

CHAPITRE III :

LES DIFFERENTS NIVEAUX DE LA PROBLEMATIQUE DU ROLE INFIRMIER

Dans ce chapitre, nous voudrions concentrer les éléments essentiels apparus progressivement au cours des différentes analyses.

Tout en restant fidèle aux formes qui se sont dessinées, nous opèrerons un certain choix : nous devons en effet simplifier sans déformer, réduire sans caricaturer.

Nous conserverons pour plan de travail les trois niveaux d'analyse déjà utilisés : même s'ils fractionnent la réalité vivante, le rôle de repère que nous leur avons attribué facilite le jalonnement de l'argumentation.

Ainsi, nous traiterons successivement des niveaux sociologique, psychologique, psychosociologique de la problématique mais en opérant un travail de réflexion personnelle sur les éléments de cette problématique. Ce faisant, nous jetons par avance un pont qui reliera la première et la dernière partie de notre recherche.

SECTION I : PROBLEMATIQUE DU ROLE : NIVEAU SOCIOLOGIQUE

En résumant ce qui a été dit, nous admettons que les divergences entre les divers documents, permettant de repérer le rôle dans sa relation au statut, touchent :

- Les définitions de l'infirmière.
- Les limites de son champ d'action (tâches, fonctions, lieux, où il s'exerce, personnes auxquelles il s'adresse, responsabilités).
- Les finalités professionnelles mises en jeu dans les modèles officiels ainsi transmis.

D'autre part, les divers modèles qui peuvent naître de ces divergences coexistent dans la réalité quotidienne. Le choix de l'un d'entre eux dépend de variables multiples : caractère d'un médecin, choix d'une surveillante, prégnance d'un directeur.

Enfin, pour un même lieu d'action (par exemple une unité de soins) il est tout à fait possible que plusieurs modèles puissent coexister, avec

tous les conflits que cela suppose : modèles rattachés à la tradition, modèles futuristes, et aussi des modèles de transition comportant encore des traits du modèle ancien.

Un "modèle idéal" est transmis par les mass-média. Il continue à imprégner le public d'images fondées sur des caractéristiques désuètes ou tronquées par rapport à la réalité du rôle.

Cette image est repérable dans le discours d'infirmières déjà expérimentées. Lorsqu'on demande à des étudiantes en école de cadres de répondre à la question : une infirmière c'est..., les caractéristiques qui sont alors définies sont celles du modèle idéal, sans relation avec l'expérience réelle que les étudiantes ont du rôle.

Or le statut permet de définir les droits, les devoirs rattachés au rôle sur le plan officiel, et les comportements légitimement attendus de la part de celui qui agit le rôle.

Une problématique naît de ces remarques :

- Sur le plan psychologique : la future infirmière risque de rencontrer des difficultés devant le nombre et la variété des modèles : il lui manquera sans doute, au début du moins, un cadre de références stables et prévisibles. Ceci aura des répercussions sur la constitution de son identité professionnelle.

- Sur le plan économique : la considération attendue reste inexistante, le plus souvent parce que le salaire est bas et que l'extrême féminisation de la profession a facilité le maintien des tâches d'exécution pendant longtemps, au détriment des rôles de commandement (toujours valorisés) joués par les hommes (médecins et administratifs).

- Sur le plan psychosociologique : divers "modèles" possibles sont adoptés par les groupements professionnels. Leurs divergences donnent naissance à des vues très différentes du rôle professionnel et donc à des conceptions parfois opposées de la fonction : des courants de pensée apparaissent, les opinions divergent, des "théories" du rôle se formulent...

Si l'on admet que l'identification est le mécanisme le plus favorable à l'apprentissage d'un rôle, l'absence de modèle identificatoire, ou leur multiplicité, entraînera une difficulté au cours de la formation. Le rôle des stages apparaît comme déterminant puisqu'ils sont le lieu de rencontre de ces modèles possibles... Soulignons que si le modèle choisi

inconsciemment est le médecin, la constitution de l'identité professionnelle sera difficile et le champ d'action professionnel de cette infirmière ne se démarquera pas du champ d'action médical.

- Le concept de PROFESSION est atteint également par la carence de définition du champ d'action professionnel : c'est le degré d'autonomie de la profession qui est en cause.

. L'aspect technique du rôle est rattaché à l'exercice médical et en dépend.

. L'aspect psychologique du rôle s'inscrit dans une relation "à trois" et est fondé sur la relation duelle médecin-malade qui est dominante : l'accroissement des connaissances médicales accroît la crédibilité du médecin et augmente son impact dans cette relation. Chauvenet (19)

. Par ailleurs, sur le plan administratif et légal, l'enseignement n'est pas sous le contrôle réel des professionnelles : son contenu est défini dans des instances où elles ne sont jamais majoritaires ; les conditions de recrutement sont fixées de même, les enseignants sont presque toujours en majorité des médecins.

Pour A. Chauvenet, de cet état de fait découle une conséquence primordiale : "c'est dans le vide juridique qui caractérise l'existence de la profession d'infirmières comme domaine spécifique de qualification que d'autres professions ont vu le jour." (19, P. 1142). Il s'agit des techniciens d'une part (laborantins, aide-radiologues, masseurs, etc...) et des travailleurs sociaux d'autre part (assistantes sociales, éducateurs, rééducateurs...), alors que les psychologues et psychiatres se réservent la partie psychologique des contacts avec le malade.

