

DOCUMENT CÉREQ N° 4/5

LA PROFESSIONNALISATION DES PERSONNELS INFIRMIERS

Alain Savoyant
Marseille, juin 2005

Notre objectif est de traiter ici des premiers développements de la professionnalité des personnels soignants infirmiers, tant à travers les stages pratiques en Unités de soins suivis au cours de la formation en IFSI que dans le cadre de la première insertion dans un établissement hospitalier. Ces développements se déroulent sur deux plans principaux :

- Le plan des compétences professionnelles proprement dites, incluant les dimensions techniques et relationnelles des activités de soin.
- Le plan de l'identité professionnelle, recouvrant le passage d'un cadre de références scolaire à un cadre plus professionnel, tant en ce qui concerne la formation elle-même que l'attitude vis-à-vis l'activité de travail et les modes d'interaction et de coopération qu'elle implique.

Nous aborderons successivement ces deux plans, sans méconnaître pour autant les relations étroites qu'ils entretiennent : en effet les compétences professionnelles ne peuvent amorcer un réel développement que si l'élève mis en situation de travail commence à s'approprier et à adopter les critères qui caractérisent la performance professionnelle ; en même temps, cette prise de distance nécessaire par rapport à un univers complètement scolaire, n'est possible que si les tâches qui lui sont demandées sont effectivement caractéristiques et typiques des activités de soin.

1- LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

La question centrale ici est celle de l'acquisition et du développement par les élèves-infirmières et les infirmières¹ nouvellement diplômées des savoirs et des compétences mis en jeu dans les activités de soins. Nous commencerons par tenter de mieux comprendre ce que sont ces savoirs et ces compétences, avant d'aborder la question des situations et des moyens à travers lesquels ils sont transmis (par des formateurs, par des tuteurs, par un collectif de travail) et appropriés (par des infirmières, élèves et débutantes).

1 - 1 - LES SAVOIRS ET LES COMPÉTENCES DANS LES ACTIVITÉS DE SOIN

L'activité infirmière c'est essentiellement et fondamentalement une pratique. Ceci n'est pas péjoratif ou dévalorisant, et la question déterminante ici est **d'identifier, de reconnaître ce qui fonde cette pratique, de comprendre ce qui peut en faire un « art »**. A cet égard, il paraît utile de distinguer trois dimensions dans cette pratique : une première dimension **technique** qui recouvre d'abord ce que « fait » l'infirmière, les soins infirmiers qu'elle assure ; une seconde dimension **relationnelle** liée au fait que ces soins sont dispensés à une personne, qui est dans un état particulier de patient ; enfin, une troisième dimension **organisationnelle** dans laquelle il s'agit de prendre en compte le fait que l'activité de soin s'exerce auprès de plusieurs patients, dans le cadre du collectif constitué par le personnel de l'Unité de soins, en relation avec d'autres Unités et Services d'un ou plusieurs établissements hospitaliers. Il faut bien sûr souligner que ces trois dimensions sont toujours simultanément présentes dans les activités de soins, et qu'elles ne sont isolées ici que pour la clarté de l'analyse.

¹ Le « politiquement correct » veut habituellement que l'on n'oublie pas le pendant féminin des termes qui sont la plupart du temps d'abord masculinisés. La situation est inverse ici, mais nous ne masculiniserons pas les infirmières, tout en reconnaissant bien sûr qu'il y a aussi des infirmiers.

1 - 1 - 1 – La dimension technique des activités de soin

L'activité infirmière est une pratique d'abord en ce qu'elle est en partie une activité d'**application de procédures, de protocoles et de prescriptions**, dont l'ensemble définit bien la dimension technique de l'activité. Comme dans toute situation de ce type, **la stricte application de ces procédures ne signifie pas leur mise en oeuvre aveugle**, et nous avons pu montrer par ailleurs (Mayen et Savoyant, 1999²) qu'il y a « une façon intelligente d'appliquer bêtement une procédure ». Le point essentiel ici est la **compréhension de la procédure, de tout ce qui la justifie et la rend nécessaire** (le problème auquel elle répond et toutes les caractéristiques de la situation qui en déterminent le contenu).

S'agissant de procédures de soins infirmiers, les savoirs et les connaissances qui les fondent sont d'abord **bio-médicaux**, et leur validation ultime est bien le fait d'un médecin (ce qui n'empêche pas bien sûr les personnels soignants de participer à leur élaboration, nous y reviendrons plus loin). Ces savoirs bio-médicaux sont bien répertoriés et formalisés. La question est alors de savoir **ce que doivent s'en approprier les infirmières pour mettre en oeuvre les procédures de façon « intelligente »**. De ce point de vue, toutes les situations ne paraissent pas équivalentes et nous distinguerons les procédures d'**exécution de soins** d'une part de la **planification des prescriptions** d'autre part. Le fondement de cette distinction est d'abord pragmatique et ses termes ne sont sans doute pas les plus appropriés³. Elle repose sur l'observation de deux des moments importants et bien distincts dans l'activité de l'infirmière : la transposition dans la feuille de planification des soins des prescriptions du médecin après sa visite et la préparation des médicaments suivant ces prescriptions d'une part, la tournée dans les chambres pour la réalisation auprès du patient des soins prescrits d'autre part⁴.

- ***La planification des soins.***

Elle est à entendre ici dans un sens assez restreint. Elle correspond d'abord à la transposition de la prescription médicamenteuse écrite du médecin (per os et/ou injections) dans la feuille de planification des soins, ensuite à la préparation des médicaments (constitution d'un lot pour chaque patient et étiquetage des sachets et flacons). Une observation superficielle pourrait laisser croire qu'il s'agit là d'une activité plutôt élémentaire de recopie de la prescription (quel produit, pour quel patient, avec quel dosage et à quelle heure ?) et que l'essentiel est d'être soigneux, attentif, méticuleux...⁵ dans cette activité. En fait il s'avère que cette activité est bien plus complexe et qu'elle implique des éléments de compréhension de la thérapeutique médicale : l'infirmière resitue la prescription médicale dans le cadre de la pathologie du patient et du traitement qui lui est appliqué. De nombreuses données d'observation en témoignent. C'est ainsi que par exemple, nous avons pu voir une infirmière

² Mayen, P. et Savoyant, A. (1999). Application de procédures et compétences. *Formation Emploi*, 67, 77-92.

³ Il est important de souligner que nous n'étions pas, et que nous ne sommes pas devenus, des experts des soins infirmiers. C'est pourquoi les découpages de l'activité que nous proposons et les définitions que nous en donnons ne s'inscrivent pas complètement dans la logique technique des professionnels et peuvent heurter ces derniers. Ils sont avant tout le produit d'un regard « neuf » porté sur l'activité de ces professionnels, ce qui ne veut pas dire un regard « naïf » : ils s'inscrivent en effet dans des problématiques développées dans le cadre de l'analyse des activités de travail ; les décalages et le changement de point de vue qu'ils impliquent, qui peuvent s'accompagner aussi bien d'évidences que d'approximations et d'incompréhensions, visent d'abord à être une source d'interrogations et de débats fructueux.

