

CHAPITRE III : LA PROBLEMATIQUE DU CHANGEMENT

C'est sur la problématique du changement que s'ouvrent les deux derniers chapitres : qu'il s'agisse de la pratique des soins ou de l'apprentissage du métier, toutes les espérances reposent sur les capacités de changement des systèmes, des groupes et des individus. Aussi avons-nous cherché à mieux cerner les chances et les aléas du changement en y consacrant deux paragraphes : le changement en tant que processus, puis les systèmes, les groupes et les individus face au changement.

Nous essaierons ensuite de poser quelques jalons sur le chemin du changement dans la formation des infirmières. Ceci nous amènera à débattre du phénomène école dans cette formation, tout au moins dans les limites de notre réflexion.

SECTION I : LE CHANGEMENT, UN PROCESSUS

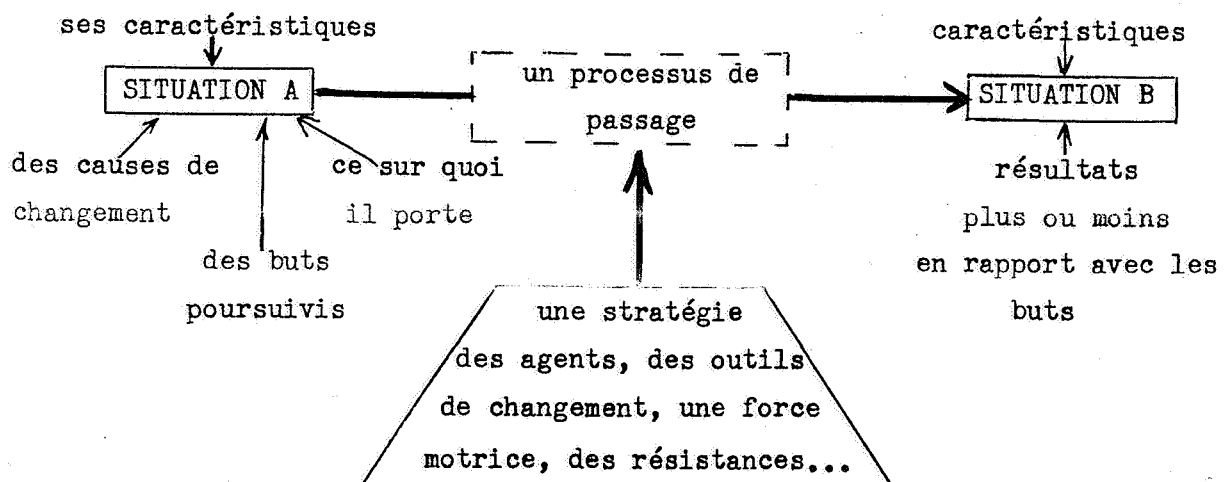
I.1 Le concept de changement

Nous retenons de ce concept son sens de passage d'un état à un autre : modification, transformation, bouleversement, évolution, révolution pourraient lui être substitués. Les nuances qui séparent ces différents termes concernent surtout la manière dont le changement s'est effectué, sa rapidité et son produit.

I.2 Le processus

Si nous réinsérons le concept de changement dans le contexte vivant où il se déroule, nous dirons que si quelqu'un ou quelque chose change, des personnes, des choses, des structures sont impliquées dans le processus.

Nous résumons tout ceci dans un schéma :



Reprenons tous les termes de ce schéma :

- La Situation A

Ses caractéristiques : personnes, structures, groupes en cause.

Ceci inclut d'autres perspectives : quels sont les intérêts des groupes et des personnes par exemple ?

Les causes du changement : quel est l'évènement causal, s'agit-il d'une situation aiguë ou chronique ? Qui en a pris conscience et a fait, en quelque sorte, le diagnostic d'un changement nécessaire ?

Les buts poursuivis : qui servent-ils, s'agit-il de progrès ou de régression, les buts sont-ils clairement connus ?

Ce sur quoi porte le changement : accroître le rendement, les bénéfices, améliorer la situation du travailleur, enrichir le travail ?

Ce tour d'horizon rapide situe les multiples facteurs qu'une perspective de changement peut mobiliser. Nous soulignons comme particulièrement importantes les caractéristiques du groupe concerné par le changement (celui qui "l'agira" ou le subira) et la manière dont il est présent ou non dans cette phase initiale :

"L'erreur habituelle est que la proposition de
"changement apparaît de façon extérieure au groupe
"concerné. Il se perçoit comme menacé par autrui et
"donc entre en état de contre-agressivité prévision-
"nelle. Tant que le groupe sollicité de changer se
"croit manipulé, soumis à une finalité qui n'est pas
"la sienne, il refuse son accord et marche à reculons."

Serraf (109) Pp 15-16

- Le processus de passage

L'incidence temporelle intervient à cet endroit : entre les deux situations A et B s'inscrit un laps de temps de dimension variable qui caractérise les instants de déséquilibre indispensables au passage d'une situation à l'autre.

Ces périodes de rupture d'équilibre sont très importantes pour comprendre certains des phénomènes qui accompagnent le processus du changement :

la rupture d'équilibre engendre l'insécurité qui à son tour fait frein sur le mouvement tout entier.

D'autre part, la rapidité du processus de changement est en relation directe avec le degré d'adaptabilité des personnes et des structures : plus le temps de passage est court, plus l'adaptabilité doit être grande, et donc plus grande la souplesse des agents sollicités de changer.