Toujours selon le même auteur, deux courants de pensée rivaux, actuellement non complémentaires, essaient de combler ce vide en fondant la spécificité professionnelle sur des bases très différentes :

. Le premier courant qui fonde la spécificité de la profession sur une fonction psychologique et pédagogique, est défendu surtout par les infirmières enseignantes. Ce courant s'éloigne de l'axe médical.

. Le deuxième appuie la spécificité sur la qualification technique, il s'appuie fortement sur l'axe médical et est défendu surtout par les infirmières hospitalières.

Le couple antagoniste relation-technique peut donc servir

d'analyseur du discours infirmier. Nous le retrouverons ultérieurement lorsque nous étudierons les diverses conceptions des soins infirmiers.

SECTION II : PROBLEMATIQUE DU ROLE : NIVEAU PSYCHOLOGIQUE

II.1 Les problèmes

Les problèmes qui apparaissent au niveau psychologique du rôle peuvent être rattachés essentiellement à quatre facteurs :

II.1.1 Les systèmes de valeurs :

A son arrivée à l'école d'infirmières, l'élève peut se trouver en contradiction avec le système de valeurs de l'institution de formation ou celui de l'univers hospitalier auquel elle est rattachée.

D'après le Dr Béraud (8) les valeurs auxquelles les médecins sont attachés se caractérisent par : l'individualisme, le souci de l'ordre et de la hiérarchie, le sens de l'autorité, le respect du passé, la recherche de l'efficacité, la soif de connaître et de savoir...

Les valeurs auxquelles les administrateurs hospitaliers semblent être attachés, à la lecture des diverses revues hospitalières, sont : autorité-dépendance, hiérarchie-soumission, discipline-obéissance.

En ce qui concerne le personnel infirmier, au-delà du discours idéal, les valeurs qui se décèlent à travers les documents sont : l'adhésion à la hiérarchie professionnelle, la soumission, le désir de se sacrifier, la bonté, la douceur, le refus net de toute agressivité.

Des conflits de rôle vont naître parce que :

- L'administration possède un pouvoir de pression par le biais de l'avancement, des échelons, de la notation, de la prime, de la carrière, de la possibilité de formation...

- Les médecins possèdent un pouvoir affectif : par leur présence dans l'unité de soins, leur proximité, ils ont la possibilité de valoriser l'infirmière avec qui ils travaillent en la flattant, en lui donnant des tâches découpées dans leur propre champ d'action, ce qui paraît souvent une preuve de confiance et d'estime pour les infirmières concernées.

Devant l'incohérence des systèmes de référence, l'élève peut se trouver contrainte à forger son propre système. Si aucune réflexion n'est engagée en cours de formation sur les valeurs qui sous-tendent le rôle, la

formation peut se réduire à l'acquisition de connaissances, à l'apprentissage de règles de conduite et de comportements tout "prêts à l'emploi"... La rencontre avec la réalité humaine du rôle va engendrer désarroi et angoisse par l'impossibilité de se repérer.

Si des exigences incompatibles se manifestent à partir des attentes divergentes des différents groupes, la personnalité même de l'élève peut se trouver en danger dans sa cohésion : la prise de rôle intervient, en effet, le plus souvent, à un âge où la personnalité de l'élève n'est pas encore tout à fait structurée, et le rôle professionnel assumé a forcément un impact important sur cette structuration.

II.1.2 Les capacités de l'élève :

D'après Sivadon (115, P. 296), il y aura conflit :

- Si le rôle répond aux capacités de l'élève et non à ses désirs-aspirations.

Ce qui est en cause ici, c'est donc l'image que l'élève s'est faite antérieurement de l'infirmière et de son travail, et l'information qui peut être donnée dans les établissements scolaires pour aider les jeunes à modifier cette image idéale.

- Si le rôle répond aux désirs de l'élève, mais pas à ses capacités. Sur ce point, c'est la sélection qui est en cause directement : Sur quoi sélectionne-t-on ? Recherche-t-on les aptitudes à assumer un rôle (par ailleurs si mal défini) ? Recherche-t-on les inaptitudes ? Quel but une telle sélection doit-elle et peut-elle se fixer ?

L'information préalable sur la profession, les motivations à l'embrasser, les capacités à en assumer les diverses obligations constituent un des noeuds de la sélection des futures infirmières.

II.1.3 L'"objet" du travail (qui est l'homme) :

En décomposant à l'extrême le système de travail dans l'unité de soins considérée comme une molécule, nous pouvons admettre que l'élément le plus simple mis en jeu dans ce système est constitué par un couple : l'infirmière et le malade.

Dans l'acte de soigner, la rencontre est obligatoire entre les deux termes du couple, parfois directement, parfois par personne interposée.