⁴ Ceci est particulièrement net dans la vacation du matin entre 9H00 (après le « staff ») et 13-14H00, période pendant laquelle ces deux tâches occupent successivement (la tournée d'abord, la planification ensuite) l'essentiel de l'activité des infirmières.

⁵ Les exigences en termes d'aptitudes comportementales et de ressources personnelles sont très nombreuses dans les référentiels.

se rendre compte de l'inversion de deux patients dans des prescriptions de transfusions (notons que si elle a détecté l'anomalie immédiatement, elle a pris un bon temps de réflexion avant d'aller en parler avec un médecin). De façon plus générale, les infirmières se posent des **questions sur la justification des prescriptions médicales**. Cela apparaît très nettement à l'occasion de la suspension et/ou du changement d'un traitement où elles échangent très souvent entre elles et interrogent l'infirmière principale, leur cadre et le médecin (le « staff » peut être un moment privilégié pour cela). Nous en donnons quelques formulations ci-dessous.

- « *Chaque protocole, chaque chimio a une surveillance spécifique ... des fois je vois que j'ai des surveillances à faire ... OK, mais pourquoi je surveille ça ... moi je n'ai jamais aimé faire les choses sans les comprendre ...* »
- « *Pour surveilles il faut connaître le traitement du malade ... pas forcément toute sa pathologie, au moins certains éléments de sa pathologie... il faut savoir quand même qu'il manque de globules blancs ... si il prend de la température on va se dire qu'il est en aplasie... c'est important ... si sa température augmente brutalement, on réfléchit ... si il a 200 plaquettes, si il a 400 plaquettes, si il en a 4000 ...c'est sûr que par rapport à ça il y a beaucoup de choses ... on va mesurer la température, pourquoi ? ... il faut savoir, il a un manque de globules blancs, il y a un risque infectieux, il a de la température ... un autre patient il pourra avoir de la température parce qu'il a un traitement qui est en train de passer ... c'est vrai que quand on ne le sait pas tout ça, faire ces distinctions, on risque de se faire avoir ..* »
- « *Ce qui est important c'est de savoir pourquoi on pose telle perfusion, en lien avec la pathologie de la personne, les signes .. le pourquoi de la perfusion et ce que l'on surveille après dans la perfusion, tout simplement qu'on ait du sens .. parce que poser une perfusion tout le monde sait le faire mais c'est la surveillance spécifique qu'il y a derrière qu'il faut qu'on comprenne ..* »

Outre le sens qu'elle donne à leur activité, cette référence aux savoirs bio-médicaux est aussi souvent utile aux infirmières pour **répondre au patient et à la famille** qui les sollicitent très souvent pour qu'elles redisent ou précisent le diagnostic ou la démarche thérapeutique qui vient d'être présentée par le médecin. Cette "traduction" de la pathologie en mots simples nécessite de la part des infirmières des connaissances sur les pathologies, leurs causes, et les thérapeutiques.

- « *Avant d'entrer dans leur chambre, tu as intérêt à savoir un peu ce qu'ils ont parce qu'ils posent beaucoup de questions. Comme en plus ils sont très au courant de ce qu'ils ont, tes réponses doivent être précises* »
- « *Les patients posent toujours quatre mille questions. Si on sait pas où ils en sont, on a du mal à répondre ... ça la fout mal, si je ne connais pas sa pathologie* »
- « *Ils me demandent ce qu'on va leur faire. Je leur dit que le médecin vient de leur expliquer mais ils me répondent qu'ils n'ont rien compris* »
- « *Les patients, c'est nous qui sommes à leur contact. S'ils ont des questions, c'est vers nous qu'ils se tournent. Le médecin, ils ne le voient pas assez souvent* »

Il ne s'agit bien sûr pas d'avoir les savoirs et les connaissances du médecin

- « *... il y a des choses médicales .. finalement ça ne nous apporte rien pour notre travail de rentrer trop dans les détails ... en sachant qu'au moindre souci on peut toujours faire appel au médecin, tout le temps, de jour comme de nuit ...* »

- « *Il y a des observations infirmières .. c'est déjà arriver de rappeler à l'ordre un médecin .. on va voir le médecin, on lui dit avec diplomatie, après c'est un échange ... ça dépend de la personne qui va s'adresser au médecin .. dans ce cas précis, c'est une personne qui est une des plus anciennes dans le service, qui a de la bouteille ... ça, ça fait partie du rôle de l'infirmière, c'est elle qui va appliquer .. donc en dernier recours c'est quand même nous qui contrôlons, même les prescriptions .. c'est sûr, on ne va pas faire un calcul de .. on ne va pas prendre la place du médecin, dire il faut marquer ça ou ça .. mais si il y a quelque chose qui nous paraît aberrant on va appeler le médecin et lui dire .. si il n'y a pas une erreur ... »*

Ces connaissances bio-médicales sont le plus souvent **structurées sous la forme « cause-effet »**, ce qui est la plupart du temps suffisant pour appliquer correctement les prescriptions, et même parfois les anticiper.

- « *Quand un patient a des nausées, tu peux être sûr que le médecin va lui prescrire du [nom du médicament] ... »*
- « *Quand un malade ne pisse pas assez, il est bon pour un [nom du médicament] ... mais il faut quand même faire attention ... par exemple, s'il a une tension basse, on ne met pas celui-là parce que c'est hypotenseur »*
- « *Un patient qui a de la fièvre, si tu vas voir immédiatement le médecin, il va te dire : "fais des hémocultures" ... pour éviter ça, tu les fais, tu fais du perfalgan et tu refais ses constantes ... après seulement tu va voir le médecin, tu lui expliques le cas et quand il te dit "est-ce que tu as fait les hémocultures ?", tu réponds oui et tu demandes ce qu'il faut faire après"*

Cet ensemble d'exemples montre l'importance des savoirs de référence des procédures, tant pour la sécurité et la qualité des soins que pour le sens qu'ils permettent de donner à l'activité de soins. Se pose alors la question du niveau de connaissances et de savoirs bio-médicaux sur les pathologies et les thérapeutiques qu'il serait souhaitable que les infirmières développent, au-delà de celles qu'elles ont déjà bien sûr acquises au cours de leur formation en IFSI ou dans des modules de formation continue. Cette question pourrait se traiter au niveau de chaque Unité de soins, dans le cadre d'un travail collectif qui pourrait viser à **répertorier ces savoirs de référence propres à l'Unité, à les formuler et à les rendre disponibles sous une forme appropriée pour leur utilisation par les personnels soignants** (comme le sont déjà les procédures et les protocoles). Sans préjuger des conditions de sa mise en œuvre effective, qui restent à discuter (qui ? comment ? ...), ce travail serait sans aucun doute très enrichissant pour les participants et il pourrait contribuer en outre à développer des éléments importants concernant l'identité spécifique de chaque Unité de soins.