Des agents de changement : c'est le point fondamental de cette problématique. Tout est différent selon que le changement est décidé et initié à l'extérieur du groupe qui doit changer, ou selon que ce groupe est inclut dans le processus de décision par quelque moyen que ce soit (groupe entier, délégués...). En effet, le mouvement initial du changement peut être donné de l'extérieur du groupe, à l'aide de pressions diverses, négatives comme les sanctions, ou positives comme les récompenses. Mais la vitesse de croisière du changement, la force motrice qui entretiendra le mouvement ne peut venir que du groupe acteur. Beaucoup de novations ont trouvé là leur point final. C'est la résistance passive qui gagne la bataille finale par la force d'inertie qu'elle est capable de mobiliser.

Même en ne faisant qu'effleurer le problème de la résistance au changement nous devons distinguer quelques points importants :

. L'opposition claire et nette d'un groupe appelé à changer constitue le premier "verrou" à lever. C'est une résistance active, dynamique : si le verrou est maintenu, rien ne se fera.

. L'absence d'opposition ne signifie pas l'adhésion. Elle constitue seulement un état neutre, sans mouvement pour ou contre le changement. A elle seule, elle est insuffisante pour qu'un changement ait un espoir de réussite.

Par ailleurs, cette absence d'opposition peut être stratégique et cacher une résistance qu'il est impossible de verbaliser (qu'elle soit consciente ou non). C'est le cas lorsque le changement touche les systèmes de valeur, les comportements des travailleurs, ou leurs intérêts financiers par exemple...

. L'accord ferme du groupe appelé à changer suppose donc que les résistances souterraines soient levées et ceci est possible quand le groupe est assez motivé. D'innombrables manières sont décrites pour obtenir d'un groupe une motivation solide au changement. Un débat idéologique surgit à ce tournant : quelle différence y a-t-il entre de telles pratiques, et la manipulation démagogique, la séduction ou le chantage ? Ce n'est pas l'objet

de notre propos !

La stratégie du changement comprend évidemment toutes ces interrogations : l'information précise permettant une perception claire des buts, un équilibre raisonnable entre les buts poursuivis et l'énergie dépensée, la participation des groupes concernés aux diverses phases du changement, la délégation d'autorité nécessaire pour que les groupes soient responsables de leur mouvement, sont des facteurs d'adhésion très sûrs.

Des outils de changement : la formation professionnelle initiale peut être considérée comme un outil de changement lorsque le turn-over professionnel est très élevé, c'est le cas dans la profession d'infirmière. Ainsi a-t-on pu espérer de la mise en place d'un nouveau programme, qu'elle initie certains changements dans les pratiques professionnelles. Aucun moyen sûr de vérifier cet espoir n'existe et au contraire beaucoup de documents permettent de penser que bien des choses sont encore semblables à elles-mêmes. Tout au plus on peut admettre que l'introduction du nouveau programme a pris corps dans certains lieux plus préparés, mieux outillés, et plus proches des centres de diffusion. Dans des centres de formation éloignés les uns des autres, sans soutien, peu de choses ont changé, et parfois rien du tout. Ainsi, nous constatons que de cette manière la distance entre les centres de formation s'est accrue, augmentant les différences par un "retard culturel" encore plus important (111). Nous avons pu constater l'anachronisme et le formalisme décrits dans cet ouvrage, en référence aux théories d'Ogburn (P. 61), dans des centres de formation d'infirmières. Il semble bien que les tentatives d'introduction de changement par les écoles d'infirmières, ou par l'association les représentant aboutissent difficilement à la réussite.

Un temps très long s'écoule entre la situation de départ et son aboutissement, temps proportionnel à l'importance des résistances internes soulevées par la réforme en cours.

La formation continue présente sûrement un coefficient de chance de réussir beaucoup plus élevé car elle peut toucher les groupes acteurs. Ainsi, elle peut susciter les motivations indispensables pour que les changements ne soient pas des réalisations éphémères.

Enfin, notons l'importance dans le processus de changement, des failles, ou des points stratégiques : certains agents qui se trouvent en situation de "portiers" selon la théorie de Lewin (53) utilisée par A. Jean dans son mémoire sur "le changement à l'hôpital", sont peut-être des points-clés ; nous résumons le passage :

Dans toute institution organisée, nous devons considérer la vie sociale comme quelque chose qui coule à travers des canaux. Ces canaux sont divisés par des portes. Sur chaque section s'exercent des forces qui infléchissent le courant : les sections déterminées par des portes sont régies soit par des règles impartiales soit par des portiers. Dans le dernier cas, un individu ou un groupe a le pouvoir de prendre la décision d'ouvrir ou de fermer la porte.

- La Situation B

Quelles caractéristiques de la situation A se retrouveront dans la situation B après le processus de changement ?

Cette question revient à se demander si la situation telle qu'elle est après le changement possède encore certaines des caractéristiques de la première, ou en d'autres termes si le changement est tel qu'il s'agit d'une mutation ? Est-ce à ce noeud que se situe la querelle qui oppose les tenants de l'évolution et les tenants de la révolution... En tout cas, la sécurité qu'offre la tradition est telle que cela peut justifier le besoin de voir se pérenniser les choses. Aussi un changement qui compose avec "ce qui se faisait jusque là" a-t-il bien plus de chances d'aboutir qu'une transformation radicale.

Ceci nous amène à poser l'interrogation : quelle valeur le changement a-t-il en lui-même ? Nous nous démarquons d'une certaine idéologie qui recherche le changement en lui-même, comme si le fait qu'une situation change avait en soi une valeur.

