et l'hôpital. Il n'y a pas d'esprit de corps. L'infirmière est seule..."
Hervé (43, P. 1136)

III.3 Tâches et fonctions :

III.3.1 LES ATTENTES ...

"Etre soi et connu comme quelqu'un ; développer sa compétence
"et ses intérêts ; pouvoir réfléchir sur sa fonction avec
"d'autres professions ; pouvoir échanger dans des situations
"difficiles ; avoir un statut social valorisé et une rému-
"nération qui le concrétise ; avoir une vie personnelle et
"sociale non professionnelle ; avoir une responsabilité
"réelle dans son travail et le moyen de l'assumer. Par
"contre si on se trouve trop isolée devant une responsabilité

"lourde, c'est un travail qui aigrit."

Mordacq (82, P. 452)

III.3.2 LA REALITE...

. L'augmentation du nombre et de la complexité des actes techniques :

Cette donnée fondamentale de l'évolution des dernières années entraîne plusieurs conséquences :

- L'accroissement des responsabilités, donc de la tension nerveuse au moment de la production du soin ; l'accroissement de la fatigue physique et nerveuse, d'où le risque que l'infirmier apporte moins de soin dans les tâches et la tentation de l'automatisme, pour se libérer. Hervé (43)

- Comme les actes de haute technicité alternent avec des tâches de routine, les premiers suscitant la hausse brusque de l'intérêt et les seconds sa chute brutale, l'ennui finit par prendre le dessus.

- Par l'introduction des machines entre le malade et l'infirmière, la relation n'est plus duelle mais triangulaire. L'attention et la surveillance dont le malade fait l'objet deviennent surveillance de la machine. Le malade se fond dans le décor : malade et infirmière sont également dépersonnalisés.

- Le travail est souvent accompli dans des situations d'urgence : cela peut entraîner : la fuite par augmentation de l'angoisse et du désintérêt (Mordacq, 82) pour les uns, ou bien la séduction pour les autres, avec la demande logique que soit reconnue et élargie la responsabilité médicale du personnel infirmier. (Hervé, 43)

. L'éclatement et la parcellisation des tâches :

En ce qui concerne leur nature, les soins sont divisés en deux grandes catégories : les soins directs (soins fondamentaux) et les soins techniques ou de soutien (toutes les actions thérapeutiques). Magnon (70)

Les seconds sont perçus comme nobles parce qu'ils sont confiés aux diplômées et aux élèves de 2ème année. Ce sont ceux qui sont confiés à l'infirmière par le médecin.

Les autres le sont beaucoup moins, car ils sont considérés comme

étant du ressort des élèves de 1ère année et des aide-soignantes.

En ce qui concerne l'organisation du travail, nous venons de l'évoquer : le plus souvent, les soins sont répartis par catégories de soins (tâches en série) et non par groupes de malades confiés à une seule personne. Les conséquences de cette organisation sont :

- L'anonymisation du malade
- La "chosification" des relations infirmière-malade due à ce que les relations sont toujours justifiées de façon utilitaire (Raine, 98)
- La transformation du travail, en travail à la chaîne avec les conséquences que cela entraîne pour le malade et pour le travailleur.
- L'appauvrissement des informations et leur mauvaise transmission qui augmentent le danger couru par le malade.
- La relation d'objet partiel favorisée par cette organisation : l'infirmière soigne la toux, la fièvre, ou la jambe, dans une relation dans laquelle l'homme total ne peut plus être inséré.

. L'absence ou l'excès de responsabilités :

L'infirmière est placée dans une alternative par rapport aux responsabilités qu'elle désire pourtant :

- Ou bien, elle en est écrasée et n'a pas la possibilité de les assumer.
- Ou bien elle en est privée par la répartition des tâches ou par la présence écrasante d'une surveillante qui accapare tout...

L'excès de responsabilités entraîne l'augmentation de son anxiété : elle craint de ne pas "être à la hauteur" de ce qu'on lui demande. Elle s'aigrit ou ne cesse de donner des ordres. (Mordacq, 82)

Lorsqu'elle n'a pas assez de responsabilités, elle se perçoit comme un robot interchangeable, son travail se dévalue et elle avec lui. Elle fuit (réellement ou statiquement) dans une attitude de totale passivité.

. Multiplification des personnels para-médicaux :

L'éclatement et la répartition des multiples tâches de soins sur un nombre important de personnels para-médicaux entraînent :

- L'augmentation de l'irresponsabilité de chacun. D'où la nécessité de créer des langages communs et des moyens communs d'information, d'organiser

la concertation des activités et leur coordination ce qui ne peut être assuré que par les catégories de personnel qui sont là sans discontinuité.

- L'augmentation du morcellement du malade.

- L'éclosion de conflits entre les infirmières et les autres personnels lorsqu'ils sont perçus comme ayant accaparé des zones de travail accompli auparavant par les infirmières et lorsque, tout en retirant des avantages financiers de la situation, ils ne partagent pas avec les infirmières les inconvénients du travail (gardes, week-end de travail, etc...)

• La hiérarchisation :

Elle est très au point et stratifie les groupes. Chaque catégorie cherche à écraser celle qui lui est immédiatement inférieure en la privant d'informations. (Dechanoz, 22)

Le personnel ne se connaît que par strate :

"L'équipe ne se compose que de ses pairs et une partie
"de l'énergie de chaque strate consiste en ce que les
"strates au-dessus et au-dessous n'aient pas trop
"d'ingérence dans son travail."

Mordacq (82)

Il s'ensuit :

- La stérilisation du travail multidisciplinaire.
- La pauvreté des échanges informatifs : les informations ne circulent pas.
- La coordination qui en est rendue difficile, voire impossible.
- La décentration de l'action professionnelle car l'énergie est centrée sur la défense du groupe qui cherche à garder ou augmenter son territoire.

Ainsi, les malades sont mal soignés et le personnel se dégrade dans des conflits jamais résolus : "des luttes entre sous-groupes résulte un corporatisme borné." (Béraud, 8)

L'objet du travail est l'homme, mais plus précisément son corps. La division de la médecine qui met à part les maladies de l'esprit, donne à la médecine générale le corps du malade comme champ d'action.

Dans son travail, l'infirmière rencontre des corps malades. La relation est médiatisée par le corps et ses symptômes, par la voix, le toucher, la physionomie...

L'infirmière rencontre la souffrance et la mort, non pas exceptionnellement, mais tous les jours : il n'y a pas d'intermédiaire entre la guérison et la mort.

Une conséquence très importante en découle : l'élaboration et la mise en place de défenses, très tôt dans la formation. "A l'hôpital, la défense se construit par l'organisation du travail médical et par la formation professionnelle." (Barnes, 5)

Nous venons de décrire ce qui, dans les documents analysés, concernait le niveau psychologique du rôle : valeurs, manières d'être, champ d'action. A travers les témoignages, nous découvrons l'infirmière : une et multiple à la fois.

Ainsi, le moment de la prise de rôle peut être qualifié de très important dans la mesure où les impacts affectifs qu'il occasionne sont nombreux et profonds ; dans la mesure aussi où le rôle semble comporter une part de rigidité variable mais réelle ; enfin, parce que l'accès à la profession a souvent un caractère imposé.

Nous admettons que l'articulation du rôle et de la personnalité constitue une zone critique, matrice d'un certain nombre de problèmes. Ils peuvent affecter la structure de la personnalité de l'infirmière et son environnement, par relation de cause à effet.

SECTION IV : NIVEAU PSYCHOSOCIOLOGIQUE DU ROLE

Il sera décrit et analysé selon deux dimensions :

- Le rôle idéal dessiné par les ATTENTES des divers groupes ;
- Le rôle réel vu par les médecins et les malades.

IV.1 Les attentes :

Les attentes à l'égard des infirmières, de leurs manières d'être ou de faire, diffèrent selon les personnes considérées, aussi les avons-nous classées en fonction des sources : attentes provenant du public, des médecins, des administrateurs, des infirmiers. (Note 1)

Note 1 : Sous le terme de "public", nous avons regroupé toute personne ne faisant pas partie de l'un des trois autres groupes cités, à savoir les médecins, les administrateurs et les infirmières.

IV.1.1. Le public :

Globalement l'infirmière est perçue comme "une personne dévouée, compétente, disponible, tirant ses satisfactions précisément de ce dévouement." Degenne & Duhart (127, P. 65)

- Son statut : "Elle possède un statut et un métier assez élevé pour une femme." (idem)

- L'aspect féminin de l'image est partout fortement dessiné. Il apparaît surtout dans le discours masculin : dans leurs réponses aux enquêtes, les hommes signalent l'importance qu'ils accordent "au stéréotype de jeunesse et de charme lié à l'attrait de l'éternel féminin." Parrot (90)

Par exemple : l'infirmière est : "jolie, élégante, nette, propre."

- L'aspect maternel du rôle est très présent dans le discours du public : l'infirmière est représentée comme une maman "bonne, douce, aimante, qui veille..." ; patiente, douce, délicate, elle rassure et conseille... Boigelot (14)

Par contre si l'infirmière n'est plus assez jeune pour coller à cette image, l'aspect féminin est vécu en négatif : c'est une mégère, un adjudant...

- L'aspect technique fait apparaître des attentes en termes d'efficacité, expérience, fermeté, énergie, dynamisme, maîtrise de soi. Parrot (90)

L'image persiste à ranger l'infirmière dans les exécutants : "On la voit avec une seringue, non avec un stéthoscope et pourtant elle s'en sert aussi !" Duhart (27)

- Les valeurs sous-jacentes à ce discours sont d'inspiration religieuse :

o Conscience morale :

"Science sans conscience peut lui laisser une mentalité
"de salarié : on travaille ses huit heures, pas une
"seconde de plus et puis bonsoir ! Qui ne voit que
"pareille mentalité ravale la profession d'infirmière !"

