

CHAPITRE I : LES ASPECTS SOCIOLOGIQUES

SECTION I : LES ECOLES

Le nombre des écoles d'infirmières rattachées à un hôpital n'a cessé de croître. Même les écoles du secteur privé, à but non lucratif, passent progressivement sous le contrôle du centre hospitalier le plus proche, pour résoudre leurs problèmes financiers.

Il s'agit donc, d'abord, d'une dépendance structurelle.

Depuis 1973, devant la pénurie croissante d'infirmières, des mesures d'urgence se sont succédées afin, soit d'augmenter les capacités des écoles déjà existantes, soit de créer des écoles dans les endroits où il n'y en avait pas. Rèche (101)

Dans la circulaire du 2 Septembre 1974 N° 4280, le Directeur général de la Santé disait : "Il ne devrait pas exister d'hôpital ou, pour ceux de faible importance, de groupement d'hôpitaux, sans école d'infirmières."

Du fait de l'intensité de cette demande, on aurait pu croire que le demandeur (l'hôpital) serait sous la dépendance du fournisseur (l'école). Il en aurait été ainsi si les écoles avaient pu avoir une structure indépendante de l'employeur hospitalier. Ceux-ci se sont donc employés à s'attacher le plus grand nombre possible d'écoles, malgré le coût financier réel que cette opération représente pour eux.

I.1 Dépendance administrative

Les écoles d'infirmières rattachées aux établissements publics de soins sont administrées par la Commission administrative de l'hôpital.

La Directrice est nommée par la même commission administrative. Cette nomination doit être soumise à l'agrément du ministre de la santé publique qui sollicite l'avis du conseil de perfectionnement des professions para-médicales. (Arrêté du 5 Août 1955, règlement-type qui y est annexé.)

"Le directeur ou la directrice est responsable de l'organisation et de l'enseignement théorique et pratique et de la tenue générale de l'établissement."

Il s'agit donc d'un "directeur technique".

La gestion financière de l'école et celle du personnel enseignant

est effectuée par les administrateurs de l'hôpital.

En outre, un Conseil Technique assiste la directrice. Un arrêté récent a considérablement modifié la composition et le rôle de ce conseil. (Voir Annexe N° 7). Nous résumons seulement les attributions de ce conseil :

- donner son avis sur l'enseignement, approuver la liste des professeurs et monitrices ;
- donner son avis sur l'admission et l'élimination éventuelle d'élèves inaptes.

La composition de ce conseil nous paraît très importante et nous la reproduisons intégralement (Arrêté du 16 Février 1976) :

- le médecin inspecteur départemental de la santé, président du conseil ;
- un médecin représentant le conseil d'administration ;
- le directeur de l'hôpital auquel l'école est rattachée ;
- deux professeurs enseignant à l'école, dont un médecin ;
- une infirmière enseignant à l'école, élue par ses pairs ; (deux si le nombre des monitrices dépasse dix) ;
- une infirmière surveillante de l'hôpital ;
- une infirmière diplômée en exercice extra-hospitalier.

Au total : un administrateur,
trois médecins,
trois infirmières,
un professeur (qui peut aussi être un médecin).

La directrice n'a qu'une voix consultative.

Le déséquilibre de cette composition est flagrant : il assure, en cas de vote portant sur des questions d'intérêt parfois grave, une difficile majorité aux infirmières.

Une circulaire signée du Directeur général de la santé P. Charbonneau a donné davantage d'importance à certains points de cet arrêté en les reprenant :

- la présidence assurée par le Médecin inspecteur régional qui est, par ailleurs, investi du pouvoir de "contrôle pédagogique" de l'école et intervient dans le cas de révocation de la directrice ;

- et l'alinéa de l'article 12 de l'arrêté signifiant :

"L'enseignement magistral des matières médicales
"suivantes : anatomie, physiologie et sciences
"annexes, pathologie médicale et chirurgicale,

"hygiène, doit être assuré par des docteurs en
"médecine ou des pharmaciens."

Nous soulignons l'imprécision des responsabilités de la directrice telles qu'elles sont définies plus haut, ainsi que l'absence de délimitation des pouvoirs dont elle dispose.

Nous avons une masse d'exemples montrant que, si le directeur de l'hôpital le désire, il peut effectivement exercer un contrôle et une pression sur l'école. Par exemple : il peut faire rayer, de la liste des livres commandés pour la bibliothèque, tous les livres de psychologie. Il peut aussi contrôler les listes de professeurs et éliminer les psychologues, jugés dangereux, ou ceux dont les opinions sont trop divergentes. Il peut aussi imposer les monitrices ou les déplacer sans demander l'avis de la directrice.

Pour être juste, ajoutons que beaucoup de directeurs n'agissent jamais ainsi mais, sur le plan formel, ils en auraient tout le pouvoir.