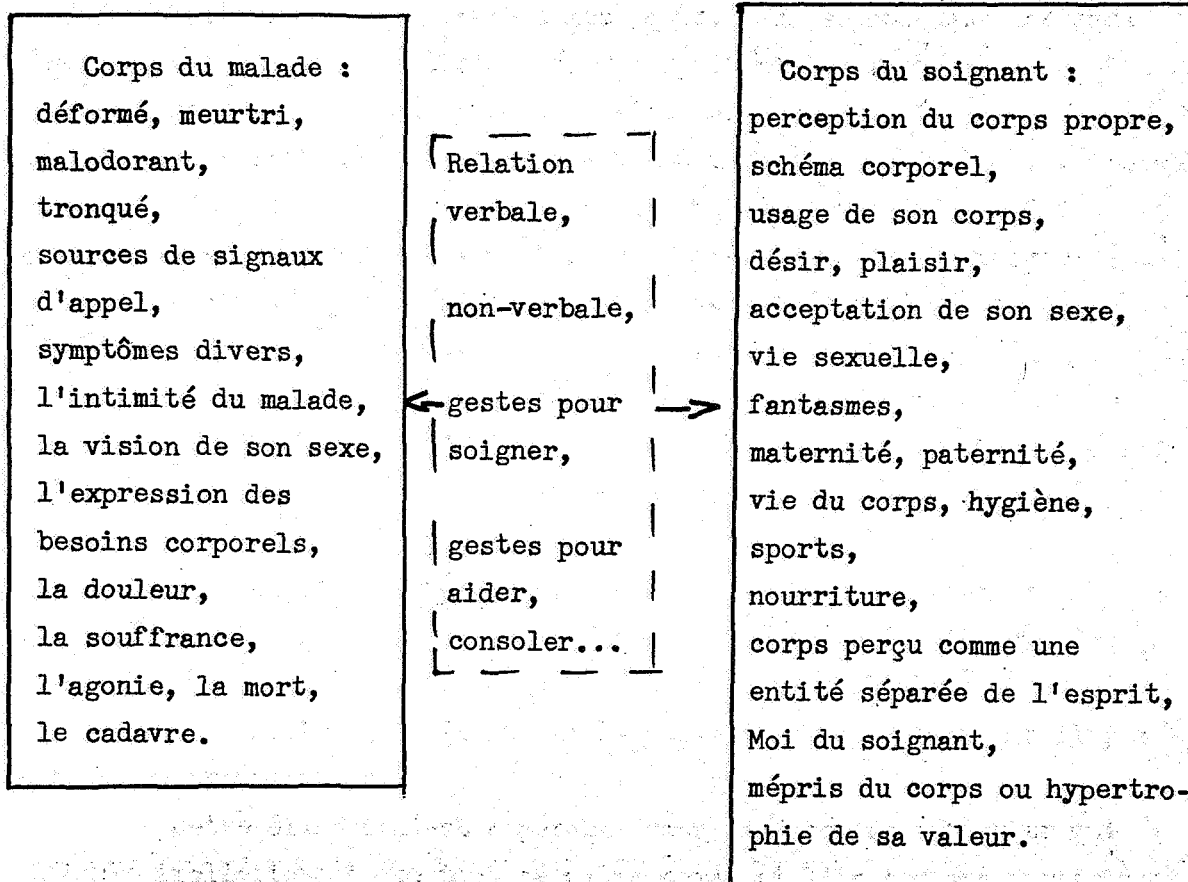
Nous posons donc comme premier élément du soin, l'existence d'une relation, au sens de RAPPORT existant entre deux termes. (Foulquié, 35)
Ce rapport a un but : celui de communiquer avec l'autre en vue de le soigner.

En considérant l'acte de soigner sous cet angle, nous suggérons que cette relation entre celui qui soigne et celui qui est soigné (ou qui se soigne) implique l'existence d'une problématique, faisant nôtres ces deux considérations :

- "Il n'y a pas de relation à autrui qui ne soit d'abord et profondément une relation à soi-même." De Peretti (92)

- "La reconnaissance de l'autre comme différent" est indispensable à toute relation. Hochman (47)

- La relation à soi-même : La problématique de l'infirmière est d'abord une problématique individuelle, existentielle, liée fondamentalement à l'unicité de l'homme, corps-esprit, inscrit dans l'espace et le temps. C'est la rencontre d'un bien-portant avec un homme malade et l'expression, corporelle ou non, de la maladie.



Le corps du malade renvoyant le soignant à son propre corps... C'est dans ce double regard de l'infirmière au malade et du malade à l'infirmière, que se dressent les premières difficultés de la relation : comment l'infirmière intériorise-t-elle la vision du corps du malade et comment le malade imagine-t-il que l'infirmière ressent son corps malade ?

L'image du corps pèse sur la communication au moins autant que sa réalité. (141)

L'identification au malade soulève et réactive chez l'infirmière l'angoisse de mort qui se nourrit de la multiplication des rencontres avec le malade, de la pression de sa demande, de la peur de ne pas le guérir, et de l'angoisse même du malade.

"Il ne s'agit ni d'une crise de la formation, ni
"d'une crise des structures de l'hospitalisation,
"ni de l'absence d'une politique de santé..., mais
"de l'affrontement d'une volonté de vivre à la
"souffrance des malades et au scandale de la mort."

Foulon (34, P. 382)

- La reconnaissance de l'autre comme différent : l'altérité.

"Entrer en relation avec", c'est communiquer. Ceci suppose que les deux pôles de la relation sont distincts, que l'altérité est possible, et l'autre "alter" reconnu en tant que personne "alter ego".