Boigelot (14)

o Dévouement :

C'est son "devoir d'état à l'égard du malade." Boigelot

o Soumission :

"Son devoir d'état à l'égard du médecin." Boigelot
Selon ce même auteur, l'infirmière est la "collaboratrice en sous-ordre du médecin". On attend d'elle une "obéissance universelle... Son rayon d'initiative est mesuré par le médecin à qui elle rend compte minutieusement..."

o Vocation :

Cette notion, d'après l'enquête de A. Parrot (90), apparaît constamment : dans tous les milieux, il y a un accord massif sur la nécessité d'une vocation pour entrer dans la profession d'infirmière... et pour y rester !

IV.1.2 Les médecins :

Dans les documents émanant des médecins, l'image de l'infirmière est présentée assez souvent en contre-point de celle du médecin : image d'une collaboratrice, auxiliaire médicale, qui doit servir le médecin et ne pas chercher à devenir semblable à lui.

- L'infirmière est définie "à l'usage du médecin", elle est :

"Sa collaboratrice, sa subalterne,"...

"La courroie de transmission qui supplée au défaut de relations humaines entre le médecin et le malade en service hospitalier."

Dr Arfouilloux (1)

Un chef de service disait récemment à la surveillante de l'unité de soins : "Je ne demande pas des infirmières intelligentes, mais seulement qu'elles sachent appliquer les consignes".

Voici l'exemple d'une situation courante : il s'agit de ce que l'on appelle la "visite-exhibition". Dans certains services, la visite du médecin-chef de service est organisée selon un cérémonial particulier : les malades sont au garde-à-vous sous leurs draps bien tirés. Les infirmières sont réquisitionnées, ainsi que les stagiaires ; chacune a un rôle bien précis : l'une porte une boîte de tampons, l'autre la boîte d'instruments, une autre porte un plateau et une véritable procession s'organise pour servir le médecin lorsqu'il défait les pansements. Toutes les activités du service sont interrompues, aucun bruit ne doit se manifester...

- Mais l'infirmière doit se garder d'approcher le territoire médical : c'est le SAVOIR qui est en cause. Cette donnée apparaît dans de nombreux textes, mais avec une certaine réserve, voire de la pudeur. Par contre, elle est très prégnante dans les discours d'infirmières à propos

de la manière dont les médecins les traitent ou leur parlent.

Pour illustrer ce thème, nous avons choisi un seul texte qui nous a paru fondamental, bien qu'il soit fort ancien. Il s'agit de la préface du livre édité sous l'égide de l'école Florence Nightingale ; ce livre, l'un des premiers du genre, traite de connaissances techniques et des soins infirmiers. Il fut préfacé par le Dr P. Mauriac (76), professeur à la faculté de médecine. Le Dr Mauriac dessine une image d'infirmière qui est sans doute le reflet des points de vue médicaux de l'époque. Nous sommes très consciente de l'évolution qui, depuis, s'est faite dans tous les esprits. Ce texte nous paraît, néanmoins, fondamental malgré son ancienneté, car nous pensons que l'image qu'il révèle est encore vivante dans l'esprit des médecins, partiellement ou dans son entier.

Il fonde la différence entre le médecin et l'infirmière sur la nature et la quantité du savoir :

。 Le médecin, "toujours dépassé par sa profession qui est incommensurable,... La médecine est un monde infini que nul ne peut se flatter de connaître absolument."

。 Et, l'infirmière qui "peut prétendre maîtriser sa profession car des limites sont tracées qu'il suffit d'atteindre et de ne pas franchir"... Qu'arrive-t-il si elle cherche à en savoir trop ? "Elle risque de tomber dans l'outrecuidance et le ridicule en piétinant les plate-bandes des médecins."

On ne peut lire ce texte sans penser à l'arbre de la Science, dans le jardin d'Eden. La médecine, le savoir médical, sont qualifiés par des mots qui, en d'autres lieux, sont utilisés pour définir Dieu. Le qualificatif de "subalterne" est utilisé pour définir la place que l'infirmière occupe auprès du médecin. Les valeurs religieuses imprègnent fortement le texte donnant à cette relation une dimension quasi-mystique : il est parlé de "vocation, mission de choix, grandeur et servitude infirmière, le livre de pratique est un bréviaire, le levain de la Charité est indispensable..."

Ces mots sont tous significatifs de l'esprit dans lequel elle doit accomplir sa tâche... Mais la dimension hiérarchique existe aussi : grandeur et servitude qui sont habituellement utilisées pour désigner la carrière militaire...

Le Dr Sigulier, de son côté, exprimait, dans une revue, son attente envers l'infirmière d'un comportement empreint de discipline, et caractérisé par une souplesse de caractère permettant la remise en cause du fonctionnement

personnel... "qu'elle soit capable de créer des rapports disciplinés et cordiaux." Siguier (113, P. 740)

En ce qui concerne les rapports de l'infirmière avec le malade, les médecins font apparaître, eux aussi, dans leurs discours, l'image maternelle : "Elle doit donner au malade toute sa force, sa gentillesse, sa patience, son amour..."

"Il s'agit en permanence d'être disponible, cela
"malgré ses propres problèmes... Ce métier demande
"un investissement de soi plus important, un dévouement,
"une grande disponibilité de l'esprit..."

(156, P. 47)

Les valeurs d'origine religieuse sont, ici aussi, très fortes. Nous les comprendrons mieux à travers les définitions lapidaires du Dr Béraud (7), en résumant : Les valeurs auxquelles sont attachés les médecins proviennent d'un christianisme où s'affirme le dualisme traditionnel : vie religieuse et vie quotidienne, corps et âme. Ce sont : l'autorité, confondue avec l'autoritarisme ; le sens de la hiérarchie confondu avec le despotisme ; le goût du pouvoir avec le mandarinat ; le sens de l'ordre avec le conformisme ; le respect de la personne et le paternalisme ; la recherche de l'efficacité et le désir de possession, l'individualisme confondu avec l'égoïsme.

- Perçue comme l'auxiliaire professionnelle indispensable parce qu'elle assure une permanence, véritable organe du médecin, son oeil et sa main bien contrôlés, qui demeurent lorsqu'il s'en va, l'infirmière est beaucoup plus encore. Un médecin fit cette boutade lors d'une table ronde :

"Du temps où les infirmières étaient des religieuses,
"elles nous considéraient comme leur fils. Quand les
"infirmières laïques sont arrivées, nous avons cru
"pouvoir nous situer comme leur père, mais elles nous
"percevaient comme leur époux éventuel !"

Voici sûrement l'un des points d'ancrage d'une problématique déjà fort embrouillée : l'infirmière forme-t-elle avec le médecin un couple symbolique ?

Enfin, nous noterons que la plupart des documents mentionnent des attentes très précises des médecins, par rapport aux compétences techniques de l'infirmière : cette compétence concerne l'aspect soignant du rôle,

mais aussi l'aspect hôtelier (l'infirmière est la maîtresse de maison du service), l'aspect administratif, l'aspect organisationnel, et ceci en couvrant toutes les dimensions de ces divers aspects : techniques, matérielles, relationnelles...

Ces dernières compétences sont plutôt recherchées par des médecins qui caractérisent l'infirmière d'une manière très différente de ce que nous venons de voir : ils sont très rares (tout au moins dans la documentation.) Ces médecins décrivent leurs attentes en termes de collaboration technique. La dimension hiérarchique existe, mais très atténuée ; l'accent est mis sur la compétence, l'intelligence des gestes et des activités, la vision globale du travail à effectuer.

IV.1.3 Les administrateurs :

Dans leurs attentes, des éléments de la zone intellectuelle apparaissent ; ils existaient dans les documents émanant des médecins, mais sous une forme rare et pauvre. Les administrateurs désirent que les infirmières possèdent des aptitudes intellectuelles, l'esprit d'observation, une formation psychologique ajoutent certains. (Chilard, 20). Le même directeur souhaite "qu'elles soient capables d'initiatives heureuses et de s'adapter aux circonstances imprévues." (20, P. 372)

Nous avons pu relever dans la majorité des documents des valeurs semblables à celles que nous avons citées à plusieurs reprises. Mr Raynaud dit à ce propos : "Les employeurs sont encore trop imprégnés des notions périmées de sacerdoce, vocation, dévouement sans limite et sans compensation", soulignant ainsi l'abus que peut faire un employeur décidé à jouer de la corde sensible. (100, P. 812)

Les qualités attendues fleurissent à toutes les pages : noblesse du coeur et des sentiments, sens de l'humain, doigté, tact, discrétion, don de prévoyance... Mais un autre discours doit aussi être entendu :

"On ne s'est guère préoccupé jusqu'à présent, d'attirer
"vers les écoles d'infirmières, des élèves ayant une
"personnalité et des qualités latentes de chef, car
"on est toujours trop enclin à ne considérer comme une
"bonne infirmière que celle qui s'insère parfaitement
"dans l'organisme et ne manifeste aucune tendance à
"dépasser le niveau moyen."