- ***L'exécution des prescriptions médicales.***

C'est la part de l'activité de l'infirmière la plus communément reconnue, et elle recouvre d'abord toutes les interventions sur le patient : relevé des constantes, pose d'une chimio, branchement/débranchement d'une VVC, d'une VVP, prélèvements sanguins, réalisation d'un pansement post-chirurgical, pose d'une sonde, etc..

- « *Ce qui caractérise notre établissement c'est déjà la quantité de soins techniques .. il y a énormément de perfusions, d'injections .. beaucoup de patients ont des voies centrales que ce soient des cathéters ou des sites ... »*

- « *Je pense que l'on peut comparer tous les services de notre établissement à des services de réanimation ailleurs .. parce qu'il y a énormément de soins .. je ne parle pas en spécificité, mais en quantité de soins .. énormément de perfusions, les surveillances, les antibiotiques ...il y a aussi tout ce qui est technique des pansements, suivant les différents types de chirurgie* »

La plupart de ces activités relèvent de **procédures et de protocoles formalisés**, rassemblés sous forme écrite dans des classeurs disponibles dans chaque Unité. Les savoirs de référence essentiels qui fondent et justifient toutes ces procédures relèvent principalement du champ de l'asepsie (pour les procédures de soin) et de celui de la cancérologie (pour les protocoles de traitement). Les infirmières maîtrisent bien cet ensemble de procédures et le recours aux documents écrits reste rare et ne concerne que les protocoles les plus rares, les plus complexes et les plus délicats.

- « *Il y a beaucoup de gestes qui sont lourds de conséquences si on ne les fait pas correctement ... pour ces soins on va être particulièrement vigilantes ... on va refaire exactement le même processus que quand on sort de l'école ... on ne va pas sauter une étape en se disant ... on a l'habitude, c'est bon ... c'est ce qu'on appelle la conscience professionnelle ...* »
- « *Il y a les protocoles, il y a des classeurs dans lesquels il y a les protocoles qu'on n'utilise pas souvent ... les protocoles qui sont souvent utilisés sur un présentoir fixé au mur ... ensuite il y a les procédures liées au CLIN, comment on se lave les mains, comment on fait un pansement de voie centrale, comment on soulève un patient, les soins cathéter ... pour chaque soin qu'on fait il y a des procédures* »

Cette formalisation des procédures n'empêche pas la persistance de quelques désaccords entre les IFSI et les Unités de l'établissement dans le domaine de l'asepsie, par exemple sur les conditions d'utilisation des champs stériles. Cela peut recouvrir aussi des questions de mise en œuvre pratique.

- « *... elles (les monitrices des IFSI) exigent des choses qui sont impossibles à réaliser sur le terrain .. j'ai un exemple concret .. une collègue qui avait fait un soin, apparemment il n'y avait rien à lui reprocher .. la monitrice lui a reproché de ne pas avoir désinfecté les roues du chariot avant de rentrer dans la chambre .. et sous les pieds c'est désinfecté ? comment on fait ? .. ça c'est hors réalité, c'est pas logique ...ou de mettre un drap pour changer les draps du patient .. de mettre les draps sur sa chaise, non, on n'a pas désinfecté la chaise avant de mettre les draps .. c'est la chaise du patient, c'est ses draps qu'on va lui mettre .. on n'est pas dans le stérile .. ils nous disent des trucs qu'on ne peut pas ...* »

Une discussion collective au sujet de ces désaccords pourrait être particulièrement fructueuse dans la mesure où elle peut obliger les acteurs à argumenter en retournant aux savoirs de référence qui fondent les procédures.

Les gestes professionnels constituent une partie essentielle dans la mise en œuvre de ces procédures : il s'agit de toutes les activités des infirmières que l'on peut ranger dans la catégorie des habiletés. Cela concerne d'abord des **habiletés motrices** (« piquer » par exemple), qui constituent des savoirs pratiques qui restent **difficilement énonçables et formalisables**.

- « .. c'est sûr [que c'est facile] quand on pique un boulevard ... et encore, il y a des boulevards ... on y va tranquille et combien de fois, même maintenant au bout de 13 ans, on se dit je ne comprends pas ... les veines qui roulent, les veines qui sont sclérosées, on se laisse avoir ...ça nous remet toujours à notre place ... il y a plein de choses que je ne pourrais pas vous expliquer, ce n'est pas possible ... »

Cela concerne ensuite, et c'est fondamental dans l'activité, des **habiletés que l'on peut qualifier de mentales**, que l'on peut regrouper dans l'**activité de surveillance** du patient, avec en particulier le « coup d'œil » qui permet de détecter instantanément une anomalie.

- « Ce qui est plus difficile, c'est l'observation des personnes ... arriver à ce que les problèmes sautent aux yeux »
- « Il y a l'observation que l'on apprend à l'école, l'observation globale du patient .. sa position dans le lit, son faciès, dans quel état il pourrait être .. il y a l'environnement, si il a des appareillages, si il est sondé, si la poche est bien placée, si elle pleine ... et il y a l'observation spécifique .. un patient qui est ici on va observer les effets secondaires que peut entraîner la chimio .. il y a des signes spécifiques qui vont me le dire .. par exemple dans l'observation des urines ... »
- « ... par exemple en Hémato .. une personne elle va avoir 10 perfusions en même temps .. si il y a un problème, si ça reflue dans une .. arriver à comprendre d'où ça peut venir, il faudrait vraiment décortiquer tout le soin .. nous avec notre expérience, il y a un endroit où c'est coudé, on va le voir tout de suite .. la personne qui n'a pas l'habitude elle ne va pas le voir, il faudra qu'elle refasse tout le montage ... »
- « ... un exemple ... une remontée de l'artériographie .. si je n'avais pas soulevé le drap !! elle ne serait plus là !! .. ils n'avaient pas fait un pansement très compressif .. eh bien, tu vois comme quoi il faut toujours penser, c'est à nous .. une artério .. vite soulever le drap et regarder le pansement .. si tu n'as pas le réflexe .. ! »
- « ... en chirurgie le malade peut s'aggraver d'un coup, c'est rapide ... c'est ça notre établissement en fait, tous les services sont sur ce modèle là .. la chirurgie dans sa spécificité de chirurgie, l'Hémato dans sa spécificité .. un patient peut très bien faire un choc septique, avoir une hémorragie (cataplasme ?) .. la surveillance elle est terriblement importante dans tous les services ... »
- « La surveillance c'est pointu ... »