Nous pensons que le changement a la couleur de la finalité poursuivie. Nous sommes intéressée par l'ensemble du processus de changement, système, personnes, structures et par les buts poursuivis. Notre interrogation porte sur "le tout concerné" et non sur le fait de changer. En ce sens, la fin ne justifie pas forcément les moyens, Mais les faits quotidiens nous montrent que les choses changent avec ou sans nous. Contrôler le changement ou se laisser faire... La problématique d'un système, entre autres, se situe entre se maintenir ou changer... Nous sommes ainsi amené à traiter brièvement les réactions des systèmes, des groupes et des personnes face au changement.

SECTION II : SYSTEMES, GROUPES ET PERSONNES FACE AU CHANGEMENT

II.1 Les systèmes et le changement (Note 1)

Nous référant à l'ouvrage intitulé le macroscopie (106), nous situons parmi les systèmes complexes, les ensembles sur lesquels nous avons fait porter notre analyse.

Ces systèmes se caractérisent par le fait qu'ils comportent une grande variété d'éléments, possèdent des fonctions spécialisées, sont organisés en niveaux hiérarchiques internes reliés entre eux par une grande variété de liaisons. Leur comportement se caractérise surtout par le fait que les systèmes complexes ont deux modes fondamentaux d'existence : le maintien et le changement.

Le maintien : durer est la nécessité vitale de tout système complexe. L'homéostasie est la propriété par laquelle ces systèmes s'opposent et résistent au changement en maintenant leur structure et leurs fonctions par le jeu d'un grand nombre d'équilibres dynamiques. Ils sont ainsi extrêmement stables : leur équilibre est un équilibre dans le mouvement, toujours entre deux pertes d'équilibre.

Le changement : c'est la deuxième nécessité vitale d'un système complexe. Elle s'oppose à la précédente et crée toute une problématique d'existence (dans une perspective aussi bien économique, sociologique qu'historique ou biologique, nous admettons que le changement est la caractéristique de la vie). Un système acculé à changer ou mourir ne peut retrouver son ancien état d'équilibre et en recherche un autre. Il y a succession de processus de désorganisation totale ou partielle, suivie de réorganisation.

Dans un système complexe, aucune partie n'est isolée du tout. Lorsqu'un changement est introduit dans un secteur, tout ce qui en découle entraîne forcément des changements dans d'autres secteurs. Ainsi, la résistance des systèmes complexes au changement est-elle très forte. Dans ces systèmes où l'homéostasie est élevée, une force anonyme de résistance est omniprésente, comme si le changement menaçait l'existence même du système.

Note 1 : Tout ce paragraphe s'inspire du Macroscopie de J. de Rosnay (106)

Les points sensibles, les portiers, les failles seront donc particulièrement importants dans ces systèmes lorsqu'un changement doit y être introduit.

II.2 Les groupes et le changement

Si le changement impose aux systèmes de choisir entre "se maintenir ou changer" (changer pour durer), il concerne les groupes en mettant en cause leur sécurité parce qu'il menace leur identité. "Rester ce que l'on est ou devenir" (devenir pour durer).

Les valeurs des groupes peuvent être remises en cause, leurs coutumes, leurs objectifs, leurs manières de travailler. Ainsi :

"Un groupe peut ressentir à un moment donné une
"réduction de la cohérence entre les sollicitations
"qui viennent de son environnement et ses capacités
"à y faire face. A partir d'un certain abaissement
"de cette cohérence, une crise apparaît qui peut
"aller jusqu'à la mise en cause de l'être de ce
"groupe et l'inversion des valeurs positives et
"négatives."

Serraf (109) P. 14

La notion de crise apparaît dans ce texte. La crise, moment périlleux ou décisif de l'évolution des choses, période de manifestation aiguë de symptômes, la crise implique une rupture d'équilibre préalable au changement. Elle apparaît comme le moment des décisions nécessaires. Elle signale la nécessité du changement et son imminence.

Nous avons décrit jusqu'ici d'innombrables symptômes de crise dans le domaine qui nous intéresse : le rôle infirmier et son apprentissage. Il y a de nombreuses années que cette crise s'est rendue manifeste. Nous n'avons pas l'impression que les solutions amorcées aient eu un effet durable et significatif.

Le groupe infirmier est ainsi décrit comme un groupe en crise, aussi bien dans les documents écrits par des professionnels que dans des écrits de sociologues par exemple. Mais dire que ce groupe est en crise ne signifie rien car il n'y a pas un groupe infirmier mais des multitudes de groupes et de groupuscules.

Actuellement, nous isolons deux catégories de groupes formateurs qui sont en dehors de la crise :

- Ceux qui sont restés fidèles à une tradition et s'y accrochent

avec force. Dans ces cas, il n'y a pas de distance entre les systèmes de valeurs de l'école et ceux des services. Ce qui est enseigné comme pratique infirmière est aussi vécu dans les services. Ces cas sont très rares actuellement : il s'agit le plus souvent d'hôpitaux-écoles.

- Ceux qui "sont au-delà" de la crise : privilégiés pour des raisons variables, ces groupes ont pu orienter leur course résolument vers des changements successifs, évalués en connaissance de cause. Reconnaissons que leur solidité qui ne tient pas à la tradition, tient à la personnalité qui mène. Ce sont des groupes qui ont adopté un "prophète professionnel" et qui le suivent avec intelligence et assiduité.

Entre la tradition et le messianisme, tous les autres avec toutes les nuances possibles.