Cette dépendance administrative des écoles fut contestée à plusieurs reprises par des représentantes d'associations d'infirmières, à propos des conditions parfois désastreuses de fonctionnement de certaines écoles, ouvertes en catastrophe, sans terrains de stage valables et avec un encadrement pauvre. Face à ces contestations, la position de la Fédération hospitalière de France fut toujours très clairement exprimée : "les hôpitaux continueront à financer dans sa quasi totalité un enseignement professionnel dont ils ne recueillent que partiellement les fruits." Raynaud (99, P. 1347) (La dernière partie de la phrase est une allusion au fait que de nombreuses jeunes diplômées se dirigent vers le secteur privé de santé plutôt que vers les hôpitaux publics.)

Un peu plus tard, dans le Mémoire de la Fédération hospitalière à Mme le Ministre de la Santé, Mr Raynaud s'adressait aux Associations d'enseignantes qui "font un travail de sape" pour retirer la formation aux hôpitaux qui "ne se laisseront pas spolier physiquement et moralement dans ce domaine", et

"... pourraient décider la suppression pure et
"simple des contributions financières versées par
"les écoles, donc par les hôpitaux dans la plupart
"des cas, pour des études qui déboucheraient sur des
"propositions de transfert d'autorité. Nous n'avons
"pas le goût de l'auto-destruction."

(100, P. 812)

Cette dépendance structurelle des écoles se double d'une dépendance fonctionnelle due à la nécessité des stages. Si la première touche l'école dans son fonctionnement matériel, la seconde la touche plus encore car elle concerne la tâche même de l'école et conditionne sa qualité.

Ainsi, nous pouvons comprendre les prises de position des administrateurs qui s'expliquent par les bénéfices qu'ils espèrent retirer de cette double dépendance :

- Ils s'assurent un certain nombre d'infirmières à la sortie des écoles, par l'allocation de bourses ou de pré-salaires accordés aux élèves en échange de l'engagement à travailler dans l'hôpital pendant quelques années.

- Dans beaucoup d'hôpitaux, les élèves constituent une force de travail, même si cet aspect est violemment refusé par les autorités. En effet, ces élèves accomplissent, au titre de leur formation, une série de tâches selon le degré de capacité auquel elles sont parvenues. Nous savons qu'il existe des hôpitaux dont certains services "tournent" parce qu'il y a des stagiaires.

- Enfin, l'hôpital espère s'assurer, de cette manière, des conditions et du contenu de la formation en espérant qu'elle sera "conforme à ses attentes".

En bref, la dépendance financière du plus grand nombre possible d'élèves assure à l'hôpital la quantité.

La dépendance administrative de l'école tend à lui assurer la dépendance idéologique de l'école.

L'adhésion de l'école aux valeurs institutionnelles reste néanmoins aléatoire et cet état de fait constitue l'embryon d'une problématique particulièrement difficile à explorer.

I.2 Dépendance idéologique des écoles

"Le but premier de tout système de formation est
"d'assurer la survie et la conservation de l'organisme
"social dont il dépend."

Ruck, assistant de direction, (108, P. 54)

"Lieu d'acquisition du savoir médical, mais juste assez
"pour pouvoir pratiquer et ne pas rivaliser avec le
"médecin, lieu d'apprentissage des rôles complémentaires
"de ceux appris à la faculté, l'école est bien construite

"selon sa fin première, fournit un personnel qualifié,
"ordonné et discipliné, dont la seule qualification
"psychologique ne pourra être autre, dans les structures
"actuelles, que le "bon sens" voire, selon le code
"déontologique, l'adhésion aux principes moraux."

Souchon, psychologue (133, P. 30)

"L'école ne peut mettre en question le modèle véhiculé
"par l'institution à laquelle elle appartient."

Duhart, sociologue, ancien infirmier (27, P. 90)

"Les écoles professionnelles fonctionnent comme instrument
"d'instruction de l'élève qui doit plier, se plier,
"acquérir un profil donné. Et ne fonctionnent pas comme
"lieu d'une critique de l'institution hospitalière dans
"sa part pathogène."

Ostaptzeff et Lavoine, psychiatres (88, P. 605)

Dans ces conditions de dépendance, comment l'école fait-elle les choix qui la mènent à déterminer une politique de formation plutôt qu'une autre ? Plusieurs réponses sont possibles :

- Le système de valeurs de l'école est le même que celui de l'institution hospitalière. Cela suppose que la direction de l'école est assurée par une personne dont les choix sont clairs et qui assure, par son autorité personnelle, la survie et le maintien de ces valeurs, quelle que soit l'équipe de monitrices qui travaillent dans l'école. Mais en ce cas, la problématique existe toujours, même si elle est masquée par une direction forte : elle est transférée à l'intérieur de l'institution de formation, et elle resurgit forcément lorsque des conflits apparaissent ou que des décisions doivent être prises.

- Le système de valeurs n'est pas le même que celui de l'hôpital. Que se passe-t-il alors ?

Si nous admettons que, pour mettre en place une formation, les étapes suivantes peuvent se succéder :

- . niveau des valeurs, finalités politiques,
- . niveau des objectifs,
- . niveau de l'organisation de la formation : contenu, moyens,

- . niveau de l'exécution : enseignants,
- . niveau du contrôle,

nous pouvons aussi admettre que la solution la plus simple, lorsqu'une école est en désaccord avec l'hôpital sur le plan des valeurs, est de sauter les deux premiers niveaux et de prendre les décisions à partir du troisième niveau. En ce cas, la formation est conçue comme la prestation d'un programme : "est-on allé jusqu'au bout du programme ?" sera la préoccupation essentielle.