Les savoirs de référence qui sont « derrière » ces activités de surveillance sont sans aucun doute énonçables et donc *in fine* formalisables. Le problème est qu'ils sont très nombreux et surtout que le traitement de chaque situation spécifique en nécessite une combinaison particulière. Dans ces conditions il serait peu approprié et réaliste de lister l'ensemble des combinaisons possibles et de les formaliser en autant de procédures qu'il ne resterait plus qu'à appliquer. Dans ce type de situations il est plus adapté d'**identifier les principes (variables et relations causes-effets généralisées) qui permettent de produire l'ensemble des combinaisons.**

1 - 1 - 2 – La dimension relationnelle des activités de soins

L'activité infirmière est une pratique aussi en ce qu'elle n'est pas, pour une bonne part, directement et simplement déductible d'un ensemble bien constitué et formalisé de savoirs théoriques. Cela est vrai en partie pour les gestes du métier et les savoirs pratiques que l'on vient d'évoquer ci-dessus, pour lesquels les savoirs théoriques ne sont pas déterminants pour la mise en oeuvre d'une pratique satisfaisante et efficace. Cela est vrai aussi pour les activités qui impliquent la prise en compte du « vécu » du patient, c'est-à-dire d'une personne, *un être qui vit sa maladie*. Il s'agit de toute la partie de l'activité de l'infirmière qui va au-delà du seul traitement direct de la pathologie et que l'on désigne communément par le terme de « relationnel ». Avant de tenter de mieux cerner les compétences et les savoirs effectifs que cette dimension recouvre, il faut souligner l'**importance que les personnels soignants lui accordent**. Dans une grande majorité des cas c'est l'une des principales motivations au choix du métier, et dans la très grande majorité des cas c'est la partie de l'activité que les personnels regrettent fortement de sacrifier à des tâches dites « administratives » (le dossier de soins) et à cause des contraintes temporelles liées au manque de personnel et à la surcharge de travail.

- « ... prendre sur le temps qu'on passait auprès du patient (pour remplir le DSI) c'est très frustrant parce que notre objectif premier c'est le patient lui-même, que son traitement se passe le mieux possible .. parfois on a l'impression de manquer de temps avec le patient parce qu'on a tous les papiers à faire ... »

La hiérarchie soignante module fortement la dernière affirmation, en doutant en particulier qu'il y aurait plus de relationnel si la charge de travail était moins lourde. Ce faisant, il nous semble qu'elle ne veut pas tant minimiser l'importance de la dimension relationnelle que souligner le risque de son « idéalisation » et de sa « sur-valorisation ». Pour avancer sur cette question il paraît utile de distinguer plusieurs aspects dans cette dimension relationnelle.

Il y a d'abord **un relationnel qui accompagne le soin**. L'exécution des soins s'accompagne toujours d'un minimum d'interactions de l'infirmière avec le patient. L'infirmière explique au patient ce qu'elle va faire, pourquoi elle va le faire, elle commente l'avancement du soin, demande au patient d'y participer, tient compte de ses réactions ... une fonction essentielle de tout cela est de rassurer le patient, de diminuer son stress, de le rendre actif dans le soin, autant d'éléments qui contribuent à favoriser la qualité technique du soin.

- « De toutes façons pour piquer quelqu'un il y a une approche, c'est sûr, il y a une façon de faire ... quand on s'approche de quelqu'un qui est seul, qui est malade, avec une aiguille à la main, ce n'est pas évident ... tous ceux qui ont des aiguilles à la main savent que quand les gens ne sont pas disposés vous ne faites rien du tout, ce n'est pas facile »

Cela implique que l'infirmière ne soit pas elle-même stressée, et pour cela il est essentiel qu'elle ait une bonne maîtrise technique des soins. On a là une sorte de cercle vertueux : l'infirmière a développé des gestes professionnels efficaces et performants, elle est calme et sûre d'elle-même, elle rassure ainsi le malade qui est lui-même plus détendu et de ce fait le soin est mieux réalisé.

- « Déjà il ne faut pas avoir peur de ce qu'on fait, ça c'est important ... les gens le sentent, si vous venez la première fois avec une aiguille, ça se voit »

Il faut souligner que les formes que peuvent prendre ces interactions sont très diverses, parfois très professionnelles, très souvent teintées d'humour, dans tous les cas propres à chaque situation spécifiques et aux caractéristiques individuelles et personnelles des infirmières et des patients concernés. Ceci suffit pour souligner qu'il est bien sûr inutile de chercher à en prescrire un modèle.

Il y a ensuite **un relationnel lié au fait que le patient est considéré comme une personne comme une autre**. Cela se traduit d'abord dans l'usage normal des règles de la sociabilité quotidienne et du respect des personnes : dire bonjour, frapper avant d'entrer dans une chambre, respecter l'intimité des patients ... Le personnel soignant est très conscient de ces exigences, même si parfois il ne les satisfait que de façon minimale (par exemple, entrer immédiatement dans une chambre après avoir frappé à la porte, sans le temps d'attente minimal et *a fortiori* sans attente de réponse, ou à l'inverse quitter la chambre précipitamment).

- « *On ne devrait pas avoir à parler au malade en ayant la main sur la poignée de la porte* »

Les échanges peuvent être aussi plus riches, toujours sur le registre d'une relation de personne à personne, fondée sur des centres d'intérêt communs, une sympathie et des affinités telles qu'on en rencontre tous les jours.

- « *Il y a un échange selon les liens que vous avez créé en fonction des gens ... avant je faisais du chant, je faisais partie d'une chorale et il y a une patiente qui adorait tout ce qui était chant religieux ... un jour je lui ai dit que je chantais dans une église et elle est venue ...* »

Là encore, ce qui est déterminant ce sont les caractéristiques individuelles des personnes, et il n'y a rien à dire de particulier sur les savoirs (et même les savoir-être) qui y sont liés⁶. Pour les infirmières ce type d'échanges précède ou suit le soin proprement dit, pour les aides-soignantes il peut aussi accompagner l'exécution des soins. Le temps que chacune y consacre dépend largement de leur propre initiative, même si une contrainte de temps peut les obliger à les écourter.

Il y a enfin **un relationnel lié au fait que le patient est une personne qui vit avec une maladie**, et que les effets de cette maladie ne sont pas que biologiques (le patient est un être « bio-psycho-social »). Cet aspect renvoie au vécu du patient qui s'exprime sous une multitude de formes (dépression, agressivité, passivité, anxiété ...) et dans différents domaines (individuel, familial, social, économique ...).