Nous posons cette fois le problème des groupes-leaders, capables de conduire le changement. Le problème fondamental de ces groupes-leaders peut se résumer ainsi : ou bien ils renoncent à convertir l'ensemble professionnel et travaillent sur place, dans une micro-société, à mettre en place et vivre une formule précise de changement. Ils sont l'objet de l'envie ou de la rancune des groupes moins favorisés ou moins hardis qui survivent entre deux eaux. Ils produisent réellement des changements remarquables, mais les professionnels qui en sont issus, lorsqu'ils s'en éloignent, ne comprennent absolument pas ce qui se passe ailleurs...

Le deuxième pôle de l'alternative est de tenter la conversion des autres groupes, essayant d'avoir un impact national. Le problème de fond est alors pour ce groupe de se faire des partisans, car minoritaire, il se trouvera rapidement placé en déviance : aucune crédibilité n'est accordée aux déviants de la route habituelle. Ils sont rapidement assimilés à des groupements d'agitation gauchistes ou autres. Les changements proposés soulèvent des craintes très archaïques dans l'inconscient des groupes qui renforcent leur résistance : ce qui se passe ensuite est pire que la situation antérieure.

II.3 Les personnes et le changement

Il va de soi que les répercussions du changement sur la personnalité ne concerne le plus souvent que ceux qui se trouvent dans le camp du groupe sollicité de changer : les leaders du changement ont eux, une position forte, valorisante, et ceci d'autant plus que les groupes concernés ressentiront le changement comme la condamnation de leurs manières de faire antérieures.

Ainsi, le noeud de la problématique du changement pour l'individu

est situé entre "le subi et le voulu".

Au niveau individuel, une perspective de changement qui remet en question les traditions, les habitudes, les valeurs, les atouts des plus anciens (censés savoir tout ce qu'il faut faire), est vécue comme une remise en cause de tout l'être. La chance d'une remise en cause est toute entière située dans le consentement de l'individu. Nul ne peut être remis en cause s'il ne se met pas en cause. L'une des résistances les plus importantes dans l'individu est celle qu'entraîne le sentiment de culpabilité : si le changement fait percevoir à la personne que ce qu'elle faisait jusque là n'était "pas bien", des résistances vont naître freinant et immobilisant les perspectives de changement.

Aussi, poser le problème du changement au niveau individuel, est poser celui de la motivation de l'individu à changer.

Nous ne pensons pas que les changements proposés de l'extérieur aient la moindre chance d'aboutir si la personne ne les intériorise pas de telle sorte qu'ils deviennent réellement sa propriété.

Imposer ou convaincre... ne sont que les deux faces d'une même volonté de contraindre.

"Je ne crois pas à l'utilité d'une remise en question des gens. Je souhaite, pour eux, comme pour moi que nous nous retrouvions dans une problématique tranquillement, sans sérieux excessif, mais sans fuite, une problématique où tout est analyse, sans faire croître les résistances."

De Peretti (92) P. 45

Quittons les points de vue généraux et essayons de rendre plus concret le débat.

SECTION III - LA PROBLEMATIQUE DU CHANGEMENT ET LA FORMATION DES INFIRMIERES : L'ECOLE

En quoi cette problématique est-elle en rapport avec notre préoccupation concernant la formation des infirmières ?

En d'autres termes, quel est le degré de réalisme de nos propos ? S'il s'agit, pour les rendre possibles, de changer la société toute entière, ou de changer la nature de l'homme, autant dire que nous rêvons...

Nous savons bien que l'essentiel, le plus difficile, n'est pas de

modifier un programme, ni les arrêtés qui le légalisent, (encore que ceci ne soit pas forcément simple et rapide). Le plus difficile est la modification des attitudes fondamentales qui perpétuent l'état de choses décrit dans la première partie de notre travail.

Une question se pose alors : en admettant que de telles modifications soient possibles, où peut se faire le commencement du changement ? Nous émettons l'idée que c'est au niveau de l'unité de soins que les choses peuvent changer et que tout se joue : dans le système hospitalier, système complexe par excellence, l'unité de soins est le plus petit module de fonctionnement, tous les protagonistes y sont présents.

Comme tout système complexe, l'hôpital résiste au changement (107). Les seuls changements possibles, car pour vivre le système doit changer, sont ceux qui vont dans le sens de la maintenance.

Dans l'unité de soins, le personnage qui est le mieux placé pour s'opposer au changement ou le favoriser est la surveillante (A. Jean, 53). Quel choix fait la surveillante ? Jusqu'à présent, selon A. Jean, les choix de la surveillante vont à la maintenance du statu quo, sous la pression de deux groupes forts : médecins et administrateurs. Ainsi, les surveillantes assurent l'équilibre interne du système, colmatent les brèches, et filtrent les changements qui ne menacent pas l'unité de soins. Ceci se fait au prix de dysfonctions graves qui touchent les finalités mêmes de l'entreprise : le système, centré sur lui-même, assure sa propre survie, son objectif principal, soigner, passe au second plan.

Pourquoi ce choix implicite des surveillantes ? Parce qu'elles ne contrôlent pas les moyens de fonctionnement, et que, par ailleurs, leurs décisions peuvent être remises en question. Le pouvoir de la surveillante ne devient réel que lorsque les changements envisagés vont dans le sens de la maintenance. Sinon son pouvoir est bloqué.

Par ailleurs, il entre dans l'unité de soins de multiples courants, par la porte du personnel soignant : l'impulsion de changer l'orientation des soins, la conception des relations, l'organisation du travail, peut venir des élèves, du personnel... voire de la surveillante elle-même, à la suite de formation : une dialectique puissante s'engage.