La relation qui s'établit entre deux hommes, et celle qui s'établit entre un homme et un organe malade, ou une maladie, n'a pas le même contenu. On ne peut pas communiquer avec un morceau d'être humain. L'incapacité de reconnaître l'autre comme différent, entraînerait donc l'incapacité de soigner parce qu'il n'y a pas alors la distance permettant la communication, et parce que l'empathie ne peut s'établir. (L'empathie, née du fait de posséder à l'état latent le rôle que l'autre est en train de jouer, pourrait donc être considérée comme le facilitateur de la communication.)

II.1.4. La finalité du travail (qui est la réparation) :

La réparation est bien la dimension essentielle d'une profession qui aspire à rendre le malade à la vie, à la joie, au bonheur.

Le pouvoir du soignant est le pouvoir du réparateur, or il y a des hommes irréparables.

Cette dimension est repérable dans le discours infirmier qui véhicule implicitement que tout se passe comme si l'infirmière participait à la réparation du malade en donnant de sa propre chair. On lit et on entend souvent : "c'est un métier qui vide" (vide quoi, pour remplir qui ou quoi ?)

"C'est un métier qui demande trop pour ce qu'on en reçoit" (trop de SOI, contre de l'argent, le malade ne pouvant rendre ce qu'il a symboliquement reçu..., donc métier qui ne pourra jamais être ASSEZ payé...)

La réparation, effectuée en donnant de soi, peut échouer : le vécu de l'échec est difficilement supportable, il s'ensuit un travail de deuil à effectuer que l'infirmière tentera d'annuler par divers procédés défensifs.

Et si la réparation réussit, il n'y a pas de sentiment d'échec, mais le malade va partir et la rupture de la relation entraîne une angoisse de perte d'objet et parfois une position dépressive lorsque les soignants ont accepté d'investir dans la relation avec le malade.

L'investissement affectif qui est payé d'une rupture ou d'un deuil devient rapidement impossible à la jeune élève. Les attitudes plus ou moins défensives qui apparaissent alors constituent une des difficultés essentielles de la relation soignante.

La problématique est donc située dans la rencontre d'une certaine pensée magique rattachée au pouvoir du soignant, avec une réalité où ce pouvoir se heurte à des limites précises.

II.2 Les conséquences : les attitudes défensives

La description de ces attitudes ne présente d'intérêt que parce qu'elles sont intégrées au rôle et quasi institutionnalisées. Il nous a semblé, à la lecture de la documentation, que beaucoup d'infirmières ne continuent à exercer leur profession que grâce à ces attitudes défensives. Elles font partie intégrante des comportements professionnels, et comme tels, elles nous interrogent sur la manière, les temps et lieux où elles sont acquises. Elles font partie de la manière d'être habituelle des infirmières, et leur remise en cause est inutile tant que des attitudes mieux adaptées ne peuvent être développées.

Ces attitudes de défense contre l'angoisse et la dépression revêtent plusieurs formes :

- Réduction du malade à l'état d'organe malade ou de maladie. Cette réduction est facilitée par l'évolution de la médecine vers des spécialités classées par appareil ou par maladie. Ce morcellement du malade suppose une relation d'objet partiel.

L'organisation du travail par séries de tâches augmente la dépersonnalisation des soins car il y a moins de temps de contact pour chaque soignant, avec chaque malade. Seuls sont pris en compte les besoins issus de la maladie, et non ceux issus de la personnalité du malade.

L'infirmière peut donc, grâce à ces comportements, ne pas rencontrer le malade... Si on "reconstitue" le malade, il arrive que ce soit le soignant qui se morcelle (ce qui se produit parfois dans des équipes où la mise en place d'un système de soins personnalisés permet la réactivation de l'angoisse individuelle des soignants).

- L'annulation des affects et leur interdiction : s'interdire les sentiments, les interdire aux autres, évacuer les résonnances affectives et tout ce qui est source d'angoisse et de remise en question, faire le silence sur les situations douloureuses, instituer des tabous sur la mort, l'agonie, la douleur... Tout ceci peut permettre de ne pas souffrir avec l'autre et de couper l'angoisse à sa racine.

- La mise à distance du malade : symboliquement par l'uniforme, le langage, les codes, les rites, la lutte acharnée contre les microbes et la saleté. Et réellement par l'utilisation des locaux comme moyens d'isolement, par la fuite des responsabilités, par la bureaucratisation et le refuge dans les "papiers", par le désinvestissement de la fonction et finalement le départ vers d'autres secteurs de travail.

- Le contrôle qui signifie une relation de pouvoir, est un moyen de défense constant contre l'identification au malade et l'angoisse de mort :

o maîtrise des lieux, des heures de visite, des coups de téléphone, de l'ouverture et de la fermeture de la télévision, des sorties du week-end, de la liberté d'action en fait ;

o maîtrise des informations et leur rétention ;

o maîtrise de la douleur et pouvoir de la calmer ou non ;

o pouvoir de décision à la place du malade (examens, traitements, transferts, régimes...)

Le contrôle enferme le malade dans des comportements prévisibles et déterminés, alors que celui du soignant reste libre et imprévisible. Il entraîne la dépendance du malade et, avec l'aide de la maladie, sa régression.