- « *Le malade est seul face à sa maladie, il a des angoisses, que ce soit au niveau de sa maladie, au niveau de sa famille, ce qui va se passer après, une fois qu'il ne sera plus là ...donc il a tout ça autour de lui, il n'a un monde que d'angoisses quasiment* »

Les besoins liés à cette dimension sont propres à chaque individu et la très grande variabilité des réponses qu'ils demandent n'est pas réductible à un ensemble de règles qui seraient issues

⁶ Dans quelques très rares cas il peut arriver que la relation sur ce registre soit plutôt négative, voire teintée d'antipathie. Dans ces circonstances, c'est sans problème que le collectif tente d'éviter à l'infirmière concernée d'avoir affaire avec le patient.

directement des savoirs théoriques des différents champs disciplinaires de référence (qui caractérise le patient comme un être « bio-psycho-social »). **Le relationnel constitue ici un champ d'activité propre pour le personnel soignant**, distinct de l'exécution des soins (on pourrait dire que c'est en fait un soin spécifique), dans lequel il s'agit de mettre en œuvre des compétences d'observation, d'écoute et de compréhension, de réactions adaptées à des problèmes individuels complexes, ceci dans le cadre d'une interaction dynamique, c'est-à-dire continue et nécessitant une adaptation *on-line* à des évolutions souvent peu prévisibles de la situation. C'est la le type même de ce que l'on définit comme compétence « incorporée »⁷, développée à travers une pratique répétée et diversifiée, sur une longue durée, **difficilement verbalisable et formalisable, et de ce fait difficile à prescrire**. Il y a bien quelques règles d'action générales (expliquer au patient ce qui va se passer, adopter une attitude empathique, dire au patient qu'on le comprend ...) ce qui permet à une infirmière de nous dire que « *c'est peut-être un peu stéréotypé parce qu'on répond toutes à peu près la même chose ...* ». Mais elle ajoute aussitôt « *mais il y a une façon* » et c'est bien cette « façon », propre à chacune et à chaque situation particulière, qui va faire que la règle générale marche ou ne marche pas.

- « *... j'acquiers la capacité de distinguer et discerner des difficultés chez un malade qui ne dira rien* »

L'une des difficultés pour l'infirmière est ici de savoir ce que le médecin a dit au patient sur son état, sur les évolutions prévisibles.

- « *Ca nous manque [de ne pas savoir ce que le médecin a dit au patient] parce qu'on jongle pour savoir ce qu'on va dire au patient, il ne faut jamais en dire trop et jamais pas assez ... on essaie de tirer l'information [du patient] et après on brode un peu sur ce qu'il nous a dit* »

C'est bien sur ce registre de la **relation individuelle patient-infirmière** (et pas seulement personne-personne comme dans le cas précédent) que se situe le **risque d'une trop grande implication de l'infirmière** dans sa relation avec le patient. Cette expérience, vécue par une grande partie des infirmières, est toujours évoquée comme douloureuse (et non pas négative) et très forte. C'est ce qui explique sans doute que c'est souvent ce type d'expérience qui est d'abord évoqué quand on parle du relationnel. Ceci ne doit pas masquer que le relationnel ce n'est pas seulement une question d'implication dans une relation avec le patient, mais que c'est aussi toute une série d'interventions (pas simplement par la parole) qui visent à améliorer l'état psychique du patient et à développer son autonomie : il s'agit bien là de soins, qui demandent souvent du temps, qui ne sont pas systématiquement moins importants et moins prioritaires (c'est même souvent le contraire) que ceux liés à l'exécution des prescriptions, et qui sont donc assurés au même titre que ces derniers. C'est moins à ce type de soins relationnels que les infirmières doivent renoncer par manque de temps, qu'aux échanges du registre personne-personne : l'infirmière a effectivement peu de temps pour s'attarder dans une chambre pour « parler de tout et de rien » (en disant ceci nous ne voulons surtout pas minimiser l'importance de ce type d'échanges pour le bien-être du patient).

Il faut évoquer aussi pour terminer, la question des relations avec les familles. *A priori* cette question concerne les médecins et le cadre infirmier, pour tout ce qui concerne les informations sur le patient, sur son traitement et sur son suivi pendant et après son séjour dans l'établissement. Reste que les personnels soignants sont quotidiennement confrontés aux

⁷ Les compétences « incorporées » renvoient habituellement aux habiletés motrices.

familles. Dans nombre de cas, quand celles-ci sont bien présentes auprès du patient, elles expriment souvent des demandes, sinon des exigences, qui ne tiennent pas compte de l'organisation du travail dans l'Unité de soins. C'est là une source de stress importante pour le personnel soignant qui se sent l'objet d'observations et de critiques injustes et infondées, auxquelles il lui est difficile de répondre. Dans d'autres cas, à l'inverse, la famille peut constituer une aide effective dans l'activité de soins, à travers le concours qu'elle apporte à cette activité et le rôle de relais auprès du patient qu'elle peut assurer.

1 - 1 - 3 – La dimension organisationnelle de l'activité de soins

Les compétences techniques et relationnelles que l'on vient d'évoquer sont mises en œuvre dans le contexte d'une Unité de soins. Cela veut qu'il y a plusieurs patients pour 2 ou 3 infirmières et 1 ou 2 aides-soignantes⁸. Nous ne discuterons pas ici des avantages et inconvénients d'une organisation plus ou moins formellement sectorisée des soins dans les Unités, pour ne retenir que le fait qu'**une infirmière doit s'occuper de plusieurs patients**. En commençant son travail, chaque équipe a une représentation de l'ensemble des malades présents dans l'Unité et des soins qui doivent leur être prodigués. Toutes ces informations, obtenues aux relèves et dans les staffs, prélevées dans le dossier de soins infirmiers aussi, permettront à l'infirmière de planifier son activité et de préparer son chariot en conséquence. La tournée des chambres commence d'abord sur une base géographique (chaque infirmière commence à une extrémité du couloir ou bien elles progressent parallèlement, chacune s'occupant d'un côté du couloir), la progression pouvant être modulée en fonction des examens que les patients peuvent avoir à faire à l'extérieur de l'Unité. Le principe qui préside à cette organisation est d'abord **un principe d'équité** qui vise à équilibrer la charge de travail entre les infirmières, et si à la fin de la tournée une infirmière s'est occupée de moins de patients que sa collègue, on peut être assuré que cela est compensé par la « lourdeur » des soins prodigués. Si le caractère collectif de l'activité de soin leur paraît totalement naturelle (et cela va tellement de soi qu'elles n'éprouvent pas le besoin d'en parler), il s'avère qu'il concerne d'abord l'organisation du travail.