TABLEAU N°2

COMPARAISON DES QUALITES MORALES SELON LES SOURCES

Qualités au bénéfice des Sources documentaires →	MALADES	MEDECINS	EQUIPE
PUBLIC	conscience morale, dévouement, vocation.	soumission, obéissance aux ordres.	
MEDECINS	sens des responsabilités, dévouement, disponibilité permanente, vocation, investissement personnel, mission de choix.	soumission, obéissance, discipline, souplesse de caractère, rapports cordiaux.	
ADMINISTRATEURS	sens des responsabilités, dévouement sans limites ni compensation, vocation, sacerdoce, discrétion, tact, doigté, noblesse du cœur, sens de l'humain.	respect des ordres, suggestion intelligente de réformes.	intégration dans l'équipe, bonne humeur, solidarité, ni jalousies, ni rivalités, conscience communautaire, cordialité.

- Les colonnes horizontales comprennent les trois groupes, sources de la documentation.
- Les colonnes verticales présentent les personnes au bénéfice de qui les qualités doivent s'exercer.

Image d'une infirmière efficace, bien insérée dans les structures, une infirmière très "fonctionnelle", celle qui :

"... respectera les ordres, suggèrera intelligemment
"les réformes, s'intégrera bien dans une équipe homogène
"où règnent la conscience communautaire, la solidarité,
"la cordialité, la bonne humeur, ni jalousie ni rivalité,
"où chacun a sa place et une place pour chacun."

Chilard (20, P. 373)

Après l'infirmière-pour-le-médecin, voici l'infirmière-pour-l'hôpital, rouage d'une mécanique dont la finalité nous interroge forcément : l'hôpital fonctionne-t-il pour lui-même ou pour les malades ?

IV.1.4 Comparaison des attentes :

Nous isolerons successivement des attentes et images en termes de qualités féminines, maternelles, morales et techniques.

Les deux premières se trouvent dans les documents issus du public et des médecins, avec d'ailleurs des divergences.

- La composante féminine, présente dans le public surtout masculin, ne concerne pas du tout l'aspect professionnel de l'infirmière et disparaît chez les malades.

- La composante maternelle introduit dans l'exercice professionnel des qualités telles que douceur, bonté, amour, patience, délicatesse, identiques à celles que l'on prête à une mère envers son enfant.

Ces qualités maternelles se retrouvent dans les documents issus des administrateurs, mais elles ne sont pas qualifiées "maternelles", ce sont : douceur, patience, bonté. Nous les intégrons donc dans cette vision maternelle du rôle car elles correspondent tout à fait à l'image maternelle véhiculée dans notre civilisation.

- Les qualités dites morales : En croisant les informations dont nous disposons sur ce point, nous découvrons que dans toutes les attentes, il existe un socle extrêmement solide de qualités morales qui sont quasi assimilables à un système de valeurs.

Au bénéfice des malades : Le dévouement (sans limite ni compensation), la disponibilité (permanente) sont des éléments permanents, renforcés chez

les médecins par la notion "d'investissement personnel indispensable."

Le concept de vocation est présent partout. Il s'assortit de mission, sacerdoce, pour les médecins et les administrateurs.

La conscience, nommée par le public et les infirmières, peut se mettre en parallèle avec le sens des responsabilités exigé chez les deux autres groupes.

Nous avons là une vision professionnelle dans laquelle, pour tous, il s'agit d'une profession d'aide et de service, de sacrifice même pour certains.

Au bénéfice des médecins : Les principes d'obéissance et soumission apparaissent dans tous les documents. Parfois ils sont remplacés par "loyauté, faculté de collaborer". Si les mots changent, le fond n'est-il pas le même ?

Au bénéfice de l'équipe : Ce sont les administrateurs qui silhouettent une infirmière bien intégrée, capable de faire "tourner" le service.

- Qu'en est-il pour les qualités techniques ? Il apparaît ici une divergence intéressante, que nous avons déjà identifiée plus haut. Deux modèles se définissent :

o Un modèle technique de "style ancien" : l'infirmière exécutante, travailleuse manuelle, est ainsi décrite par le public, mais aussi par de nombreux médecins. Pour ceux-ci, en outre, elle sert de relai entre eux et le malade, n'a pas besoin d'en savoir trop, ni de trop comprendre. Sa compétence gestuelle, technique, ses connaissances pratiques doivent être assurées. Elle est une auxiliaire médicale et une subalterne. Elle sert le médecin.

o Un autre modèle technique, plus récent, apparaît. Nous le trouvons dans le discours des administrateurs et de quelques médecins qui se démarquent de la tendance médicale générale. Dans ce modèle apparaît la nécessité pour l'infirmière de comprendre ses actions, agir intelligemment, être capable de décision et d'initiative. C'est donc pour le médecin une collaboratrice. Mais il ne s'agit toujours que d'un champ d'action d'ordre médical. La différence est que les responsabilités sont plus étendues et moins rigides : le modèle technique moderne est une adaptation du modèle technique ancien.

IV.2 Le rôle réel :

IV.2.1 Vu par les médecins :

Les éléments apportés par les médecins se situent par rapport aux malades qui sont "l'objet" du travail, par rapport à eux-mêmes, et par rapport aux infirmières.

- Par rapport aux malades : Nous retiendrons de l'article du Dr Huguier (49) l'essentiel de ce que ce médecin a perçu.

o Le malade est réduit à l'état d'objet. Il n'a pas la possibilité de critiquer le système, ni revendiquer. Il doit se plier aux normes, accepter les ordres, les décisions prises pour lui. Il peut à la rigueur s'exprimer s'il a souffert d'oubli ou de mauvais soins. Sinon, on attend de lui qu'il soit content de son sort. La liberté d'expression n'existe qu'en dehors de l'institution soignante. Des malades font exception, mais ils prennent de gros risques, celui, entre autres, de subir ensuite la vindicte du personnel.

o La qualité de la relation avec le malade est presque nulle. Il ne rencontre pas une personne en face de lui. Le respect du malade n'existe pas :

consultations où on le fait venir à 8h30 et le médecin arrive à 10h ou après ;

visites où le malade est examiné devant une foule d'étudiants et de médecins, sans qu'on lui adresse la parole, sans se préoccuper de savoir si on l'interrompt pendant son repas qui refroidit sur la table ;

en chirurgie, hospitalisation prolongée pour que le malade soit encore là le jour de la visite du patron.

Les problèmes de ce genre sont légion et identiques avec les familles qui sont dépouillées de tous leurs droits.

"Consulter un médecin, être suivi ou opéré par un autre,
"ne pas savoir de quoi, être convoqué à la consultation
"d'un troisième, ignorer le nom de chacun est fréquent.
"Etre hospitalisé sans savoir la durée même approxima-
"tive, ne pas savoir ce que l'on va vous faire, est le
"sort de nombreux malades."

(49, P. 1171)

o L'organisation est marquée par le népotisme : les élèves calquent le patron.

o Insécurité du malade car la qualité des soins est insuffisante. E. Barnes dit que les règles du jeu proposées au malade sont : dépendance, soumission, gentillesse, ne pas poser de questions, acceptation de tout... Ces règles, dit-elle, vont au grand malade qu'il faut prendre entièrement en charge, mais ensuite, c'est antithérapeutique, médicalement et psychologiquement parlant. (5)

Le Dr Siguiet soulignait quelle imprudence il y a à "lâcher du jour au lendemain une fille de vingt ans, dans un service peuplé de malades dont elle n'a eu jusqu'alors qu'une connaissance théorique, en dépit de son diplôme d'état fraîchement acquis." (113, P. 112)

- Par rapport à eux-mêmes : L'infirmière est une auxiliaire médicale. Deux grandes orientations se dégagent quant à la manière dont elle est intégrée dans le travail par les médecins. Nous nous référons ici à un article du Dr Siguiet (113) :

o L'infirmière est conçue comme une exécutante qui s'occupe des soins d'hygiène et tous autres soins de base, de l'accueil, de la propreté, de l'ordre. C'est une sorte de maîtresse de maison qui "tient" le service comme une ménagère son intérieur. Elle est aussi chargée de donner les médicaments et d'effectuer certaines surveillances bien précises, certains examens, mais avec des limites à ne pas outrepasser.

Les médecins qui adhèrent à cette conception du rôle infirmier jugent l'enseignement infirmier inefficace, prétentieux et désordonné.

o L'autre vision du rôle infirmier est celle où l'infirmière est une participante active et confiante. En plus des zones décrites ci-dessus, elle assure au médecin son concours pour le diagnostic par les informations et observations qu'elle lui apporte. Elle assure la surveillance du malade, le dépistage des complications et le contrôle de l'efficacité et de l'inocuité du traitement. Dans cette conception, il est difficile de situer la frontière exacte des responsabilités légitimes qu'elle prend.

Dans les documents en notre possession, nous avons relevé de nombreux témoignages de médecins désireux que les infirmières aient officiellement le droit d'assumer les responsabilités qu'elles assument officieusement. Ils expriment leur désir que soient créés toutes les spécialités nécessaires sous forme de certificats à acquérir après le diplôme d'état.

Il est certain que la grande confusion des tâches entraîne la dilution des responsabilités : beaucoup de médecins en sont conscients et en font état dans leurs écrits.

Dans tous les cas, à de rares exceptions près, l'infirmière se voit toujours attribuer, par les médecins, un rôle d'adjointe médicale, véritable prolongement d'eux-mêmes. La perception d'un champ infirmier spécifique, distinct du champ d'action médical, n'a pas encore pénétré dans les esprits. Beaucoup d'infirmières sont concrètement prises au piège de cette identification possible au médecin et s'engagent dans la voie d'une technicité de plus en plus poussée par le biais des spécialisations qui les font travailler sur des morceaux d'êtres humains de plus en plus fragmentés : leur insatisfaction persiste alors.