Une autre situation se rencontre encore plus fréquemment :

L'école élabore une certaine philosophie, en rapport avec des valeurs auxquelles elle adhère, et des objectifs qui en découlent. Les niveaux 1 et 2 sont cohérents entre eux.

Mais les autres niveaux sont en rupture totale avec les deux premiers : il n'y a pas concordance entre cette philosophie et les objectifs énoncés, et la manière de concevoir la suite.

Cette situation contient un ferment de contradiction qui peut rester silencieux tant que cette dernière n'est pas apparue dans la conscience des enseignants. Le clivage entre les intentions de l'école, des enseignants, et la réalité de la formation est chose fréquente. Cette défense permet à des monitrices de continuer à travailler dans des conditions où leur système de valeurs personnel est en désaccord avec celui de l'hôpital.

Nous pensons que cette réalité conflictuelle est une problématique courante des institutions de formation d'infirmières et qu'elle pénètre la vie professionnelle des enseignantes et celle des élèves. La manière dont elle est identifiée, assumée ou non, se répercute sur le climat socio-affectif des groupes en présence et sur leurs activités.

En conclusion, nous émettons trois remarques :

- Certains se demandent quelle est la légitimité de la prétention d'une école à définir des finalités et des valeurs, et à les imposer aux élèves ? N'est-ce pas créer des dogmes et abolir la liberté individuelle face à ces problèmes ?

Nous estimons que cette question doit être résolue. En effet, nous pensons que lorsqu'un système de valeurs n'existe pas explicitement, il y a toujours un système implicite qui régit la formation.

Par ailleurs, quelle que soit la solution adoptée, nous pensons qu'elle doit inclure une réflexion sur les niveaux 1 et 2 : ceux des finalités

et des objectifs. En effet, seuls ces niveaux nous questionnent sur le sens de notre travail, sur les attitudes et les comportements infirmiers : Quel est le seuil minimum de valeurs indispensables pour assurer l'efficacité, l'inocuité et la qualité des soins ?

- Par ailleurs, nous nous demandons si la dénomination "école" se justifie dans les conditions décrites. L'élève porteur de deux statuts : apprenti et étudiant, peut-il les assumer en même temps sans contradiction ?

- Enfin, le malade peut-il avoir la garantie qu'un système de valeurs solide étaye le fonctionnement général des unités de soins ?

SECTION II : LE PROGRAMME OFFICIEL (138)

II.1 Relativité de l'importance du programme

Quelle est l'importance réelle du programme dans l'organisation d'une école, dans ses choix, dans sa politique ?

Si l'on prend au pied de la lettre le discours des enseignantes, le programme aurait un rôle normatif, ce serait en quelque sorte le code commun de toutes les écoles. Mais si l'on considère la pratique quotidienne des écoles, cet aspect normatif du programme apparaît très nuancé par plusieurs autres réalités :

- Entre le programme et ce qui est réellement enseigné, il existe un écart important, et cet écart varie d'une école à l'autre en fonction des caractéristiques propres à chacune.

- Un programme vaut ce que valent les enseignants : ils varient d'une école à l'autre, tout comme les méthodes d'enseignement.

- La pratique quotidienne montre que le programme peut aussi n'être qu'un catalogue indicatif à partir duquel une école bâtit un projet de formation. Ceci est tout à fait possible pourvu que le projet soit accepté par le conseil technique. (Cette acceptation dépend des positions des médecins et de l'administration face aux méthodes d'enseignement modernes.)

En fait, le programme garantit qu'une certaine quantité d'informations seront délivrées aux élèves, et ceci pour les élèves de toute la

France : l'existence d'un programme garantit la quantité de ce qui est enseigné et non la qualité et la quantité de ce qui est appris.

II.2 Intérêt d'une étude du programme

Nous estimons que ce programme présente une conception de l'infirmière par certains côtés : par exemple dans son préambule et dans la synthèse des soins infirmiers présentée en dernière page.

Il présente aussi, à notre avis, une conception de l'enseignement infirmier.

Enfin par l'importance que les programmes ont, en France, sur le plan officiel, parce qu'ils font l'objet d'arrêtés ministériels, nous pensons que le programme peut être perçu comme "le rôle infirmier officiel", rôle mis en page et en scène par ce programme et les moyens de contrôle qui lui sont adjoints.

Il a été réalisé sur des dossiers fournis par des commissions de travail multidisciplinaires, et par ce fait, il reflète des courants de pensée d'origine différente.

II.3 Etude du programme

Outre une certaine conception de l'infirmière et du rôle infirmier, le programme présente une idée de la formation, au moins par deux de ses dimensions : la répartition du temps et les contenus et grandes lignes proposées.

II.3.1 La répartition du temps entre les diverses séquences :

Le programme-temps inclut : 102 semaines d'enseignement (Annexe 5)
18 semaines de vacances.