- *« C'est un travail d'équipe au niveau de l'organisation, mais au niveau du soin pas du tout »*
- *« Je suis tombée dans une équipe où on s'est super bien entendu de suite, on se suivait toutes à un an de DE à peu près, donc il n'y avait pas les « vieilles » infirmières ... et puis on a vraiment trouvé la façon chacune de travailler parce qu'on se complétait les unes les autres : moi il y a des trucs que je n'aime pas faire, d'autres que mes copines n'aiment pas faire, on compensait, on ne regardait pas qui faisait quoi, on était sectorisé mais la plupart du temps on faisait tout ensemble parce que c'était plus agréable »*
- *« On n'a pas la mentalité où chacun a son petit secteur, ses petits classeurs, son petit truc, on est plus solidaire »*

La charge de travail ainsi répartie reste lourde et l'objectif est toujours de **gagner et d'économiser du temps**. (la préparation du chariot peut être considérée comme « critique » pour la suite de l'activité dans la mesure où elle peut occasionner des déplacements superflus et coûteux en temps si elle a été mal assurée).

⁸ Le cas des Hôpitaux de jour est différent.

- « *Quand on change la perf d'un patient, on lui demande en même temps de se peser. Ça fait gagner 30 secondes, c'est aussi comme ça qu'on arrive à terminer le tour à temps* »
- « *Au début, on a du mal à penser à l'avance à tout ce dont on va avoir besoin pour faire l'ensemble du tour donc on fait des aller-retours inutiles* »
- « *J'ai profité du pipi pour changer le pansement* »
- *[Une IDE prépare la seringue électrique à l'avance]* « *Comme ça quand ça sonnera, ça sera prêt. Je n'aurai pas à courir* »

Plusieurs infirmières pour plusieurs patients, cela pose d'autres **problèmes de coordination, en particulier celui des échanges nécessaires au suivi du patient**. Le dossier de soins infirmiers occupe une place centrale à cet égard (cette question est traitée par ailleurs). Cela n'empêche pas des échanges verbaux fréquents dans le couloir, auxquels participent tous les membres de l'équipe (aide-soignante, infirmière, infirmière principale, cadre infirmier). Il est difficile pour un observateur extérieur de comprendre précisément la fonction de ces échanges, qui ont souvent la forme d'informations lancées à la volée, souvent sans réponses bien identifiables : quel est leur caractère d'urgence, sont-elles redondantes avec d'autres informations, comment sont-elles retenues et utilisées ? Autant d'interrogations qui restent pour nous ouvertes.

Si l'activité est ainsi bien planifiée, sa réalisation effective n'est pas « un long fleuve tranquille ». Elle est toujours interrompue par de multiples sollicitations (prescriptions supplémentaires du médecin, demandes des patients, arrivées imprévues dans le service, demande d'informations venant d'une autre Unité ou de l'extérieur...) qui viennent perturber la réalisation de ce travail planifié. Pour gérer ces imprévus et minimiser leurs effets perturbateurs l'infirmière doit développer la compétence essentielle de **savoir « hiérarchiser les priorités »**, c'est-à-dire à juger du degré d'urgence d'un événement imprévu et de la nécessité de l'intégrer immédiatement dans le flux d'activité ou, au contraire, de la possibilité d'en reporter la réalisation à un moment où il sera moins perturbateur (par exemple, à un moment où l'infirmière avait d'ores et déjà prévu d'aller revoir le patient concerné). Cette compétence « critique » qui est au cœur de l'activité de soin, s'appuie sur l'ensemble des savoirs et des compétences de l'infirmière (savoirs théoriques bio-médicaux et savoirs pragmatiques d'expérience). Une autre façon de gérer ces perturbations serait de prévenir leur apparition. A cet égard l'éducation du patient (et de la famille) peut constituer un apport intéressant : étant mieux à même d'évaluer lui-même l'urgence de ses demandes, le patient accepte mieux des délais de réponses et d'intervention qui autrement paraîtraient inacceptables.

Le contexte de l'activité de l'infirmière c'est aussi l'établissement dans son ensemble et même d'autres établissements hospitaliers. Le patient peut passer des examens et suivre un traitement dans d'autres Unités, les prélèvements sont envoyés pour analyse dans d'autres services ou d'autres établissements, et même si la gestion de cet ensemble relève d'abord du cadre infirmier et de l'infirmière principale, c'est bien souvent l'infirmière qui en assure la mise en œuvre effective. Cela nécessite de sa part une bonne connaissance de l'organisation générale de l'établissement, de celle de ces autres services et de leurs contraintes spécifiques, ainsi que l'appropriation d'un langage et de codes de communication communs..

1 - 2 - LA TRANSMISSION DES SAVOIRS ET DES COMPÉTENCES

Nous nous intéressons ici à la transmission des savoirs et des compétences telle qu'elle se passe dans les Unités de soins, donc à ce qui est transmis dans le cadre d'une situation de travail. Pour être maintenant très largement reconnue et partagée, cette idée que l'on acquiert des connaissances et que l'on développe des compétences à travers l'exercice d'une activité de travail n'en reste pas moins très générale. Nous allons tenter ici de la préciser et de caractériser les différentes situations qu'elle recouvre.

Quand on demande à des infirmières et à des aides-soignantes comment elles ont appris dans le cadre de leur activité de travail, on obtient deux types de réponses : avec les « anciennes » ou bien toutes seules. Dans le premier cas on est clairement dans le cadre d'une **situation « didactique »** caractérisée par le fait qu'il y a une intention explicite de formation tant chez celui qui transmet que chez celui qui « reçoit ». C'est la situation scolaire traditionnelle, qui se transpose en **situation de tutorat** dans le cadre d'une situation de travail. Dans le second cas nous dirons que la **situation est « non-didactique »**, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune intention de formation de la part des acteurs ; ceci n'empêche pas, qu'à travers la réalisation de certaines tâches et la résolution de certains problèmes, des élèves à l'école, des stagiaires, des apprentis et des salariés en entreprise apprennent quelque chose (soulignons que nous parlons ici d'intention de formation, et à cet égard nous trouverons les situations non-didactiques plus dans l'entreprise qu'à l'école). Dans le cadre scolaire, on identifie un troisième type de **situations, dites « a-didactiques »**, dans lesquelles seul l'enseignant est porteur de l'intention de formation ; ces situations reposent sur la possibilité pour l'enseignant de construire les situations et les problèmes qui sont proposées à l'élève ; cette caractéristique ne les rend *a priori* pas facilement transposables dans les situations de travail. Nous examinerons successivement ces trois types de situations.

1 - 2 - 1 - Les situations didactiques de tutorat

On regroupe dans cette catégorie les situations dans lesquelles on peut identifier clairement un transmetteur, un destinataire de la transmission, un contenu à transmettre. Le prototype en est le **fonctionnement en binôme** : infirmière principale ou infirmière du côté transmetteur⁹, infirmière débutante ou élève-infirmière du côté « receveur ». Ce n'est que quand ce type de fonctionnement a un caractère systématique et régulier que l'on parlera de tutorat. Cela ne concerne donc que les tous débuts de l'insertion dans les Unités de soins. En fait ce tutorat est plus ou moins effectif, ceci quelle que soit la période considérée : dans les années passées (là nous reprenons les propos des infirmières sur leur propre expérience) ou dans la périodes tout à fait récente (nos propres observations de début 2003 à mi-2004).