Nous illustrerons nos propos d'une phrase rapportée par une surveillante. Alors qu'elle allait trouver son chef de service pour lui parler de son désir d'entrer dans une école de Cadres pour devenir surveillante, celui-ci, qui la trouvait particulièrement compétente, lui dit : "Mais pourquoi donc ne commencez-vous pas vos études de médecine : vous avez tout à fait la "carrure" pour le faire !"

- Par rapport aux infirmières : Il s'agit essentiellement des conséquences que l'hôpital et les conditions de travail ont sur la personnalité des infirmières, à plus ou moins long terme. Nous avons relevé l'essentiel de ces éléments dans un article des Dr Ostaptzeff et Lavoine (88). Ils ont travaillé dans une école de cadres infirmiers et ont effectué des observations sur les infirmières qui entraient dans cette école, après un temps de travail dans les hôpitaux. Voici les principaux points de ce texte : Ces médecins rattachent la détérioration des personnalités à quatre facteurs institutionnels qui sont :

o L'hôpital, lieu où règne l'inacceptation de la mort : Dès la première rencontre, l'infirmière met en place des défenses inadaptées en ce sens qu'elles la rendent incapable d'une relation avec engagement personnel. Ces défenses se caractérisent particulièrement par la fuite vers la technique, la lutte exagérée contre les microbes, par la dénégation de soi comme "un être pour la mort", avec la mise à distance de tous les affects, par des somatisations de toutes sortes ou par le départ hors de l'hôpital.

o Lieu où le médecin évacue la dimension relationnelle et

psychologique de la thérapie sur l'infirmière : ce facteur est renforcé depuis l'apparition du nouveau programme qui met fortement l'accent sur la dimension totale de l'être humain et par les projets d'humanisation des hôpitaux.

Face à cette nécessité, l'infirmière est démunie car la formation vraie et le soutien qui lui permettraient d'assumer ce rôle relationnel thérapeutique sont rares. Aussi, de nouveau, des défenses se manifestent : fuite vers les spécialisations qui mettent le malade en morceaux, vers la bureaucratisation (le phénomène des papiers), vers des rôles sans responsabilités, ritualisations administratives, "évacuation de tout ce qui pourrait avoir une résonance affective se traduisant par une valorisation technique servant de recours et d'alibi." (88, P. 608)

A l'opposé, si l'infirmière évolue individuellement vers une fonction relationnelle mieux assumée et si elle se retrouve dans l'équipe seule à assumer plus de relation avec les malades, elle risque une rupture d'équilibre et le renforcement de ses défenses.

o Lieu où la parole est impossible : rien n'est dit, ni l'angoisse, ni l'agressivité. Des comportements culpabilisés apparaissent, caractérisés par l'indifférence, une agressivité larvée, des papotages de couloirs, le mécanisme d'isolation du nouveau venu, l'agression des nouvelles par les anciennes.

o Lieu où règne l'écrasement hiérarchique : ce qui empêche de trouver sa place, de l'assumer en adulte, sans avoir à redouter le poids de la strate supérieure.

En résumé, l'aliénation ainsi décrite, les perturbations qu'elle entraîne sur le plan personnel pour l'infirmière, ont au moins deux grandes conséquences :

Pour le malade, car l'infirmière est indisponible à une relation vivante avec un malade reconnu comme sujet.

Pour l'infirmière, car des troubles graves de sa personnalité peuvent apparaître : personnalités tronquées, dévitalisées par des déformations professionnelles de la personnalité, blocage de l'infirmière dans son corps comme moyen d'expression et dans son utilisation, sa manipulation comme source de plaisir, émergence de troubles somatiques en relation avec toutes ces difficultés.

Le caractère pathogène du milieu de travail aliène l'infirmière et de ce fait entraîne la déshumanisation globale du travail, des rapports entre individus et de l'ensemble de la structure.

- Ambivalence de la relation médecin-infirmière :

o Dans son livre déjà cité E. Barnes (5) explique l'attraction exercée par les médecins sur les infirmières. Celles-ci recherchent l'estime des médecins, car elle est considérée comme un facteur de valorisation personnelle.

M. Hervé de son côté, renforce cette description en expliquant que pour certaines infirmières, "le médecin est l'homme qui sait, qui prend les responsabilités, que l'on entoure de respect et pour lequel on est entièrement disponible." (43, P. 1132)

o Face à cette attente, quelle est la réponse des médecins ? Nous avons relevé dans le courrier des lecteurs de la revue de l'infirmière, un témoignage direct d'infirmière, dépourvu de fioritures et qui s'exprime sans ambages :

"Un travail dingue. Infirmières et aide-soignantes, ayant l'automatisme de l'observation de l'aspect physique de chaque malade, n'arrivent pas à s'imposer devant ce médecin-chef ou ces messieurs les internes qui, eux, voient les dossiers des heures et chaque malade précipitamment quelques minutes. Est-ce déshonorant d'écouter les observations de l'infirmière et de l'aide-soignante qui voient chaque malade des heures et des heures, qui le voient s'éveiller, déjeuner, rire ou pleurer, constipé ou diarrhéique, ... loquace ou morne et apathique... Combien de malades après la visite "éclair" protocolaire des chefs de service, nous avouent tel ou tel trouble qu'ils n'ont pas osé dire !"

Capgras (17 P. 674)

Elle souligne un peu plus loin la "désinvolture hautaine et prétentieuse de ces commissaires médicaux."

Pour Pollet, "le patron ne fait aucune différence entre la diplômée d'état et la fille de service." (96, P. 806)

Hervé (43) explique que pour les médecins, les infirmières sont un personnel d'exécution qui doit obéir ponctuellement avec une faible marge

d'initiative. Or ceci est constamment contredit par la réalité quotidienne où l'infirmier est amené à prendre des décisions en urgence, mettre en route le recueil des informations nécessaires au traitement, le contrôle du médecin arrivant bien souvent après ces activités.

o Nous avons identifié dans les documents au moins deux conséquences importantes du pouvoir exercé par les médecins sur les infirmières :

Sur le plan de l'organisation, il est presque toujours admis que les horaires du service, la répartition des activités, les horaires de vie des malades soient établis en fonction de l'horaire des visites, des consultations, des contre-visites etc... Tout le monde attend encore que les malades se révoltent lorsque l'infirmière ou l'aide-soignante vient les réveiller à 6h, 6h30, pour leur donner le thermomètre, la cuvette pour la toilette, puis le petit déjeuner, afin que "tout soit propre quand le médecin, le chirurgien passeront !" Ils ne protestent pas, et ne protestent pas non plus les infirmières qui referont, vers midi, les pansements, déjà faits le matin, quand le chirurgien passe à l'improviste, défait tout ce qui était fait et propre, sans rien demander à personne.

Une autre conséquence, particulièrement grave, est signalée par E. Barnes : les infirmières attirées par les médecins et la médecine cherchent à leur ressembler et adoptent leur indifférence apparente à l'égard des malades. E. Barnes explique que l'étudiant en médecine a dû seul résoudre "le conflit entre l'acquisition de l'indifférence nécessaire à l'accomplissement des tâches médicales et la sauvegarde de sa sensibilité vis-à-vis des souffrances des malades." (5, P. 36). Or, ceci conditionne le médecin qu'il deviendra. E. Barnes ajoute que le détachement professionnel du médecin contrarie l'effet du traitement et dit que les malades manifestent universellement leur déception quand le médecin ne s'intéresse pas à leurs sentiments : la relation médecin-malade est un élément essentiel du traitement. Devant cette indifférence, les malades apprennent vite à réserver au médecin les questions médicales et aux infirmières leurs ennuis et préoccupations psychologiques. Si les infirmières adoptent l'indifférence des médecins, que reste-t-il au malade ?

o En résumé, nous pourrions catégoriser (un peu schématiquement, évidemment) deux types de relations identifiables dans le discours infirmier :

Une relation assez hiérarchisée, se manifestant de la

part de l'infirmier par des comportements de soumission, passivité, flat-
 terie... du moins en face à face ; et des comportements de contestation
 et de révolte larvée au sein de l'équipe émergeant sous forme d'actes
 agressifs déguisés : oublis d'exécuter telle prescription, tel ordre,
 résistance passive, erreurs légères mais significatives, brimades déguisées
 etc...

Une relation de type plutôt paternaliste, où la dimension
 affective est utilisée de part et d'autre comme moyen de pression et de
 contrôle de l'autre.

Nous pouvons reconnaître là des signes qui permettent d'identifier
 des conflits de rôle et la tentative de les réduire.

Il est très rare que les infirmières décrivent leurs relations
 avec les médecins en des termes prouvant une relation de collaboration
 sans dépendance hiérarchique ou affective, avec reconnaissance des territoires
 réciproques de responsabilité et de compétences spécifiques.

IV.2.2 Vu par les malades :

Quand les malades s'expriment, que disent-ils ? Quels éléments
 significatifs du rôle de l'infirmière pouvons-nous retirer de ces témoignages ?

Nous présenterons ces documents en les regroupant sous cinq points :

- Comment le malade vit le moment de son hospitalisation.
- Comment il vit l'environnement matériel dans lequel il entre.
- Comment il vit les soins médicaux et la relation avec les médecins.
- Comment il vit les soins infirmiers et les infirmières dans

leur rôle.

- Comment le malade se perçoit lui-même, dans sa situation de malade.

Comme dans le chapitre précédent, nous avons retenu des éléments
 qui n'ont pas une relation directe avec le rôle de l'infirmière : par exemple
 la relation avec les médecins. Il nous a paru important de ne pas dissocier
 ce qui touche directement à l'objet de notre travail et le contexte où les
 évènements se déroulent, ainsi que tout ce qui concerne des personnes dont
 l'action influence sur celle des infirmières.