Les 102 semaines comprennent :

Enseignement théorique :	1 328 h	1 434 h	39,9 %
Révisions :	106 h	+	
Stage :	2 152 h	<u>2 152 h</u>	<u>60,1 %</u>
	TOTAL...	3 586 h	100 %

- Nous insérons directement ici le tableau récapitulatif de l'enseignement présenté dans le programme en page 9 (annexe 3 du programme).

TABLEAU N° 3

TABLEAU RECAPITULATIF DE L'ENSEIGNEMENT

Disciplines	Périodes en heures						TOTAL	%
	I	II	III	IV	V	VI		
Santé...	20					18	38	2,8
Profession...	12		16			20	48	3,6
Méthodes de travail...	10					20	30	2,2
SOINS INFIRMIERS								
Introduction aux principes généraux...	310	49					359	27
En pathologie...		239	27	192	85		543	40,7
Mère-Enfant...			169				169	12,7
Personnes âgées...			44				44	3,3
Psychiatrie-Santé mentale..					47		47	3,5
Synthèse...						50	50	3,7
TOTAL...	352	288	256	192	132	108	1 328	99,5
REVISIONS...		34		36		36	106	
TOTAL ENSEIGNEMENT : ...							1 434	

Nous y avons adjoint à droite, une colonne de pourcentages des divers temps accordés aux disciplines. Le pourcentage a été effectué sur le total des heures consacrées à cette discipline dans les six périodes. (Voir ci-contre.)

Remarques à propos de ce tableau :

o La proportion notable de temps qui est consacrée à la pathologie : 40,7 %

o Les 27 % consacrés à l'introduction aux principes généraux comprennent toute l'étude des fonctions de l'organisme (anatomie et physiologie) et des soins élémentaires qui les accompagnent. Comme dans ce chapitre se trouvent aussi les unités d'enseignement qui concernent la formation de la personnalité, sa structure, et les données élémentaires de la vie relationnelle, seule une très faible partie de temps est utilisée pour ces dernières unités.

o Les 10 h proposées pour les méthodes de travail sont ridicules si on les met en rapport avec les besoins réels de la clientèle des écoles. (Les élèves ne savent pas prendre de notes, ni résumer des documents, ni faire un rapport, ni établir une documentation ou des fiches de lecture...)

o Par ailleurs les 108 h accordées à la sixième période sont à répartir entre les rubriques suivantes : santé publique, organisation du travail, administration, législation, relation et enseignement professionnel d'infirmière.

Il existe donc un autre endroit du programme où une formation à la relation est nommée. Nous nous interrogeons sur le report en fin de formation de ces disciplines et sur la carence de temps qui leur est propre. On pourrait nous objecter que cette formation n'a pas à être incluse dans un chapitre spécial d'un programme, mais doit imprégner l'ensemble du programme. Nous pensons que ceci est une illusion, bienveillante certes, mais illusion quand même.

o La répartition des matières à enseigner propose d'une part une masse d'informations en pathologie, organisées de façon très organiciste, et par ailleurs une répartition et une focalisation sur des personnes classées par tranches d'âge (enfant, vieillard...) ; enfin, à part, les fous : 3 % du temps !

o Remarquons que l'orientation proposée pour l'enseignement des pathologies était : soins infirmiers aux malades atteints de ... Nous reprendrons plus loin le problème de l'enseignement, mais qu'en est-il de cette intention si l'école fait venir pour cela une masse de médecins et de chirurgiens... ?

TABLEAU N° 4

TABLEAU RECAPITULATIF DES STAGES HOSPITALIERS ET EXTRA-HOSPITALIERS

Périodes en heures (s x h)	I	II	III	IV	V	VI	TOTAL	%	
Disciplines									
Soins de base...	8 x 16 = 128						128	8,1	
Médecine-chirurgie		16 x 16 = 256		16 x 24 = 384	7 x 24 = 168	9 x 24 = 216	1 024	65,3	
Maternité...			2 x 20 = 40				40	2,5	
Enfants...			12 x 20 = 240				240	15,3	
Personnes âgées...			2 x 20 = 40				40	2,5	
Psychiâtrie-santé mentale...					4 x 24 = 96		96	6,1	
TOTAL...	128	256	320	384	264	216	1 568	99,8	
Stage à temps plein		4 x 36 = 144			11 x 40* = 440		584		
	TOTAL DES HEURES DE STAGE : ...							2 152	

* Ce stage de 11 semaines doit s'effectuer avant la sixième période.

o Enfin, reconnaissons que 2,8 % pour la Santé et la Santé Publique, c'est bien peu, lorsqu'on fait connaissance avec le préambule du programme (annexe N° 5).

- Tableau récapitulatif des stages hospitaliers et extra-hospitaliers (voir ci-contre), extrait de la page 10, annexe 4 du programme.

La dernière colonne de droite indique les pourcentages d'heures consacrées aux différentes disciplines.

Remarques sur ce tableau :

La masse des stages : 65,3 % est effectuée en médecine et chirurgie, sans compter le "temps plein".