Appliqué aux structures et à l'organisation, le contrôle enferme les soignants dans une organisation rigide, d'inspiration quasi militaire : les règles sont strictes et ne laissent rien au hasard, les strates de soignants sont différenciées avec soin et déterminent des rangs hiérarchiques

où chacun a son uniforme, le matériel est impeccable, on n'est jamais pris au dépourvu, il y a des responsables pour tout, la discipline, l'obéissance aux ordres sont de règle. (Barnes, 5)

Lorsque les malades sont moins au lit, s'habillent au lieu de vivre en pyjama, que l'infirmière fait les choses avec le malade et non à sa place, que le lien de dépendance est moins fort et que la supériorité des soignants s'effrite, il a été observé que l'angoisse des soignants monte : on leur a enlevé leur meilleure défense. (Barnes, 5)

- Sécurisation par recours à la tradition et refus du changement :

"Les valeurs ont un pouvoir intégrateur. S'il opère, l'infirmière peut se situer sans avoir recours aux valeurs, croyances et préjugés de la tradition et de la morale sécurisante, ce qu'elle fait quand ce pouvoir échoue. Ces valeurs sont sécurisantes parce qu'elles masquent une partie de la réalité."

Villermay (123)

- Hyperactivisme : ne pas s'arrêter, courir partout, accumuler les "choses à faire"... L'activité a un double bénéfice : elle dérive l'angoisse et elle gratifie celui qui agit.

Chacune de ces attitudes défensives entraîne une détérioration des relations avec les malades, et des soins eux-mêmes. Il n'est pas de notre propos d'évaluer ici le degré de cette détérioration. Nous soulignerons seulement que ces comportements peuvent avoir un retentissement important sur la personnalité des infirmières (ce que nous avons déjà signalé). (88)

SECTION III : PROBLÉMATIQUE DU RÔLE : NIVEAU PSYCHOSOCIOLOGIQUE

Le niveau psychosociologique du rôle est celui où le rôle s'articule avec les attentes des différents groupes (note 1), leurs histoires respectives et leurs structures actuelles.

Note 1 : Il s'agit ici essentiellement des médecins, administrateurs, et infirmières.

Ces groupes sont aux prises avec les conflits des micro-sociétés : conflits de territoire et de pouvoir, émaillant leur vie de crises d'identité, mettant parfois en jeu l'existence d'un groupe.

Parce que l'hôpital est le cadre de vie de ces groupes, nous consacrerons un paragraphe à préciser quelques caractéristiques de l'institution hospitalière à l'heure actuelle, celles qui sont plus précisément en rapport avec le sujet de cette étude. Ensuite, nous tracerons une vue d'ensemble des problèmes inhérents à la pratique des soins infirmiers.

III.1 Aspects des problèmes inhérents à l'institution hospitalière

. La rentabilité :

L'hôpital moderne est devenu une entreprise de grand diamètre gérée avec tous les moyens du management moderne. Comme toute entreprise dans le système social actuel, il se doit d'être rentable, rentabilité dont le produit se mesurerait en nombre de personnes rendues au circuit économique... C'est une manière un peu caricaturale d'exprimer en termes économiques la finalité de l'hôpital. Ce qui amène une contradiction lorsque des infirmes, malades chroniques, mourants, sont soignés à l'hôpital : ils constituent dans cette optique une catégorie de clients "non rentables".

. La hiérarchisation :

Elle est, paraît-il, inévitable dans les systèmes vastes. Il s'installe une hiérarchie verticale avec division du travail en deux axes : commandement et exécution.

Selon C. Herzlich, deux systèmes se chevauchent dans l'hôpital :

- le statut scalaire qui est inhérent à la position de quelqu'un à l'intérieur d'un système hiérarchique : c'est le cas des administrateurs, ils ont "le droit" de commander ;

- le statut fonctionnel qui est inhérent à certaines formes de travail : les médecins par exemple, dont l'autorité émane de la compétence scientifique qui est la leur. (46, P. 261)

Les deux autorités peuvent entrer en conflit parce que :

- l'autorité administrative est nette dans l'hôpital et floue dans l'unité de soins ; or c'est elle qui a le pouvoir de gestion, dispose de l'argent et du personnel ;

- l'autorité médicale est floue dans l'hôpital et nette dans l'unité de soins où les problèmes sont traités par le chef de service. (79)

Le personnel peut recevoir des directives provenant des deux zones de pouvoir : on imagine bien le genre de conflits ou de pressions qui peut se manifester dans ces circonstances.

. La concentration :

Beaucoup d'hôpitaux ont les caractéristiques des grands ensembles. Un nombre important de personnes y sont concentrées sur des espaces restreints. L'organisation du travail renforce cette surpopulation en accumulant beaucoup d'activités le matin, donc davantage d'agents à ce moment-là. Le personnel, souvent surchargé durant ces heures, devient indisponible et irritable.

. L'organisation :

Elle est variable dans chaque unité de soins en fonction des malades, des types d'activité, du chef de service ou de la surveillante. Assez souvent, cette organisation admet le flou dans les attributions, une certaine confusion des tâches et en conséquence une délimitation incertaine des responsabilités. Ceci facilite l'émergence de leaders dont l'activité peut introduire des conflits de pouvoir supplémentaires à l'intérieur d'un système déjà complexe à ce point de vue.