- Comment le malade vit le moment de son hospitalisation :

Par E. Barnes (5), nous savons que l'entrée à l'hôpital est un
 moment privilégié où le malade occupe une grande part de son attention à

confronter ce qui se passe pour lui avec les représentations qu'il avait de l'hôpital à l'avance.

Nous résumerons les divers documents dans lesquels les malades parlent de leur accueil et s'en plaignent, en disant que, dans ces cas-là, l'accueil est qualifié de neutre, insuffisant, indifférent, sans chaleur humaine. Les malades signalent le caractère impersonnel et bureaucratique des formalités, le sous-jacent menaçant de certaines questions comme par exemple : quelle est votre religion, quel est votre plus proche parent ?

Parfois le malade relate avec humour les cérémonies de déshabillage, mais l'humour est venu bien après, les premiers moments sont souvent bien difficiles. Nous ne résisterons pas au plaisir de citer in extenso un cas relaté par la Revue de l'Infirmière :

"Mme X., enceinte de neuf mois, doit subir une césarienne. L'intervention est prévue et la jeune femme se présente sur convocation à l'hôpital. La césarienne doit avoir lieu le lendemain. Mme X. est accompagnée de son mari et elle sait dans quelle chambre elle doit être hospitalisée. C'est une personne peu rassurante, peu souriante, peu bavarde, glaciale, qui la reçoit... et la conduit sans explication dans une salle interdite au mari. Un quart d'heure après son arrivée à l'hôpital, Mme X. se retrouve avec son mari dans le couloir, à moitié déshabillée, les bas en accordéon, son manteau sous le bras, mais... elle est rasée, pesée, on a pris sa température, sa tension, on lui a donné un lavement tout en l'informant du menu du soir et de la possibilité de baptiser rapidement son enfant en cas d'accident !"

(151, P. 358)

Tous les malades signalent que la séparation avec la famille ou l'accompagnant est le moment le plus douloureux, celui qui donne naissance au sentiment de solitude qu'ils conserveront durant toute leur hospitalisation.

Parfois, cette séparation se fait dans des conditions particulièrement choquantes :

"Occupé à remplir un questionnaire administratif à l'entrée, je me retourne pour m'apercevoir qu'elle n'est plus là : pourquoi n'a-t-on pas interrompu ou remis à plus tard cette formalité qui pouvait attendre ne serait-ce que dix secondes, pour dire adieu à celle

"qui depuis vingt quatre ans partage mes joies et mes
"malheurs ? Je demande à lui porter ses objets de
"toilette, mais impossible, le règlement s'y oppose !
"Est-ce cela le "déchocage" : priver le malade de tout
"amour brutalement ?"

(148, P. 5)

A travers les discours des malades et des familles, nous entre-
voyons l'entrée à l'hôpital comme un "passage" qui officialise un changement
d'état : d'homme sain, on devient un malade. Ce passage (qui donne le "droit"
d'être malade) se fait au prix d'une rupture qui touche toute la vie du
sujet : rupture affective, professionnelle, socio-culturelle... Il est
presque le symbole d'un rite initiatique : il n'y a pas si longtemps, le
malade perdait aussi ses habits personnels pour endosser ceux de l'hôpital.
Quand cette rupture est vécue par un enfant, les signaux de détresse sont
beaucoup plus visibles et montrent à quel point cette rupture est signifi-
cative pour lui.

Par contre quand les malades signalent que l'accueil était agréable,
ils disent qu'alors ils ont eu l'impression d'être connus à l'avance et
attendus et que, pour atténuer la rupture il se trouvait un interlocuteur,
généralement une infirmière du service.

- Comment le malade vit l'environnement matériel :

Il ne s'agit pas des hôpitaux modernes dont les possibilités dans
ce domaine sont remarquables. Mais des autres, qui existent encore..:

o La salle commune est vécue comme une gêne par tous : elle
ôte toute intimité, donne le spectacle de la souffrance des autres, amplifie
les bruits dus au va-et-vient, de jour comme de nuit. (Joz-Rolland 55)

o Le confort est relatif, parfois inexistant : beaucoup de
mauvaises odeurs..., le linge est rare dans les services de chroniques et
de personnes âgées. Mais pas seulement là ! A. de Vogüe (124) parle "d'in-
digence" sur ce point. Tous les malades signalent le bruit comme étant
l'élément culminant de l'inconfort : chaussures des soignants, chariots,
voix grondeuses ou rieuses, éviers en inox où la vaisselle carillonne, portes...
L'absurdité des toilettes, déjà si mal commodes pour un allongé, est partout
mise en évidence : un fond d'eau est apporté dans une cuvette. Si la
personne n'est pas très malade, mais doit néanmoins garder le lit, il est
rare que quelqu'un s'offre à lui laver le dos. Les services où l'on peut

laver les cheveux des malades hospitalisés depuis longtemps sont exceptionnels. Le sommeil, enfin, est difficile : perturbé par le bruit..., soumis aux aléas de la salle commune, interrompu de bonne heure même si la nuit a été mauvaise.

o La propreté des locaux est variable : M. P. Beffeyte (6) signale que dans trois hôpitaux sur les quatre où elle fut hospitalisée, dans la même ville, les toilettes étaient d'une saleté repoussante.

Le même chariot peut servir à transporter les bœux à urine, puis les bassines des malades, enfin les repas. Il arrive que l'agent de service chargé du transport des repas ne change pas de tablier entre temps.

o La lutte pour le petit matériel d'hôtellerie est tragico-comique : une malade raconte qu'au cours de son hospitalisation, il arriva plusieurs fois qu'une aide-soignante entre dans la chambre pour vérifier, dans le tiroir de la table de nuit, qu'elle ne conservait pas de petites cuillères !

Une autre malade dit que dans le service où elle se trouvait, il n'y avait pas assez de bols pour servir tous les petits déjeuners. Les aide-soignantes devaient en laver quelques uns entre temps pour pouvoir finir le service : les premiers servis étaient donc priés de se dépêcher de manger et les derniers avaient forcément du café froid.

o La nourriture est ce dont les malades se plaignent le moins, mais sa qualité est très variable : dans certains hôpitaux les malades peuvent choisir leur repas sur une carte, dans d'autres il est difficile de faire exécuter un régime. Dans l'enquête effectuée dans les hôpitaux de Lille (150), la nourriture figurait comme un élément positif dans l'hospitalisation. Ailleurs, les malades se font apporter à manger par leur famille quand ils en ont. "Il faut avoir très faim pour manger le rata réchauffé et refroidi, mal présenté." J. Maurice (77)

- Comment le malade vit les soins médicaux et la relation avec les médecins :

o Les médecins sont caractérisés, disent les malades, par la surcharge de leur temps : ils sont toujours pressés, on les voit en coup de vent, entre deux portes... Ils sont distants et inaccessibles qui plus est.

o La visite, vécue comme essentielle par le malade, se déroule dans une atmosphère de lieu public : "tout l'art est de ne dire que des lieux communs et de n'entendre que ce qui est sans signification."

(Lesterel 66)

E. Barnes (5) souligne que beaucoup de malades ne se croient pas autorisés à poser des questions au médecin : l'appareil qui entoure les visites renforce le malade dans ses images. Le plus souvent, le chef de service pose les questions à l'interne ou à la surveillante, même si le malade peut répondre. Par exemple : à la surveillante, "Madame, est-ce que Mr X. dort mieux en ce moment ?" Réponse : "oui, beaucoup mieux depuis qu'on lui donne le soir du..."

o La relation avec les médecins : Comme nous venons de commencer à le décrire, le colloque dit singulier du médecin et du malade n'existe pas à l'hôpital. Voici comment deux malades s'expriment à propos d'un examen médical :

La malade avait l'impression d'être livrée aux interrogatoires de la police, comme si on essayait de lui faire avouer quelque chose par l'usure, quelque chose dont elle n'avait aucune idée. L'impression d'être un gibier traqué, de devoir peser ses réponses. "Quel aveu est-on en train de t'extorquer ?" (152, P. 247)

A. Lesterel remarque qu'en lui disant "vous êtes diabétique" (ce qu'elle savait depuis longtemps et n'avait pas caché), l'interne avait le même ton que celui des agents de la mondaine quand ils disent "tu es putain." (66, P. 45)

Les malades ont conscience qu'en fait de dialogue, il n'y a pas d'écho en face, pas de relation profonde, un "non-partage". E. Barnes (5) dit que cette relation se dilue à la mesure de l'émiettement des soins. Il peut arriver que la surveillante, ou les infirmières, fassent écran entre le médecin et le malade, avec l'accord tacite de celui-ci, obligeant implicitement le malade à passer par elles pour toutes les demandes qu'il a besoin de faire au médecin.