Ces stages sont effectués le plus souvent en milieu hospitalier. Il n'est pas possible de différencier sur ce tableau le temps consacré aux stages en milieu extra-hospitalier.

L'aspect prévention et rééducation est réduit à l'état de parent pauvre, sinon au néant.

Cette remarque ajoutée à celle de la fin de la page précédente, nous permet de dire que le développement de l'aspect éducatif et préventif du rôle rattachable à la "santé publique" est presque un vœu pieux si l'on s'en tient à cette analyse.

- Comparaison avec l'Accord Européen sur l'instruction et la formation des infirmières (134) : Il date de 1967 et fut signé par les états membres du Conseil de l'Europe. Il définit des normes de formation pour les infirmières de soins généraux. La France fit connaître officiellement son accord en 1974. Cet accord fut publié au J. O. du 7 Février 1975 (sous la forme du décret N° 75-73 du 30 Janvier 1975).

L'accord prévoit une durée de 4 600 heures pour l'ensemble des études d'infirmières. La France a usé du droit de faire des réserves sur ce nombre d'heures. C'est ainsi que le programme actuel, avec ses 3 586 heures, comporte une lacune de 1 000 heures environ.

Quels que soient les contenus que recouvrent ces heures, un tel écart montre bien les différences de conception des pays entre eux, en ce qui concerne l'enseignement infirmier. (Note 1)

Note 1 : En ce moment, l'allongement du temps des études d'infirmières est en cours d'élaboration. Il est probable que lorsque ce travail sera achevé, les études se feront en trois ans, nous assimilant ainsi au profil suggéré par l'Accord Européen.

II.3.2 Les lignes directrices et les intentions du programme

Elles sont révélées essentiellement par :

Le préambule du programme (page 3 du programme) ;

Les caractéristiques de l'enseignement (pages 4 à 10) ;

La manière dont sont rédigés les paragraphes détaillant le contenu ;

La synthèse des soins infirmiers (page 60).

- Le préambule : Nous avons déjà dit qu'il trace un profil d'infirmière et dessine le rôle infirmier sous des traits que nous résumons ainsi :

L'infirmière a la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers requis par la promotion de la santé, la prévention de la maladie et les soins des malades.

En tant qu'éducatrice de la santé pour les personnes et les groupes, l'infirmière a une dimension sociale.

Les soins infirmiers se définissent par une aide apportée à la personne soignée afin qu'elle recouvre le plus rapidement possible autonomie et indépendance.

- Les caractéristiques de l'enseignement (pages 4 à 10 du programme) : Il se présente sous forme de six périodes (voir en annexe n° 8 le détail du programme de chacune d'entre elles.) Seules les périodes 1, 2 et 6 doivent être effectuées toujours dans cet ordre, les autres peuvent être inversées. Chacune est organisée autour d'un ou de plusieurs centres d'intérêt :

La première période apporte les bases essentielles de la connaissance de l'être humain et une initiation progressive à la relation et aux soins infirmiers en général.

La deuxième période étudie les principes généraux qui permettent une meilleure approche de la personne malade, les soins infirmiers en pathologie infectieuse, dans les affections de l'appareil locomoteur, cardio-vasculaire et respiratoire.

La troisième période, centrée sur la famille, étudie les soins à la mère, à l'enfant, aux personnes âgées.

La quatrième période envisage les soins infirmiers en réanimation et dans les affections des glandes endocrines, de l'appareil digestif, urinaire, et génital.

La cinquième période termine l'étude des soins infirmiers avec ceux des affections hématologiques, neurologiques, dermatologiques, de la vue, de l'ouïe et de la face. Elle comprend aussi les soins infirmiers en pathologie mentale.

La sixième période permet à l'élève de faire le bilan des connaissances acquises.

Par ailleurs, toujours dans ce paragraphe, divers conseils sont donnés qui apportent une lumière intéressante sur les intentions du programme :

L'enseignement doit être progressif.

Il n'est prévu pour l'enseignement qu'un nombre d'heures restreint, pour aménager aux élèves un temps de travail personnel et de documentation.

Les stages doivent permettre à l'élève d'apprendre à être progressivement responsable de l'ensemble des soins à un malade.

Les caractéristiques de l'enseignement en stage sont ainsi définies :

"Infirmières enseignantes et infirmières soignantes,
"recevant des élèves en stage, devront collaborer
"étroitement pour maintenir l'unité dans la formation.

"Dans le stage, un temps suffisant doit être prévu
"pour permettre à l'élève, en relation avec l'équipe
"de soins, d'observer, de s'informer, de réfléchir
"et de se documenter avant d'exécuter des soins
"effectifs.

"L'élève étant en fonction d'apprentissage ne doit,
"en aucun cas, servir de personnel d'appoint au
"niveau des stages quels qu'ils soient..."