. L'humanisation :

Promulguée récemment, la Charte des droits du malade s'inscrit dans le courant d'humanisation des hôpitaux. (139)

"Beaucoup de droits accordés le sont d'ailleurs
"depuis longtemps :
" ou les hôpitaux avaient aménagé les conditions
"de séjour du malade à l'hôpital et ces nouvelles
"dispositions n'apportent pas d'innovations ;
" ou les hôpitaux avaient encore un régime proche
"de celui d'une caserne et les nouvelles dispo-
"sitions n'effaceront pas toutes les ressemblances
"avec le régiment."

(149, P. 344)

Devons-nous penser, comme le disent certains sociologues, que l'hôpital joue un rôle dans la construction d'un certain type de société parce qu'il produit des valeurs de sécurité et de solidarité ? Ou qu'il est l'alibi de la santé, comme le dit C. Pantillon :



"Nous avons marginalisé la maladie, nous l'avons
"proscrite de notre univers. Les hôpitaux servent
"à l'évacuation des malades, des vieux, des blessés,
"hors de notre monde quotidien dont le confort,
"l'apparente sécurité, l'asepsie sont ainsi
"sauvegardés."

(89, P. 27)

Nous ne regarderons pas davantage l'hôpital à travers les analyses socio-économiques, il nous suffit d'avoir tracé quelques points de repère... Pourtant, nous sommes loin du compte : l'univers hospitalier est une mini-société, parfois un village, parfois une vraie ville..., il a son langage, ses codes, ses rites... Nanti de lieux, et d'un espace-temps, d'une histoire, et d'une vie politique, il a son aristocratie, sa bourgeoisie et ses parias. Et par rapport à cette société, notre regard ne dépasse pas le stade microscopique : il est un tout énorme, dont nous n'entrevoions qu'une parcelle dans cette recherche.

III.2 Aspects des problèmes inhérents à la pratique des soins

Avec le niveau psychosociologique du rôle, nous atteignons le lieu et le moment où le rôle est mis en action. Cette activité a un produit identifiable, caractérisable : les soins infirmiers. Ceux-ci sont produits à travers un tissu complexe de relations multiples et multi-directionnelles.

Ce sont les aspects problématiques de cette production de soins que nous allons décrire. Les concepts dont nous nous servons, ainsi qu'une partie du cadre de l'analyse, sont issus de l'article de Jean Duhart (27) : "Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale."

III.2.1 Le découpage du champ de la pratique infirmière

"Le champ de compétence du personnel infirmier
"est découpé à partir d'une situation de dépendance
"vis-à-vis de l'espace médical. La description de
"la pratique du soin infirmier n'est faite qu'en
"fonction de la pratique médicale." (P. 84)

Cette définition formelle fait de l'infirmière une exécutante des ordres médicaux.

En fait, la réalité est autre : l'infirmière, la surveillante, accèdent à une compétence qui dépasse le champ de pratique officiellement

reconnu, grâce à une formation clinique autodidacte. Ainsi elles acquièrent, avec l'acceptation des médecins, une certaine autonomie de décision. "C'est grâce à cette pratique officieuse que l'organisation formelle continue à tourner." (P. 88)

Mais le pouvoir informel ainsi acquis par les infirmières est un pouvoir par délégation d'une partie de la compétence médicale, et toujours sous la responsabilité globale du médecin.

Pour J. Duhart, la problématique à ce niveau peut être ainsi formulée : "Il y a un cadre formel où se trouve défini formellement le soin infirmier. Il est en décalage avec la pratique réelle dont toute une partie est au-delà du cadre."

Pour expliquer cet état de fait, J. Duhart émet l'hypothèse qu'il doit être rattaché aux rapports sociaux établis entre les médecins et les infirmiers, rapports basés sur la capitalisation du savoir par les médecins : "Savoir qui l'autorise à assumer seul les pouvoirs de définition et de décision dans le champ de la pathologie." (P. 84)

Selon cette hypothèse, les essais actuels de mise à jour et d'élaboration d'un savoir et d'une compétence infirmiers spécifiques sont la tentative de rééquilibrer la situation : l'existence d'un tel savoir reconnu officiellement par les médecins et les administrateurs, instaurerait d'autres rapports sociaux entre les médecins et les infirmières, ainsi qu'un autre découpage du champ de la pratique infirmière. On saisit déjà, à travers cette remarque, la conséquence qu'entraîne, pour la future infirmière, la centration de la formation sur le seul champ formel de la pratique.

Cette hypothèse nous semble être confirmée par les faits suivants : quand les infirmières abandonnent la fonction SOIN, elles recherchent une position où elles soient situées officiellement dans la zone de décision. C'est le cas lorsqu'elles accèdent à une autre fonction par spécialisation, ce qui officialise un savoir et une compétence technique d'ordre médical (anesthésie, puériculture, etc...). Ou bien encore elles recherchent une fonction dans laquelle le pouvoir de décision soit officiellement reconnu (surveillante d'un service) ; ou enfin elles accèdent à une fonction où les rapports sociaux habituels soient contrebalancés par une compétence située dans un autre domaine, compétence pédagogique par exemple, pour les infirmières enseignantes.

III.2.2 "L'objet de travail"

La relation du travailleur à l'objet de travail est imprégnée de la réalité humaine de celui-ci. Pour J. Duhart, le fait que l'objet de travail soit un être humain donne à la situation de travail un ensemble de caractéristiques dont nous pensons qu'elles suffisent à rendre ce travail "problématique".