Dans le système de formation actuel, l'élève est en relation d'une part avec l'unité de soins, lieu de son stage, d'autre part avec un milieu extérieur au système puisqu'il n'est pas placé sur le circuit des soins : le milieu de formation. Ainsi l'élève est le témoin, pour l'unité de soins, des

désirs de changement du milieu enseignant. L'unité de soins se défend de son mieux en cloisonnant les "nouveau-tés" sous le terme ambigu d'exercice pédagogique. L'élève intègre alors que cet exercice est du domaine de l'école, mais qu'il n'est pas utilisable dans la pratique professionnelle.

La problématique du changement concerne donc l'unité de soins parce que la surveillante tente d'assurer l'équilibre du système, et qu'au même moment l'élève et les plus jeunes diplômées peuvent véhiculer des désirs de changement menaçants ; enfin parce que le groupe professionnel infirmier est formé d'infirmières anciennes et de plus jeunes qui se partagent pour la stabilité ou pour le changement, formant ainsi des groupes fluctuants, peu stables dans leurs convictions.

Nous entrevoyons les deux circuits par lesquels le changement peut s'infiltrer :

- celui de la formation de base des infirmières,
- celui de la formation permanente (dont nous ne traiterons rien dans cette étude).

III.1 Les fonctions de l'école d'infirmières jusqu'à aujourd'hui

Des infirmières se sont battues pour garantir des écoles d'infirmières à celles qui leur succèderaient. Puis elles ont obtenu que les écoles d'infirmières soient dirigées par des infirmières et qu'un corps d'enseignantes professionnelles soit constitué.

Force nous est de nous interroger sur les fonctions latentes et patentes que "l'école" remplit dans la formation des infirmières.

Sous le terme école, sont désignés aussi bien les bâtiments où se donne l'enseignement, que l'ensemble des enseignants et des élèves, et même parfois le cursus de formation.

Avant de nous interroger sur la problématique du changement appliquée à l'école d'infirmières, nous proposons de différencier les fonctions que l'école remplissait jusqu'ici.

- La fonction d'abri matériel où les diverses parties concernées se réunissent.

- La fonction de gestion : l'école peut d'abord, et au premier niveau, être considérée comme un centre de gestion. Jusqu'à présent, la prévision, l'organisation de la formation, la mise à disposition des ressources pour apprendre, et les divers moyens de contrôle sont réunis dans un même lieu.

- La fonction d'enseignement : certains enseignements sont dispensés à l'école qui n'a pas le monopole de cette fonction qu'elle partage avec les divers stages. L'idée du groupe professionnel avait été de créer un corps d'enseignantes, avec la conviction qu'une profession obtient le maximum de garanties quand la formation est assurée par des professionnelles. Or, nous savons que beaucoup de médecins, de chirurgiens, de pharmaciens, viennent enseigner dans les écoles d'infirmières les sciences de leur métier : mais, ils ne peuvent enseigner le métier d'infirmière.

Des "professeurs" infirmières, il y en a très peu : il y a un corps de monitrices, infirmières enseignantes "à temps plein", qui pensent parfois qu'elles sont là pour faire la discipline, répéter les cours des médecins, enseigner des pratiques "en laboratoire", mais n'enseignent pas à soigner.

Cette fonction d'enseignement pose un problème très radical et doit être totalement repensée.

- Enfin, une fonction sociale et éducative : en résumant, nous dirions que cette fonction qui n'apparaît pas en première analyse comprenait :

. La transmission aux futures infirmières de normes et valeurs adoptées par les aînés. L'école était le lieu de l'enseignement, mais surtout le lieu où une certaine "éducation" se faisait par la transmission de modèles et de valeurs. Ceci s'est estompé, et a même parfois tout à fait disparu. Chaque école avait initialement ses traditions, son uniforme, son écusson, son association d'anciennes élèves, ... Tout ceci forgeait un esprit de corps au moins aussi important que les connaissances et compétences techniques assurées par ailleurs.

Cet esprit de corps reposait sur une conception des soins, de la profession, et de la santé partagée par tous. L'école assurait aussi la transmission de certains types de comportements à l'égard des médecins et de la hiérarchie.

Ceci est peut-être de moins en moins vrai dans la mesure où les jeunes qui entrent actuellement dans les écoles sont moins susceptibles d'accepter cet aspect du patrimoine qui leur est légué, que les générations précédentes... mais en sommes-nous certains ?

. La fonction sociale de l'école comprenait encore la préparation de l'intégration des jeunes dans le milieu professionnel, et en même temps la maturation de ces éléments jeunes qui assureraient le dépassement et

l'évolution des normes et du savoir. L'école avait donc une place importante dans cette évolution.

Qu'en est-il actuellement de ces fonctions de l'école ?

III.2 Ecole ou milieux de formation

III.2.1 L'émiettement des structures de formation

Le phénomène école a eu une importance capitale dans l'histoire du service infirmier : les Ecoles ont été, durant une longue période, le garant de l'existence des infirmières et du service infirmier indispensables à la société. Jusqu'ici les écoles ont assumé une sorte de monopole de la formation, monopole officialisé par l'agrément ministériel indispensable à leur création et à leur fonctionnement.

Dans les conditions que nous avons décrites, il semble bien que l'Ecole, dans la formation des infirmières, soit arrivée à un tournant : nous sommes au moment où il semble nécessaire de passer de la notion d'école à celle de "milieux de formation".