Quand le malade s'aggrave, quand le diagnostic est celui d'une maladie grave, le problème relationnel s'aggrave aussi : J. Maurice (77) raconte qu'elle attendait le diagnostic concernant son enfant,

"... dans ce couloir sombre, au milieu de toutes
"ces blouses blanches, face au professeur appuyé
"sur le meuble roulant qui transporte les dossiers
"des malades, j'attendais la sentence comme
"l'accusée." (P. 22)

Les enquêtes et les divers témoignages (Berger et Hortala, 9) montrent que plus le malade va mal et plus le médecin a du mal à le visiter. J. Maurice écrit que lorsque l'enfant commença à aller mal, le professeur

se fit invisible, seuls les assistants pénétraient dans la chambre, se parlant entre eux, ne prenant garde ni à la famille ni à l'enfant : "comme si nous n'existions pas."

o Un des problèmes centraux est celui de l'information : les médecins en sont avares, disent les malades ; ils se dérobent et fuient devant les questions. B. Gauthier (36) dit que pour elle, "le silence est la cause fondamentale de la solitude du malade", un silence qui est le même dans toutes les strates de soignants.

o Les soins médicaux sont très souvent reconnus de grande valeur. Certains témoignages apportent au public la preuve que ce n'est pas toujours ainsi. Dans celui de A. de Vogüe (124) sont dénoncés les retards et erreurs du diagnostic, le laisser-aller, l'incohérence des prescriptions qui se contredisent, les traitements négligés et la vie du malade suspendue à un fil, en l'occurrence la "particule" du nom qui une fois reconnu permet des soins plus éclairés.

Partout l'absence de coordination est signalée. Il peut arriver que le chef de service, puis l'assistant, puis l'interne, ayant vu le malade séparément, fassent chacun leurs prescriptions, sans demander si leurs collègues ne sont pas encore passés.

- Comment le malade vit les soins infirmiers et les infirmières dans leur rôle :

L'aspect féminin du rôle, qui semblait particulièrement important à travers les images d'infirmières, l'esthétique, le charme, ont disparu du discours. Tant que le malade est au creux de sa maladie, ces éléments ne se manifestent plus. Ils reparaissent par contre, lorsque le malade est convalescent, ou qu'il est immobilisé pour longtemps mais sans trop souffrir (par exemple en traumatologie.)

o Les soins :

Comme pour les soins et la surveillance médicale, dans les hôpitaux dits de pointe, les soins techniques sont presque toujours très bien assurés. Néanmoins, le problème posé par la surveillance des malades la nuit existe : insuffisance numérique du personnel, personnel chargé de responsabilités qu'il n'est pas préparé à assumer. Les éléments essentiels relevés dans les témoignages de malades peuvent se traduire en quelques points :

Le manque d'expérience des jeunes qui font souffrir, hésitent, se trompent, ne "savent" pas : hématomes après les ponctions veineuses, bras

enflés après les perfusions, lit inondé lors des lavements, pansements qui tombent quand le malade se lève...

Le manque de compétence de l'infirmière (et c'est souvent de la même infirmière qu'il s'agit : incompétente et inexpérimentée), qui ne sait pas quel produit mettre sur une plaie, qui ne s'inquiète pas devant des signes alarmants, celle qui rase tout sauf la région opératoire sur un futur opéré, qui laisse une demi-heure sur le côté gauche un malade qui fait une grosse insuffisance cardiaque, alors que le reste du temps il est constamment en position assise...

Enfin, l'infirmière inconsciente, sûre d'elle malgré son peu d'expérience et dangereuse : qui serre un plâtre encore humide au niveau des malléoles tibiales, et provoque à coup sûr la formation d'une escarre sous le plâtre ; celle qui jette le médicament dans le lavabo quand elle n'a pas pu prendre la veine du malade ; celle qui ne croit pas le malade qui se plaint de son plâtre encore frais et refuse d'appeler le médecin parce qu'elle craint de le déranger, le malade cesse de se plaindre et quand on ouvre le plâtre, au bout de quelques semaines, il y a une grosse escarre qui prolongera l'hospitalisation... Celle qui ne contrôle pas le groupe sanguin du malade à qui elle place une transfusion et s'aperçoit, quand il commence à faire des malaises, que ce n'était pas pour lui mais pour un autre malade qu'on avait changé de place et donc de numéro de chambre...

Le problème des soins de base : il est unanimement reconnu, par les malades et leurs familles, que ces soins sont défectueux. Il s'agit des soins simples que le malade assurerait pour soi-même s'il le pouvait : toilette, soins divers d'hygiène, réfection du lit, alimentation et boisson, élimination. Dans ce domaine, les soins infirmiers ont le caractère de l'aide. Les témoignages sont constants et nous ne les détaillerons pas : cette aide est peu ou mal assurée. Quand elle existe, c'est l'exception.

Nous relaterons seulement un exemple récemment vécu par une infirmière : elle avait été conviée à un débat de quartier par un ensemble de familles désireuses de discuter la question des relations des hospitalisés avec les médecins et les infirmières. Elle fut frappée du nombre de témoignages négatifs portant tous sur les soins de base.

Une jeune femme raconta que sa belle-mère fut hospitalisée durant l'été 1975. La famille découvrit, par hasard, au bout de plusieurs semaines, que cette vieille dame ne mangeait pas sa viande à midi. La raison était simple : elle n'avait pas de dents et personne ne lui hachait le beefsteak.

Il y a de quoi s'étonner au moins sur deux points :

Personne ne remarqua que tous les jours le beefsteak repartait entier.

La malade n'osa jamais demander ce service.

Et pendant ce temps, on lui perfusait d'innombrables solutions intra-veineuses !

Unaniment, les malades expriment leur étonnement de voir le nombre de personnes qui "défilent" près d'eux. Il est rare que les soins soient pris en charge par une ou deux personnes. Le plus souvent, ils sont effectués par séries de tâches dont une personne est responsable. Ainsi, les malades disent qu'ils ne savent jamais exactement à qui demander de l'eau ou un comprimé, qui leur dira le nom des examens qu'on va leur faire. Ils s'étonnent aussi de la répartition inégale du travail dans la journée : tout est bloqué sur la matinée. Les différentes personnes se succèdent ou se croisent dans les chambres, mais à certaines périodes de la journée, quand le malade sonne, il doit attendre parfois un quart d'heure que quelqu'un vienne.

Une malade raconte qu'en revenant de la radiologie où elle avait passé la matinée, à jeun depuis la veille 17h, personne ne répondait à ses coups de sonnette parce qu'il était 13h et que nul n'avait songé à elle.

Les malades disent qu'ils ne savent jamais qui est qualifié pour faire telle chose : ils voient la même personne, aide-soignante, faire le ménage dans la semaine et faire les piqûres intra-musculaires le dimanche.

Dans ce paragraphe concernant les soins, nous faisons une parenthèse pour traiter en une fois la question de l'information du malade : nous considérons en effet, que cette question est un problème central qui affecte profondément la qualité des soins.

E. Barnes fait remarquer que, dans toutes les enquêtes, le principal sujet de plainte est celui des informations (5).

Dans l'enquête effectuée dans les hôpitaux de Lille (150), deux malades sur cinq ont dit être mal informés sur leur maladie et leur traitement ; sensiblement la même proportion de malades dit devoir arracher les informations à ceux qui les détiennent.

Le mémoire de J. Bourgon (126) livre les résultats d'une enquête effectuée auprès des malades d'un service :

- En ce qui concerne la vie du service, le personnel,

- 11 -

l'enquête montre que les malades connaissent à la rigueur le nom de la surveillante ; les infirmières ne sont pas désignées par leur nom : parfois leur prénom est connu ; le plus souvent les malades disent : la blonde, la petite, la grosse... Les malades ne différencient pas, parmi le personnel soignant, les divers statuts et compétences.

Dix sur treize ignoraient le nom du chirurgien qui les a opérés. Treize peuvent dire le nom du chef de service et celui de la surveillante ; sept sur vingt des malades ne connaissent pas le nom de sept sur les vingt et une personnes qui travaillent dans le service.

La plupart de ces malades ont dit n'avoir été informés ni des horaires de vie du service, ni des heures de visite, de l'organisation des soins, des possibilités de s'éloigner du service et de communiquer avec l'extérieur.

- En ce qui concerne la maladie et le traitement (toujours dans la même enquête) :

Quand le diagnostic a été posé avant l'hospitalisation, les malades le connaissent.

Quand il est posé au cours de l'hospitalisation : soit il s'agit d'un diagnostic banal et les malades sont alors informés ; soit il s'agit d'un diagnostic grave, et dans ce cas, les malades sont laissés dans l'ignorance ou informés d'un diagnostic erroné.

Tous ignoraient le nom, la raison, les résultats des examens de sang qu'on leur faisait.

Ils étaient capables de nommer les examens radiologiques mais pas de dire leurs résultats.

Des médicaments qu'ils prenaient, les malades savaient le nom quand ils ont pu le voir sur la feuille de température ou sur l'emballage. Ils en ignoraient le mode d'action, les avantages et inconvénients, les précautions à prendre.

Quand le malade avait un régime, il n'en avait pas été informé : il le savait d'après la composition de son plateau de repas, en le comparant à celui des autres malades. Aucune information n'était faite, ni prévue, quand le malade devait repartir chez lui avec un régime. Pas d'éducation du malade sur ce point.

Comment l'information est-elle faite ? Les témoignages sont aussi unanimes : elle est faite à la va-vite, entre deux portes, par un "sous-fifre" (dit un malade) ; mais surtout, elle est incompréhensible et il est

indispensable de trouver un traducteur ! "Il n'y a pas de langage adapté : on parle comme si le malade ne comprenait rien. On nous dit des mots et des mots." Joz-Rolland (55)

Aussi, les malades ont-ils leurs propres sources d'informations : les autres malades, les questions habilement posées qu'ils recourent ensuite, les familles ou les amis qui sont envoyés en mission d'information auprès des responsables...

Plus l'état du malade s'aggrave et plus les informations se raréfient ; des paroles lénifiantes lui sont prodiguées : vous irez mieux demain, alors qu'il est en train de mourir. Nous ne développerons pas du tout le thème polémique de l'information du malade gravement atteint. Ce n'est pas notre objet immédiat. Nous renvoyons aux nombreux documents qui existent sur ce sujet. Nous relèverons seulement quelques éléments importants pour la compréhension du rôle :

L'influence des médecins sur les infirmières est très importante sur ce point ; c'est leur attitude qui détermine l'attitude des infirmières en ce qui concerne les informations à délivrer à un malade atteint de maladie grave ou en mauvais état.