- « *Quand j'ai commencé on était directement mises dans le bain* »
- « *... je suis allée dans deux endroits .. l'un où l'IP ne s'occupait pas de nous ... après dans un autre où l'IP m'a encadré pendant 1 mois, comme si j'étais stagiaire, elle est restée avec moi, je pouvais lui poser toutes les questions que je voulais .. vraiment l'idéal ...* »
- « *Nous on fait la tournée ensemble .. on montre les gestes .. et après effectivement on le fait faire à la personne qui arrive dans le service ...* »

⁹ Par commodité, nous les désignerons sous le nom de « tutrice » dans tout ce qui suit, sans différencier infirmière principale et infirmière, ceci même si cette fonction ne leur est pas toujours officiellement et formellement attribuée.

- « *Quand je suis arrivée ici je n'étais pas diplômée, donc j'ai fait un mois de formation avec l'infirmière principale, j'ai profité de ce mois pour voir tous les protocoles, pour voir tout ce qui était administratif* »

Parmi les facteurs qui contribuent à réduire le temps de tutorat effectif, c'est la **disponibilité** qui est principalement évoquée.

- « *Etre tutrice, ça m'a intéressé à un moment donné, maintenant, je vous le dis franchement, ça m'intéresse moins, actuellement je ne le fais pas [l'accueil des élèves] dans de bonnes conditions ... pour encadrer les élèves il faut avoir du temps, il ne faut faire que ça, vous ne pouvez pas faire ça en 1 quart d'heure par jour* »
- « *C'est-à-dire que c'est vachement frustrant parce qu'on ne peut pas s'en occuper [des stagiaires] il nous aide un petit peu ponctuellement, il nous sert un peu de petite main on va dire, mais ce n'est pas comme ça que ... enfin normalement ce n'est pas comme ça qu'on devrait s'en occuper* »
- « *Avant, souvent on tournait en binôme avec la même personne pendant longtemps ... ça, c'était important, la même personne, on reprenait toujours ce qui n'avait pas été vu ensemble ... mais c'est sûr qu'il faut que la tutrice soit disponible, si elle a son travail plus la formation de la personne qui arrive, qu'en plus elle a un surcroît de travail parce que il manque du monde et que l'activité est importante, là ça devient de plus en plus difficile de former les gens ...* »
- « *C'est une charge de travail supplémentaire une nouvelle infirmière, ça fait partie du travail* »

A ces difficultés liées à la disponibilité peuvent s'ajouter une forte **démotivation chez certaines infirmières les plus anciennes**

- « *[former les jeunes] ... ça dépend qui j'ai en face de moi, ça dépend, moi si par exemple on me prend pour une imbécile en me disant ... toi tu es une vieille, donc obligatoirement tu ne suis pas les jeunes, et bien je ne suis pas, je m'en fous ... je ne pense pas qu'on dise que les anciens ont de l'expérience* »
- « *Passée 30 ans on se demande si vous avez des neurones, j'exagère ... alors plus de 50 ans vous imaginez bien, on vous regarde comme si vous étiez de la préhistoire, si vous savez encore parler, si vous réfléchissez, si vous savez écrire ... donc il vaut mieux se mettre à l'écart je pense* »

A l'inverse, nombre d'infirmières plus jeunes expriment des **motivations positives pour le tutorat**, dont il faut rappeler qu'il fait partie des attributions des infirmières telles qu'elles sont définies dans les textes officiels.

- « *... oui, j'ai envie de transmettre ... dans mes objectifs je me suis proposée à être tutrice, ça me plaît parce que je suis toujours passionnée par le métier, j'ai envie que les gens le soient aussi, j'ai envie de faire passer ça*

Tout cela pose la question d'**identifier les infirmières les mieux placées pour remplir les fonctions de tutrices**. On vient de le voir, la disponibilité et la motivation constituent des éléments importants. La démotivation exprimée par quelques infirmières plus anciennes suggère aussi qu'il ne faut pas en rester à une équation communément admise qui assimile ancienneté, expertise et tutorat. On sait qu'en fait, dans toute activité de travail, le développement de l'expertise est étroitement lié à la confrontation à des problèmes nouveaux,

à la participation à la mise en place de nouvelles technologies et de nouveaux modes d'organisation ... Dans le cas qui nous concerne ici on peut penser que les infirmières qui ont été directement impliquées dans la procédure d'accréditation, qui ont participé à l'élaboration des procédures, à leur mise à l'épreuve et à leur validation, sont particulièrement bien placées pour remplir des fonctions de tutrices. C'est vrai en termes de motivation, c'est vrai aussi en ce qui concerne la transmission elle-même : ce n'est pas tant qu'elles auraient un niveau de maîtrise des procédures et des savoirs qui y sont liés supérieur à celui des autres infirmières, mais plutôt qu'**elles sont peut-être plus à même de les expliciter et de les énoncer** du fait de leur participation à leur élaboration

Cela nous amène à la question des **modalités de la transmission** : le fonctionnement en binôme a pour la plupart des infirmières la clarté et la simplicité de l'évidence : la tutrice explique, dit, montre et fait faire à la débutante, contrôle et corrige ce que fait cette dernière. On peut y rajouter la répétition.

- « *La première après-midi que j'ai fait en ORL .. je n'avais jamais nettoyé de canules, c'est la surveillante qui était là qui m'a appris .. elle m'a montré, on la suivait .. après le suivant c'est moi qui l'ai fait ...* »
- « *C'est un peu le rôle du tutorat d'aider le nouveau à apprendre les procédures en exerçant* »
- « *... tous ces gestes ils sont relativement faciles à passer .. même si il faut le répéter 10 fois, la personne va finir par l'acquiescer ...* »
- « *moi, quand je les prends avec moi, je sais que je leur explique bien le dossier de soins, on commence par un secteur, voir les patients, d'abord comment le service est organisé, les particularités des traitements dans le service, les pathologies qu'ils vont pouvoir rencontrer, la synchronisation et l'organisation du travail ... le premier jour c'est sûr qu'ils vont écouter, observer seulement ... mais après quand même très vite je leur fait prendre en charge les patients et moi je reste avec eux dans la mesure où je le peux ... normalement sur les deux premiers mois, pendant un mois ils doivent être tout le temps avec moi ... ce n'est pas toujours le cas ... quand je ne peux pas les encadrer je les mets toujours avec une infirmière plus ancienne...* »
- « *Je les fais prendre en charge les patients et je regarde comment ils travaillent du point de vue de la technicité, du relationnel, je réajuste, je vois un peu avec eux ce qui va, ce qui ne va pas ... une fois qu'ils ont pris en charge le secteur c'est pareil, je vais voir un peu avec eux le dossier infirmier, voir avec elle les particularités qu'il y a dans son secteur lui dire ... voilà il faut faire attention, celui-là a ça, il aura ça ...et lorsque je peux le soir, pareil, j'essaie toujours de revoir avec eux les points importants ...* »

Une difficulté souvent présente dans ce type de transmission d'expérimenté à débutant tient au fait que l'expertise de celle qui transmet s'accompagne d'une **automatisation de son activité**.