- L'infirmière se trouve successivement confrontée à des malades différents entre eux : la pratique a donc très peu d'éléments répétitifs.

- Le malade est un objet de travail capable de réactions spécifiques plus ou moins prévisibles. La pratique possède donc un certain caractère d'imprévisibilité.

- Il est un objet de travail qui possède une unité dynamique c'est-à-dire qu'une action exercée sur une partie du malade peut avoir un effet sur le tout.

De tout ceci nous concluons en soulignant que : la pratique quotidienne comportera une grande part d'imprévisibilité dans tous les domaines où le caractère individuel de chaque malade est présent ; et que, d'autre part, cette pratique comprend la nécessité de "reconstruire" perpétuellement la représentation du malade, c'est-à-dire de connaître, évaluer, interpréter ses réactions au traitement, à la maladie, à l'hospitalisation par exemple.

Cette reconstruction doit être faite "au fur et à mesure du déroulement du travail par l'agent qui accomplit le travail ou par un agent qui surveille l'exécution de la tâche." (P. 83)

Cette analyse renforce la problématique relative au découpage du champ d'action que nous avons vue précédemment. En effet, si dans un travail, une grande partie des réponses est imprévisible, à cause des caractéristiques de l'objet de travail, le travailleur est amené à agrandir sa surface de décision ou à en référer sans cesse à un expert pour résoudre les problèmes qui se posent à lui (un superviseur en présence continue).

Des tentatives sont faites, toujours d'après J. Duhart, pour réduire l'aspect d'imprévisibilité de la pratique, et rationaliser le travail. Or les tâches qui s'y prêtent le mieux sont les tâches techniques par nature répétitives. Cet auteur est amené à émettre une autre hypothèse fort intéressante pour notre étude : c'est en donnant une importance à l'aspect répétitif des tâches techniques "qu'on a réduit l'aspect d'imprévisibilité des soins infirmiers à une approche relationnelle du type petits soins" (P. 87). Cet aspect des soins s'est ainsi trouvé dévalué.

Nous comprenons mieux que certains actes soient considérés comme essentiels et d'autres secondaires, surtout si ces actes techniques répétitifs sont rattachables au champ de la pratique médicale.

Les actes sont classés en "secondaires" et "essentiels" par rapport au champ d'action auquel ils se rattachent et non par rapport au malade (en effet, ce qui est considéré comme essentiel par le malade ne l'est pas forcément aux yeux du médecin : par exemple un lit confortable...)

Nous caractérisons ainsi cette hiérarchie des actes :

essentiel	-	secondaire
décision	-	exécution
savoir	-	savoir moindre ou ignorance.

Les tâches comprises dans la deuxième catégorie sont toujours celles qui ne demandent pas un grand degré de compétence technique... Or, ce sont aussi celles qui se caractérisent par le plus haut degré d'imprévisibilité et de non répétitivité. Elles demanderaient d'autres compétences. Finalement, on en arrive à ce couple antagoniste si fréquemment rencontré dans le discours infirmier : technique-relation, qui pose le problème des soins sur des bases branlantes. Nous reprendrons cette argumentation ultérieurement, à propos des soins.

Toujours en nous référant à notre préoccupation fondamentale qui est la problématique de la formation, nous soulignons maintenant un aspect des conséquences de cette séparation des tâches en deux catégories :

- Il émerge un sous-rôle infirmier catégorisé par les tâches du groupe dit secondaire et les tâches techniques simples.

- L'élève apprend pendant ses études ce qui est situé dans le champ de la pratique formelle, et se forme à jouer un "sous-rôle infirmier".

Finalement, le problème est posé sous la forme : "technique-relation", opposition fréquemment rencontrée dans les documents infirmiers. Fonder ainsi le conflit des soins infirmiers, c'est le situer entre :

"la technique et les soins",
la logique et l'affectivité,
la technologie et l'anthropologie... Foulon (34, P. 382)

L'opposition serait alors entre la technologie et l'humanisme, et les deux termes du couple apparaissent irréductiblement opposés. Dans la mesure où toute action professionnelle touche l'être humain, cette manière de poser le problème n'éclaire qu'une partie de la problématique et risque d'entraîner une dichotomie dans la manière d'envisager les soins.

Si l'on prend pour exemple la pose d'une sonde vésicale :

- Cette technique peut être apprise dans tous les manuels de pratique. Elle comporte toujours les mêmes gestes, les mêmes précautions, les mêmes consignes.

- Elle peut être appelée soin infirmier si, en plus de tout cela, elle comporte d'autres actions comme :

- . informer le malade, l'écouter, répondre à ses questions ;
- . inclure ce soin parmi les autres et les coordonner tous ;
- . contrôler l'efficacité du geste, rendre compte, surveiller ultérieurement la sonde ;
- . installer le malade le mieux possible et lui donner les informations nécessaires pour qu'il puisse le faire lui-même ;
- . juger du moment opportun d'enlever la sonde, en informer le médecin et lui demander son avis etc... !

Cet exemple montre bien la nécessité de dépasser l'opposition aspects techniques et aspects relationnels des soins. Il montre en outre que dans le soin infirmier, une partie dépend des ordres du médecin, et une partie est du ressort personnel de l'infirmière.