Légalement l'infirmière est tenue de ne pas délivrer d'informations sans l'accord et le mandat de son chef de service.

Actuellement encore, un nombre assez important de médecins est d'accord pour ne pas dire à un malade qu'il a une leucémie, ou un cancer par exemple. De même lorsque le malade arrive à ses derniers jours, il ne trouve pas souvent d'interlocuteur capable de reconnaître, quand il le dit, qu'il est effectivement en train de mourir, et capable d'en parler avec lui.

Les attitudes les plus couramment rencontrées prouvent la mise en place de défenses solides : mise à l'écart du malade (on va le voir de moins en moins, on dit qu'il a besoin de repos), prise de distance, véritables comportements de fuite.

o La manière de soigner :

Les attentes dessinaient l'image d'une infirmière disponible, dévouée, compréhensive. Certes, nous nous garderons de généraliser : l'infirmière peut être tout cela, et elle peut être toute autre. Les documents nous parlent surtout de cette autre...

Le malade rencontre un pouvoir, ou plus exactement une sorte de toute puissance. Dans les images, le malade représentait une infirmière qui

serait une aide, l'auxiliaire du malade. Celle dont il nous parle, quand il relate une expérience, est une infirmière qui met le malade à son service : elle fixe ses heures de visite, ce qu'il peut faire ou non, autorise ou non les coups de téléphone, ferme la télévision à 21h dans une salle commune quand le film ne l'intéresse pas.

"Les familles sont obligées de ramper pour obtenir une cuvette."

A. de Vogüé (124, P.61)

Les malades et les familles apprennent vite à se taire, à se plier aux consignes les plus inhumaines : dans un service de soins intensifs, pourtant moderne, sur les portes des chambres il est écrit "maximum de la visite autorisée six minutes". Aucun malade ne s'est révolté, aucune famille n'a demandé de quel droit... Nous pensons que les infirmières sont autant en cause que les médecins car ce sont elles les premières qui éloignent sans rémission les familles des malades quand ceux-ci vont mal.

"Et bien sûr, il n'est pas question que je reste, ne serait-ce que debout auprès d'elle, durant cette affreuse nuit, cela "gêne"... Alors ma femme tant aimée est partie, sitôt l'heure des visites autorisées, sans un regard ami, sans une caresse, sans une main pour tenir la sienne, sans un baiser d'adieu pour passer dans l'autre monde. Je ne serai prévenu que deux heures plus tard."

(148, P. 5-6)

J. Maurice (77) raconte qu'elle obtint du chef de service le droit de rester auprès de son enfant atteint de leucémie. Ils se ressentiront jusqu'à la fin d'être ainsi passés "par-dessus" l'autorité de la surveillante. Ce qu'un médecin appelait plus haut "la vindicte du personnel" se retrouve souvent : si le malade se plaint trop, on peut oublier de faire son lit, ou lui porter ses repas froids...

Le malade rencontre l'indifférence à sa souffrance : une des plus grandes peurs des malades est celle de la douleur, celle de ne pas être soulagé.

Dans son livre B. Gavoty (37) décrit les heures de supplice du lavage péritonéal auquel il dut le salut. Ce passage illustre bien l'efficacité totale dans un climat d'indifférence brutale. Le malade ne comprenant rien à ce qu'on lui fait, souffrant beaucoup, demande à une jeune infirmière si cela va cesser bientôt, croyant n'avoir à endurer que le temps d'un seul

flacon. Il s'entend répondre : "Mais Monsieur, on ne fait que vous commencer !" Phrase d'un humour noir, vu la situation, et qui rappelle quelque peu les paroles du bourreau qui, au cours d'une séance de torture, s'excusait auprès du supplicié lorsqu'il était de noble naissance !

Nous retrouvons souvent la phrase : "il joue la comédie", qu'il s'agisse de douleur physique ou de souffrance morale. Défense manifeste, savamment utilisée qui annule sans espoir le vécu du malade.

Parfois le malade très atteint supplie que les piqûres, ou les ponctions, lui soient faites par une personne expérimentée. Il rencontre parfois une infirmière d'exception qui se bat pour lui sauvegarder ce minimum de confort et écarte de lui les stagiaires infirmières ou le jeune externe maladroit.

Ailleurs, devant la douleur du malade, surgit une autre crainte : attention, il pourrait devenir morphinomane !... "Vous avez déjà eu votre piqûre, attendez encore un peu..." ou bien, il ne faut pas lui faire de morphine, il pourrait mourir.

D'innombrables exemples pourraient être donnés. A. de Vogüe conclut : "il n'y avait aucun sadique dans ce service, rien que des gens très gentils, pris un à un ; simplement indifférence, habitude, indigence, désordre, fatigue." (124, P. 53)

"Le malade ne rencontre ni sympathie, ni courtoisie, tout est désentimentalisé, ni sourire, ni réconfort." (55, P. 10)

Le personnel infirmier apprend très vite à réprimer sentiments et vibrations affectives . "Ces infirmières n'ont pas le temps d'être humaines. Il y a un choix : faire de la psychologie, dorloter les malades ou les soigner correctement." Derwa (25, P. 7)

Il se crée une sorte de prototype infirmier, sur le plan des sentiments, en tous cas : "Le personnel a peur de mettre en danger son image professionnelle : on n'accepte pas de montrer qu'on est touché par l'approche de la mort." Dobbs (26, P. 404)

Le malade rencontre la dureté, alors qu'il a besoin d'être aimé. Le malade n'exprime que rarement son besoin d'être aimé. Le plus souvent ce besoin ne s'exprime qu'à travers des symboles. Mais il arrive que le message soit clair :

"Je suis une machine, on me manoeuvre sans amour..."

"J'avais envie de m'appuyer effectivement sur quelqu'un qui m'aimait et me l'aurait fait sentir." (25, P. 8-9)

"Je suis la bonne malade, celle qui ne pose pas de problème et qu'on peut aimer. Si l'on m'aime, j'ai moins peur." (153, P. 16)

La dureté, c'est la voix, les gestes, les actions qui la trahissent :

"Les infirmières commandaient rudement. J'étais faible... Elles avaient expérimenté l'effet des ordres durement exprimés sur des malades diminués : les malades marchaient." (25, P. 7)

"Vous êtes peut-être là pour votre plaisir, mais pas moi."

Une infirmière à un malade

"Le personnel doit vous ignorer dès qu'il vous prend en charge. Il prend votre corps pour le soigner, pour le guérir.

"Le reste est au-dessus de ses forces humaines. S'il ne rayait pas votre coeur, votre esprit, il perdrait son temps.

"Tout son temps est déjà largement occupé par les soins du corps." (25, P. 9)

et enfin : "Quelle est la dose d'amour minimum indispensable pour une relation professionnelle efficace ?... C'est peut-être (pour soigner quelqu'un et que ce soit tolérable pour lui) "le connaître personnellement." (66, P. 20, 21, 25)

Le malade rencontre la peur et les défenses en face de sa peur et de son angoisse. Pour progressivement supporter mieux son angoisse et ses peurs, le malade a besoin de les exprimer. La communication demande forcément un lieu et un temps... Mais ceci n'est pas la seule condition : on peut être là et ne rien "entendre"... "Vous n'avez jamais appris à entendre et votre ouïe n'était guère naturellement développée" dit une malade aux infirmières (15, P. 16).

Un élément révélateur de cette autre forme de mise à distance est le temps mis pour répondre aux coups de sonnettes. D'après l'enquête effectuée dans les hôpitaux de Lille (150), un malade sur cinq estime qu'on ne répond pas assez vite à ses coups de sonnettes durant le jour, et un malade sur quatre pense de même pour la nuit.

L'appel par le coup de sonnette est une écharde dans la chair du personnel soignant : il y a le malade réputé "ennuyeux" qui sonne sans cesse. Celui qui appelle trois ou quatre fois avant de s'endormir demandant un cachet, puis de l'eau, puis d'ouvrir la fenêtre... Celui qui sonne pour montrer un bouton sur sa fesse alors qu'on vient de lui faire sa toilette. Plus le malade s'angoisse, plus il sonne, du moins tant qu'il a l'espoir qu'on répondra à son attente implicite.

Mais le personnel n'a que rarement la possibilité de percevoir ce qui se passe profondément, tout en percevant fort bien que le coup de sonnette est en quelque sorte un prétexte.

"Connaître le malade, c'est établir une relation avec lui et devoir faire face à ses questions.... Connaître le malade c'est déjà lui parler..." (36, P. 1154)

L'infirmière ne peut pas, ou ne veut pas, répondre au niveau réel de la demande. Il est difficile de supporter l'angoisse des malades, et plus difficile encore d'essayer, avec lui, d'en faire quelque chose. Beaucoup de témoignages décrivent les mouvements de retrait que l'angoisse suscite chez le personnel ; le malade qui se déprime ou agonise provoque aussi les mêmes réactions de défense.

"C'est très curieux la sensation de vide que l'on laisse autour du malade et qui s'élargit, je crois, quand les choses vont mal." (66, P. 8)

Les malades ont bien d'autres manières que les paroles pour manifester leur désarroi, leur angoisse, leur souffrance : les larmes, les questions affolées qui pleuvent dru à toute heure du jour, l'agitation et le va et vient des malades ambulants, la boulimie, les paroles sur la mort d'un animal préféré, les questions sur les risques encourus par le voisin de lit, l'approche corporelle qui est particulièrement mal supportée : le malade qui cherche une main, un bras, ne rencontre pas souvent la chaleur humaine dont il a besoin.