Nous pensons que cette transformation de la vocation des écoles (qui transmettaient un certain esprit, un mode d'être infirmière, et presque une culture spécifique à chacune) est indispensable compte-tenu des changements socio-culturels apportés par les dernières années. Nous ne pensons pas que cette orientation nuise à la constitution du groupe professionnel infirmier, ni à sa cohésion : celles-ci devraient être assumées par une association nationale qui regroupe toutes les infirmières quelle que soit leur spécialité clinique (psychiatrie, gériatrie, instrumentistes, puéricultrices etc...) ou leur spécialité de fonction (soignantes, enseignantes, gestionnaires).

L'émiettement des structures de formation caractérise nos propositions sur le plan organisationnel. Dans la mesure où nous tendons à rendre à l'élève toute la responsabilité de sa formation, la centralisation n'est pas indispensable. C'est l'élève qui devra faire les liens entre les diverses séquences de formation. Un plan d'ensemble des diverses unités d'enseignement constitutives du cursus de la formation existera évidemment, mais il devra s'accompagner d'une souplesse dans son mode de réalisation : unités à options, unités obligatoires, tests accompagnateurs spécifiques, ce qui permettrait d'accepter des tests validant une séquence effectuée, par exemple, antérieurement par l'élève.

Dans cette optique, les écoles d'infirmières peuvent continuer à exister, mais dans d'autres structures et d'autres modes de fonctionnement ;

et d'autre part, elles ne seront pas les seules à proposer des possibilités de formation. L'idée essentielle est de rendre, le plus rapidement possible, l'élève responsable de sa formation.

Retenons que trois sortes d'unités sont indispensables :

- L'unité de prévision de la formation qui peut être incluse au sein des établissements employeurs, éventuellement dans les structures de formation continue.

- L'unité d'organisation de la formation et de mise à disposition des moyens assurerait les fonctions de gestion et d'enseignement décrites plus haut. Ces unités pourraient être insérées dans des facultés, écoles spécialisées, ou dans les hôpitaux...

Ces unités, quelle que soit l'institution qui les intègrerait, devraient répondre à des normes précises. Un centre régional, auquel toutes les unités devraient être affiliées, pourrait assurer cette fonction d'agrément et de cohésion de l'ensemble. Il nous paraîtrait judicieux que dans ces instances régionales, une représentativité soit recherchée entre les employeurs de tous secteurs, les représentants de la profession, et les consommateurs de la formation.

- L'unité de contrôle, qui proposerait les tests d'évaluation à des périodes déterminées, peut être incluse dans l'unité précédente ou être distincte. Compte-tenu de nos propos précédents, il semblerait intéressant de séparer, dans les réalisations concrètes, l'unité d'enseignement et l'unité assurant les tests de validations partielles ou finales.

Nous parlons de milieux de formation : le décloisonnement dans ce domaine nous apparaît vital. L'unité de lieu semble beaucoup moins importante que l'unité des lignes de conduite dans la formation. L'élève seul peut faire une synthèse actuellement délicate, aidé évidemment par un superviseur.

III.2.2 Les expériences pratiques

En ce qui concerne les stages, prévus actuellement dans tous les programmes, en nombre d'heures et en spécialités, nous soulignons les perspectives qui s'entrevoient dans l'optique de cette formation : le stage en soi, en tant que période et lieu, n'a aucune signification. Toute expérience pratique, par contre, ferait l'objet d'une réflexion préalable pour déterminer les objectifs concrets que cette expérience devrait permettre d'atteindre.

Ainsi, à partir d'une séquence précise d'apprentissage, à partir des objectifs qu'elle suppose, les conditions de l'expérience seraient déterminées.

Deux conditions au moins sont indispensables :

- les unités de soin doivent fonctionner sans l'apport de stagiaires dont l'importance est dissimulée actuellement sous des prétextes pédagogiques. Ainsi, la situation de "travail professionnel" sera différenciée de la situation de "travail formateur" ;

- parler d'expérience pratique sur des lieux de travail implique que ces lieux soient reconnus comme lieux de formation. Cette obligation entraînera la mise en place de conditions matérielles minima nécessaires à l'apprentissage. Par exemple : quelques documents réalisés sur place, en rapport avec les activités du service, quelques schémas d'anatomie et physiologie, radios éventuellement, protocoles d'accord pour les examens et les thérapeutiques etc...

Cette infrastructure d'apprentissage va de pair avec la prise en compte par les infirmières professionnelles et les médecins du service, des temps de formation nécessaires durant le travail, et de l'encadrement indispensable aux élèves.

Nous avons renoncé tout à fait à la croyance très répandue que les stagiaires apprennent toujours quelque chose en service, même si rien n'est organisé dans ce but. Cette formation par osmose est un leurre : les témoignages provenant des élèves en font foi.

Il nous paraît peu important d'assurer à l'élève un temps de passage dans un maximum de spécialités médicales ou chirurgicales. Cette prétendue polyvalence ne résiste pas et est battue en brèche dans les mois qui suivent le diplôme : fragile sécurité ruineuse en énergies humaines.

Par contre, il est indispensable que l'élève apprenne à soigner : ceci ne se fera qu'auprès des malades et demande du temps pour que s'élaborent les connaissances et les comportements. En fonction de cette remarque, nous pensons qu'il serait judicieux de déterminer trois grandes catégories de "stages" dans lesquelles l'élève passerait successivement. Chaque unité de soins serait affectée à une ou deux de ces catégories en fonction des malades qu'elle abrite, des soins qui y sont dispensés et du désir de l'équipe soignante.

Ces trois catégories pourraient être :

- les stages d'accueil nécessaires durant l'année préparatoire ;

- des stages recevant les infirmières en cours de formation de premier degré ;
- les stages recevant les élèves en cours de formation de deuxième degré.