(138, P. 4)

L'intégration de l'enseignement et des stages est recommandée :

"Il est important de confier aux élèves le soin
"de personnes dont l'affection est étudiée dans
"le programme théorique..." (138, P. 5)

Enfin, juste avant la sixième période, un stage à temps plein de onze semaines est centré sur l'"intégration de l'élève dans une équipe de soins, l'organisation des soins infirmiers, l'encadrement des élèves ou du personnel secondaire"... (138, P. 6)

- La manière dont sont rédigés les paragraphes détaillant le contenu :

Cette rédaction permet de ne plus faire de cet enseignement un catalogue de maladies digne de l'internat. Avant d'entreprendre l'étude des soins

infirmiers dans les affections des diverses fonctions, un ensemble de recommandations fixe la finalité de chaque enseignement :

"L'enseignement donné, en abordant la pathologie, ne doit
"aucunement avoir pour but de conduire à un diagnostic,
"mais bien plutôt d'aider l'infirmière à donner des soins
"infirmiers adaptés et efficaces.

"Car il s'agit avant tout d'apprendre à soigner des
"personnes et non des maladies...

"Etre responsable de personnes malades ou non, suppose
"que l'élève apprenne à :

" - Dispenser aux personnes des soins infirmiers compé-
"tents requis par leur état, compte-tenu des besoins
"physiques, psychologiques et moraux du malade en milieu
"hospitalier ou extra-hospitalier (foyer, école, lieu de
"travail) et des prescriptions médicales (éventuelles).

" - Observer les situations ou conditions physiques
"qui exercent un effet important sur la santé et commu-
"niquer ces observations aux autres membres de l'équipe
"sanitaire.

" - Juger des soins infirmiers nécessaires en fonction
"de toutes les informations recueillies..."

(138, P. 23)

La manière dont sont rédigés les paragraphes correspondant à l'étude des soins infirmiers dans les diverses fonctions est significative des intentions du programme. Pour mieux faire comprendre cette remarque, nous citons, in extenso, en vis-à-vis, la formulation du programme précédent et celle du nouveau programme concernant les soins infirmiers dans les principales affections cardio-vasculaires (ancien programme de 1961 page 37 ; programme de 1972 page 31).

Rappel d'anatomie et de physiologie.Moyens d'exploration :

- examens cliniques,
- examens radiologiques,
- électrocardiographie,
- cathétérismes.

Principaux symptômes.Principales affections :

- insuffisance cardiaque,
- cardiopathies rhumatismales,
- hypertension artérielle,
- artérites,
- maladie thrombo-embolique veineuse,
- cardiopathies congénitales,
- anévrismes artériels, anévrismes artério-veineux,
- plaies thoraciques,
- les urgences :
 - . infarctus myocardique et syndrome d'angine de poitrine,
 - . pouls lent permanent,
 - . tachycardies paroxystiques,
 - . syncope cardiaque.

Données générales sur le traitement :

- médical (avec l'étude des médicaments de l'appareil circulatoire),
- chirurgical (cf. chapitre chirurgie thoracique),
- diététique.

Enseignement pratique. -Rôle de l'infirmière au cours de :

- installation du malade,
- saignée, temps de saignement et de coagulation,
- prise de la tension artérielle et de la tension veineuse,
- drainage des oedèmes sous-cutanés,
- taux de prothrombine, test de tolérance à l'héparine,
- ponction de péricarde, cathétérisme cardiaque,
- surveillance des traitements anticoagulants,
- diététique de l'hypertension et de l'athérome.

Pronphylaxie et éducation sanitaire.Incidences psychologiques et sociales : l'enfant cardiaque...Aide aux cardiaques.

Dans l'étude de ces soins infirmiers, on insiste sur :

- la fréquence des affections cardiaques,
- la nécessité d'une éducation sanitaire,
- l'importance de la surveillance constante de l'évolution des signes biologiques, cliniques (avec ou sans enregistrement graphique) et des soins pré et post-opératoires,
- les précautions à prendre au cours des thérapeutiques majeures (médications digitalique, diurétique, anti-coagulante, modificatrice du rythme cardiaque) et en cas de traitement d'urgence,
- le comportement psychologique du malade et son approche,
- la limitation de l'activité,
- la réadaptation,
- l'hygiène de vie,
- l'intérêt du régime hygiéno-diététique.

Les soins infirmiers seront étudiés :

- dans les principaux symptômes : douleurs, essoufflement, palpitations, perte de connaissance, oedèmes...
- au cours des moyens d'exploration,
- dans les principales affections :
 - . du péricarde,
 - . de l'endocarde (vices valvulaires, endocardites),
 - . du myocarde : myocardites,
 - . des coronaires : infarctus du myocarde, insuffisance coronarienne aiguë et chronique,
- dans les principaux syndromes :
 - . insuffisance cardiaque,
 - . troubles du rythme,
 - . oedème aigu pulmonaire,
- dans les principales affections circulatoires :
 - . maladies thrombo-emboliques,
 - . hypertension artérielle,
 - . insuffisance artérielle des membres.