Une infirmière hospitalisée exprime qu'il "faut vivre de l'autre côté de la barrière pour se rendre compte du malaise des infirmières." (66)

Les témoignages des malades nous éclairent aussi sur tout ce qui augmente et potentialise leur angoisse : le silence du personnel et la carence d'informations, la douleur qu'on ne calme pas, les examens mal expliqués, les appareils étranges, le voisin qui va mal et dont on ne vous dit rien, l'absence de visites... La faiblesse aggrave la peur et prive le malade de ses possibilités habituelles de réactions face au danger. Enfin, "la technicité plonge l'assisté dans une profonde solitude." (36, P. 1154)

En ce qui concerne l'argument si fréquemment rencontré pour expliquer l'absence de communication, le TEMPS, E. Barnes affirme que : "Un sentiment commun au personnel hospitalier de tous pays est que parler avec le malade, c'est gaspiller ce qui, à l'hôpital, passe pour être le bien le plus précieux : le temps." (5, P. 24-25)

Nous tirons de ce paragraphe une rapide conclusion : les témoignages dont nous disposons, et dont nous ne donnons que des bribes, concernent d'une manière dominante l'environnement affectif et les relations qui sont rarement reconnus satisfaisants. Les besoins affectifs et les besoins de sécurité sont fortement touchés par le mode de vie hospitalier et les relations qui s'y tissent. Par contre l'aspect technique des soins est reconnu satisfaisant dans une proportion assez notable.

- Comment le malade se perçoit lui-même, quelle image a-t-il de "soi-malade" ?

Le premier aspect que nous aborderons est celui du CORPS : lieu de la maladie, son support officiel, il est le lieu privilégié du conflit soignant-soigné. Ce sont les signes physiques, biologiques, physiologiques qui comptent. Pour être considéré comme malade, il faut que "quelque chose se manifeste" et soit objectivable. Le malade qui se présente avec des signes dits "subjectifs" (note 1) sera rapidement classé "malade fonctionnel" si aucun examen ne vient signer, nous pourrions dire authentifier, le symptôme présenté.

Les soignants sont là pour soigner, et guérir si possible, les troubles corporels présentés par un malade, et leur cause.

Le malade peut repartir guéri de ses troubles, et même guéri tout à fait de la cause organique qui entraînait les troubles en question. Mais il peut aussi s'en aller sans que les causes profondes de ces troubles aient été identifiées. Un jour ou l'autre, il reviendra se faire soigner pour d'autres troubles.

Nous ne ferons ici qu'effleurer cet aspect du problème. Nous retiendrons qu'il affecte les relations du malade et des soignants d'une manière souterraine. Le corps est vécu comme le révélateur d'une maladie, l'ennemi à combattre. Il est très important pour les soignants de rester au niveau corporel de la maladie et de ne pas aller plus loin.

Le corps apparaît donc, dans les témoignages des malades, comme isolé du reste de la personne. Il est traité avec une certaine distance, comme un objet à part, sans continuité avec un être qui comprend, pense,

Note 1 : Les signes subjectifs sont ceux qui ne peuvent être vérifiés de l'extérieur : la douleur, les vertiges, la fatigue...

aime, souffre...

"La chemise dénudait le dos et le postérieur ;
"avant de me lever, j'essayais de la croiser. Mais
"dès qu'on me dressait, elle flottait. Mes efforts
"d'enveloppement amenaient des sourires moqueurs :
"celle-là s'imagine-t-elle que son derrière est
"différent !"

(25, P. 12)

Ce problème de la pudeur est constant dans les propos des malades qui se plaignent du détachement des soignants. Au cours d'une recherche effectuée dans un hôpital français, un infirmier décrit la situation suivante :

"La toilette au lit est une situation qui m'a
"frappé dès le premier jour dans le service, car
"il n'y a aucun moyen de s'isoler avec le malade :
"il n'y a pas de rideaux autour des lits, ni à la
"porte vitrée de la chambre. Rien n'est fait pour
"cacher la nudité du malade (le service est mixte) ;
"tout le monde peut regarder à travers la vitre et
" même entrer dans la chambre. L'explication de la
"surveillante est simple : nous sommes de moins en
"moins sensibles à la pudeur, nous devons nous y
"habituer et y habituer le malade ; nous devons
"nous dire que le corps humain n'a rien de pervers
"et que nous sommes tous égaux."

Van Der Bruggen (122, P. 21-22)

Cet infirmier ajoutait quelques lignes exprimant son désaccord avec le point de vue de la surveillante. D'après les témoignages, cet état de choses est très fréquent. Il semble qu'on soit passé d'un extrême à l'autre, de l'hypervalorisation de la pudeur à sa négation complète.

Nous citerons l'analyse que fait de ce problème une infirmière hospitalisée. S'interrogeant sur les comportements stéréotypés des infirmières, la malade dit :

"Je crains qu'il n'y ait là des problèmes fonda-
"mentaux de morale professionnelle mal comprise,
"des problèmes d'affrontement avec le corps humain
"et ses réalités physiologiques, qui n'ont jamais
"été vraiment abordés dans les écoles et qui ne
"peuvent se résoudre que par la négation ou la peur,

"des problèmes de contrôle affectif et des montages de tabous qui sont autant d'entraves à assumer vraiment ce rôle d'infirmière."

(66, P. 41-42)

Le deuxième aspect est celui de N'ETRE PLUS RIEN. C'est un élément des plus constant dans les documents provenant de malades. Nous citons les termes les plus fréquemment employés :

"Elle n'était plus rien, la 326, un corps malade, troué, découpé..." (25, P. 3)

Le malade est réduit à "n'être plus qu'un matériel inerte entre les mains qui le manipulent..., un paquet ballotté par des étudiants qui mâchent leur chewing-gum en échangeant des plaisanteries..., il n'est plus qu'une machine à subir." (152, P. 246, 248, 250)

"Bruno n'était plus que le cas N° tant, il appartenait au domaine de la médecine." (77, P. 61)

A. de Vogüe décrit un malade inexistant, mal soigné, tenu pour rien, raillé, méprisé, de haut en bas. (124)

"C'est un gommage, une négation de la personnalité du malade."
(25, P. 9)

"Il est très impressionnant de se sentir considéré comme un organe, de changer d'identité, c'est-à-dire d'organe, suivant les services."
(36, P. 1154)

Cette perte d'identité ne touche pas que la personne elle-même, le corps, l'esprit du malade ; elle touche aussi son passé, son présent, son environnement : "Un malade n'est plus un être normal intégré dans un contexte familial, social, professionnel..." (152, P. 250)

Il s'agit de mécanismes de morcellements successifs :

Le malade n'a ni sentiments, ni affects quels qu'ils soient.

Le malade n'a ni passé, ni vie sociale.

Le malade est un corps malade. Mais cela va plus loin : il n'est pas un corps tout entier malade, il est un poumon malade, une jambe malade.

Le troisième aspect est celui d'ETRE IRRESPONSABLE. Cet élément est constant. Les malades emploient des termes évocateurs pour caractériser leur manière de se percevoir : redevenu un mineur, un incapable, dépendant en tout et pour tout, irresponsable.

"On parle du malade à la troisième personne autour
"de son lit, on demande à l'infirmière comment il
"se sent, alors que la question pourrait lui être
"posée directement. On ne le considère pas comme
"responsable, capable de dire les soins qu'on lui
"a faits, les médicaments qu'il prend..."

(36, P. 1154)

"Un malade n'a pas d'avis à donner." (152, P. 247)

"Obeissez, ne discutez pas, ce sont les grandes personnes qui
commandent. Les enfants n'ont qu'à se taire, à s'incliner." (25, P. 10)

Ce malade, privé d'informations, mis en demeure, par des compor-
tements collectifs de domination, de se soumettre sans rien dire, ne peut
participer en rien à la lutte dont il est l'objet et rarement le principal
acteur. Les travaux effectués sur ce thème et montrant l'importance de la
participation du malade à sa guérison sont rarement connus. De même que
la maladie est considérée comme venant de l'EXTERIEUR du malade, la guérison
lui sera apportée, sinon infligée, de l'extérieur.

En conséquence, le malade se trouve contraint de régresser.

"Tout, en fait, est organisé pour cela à l'hôpital, consciemment
ou pas." (66, P. 57)

"Conditionnement qui rend le malade soumis et passif." (152, P. 246)

"Les malades sont d'habitude passifs, attentifs à être bien sages
et à bien faire, et peu oseront prendre des initiatives." (5, P. 24)

La Charte des droits des malades, récemment publiée (139), énumère
tout ce que le malade a le droit de faire. Mais il est intéressant de noter
dans quels termes ces droits sont exprimés ; ils sont toujours assortis
d'une condition : si le médecin l'y autorise, si un membre du personnel
soignant est au courant, pourvu que cela ne gêne pas le fonctionnement du
service etc...

La vie du malade hospitalisé est "sous contrôle" : il y a toujours
une autorité supérieure qui donne la permission, signe le bon de sortie,
dit si c'est bien ou mal etc... Il est évident que le malade se retrouve
dans une situation relationnelle identique à la relation parents-enfants
quand les parents ont une attitude de contrôle.

La question à se poser sur ce point a deux faces :

- La régression sert-elle le malade ? Quel degré de régression
est indispensable pour se soigner le mieux possible ?