Nous sommes consciente que notre proposition est très radicale. Mais quel risque y a-t-il à l'essayer ? Elle offre au moins un avantage : celui de faire apprendre à l'élève, dans le lieu où cela se passe, les éléments de son apprentissage. Il n'y a aucune raison pour apprendre à faire des piqûres intra-musculaires dans une école : cela doit être appris dans le lieu de pratique, et avec une des personnes qui y travaille.

Par contre, les groupes d'analyse de la pratique quotidienne devront se passer dans un lieu autre que celui où elle se déroule, cela se comprend.

De même, on ne voit pas pourquoi il faut dispenser des cours de pharmacie, alors que l'élève peut manipuler des médicaments réellement dans un lieu de travail, et apprendre non pas les antibiotiques sur le papier, mais les diverses activités infirmières qu'il faut développer autour du traitement antibiothérapique donné à Monsieur X. Inversement, on ne voit pas pourquoi mettre des élèves en groupe pour "découvrir" l'anatomie et la physiologie de l'appareil circulatoire... Alors que, dans ce domaine, il est indispensable que CHAQUE élève en particulier ait compris les phénomènes et mécanismes, et que le travail de groupe n'assure pas le même degré d'intégration et de compréhension pour chaque élève...

Toujours à propos des expériences pratiques, nous nous demandons s'il ne serait pas possible que la même unité de soins reçoive la même élève pour plusieurs expériences ? Nous pensons que ce serait bénéfique aussi bien pour l'élève que pour les soignantes : l'élève connaîtrait un peu le lieu des expériences, et les soignantes seraient moins encombrées par l'incessant roulement de stagiaires.

Le nombre de stagiaires présentes au même moment dans une unité de soins aurait moins de répercussion dans la mesure où les conditions de formation existeraient réellement dans chaque stage. Nous pensons, dans cette optique, que pour le premier degré, les expériences pratiques pourraient se dérouler dans deux stages différents : hospitalier et extra-hospitalier. Pour le deuxième degré, au sein de chaque option (santé publique, soins généraux, psychiatrie), trois catégories de stages seraient proposées : enfants, adultes, personnes âgées.

Comme ce sont surtout les méthodes d'approche, démarches de soin et

d'analyse qui seraient développées, ce qui aura été appris dans une spécialité, pourra être profitable dans une autre, pourvu que le temps de s'initier soit donné à l'infirmière.

III.3 Les enseignants

Des enseignants... ou quoi d'autre ?

Infirmières enseignantes, monitrices, professeurs infirmières...
professeurs médecins, professeurs administrateurs...

Dans les structures que nous avons envisagées, l'école d'infirmières n'a pas une présence aussi ferme qu'actuellement. Elle existe, certes, mais à côté d'autres structures de formation.

Le problème des enseignants doit donc être lui aussi envisagé différemment. Pourquoi ne pas le traiter en fonction du rôle imparti à chacun ?

- Des professeurs infirmières : pour tout ce qui concerne les soins infirmiers et les sciences qui permettent de les comprendre et qui les sous-tendent.

- Des professeurs médecins, chirurgiens, pour les séquences qui concernent leurs sciences directement, et en association avec d'autres professionnels quand c'est nécessaire...

Une caractéristique de chaque enseignant pourrait être que celui qui enseigne ou guide des travaux dans un domaine soit un praticien de ce qu'il enseigne.

Ces enseignants peuvent être des vacataires, ou des permanents à temps partiel éventuellement.

Nous venons de définir les caractéristiques de diverses catégories de personnes appelées à enseigner. De cette fonction d'enseignement, nous séparons volontairement une autre fonction, appelée d'aide, conseil, accompagnement ou supervision...

Cette fonction nous semble tout à fait convenir à un corps de permanentes professionnelles qui donneraient une continuité possible aux séquences de formation.

Les supervisions de recherche, de travaux, les diverses activités "d'accompagnement" doivent être organisées d'une manière stable. Pour cela, nous pensons que des professionnelles sont indispensables, quel que soit le

terrain où elles ont exercé. Il leur serait demandé une formation en sciences humaines, outre leur formation professionnelle. En effet, elles doivent pouvoir assumer les séquences de formation portant sur les outils d'analyse, les diverses démarches à apprendre, tous spécifiquement appliqués au travail infirmier. Pour ces professionnelles, c'est la compétence de formateur qui sera exigée, plus que la compétence clinique, qui elle, sera demandée aux diverses "professeurs" infirmières toutes choisies parmi les praticiennes en exercice. Elles peuvent constituer les correspondants permanents des étudiants en cours de formation.

Nous argumentons notre proposition de la manière suivante :

- Il sera de moins en moins possible de demander aux "monitrices" d'être polyvalentes.

- Les soins infirmiers suivent la course des sciences médicales et autres sciences des mêmes domaines. Si l'on demande à une monitrice d'être au courant de tout ce qui se fait, c'est tous les deux ans qu'il faudra changer le corps monitoral !

- Actuellement pour pallier ces difficultés, on demande peu d'enseignement aux monitrices ; des enseignants d'autres professions se chargent même des soins infirmiers.

En ce qui concerne les caractéristiques de ces permanentes, nous pouvons les entrevoir, a contrario, ... pour cela, nous extrayons d'un livre qui a trait à l'échec scolaire, l'esquisse de portraits d'enseignants que nous pouvons sans peine transposer à la formation des adultes :

"Les psychologues ont dégagé, parmi d'autres, quatre types de personnalité qui s'adaptent difficilement à la profession : les indifférents, qui s'intéressent davantage à ce qu'ils enseignent qu'à ceux qu'ils enseignent ; les frustrés, qui cherchent chez leurs élèves une affection qui les consoleraient des frustrations éprouvées antérieurement ; les hommes durs, qui aiment à exercer l'autorité, à gouverner et à châtier ; enfin, ceux qui, infériorisés, craignent d'échouer dans une relation avec adultes et pensent qu'ils domineront plus aisément les enfants."