- Synthèse des soins infirmiers (page 60) : Elle présente ce que la jeune professionnelle doit être capable de faire au moment d'entrer dans la vie professionnelle. Nous résumons les principaux points de cette synthèse :

- . savoir dégager par écrit et sans document, les principaux éléments de surveillance et les problèmes de soins infirmiers d'une personne précise,
- . savoir assumer la responsabilité d'un groupe de personnes soignées,
- . savoir reconnaître une situation d'urgence et y faire face,
- . savoir se situer dans une équipe de travail,
- . savoir exercer une fonction pédagogique auprès du malade et de son entourage, de toute personne en formation, et auprès du personnel auxiliaire.

II.4 Conclusion

Quelques remarques viennent à l'esprit et la suite nous apprendra si elles étaient fondées !

Plusieurs problèmes sont à redouter :

. Sur un plan général, ce programme apporte un changement fondamental dans l'esprit de la formation et dans "sa lettre". Comment penser que l'ensemble des écoles ait pu effectuer un tel changement sans aucun délai ? C'est impossible humainement.

Nous formulons donc ici l'aspect de la problématique inhérente à tout CHANGEMENT, et à ses conditions de succès.

La lourdeur et l'inertie des structures et des personnes qui y sont attachées permet de supposer que dans bien des cas, sous l'étiquette du nouveau programme, ce soit l'esprit de l'ancien qui continue à dominer. Les objectifs qu'il suggère, les comportements qu'il décrit, la manière de considérer les malades et les élèves se démarquent trop fortement de la pratique hospitalière actuelle, d'une part, et d'autre part demandent aux infirmières enseignantes d'avoir opéré en elles-mêmes un changement tout aussi radical...

. L'intention de créer un raisonnement infirmier, d'avoir un projet professionnel original et une culture spécifique, ne peut se développer que dans un contexte hospitalier où la même intention soit déjà née. Nous ne croyons pas que la réalité hospitalière actuelle, où se situent 70 % du temps des stages, le permette.

La prise de responsabilité progressive des soins aux malades suppose que l'élève puisse avoir sous sa responsabilité un nombre très limité de malades, et ceci en accord avec son état actuel de formation et donc de compétence. Nous ne pensons pas que cela soit possible très souvent.

Lorsque les efforts des services rendent possible un tel apprentissage, le problème se trouve seulement déplacé : à la fin de ses études, la jeune diplômée devra travailler à nouveau "en série" dans la plupart des cas.

. La personnalisation des soins, l'accent mis sur les relations humaines à l'hôpital, sur les relations dans le groupe de soignants, ravivent les problématiques que nous avons déjà identifiées à plusieurs reprises : la formation psychologique (au sens large) de la future infirmière ne permet certainement pas d'assumer des soins de cette nature, ni une vie relationnelle de cet ordre.

Sur ce point, nous pensons que le programme est en désaccord avec ses intentions, car cette formation reste, à notre avis, tout à fait aléatoire : l'abondance des matières médicales nous semble moins gênante que la carence en sciences du comportement. Il est effectivement plus facile de réduire des zones trop volumineuses que d'introduire des éléments inexistantes.

Nous craignons que l'opinion de Hervé à la fin de sa formation ne soit celle de nombreux infirmiers : "l'infirmière a à la base une formation médicale de 28 mois que l'expérience quotidienne vient compléter." (43, P. 1133)

SECTION III : LA SELECTION

L'admission dans les écoles d'infirmières se faisait, jusqu'ici, en deux étapes :

- le passage d'un examen ou la présentation d'un titre en dispensant,
- l'inscription dans une école qui pouvait faire sa sélection en fonction du nombre de candidats dont elle disposait.

III.1 L'examen d'entrée (jusqu'en 1977)

Age minimum : 17 ans à la rentrée.

III.1.1 La filière normale

- Epreuves de français sur un même texte :

1) En 1 h 30, pour 20 points : dégager les idées principales du texte, trouver un titre approprié, expliquer des termes et des expressions.

2) En 3 h 30, pour 20 points : développer, discuter, justifier une pensée du texte qui est indiquée.

L'élimination se fait sur la note 0 à l'une des épreuves et sur une moyenne inférieure à 10 à l'ensemble des deux épreuves.

- Epreuves scientifiques :

Nous résumons le texte officiel :

1) Epreuve de physique en 1 h sur 10 points.

2) Epreuve de chimie (idem).

3) Epreuve de sciences naturelles : questions sur 10

L'élimination se fait sur une note inférieure à 10 pour les trois épreuves réunies.

L'admission se fait à 35 sur 70.

III.1,2 La filière destinée aux aides-soignantes et auxiliaires de puériculture

Cette filière très récente a été promulguée par arrêté du 21 Juillet 1975 (J. O. du 24 Juillet 1975)

Conditions : Justifier de six années d'exercice comme aide-soignante ou auxiliaire de puériculture, en plus du certificat d'aptitude à l'une de ces fonctions.

L'examen comprend :

1) Epreuve unique de français en 1 h 30 sur 20 : les mêmes tests que ceux de la première épreuve de français ci-dessus. Une note inférieure à 5 est éliminatoire.

2) Epreuve de sciences naturelles : une ou plusieurs questions, durée 1 h, sur 20 points. Une note inférieure à 6 est éliminatoire.