Nous essaierons donc de dépasser cette opposition entre la technique et la relation, cherchant ailleurs le lieu de la contradiction. Nous essaierons de définir une problématique fondée sur les concepts proposés par J. Duhart :

- . soins sous l'ordre du médecin (soins médiatisés) ;
- . soins en relation directe avec l'objet de travail.

Il nous semble que cette manière de focaliser le problème tient compte de la réalité, aussi bien historique qu'actuelle, d'une profession couramment qualifiée encore de para-médicale.

III.2.3 L'organisation du travail

Nous résumerons très brièvement les éléments qui peuvent être sources de conflits. En nous référant aux quatre étapes classiquement définies en organisation du travail, nous constatons :

- En ce qui concerne la finalité des soins : selon le Dr Béraud, il n'y a que très rarement des objectifs définis pour le malade et jamais d'objectifs pour l'équipe. Ce niveau est flou et ne fait pas l'objet de décisions. (8)

- Vu la carence d'objectifs, c'est au niveau de l'organisation que se prennent les décisions : elles concernent l'organisation des tâches, les temps, les moyens, les personnes... Elles appartiennent au médecin et à la surveillante.

- L'exécution est le fait des infirmières, des élèves, des aides.

- L'évaluation (visite, bilans) ne concerne que rarement ces trois groupes de personnes.

Il n'y a donc pas d'interpénétration des trois derniers niveaux, ceux de l'organisation, de l'exécution et de l'évaluation :

. les personnes qui prennent les décisions ne sont pas celles qui les exécutent ;

. celles qui les exécutent n'ont pas participé à la prise de décision ;

. en ce qui concerne l'évaluation : ce ne sont pas les mêmes personnes qui sont à la visite médicale et aux bilans d'équipe ;

. au moment de l'exécution des tâches, des informations et observations sont recueillies qui ne remontent que rarement au niveau décisionnel car il n'y a pas de circuit pour cela.

A ce propos, notons qu'avant l'instauration des dossiers de soins infirmiers, la tradition était orale.

Lorsque le dossier infirmier est instauré dans une unité de soins, si ce passage se fait difficilement, il n'est pas rare que le circuit d'informations orales double le dossier infirmier qui risque de se vider de signification.

Un certain nombre de difficultés peuvent donc naître de l'organisation du travail, et venir renforcer les points conflictuels déjà signalés.

Nous sommes arrivée à une étape charnière de notre démarche. C'est en effet au niveau psychosociologique du rôle que se manifeste sa forme : tâches, activités, conduites relatives au rôle émanant plus ou moins des attentes des groupes.

Les perceptions incompatibles du rôle, les attentes contradictoires, la confusion des rôles, le flou des attributions, engendrent des conflits ouverts ou latents qui témoignent d'une problématique interne sans cesse réactivée.

Un ensemble de comportements institutionnalisés permet d'enfouir ces conflits, préservant les apparences. L'agressivité est refoulée, le tact, la courtoisie et les conventions sociales sont utilisés dans ce but. Ils permettent aussi aux équipes d'affronter l'angoisse et la dépression inévitables dans les unités de soins.

Il existe donc des défenses de groupe comme il existe des défenses individuelles. C'est au sein de ces réalités que les élèves sont mises en relation avec les modèles professionnels infirmiers.

Nous avons exploré le rôle selon ses trois dimensions humaines. Certaines échappent tout à fait à nos possibilités de changement, en particulier la dimension sociologique.

Cette vision globale que nous avons tenté de saisir, consciente qu'en la décrivant nous l'immobilisons tel un instantané pris au piège du flash, permet au moins de comprendre l'ambition implicite des programmes de formation. Dans ce nombre impressionnant de variables, combien peuvent être concernées par l'action de formation ?

Nous sommes partie de l'hypothèse que la formation des infirmières pourrait se concevoir comme l'apprentissage d'un rôle. En mettant en lumière les aspects problématiques de celui-ci, nous rencontrons les premières difficultés de l'apprentissage du rôle.

Nous commençons à entrevoir la deuxième hypothèse qui, logiquement, devrait être formulée à la suite de l'hypothèse de départ : si la formation infirmière se conçoit comme l'apprentissage d'un rôle professionnel, l'identification de ce rôle peut se faire à condition qu'une théorie des soins et de l'organisation des soins le sous-tende. Autrement dit, nous supposons ainsi que les aspects problématiques du rôle pourraient être affrontés et éventuellement réduits.

Avant d'explorer les possibilités que cette hypothèse nous offre, nous devons encore consacrer un temps d'analyse au deuxième volet de la

problématique de l'apprentissage du rôle, celui qui est inhérent à la formation elle-même : les programmes, les institutions de formation, les procédés éducationnels.

Nous consacrerons à cette analyse la deuxième partie de notre recherche.

Nous résumons une dernière fois l'axe de recherche qui se dessine :

- la formation des infirmières est l'apprentissage d'un rôle ;
- l'identification de ce rôle repose sur l'existence d'une théorie des soins et de l'organisation des soins ;
- l'apprentissage du rôle, la formation des infirmières donc, pourrait être l'apprentissage de ces théories d'une manière concrète.

Nous développerons ces concepts dans la troisième partie. Actuellement, nous nous contentons de tracer en pointillés la ligne possible de notre travail.

-:-:-:-:-