La fonction de ces permanentes professionnelles permettrait d'assurer la synthèse actuellement si difficile entre tous les morceaux de formation. Cette synthèse doit être effectuée par l'élève, mais on comprendra qu'une aide lui soit indispensable.

Nous espérons, avec cette proposition, pallier une autre difficulté : celles que nous avons appelées "professeurs" infirmières, viendront donner les éléments touchant à une spécialité, c'est actuellement inévitable. Aussi faut-il par ailleurs assurer la réinsertion de ces éléments dans un tout, dans l'ensemble des soins. Ce serait la fonction la plus importante des permanentes. Elles pourront, bien sûr, également enseigner dans les secteurs de compétence qu'elles ont, mais ce ne sera pas leur fonction principale.

Nous défendons ce double corps enseignant afin d'essayer ainsi de liquider un conflit dont nous avons plusieurs fois parlé.

Les permanentes professionnelles auront choisi de l'être, en connaissance de cause, ne regretteront pas "leurs" malades, et, espérons-le, ne seront plus en butte aux querelles et aux récriminations : leur fonction devra être clairement connue de tous et acceptée comme indispensable, ce dont nous sommes persuadée.

Nous arrivons au stade ultime d'une réflexion sans aboutissement final, placée sur une spirale qui ne clot jamais sa boucle.

Nous avons été amenée à nous interroger sur les difficultés d'une évolution : quel est le mode d'infiltration d'une évolution dans une institution ? Les impossibilités de changer, nées de la pesanteur, ne forgent-elles pas la loi du tout ou rien où les groupes semblent s'enfermer ?

Sous l'impulsion d'une dynamique interne, divers changements de programmes ont eu lieu, le dernier en date étant le plus significatif. La théorie qui relie par une relation de cause à effet le changement d'un programme avec une évolution des systèmes, est une théorie évolutionnaire. Mais, quelle part cette théorie fait-elle aux contraintes extérieures qui peuvent avoir induit le changement de programme ? Nous tentons de faire apparaître ici les facteurs sociologiques globaux qui peuvent aboutir à faire "changer" une profession, en fonction de courants ou de phénomènes successifs d'attraction... Ainsi, après une polarisation vers les techniques, la profession d'infirmière s'est repolarisée vers les sciences humaines, comme par le jeu d'un balancier.

Il apparaît ainsi que la nécessité du changement peut revêtir deux caractères : un caractère relatif si on la considère à la lumière de l'évolu-

tion concomitante d'autres professions qui la touchent... et un caractère absolu si on considère le changement en fonction d'une problématique interne mettant en cause les finalités mêmes de la profession et la manière dont elle y répond.

Cette perspective sans réponse pose le point final de cette étude : les modes de relation qui sont fondamentalement en cause, les modèles de rapports que nous avons silhouettés, font-ils l'objet d'une mode, sont-ils à la remorque de quelque engouement actuel... ou sont-ils mobilisés par le fait d'une évolution essentielle et non pas secondaire dans laquelle les rapports humains trouveraient à s'équilibrer différemment, en dehors des rapports de force et de pouvoir... ?

En caricaturant, disons que nous avons défini, comme lignes directrices de la formation, deux luttes : la lutte contre le morcellement et la lutte à l'égard des rapports dominant-dominé, luttes qui nous paraissaient être les conditions indispensables de l'amélioration des soins et d'une meilleure adaptation des soignants. Conditions indispensables, mais peut-être insuffisantes.

Ici, l'expérimentation nous fait défaut : son absence donne à nos propos une teinte semi-illusoire... Et, en reprenant ce que nous disions au début de cette section de chapitre, à propos des circuits par lesquels les changements s'infiltrèrent dans les unités de soins, nous concluerons nos propos :

- lorsque l'école, en tant que telle, ne pourra plus porter, pour les infirmières, la responsabilité des lacunes de la formation et celles du service infirmier... ;

- lorsque les stages ne pourront plus porter, pour les enseignantes, le poids de l'ignorance des infirmières... ;

- apparaîtront les failles vraisemblables, perceptibles au fil de notre analyse ; failles perçues comme étant celles des institutions, celles des structures, failles toujours extérieures à chacun de nous ;

- apparaîtront peut-être, les zones de fragilité, lorsque l'appui des techniques fera défaut ;

- apparaîtront nos propres fragilités lorsqu'elles ne seront plus déguisées derrière la course aux examens de sang, ou la course aux intervenants pour les écoles.

Dans le fouillis de nos perceptions, nous sera-t-il alors possible de rendre à chacun sa part réelle de responsabilités : au malade qui se soigne, à l'élève infirmière qui se forme, rétablissant un dialogue actuellement décousu, par le jeu d'une relation où chacun trouverait la juste distance. Nous faisons porter tous nos espoirs de changement sur les changements de comportement de chaque individu en situation. Utopie ? Société illusoire ? Peut-être, mais nous ne croyons pas aux révolutions qui installeront demain un autre rapport dominant-dominé, seulement caractérisé par l'inversion des facteurs. Nous croyons à la lente pénétration d'un milieu, fermentant vers d'autres schémas de comportement, en quelque sorte en marche vers une mutation que nous ne pouvons percevoir, mais peut-être induire.

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