3) Epreuve pratique de soins d'hygiène portant sur le programme des aides-soignantes et auxiliaires de puériculture. 15 minutes, sur 15 points. Le jury est composé de deux infirmières dont une enseignante. Une note inférieure à 3 est éliminatoire.

4) Une note sur 15 donnée par le jury, à partir de "la façon de servir" de la candidate.

L'admission se fait à 35 points.

Des protestations furent émises auprès du ministère par plusieurs

associations. Lors du congrès du Touquet (de l'A. N. F. I. I. D. E.), Mme Veil argumenta l'utilité de cette filiaire spéciale qui entra en vigueur en Septembre 1975.

Commentaires sur ces deux examens :

- La filiaire spéciale : Que teste-t-elle ? L'épreuve de sciences naturelles porte sur des connaissances qui seront abordées en première année d'études d'infirmière. L'épreuve d'hygiène au lit du malade, de même. Que penser de la note sur 15 qui constitue la dernière épreuve ?

- L'examen normal : même critique pour l'épreuve de sciences naturelles. Les autres épreuves testent un niveau de culture française et pseudo-scientifique.

Si les épreuves de cet examen sont indispensables pour tester les capacités d'une candidate à effectuer les études d'infirmière, comment admettre que ces mêmes épreuves n'existent pas dans la filiaire spéciale ?

III.1.3 L'admission dans les écoles

Depuis quelques années, les écoles sont assaillies de demandes de candidatures. Chacune essayait d'élaborer son propre système de sélection. Devant la crise des hôpitaux en matière d'infirmières, le directeur général de la Santé, le Dr Charbonneau, fit paraître une circulaire, le 22 Avril 1975, circulaire N° 1952, non parue au journal officiel, établissant un ordre de priorité pour l'admission de ces candidates dans les écoles.

Une circulaire n'a pas force de loi, mais elle pèse considérablement. Elle est adressée à Mrs les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale et à Mrs les médecins inspecteurs départementaux de la santé (voir en annexe n° 9 le texte complet).

Cette circulaire est bien dans la même ligne que la filiaire spéciale de l'examen d'entrée. Nous constatons :

- que l'accès des écoles est accordé en priorité au personnel qui fait les études au titre de la promotion sociale ou professionnelle : c'est-à-dire un personnel qui a fait les preuves de sa stabilité ;

- puis priorité est donnée aux candidats qui acceptent un engagement de travail : même souci de s'assurer du personnel ;

- enfin, priorité aux candidats ayant suivi les classes préparatoires, et le bac genre F8, ce qui donne priorité à des candidats ayant déjà été un peu sensibilisés aux problèmes de la profession et qui risquent moins d'abandonner en cours d'études.

Nous remarquerons simplement que ces dispositions concernent le fonctionnement de l'organisme employeur. Elles tendent à lui assurer le nombre de soignants en période de pénurie, et la stabilité à une époque où le turn-over est élevé.

Nous remarquerons enfin que ces procédures d'examen n'ont pas pour objet de rechercher des aptitudes ou des inaptitudes chez les futures infirmières.

III.2 Les modalités d'accès aux écoles d'infirmières à partir de 1977

L'annexe 9 présente les grandes lignes des conditions nouvelles d'accès aux écoles d'infirmières.

Il est possible que ces conditions ne soient qu'une étape sur la voie d'une formulation différente. Nous n'en ferons pas l'étude approfondie, estimant prématurée une critique portant sur les buts visés par une telle sélection.

Remarquons simplement que :

- La filière spéciale est maintenue.
- L'examen comporte deux catégories d'épreuves :

. Le premier groupe, dit examen d'admissibilité, dont sont dispensés les candidats titulaires de titres tels que le bac., comporte dissertation, explication de textes, physique, chimie, sciences naturelles.

. Le deuxième groupe, dit examen d'admission se passe au niveau départemental et comporte une épreuve écrite de "motivation", un test d'intelligence par les conseillers d'orientation, et un entretien sous la responsabilité des écoles.

Seuls les candidats admis au premier groupe d'épreuves peuvent se présenter au deuxième groupe. Les candidats ont le droit de s'inscrire dans deux écoles seulement.

Les revues professionnelles des derniers mois ont publié des commentaires divers à l'égard de ces modalités d'admission dans les écoles. En particulier, les épreuves du deuxième groupe ont été fortement discutées. L'épreuve écrite dite de motivation est certainement à remettre en cause sans attendre (Note 1).

Note 1 : Nous renvoyons au chapitre suivant où nous développerons quelques aspects de ce thème, et à la dernière partie pour ce qui concerne la sélection.

D'ores et déjà, on peut constater qu'il s'agit de modalités d'accès, comme le dit le texte, et non de modalités de sélection.

Nous nous trouvons dans une conjoncture économique où les candidats sont légions aux portes des écoles d'infirmières.

Une sélection réelle, effectuée même si la conjoncture économique s'inversait, est-elle possible ? Quelles sont ses dimensions économiques, politiques, déontologiques par exemple... ?

Nous pensons que rien de ceci ne peut être dissocié des conceptions mêmes de la formation, et c'est déjà une prise de position que de l'affirmer.

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-