- « *La difficulté pour nous les anciennes, c'est qu'on se rend peut-être pas trop compte du nombre de gestes que l'on a appris et que l'on fait machinalement .. quand on a une stagiaire on a l'impression que ça doit être inné.. on se dit comment ça se fait qu'elle ne sache pas faire ...* »

D'une certaine façon il faut donc **apprendre à montrer**, il faut savoir ralentir et décomposer des gestes, identifier et différencier clairement toutes les informations prises en compte, détailler et expliciter toutes les étapes d'un raisonnement. Il faut souligner que la tutrice peut éventuellement renvoyer l'élève au document, mais qu'elle l'utilise très rarement comme support dans son activité de transmission. La tutrice doit aussi s'assurer que l'élève a bien compris ce qu'on voulait lui faire passer, d'une certaine façon elle doit lui apprendre à observer. Tout ceci devrait relever d'une **formation au tutorat**.

Pour terminer sur ces situations didactiques de tutorat nous devons rappeler qu'il s'agit de transmission de savoirs en situation de travail. Dans ce cadre ce sont bien d'abord des savoirs et des compétences pratiques qui sont transmis et développés. En outre, dans le cas où il s'agit de débutantes, les tutrices s'adressent à des infirmières diplômées, qui ont quand même déjà construit des compétences pratiques dans le cadre de leur cursus à l'IFSI qui comporte de nombreux stages en Unités de soins. Il ne s'agit donc pas de leur apprendre tout le métier et d'être pour cela de façon permanente en situation stricte de tutorat pendant la période d'insertion dans l'Unité de soins.

- « *Ce sont quand même des gens qui sortent des écoles .. on n'a pas à apprendre toute une technique, on a juste à montrer ...* »

1 - 2 - 2 - Les situations non-didactiques : apprendre dans le cours de l'activité

On veut parler ici du fait maintenant communément reconnu que des savoirs et des compétences peuvent s'élaborer et se développer dans le cours même de l'activité de travail, sans que cela ait été explicitement prévu et organisé. C'est dans ce cadre que l'on peut ranger tout ce qui s'apprend à travers un exercice répété, répétition à travers laquelle non seulement les pratiques s'assimilent, mais aussi des savoirs se transmettent et s'élaborent. Le terme « non-didactique » ne doit pas être compris ici au sens strict et il n'exclut pas qu'à certain moments une infirmière (un médecin aussi) explique, montre quelque chose à une autre infirmière ou à une élève ; ce terme vise d'abord à souligner le caractère non planifié de ces épisodes. Il y a bien ici un tutorat, mais qui n'est pas systématique, ce sont les tâches qui se présentent qui peuvent le rendre momentanément et ponctuellement nécessaire. Le terme « non-didactique » ne doit pas non plus faire penser que les infirmières apprennent « toutes seules » comme elles le disent souvent, ou même qu'il y a des choses qui « ne s'apprennent pas ». En fait, cela veut dire qu'il n'y a **pas de situation de transmission organisée** (de type scolaire ou tutorat), ce qui n'empêche pas bien sûr que c'est dans le cadre d'une situation de travail organisée, avec des collègues, avec une hiérarchie, que des apprentissages peuvent se développer, que l'infirmière construit son expérience.

Ce qui se développe ainsi « sur le terrain », ce qui se découvre et qui s'apprend, ce qui s'affine, s'assimile, se perfectionne, ce sont aussi bien des compétences pratiques, des façons de faire, des gestes professionnels que des savoirs plus théoriques.

- « *Au niveau technique, pendant les 3 années d'études , on survole .. on essaie de toucher à tout ...de se sensibiliser un peu à tous les trucs techniques .. mais on n'est pas forcément à la pointe .. c'est comme le permis, on apprend à conduire, c'est après le permis qu'on approfondit .. qu'on affine ... sur le terrain on va faire des soins qu'on n'aura jamais fait, qu'on aura jamais vu pendant notre cursus scolaire.. ou des soins spécifiques au service .. ça on l'apprend sur le terrain, à moins qu'on ait fait un stage en oncologie... C'est sur le terrain que tout va s'affiner, que tout va*

s'approfondir .. et avec la répétition des gestes .. que la technique s'acquiert vraiment »

- *« Ca je l'ai demandé une fois .. j'ai appris avec le médecin que le (nom du médicament) pouvait faire des douleurs au niveau osseux ...un jour, j'ai un patient qui a une douleur thoracique, de suite je sais que .. bon, un problème cardiaque .. je vais voir le médecin, j'ai fait les constantes .. le médecin me dit de faire de la morphine, si la douleur passe ce n'est pas cardiaque .. le patient est sous (nom du médicament) pour améliorer la formation de globules blancs de la moelle osseuse .. ça peut entraîner des douleurs osseuses au niveau des os plats ..voilà, moi j'ai appris comme ça ... »*

C'est bien dans ce type de situation d'apprentissage à travers l'activité que se développent aussi les **compétences relationnelles**. Celles-ci sont fondamentalement une question d'expérience. Il y a bien sûr des formations formelles qui peuvent être proposées sur ce thème, mais il nous semble que leur rôle n'est pas d'apprendre directement à l'infirmière les comportements adaptés, mais plutôt de lui permettre de **revenir sur ses expériences vécues**, d'en analyser les échecs et les réussites, et de développer ainsi une « sensibilité » qui l'aide à mieux percevoir et comprendre l'état du patient et donc de mieux répondre à ses besoins.

- *« J'ai fait une formation ... prise en charge psychologique du patient, annonce de la fin de vie ... ça ne peut pas s'utiliser... on voit un peu différemment les choses, on voit les étapes à travers lesquelles passe le patient, c'est un peu formaliser ce que l'on voit tous les jours »*

C'est beaucoup parce que l'**activité est collective** que l'on apprend en situation de travail. Ce collectif est d'abord constitué par les collègues infirmières, les aides-soignantes (à cet égard, toutes les infirmières soulignent leur rôle essentiel) et l'infirmière principale qui peut constituer un relais important.

- *«... après j'ai appris les premiers pansements ORL avec les anciennes .. on y allait à deux [le soin le nécessitait], donc forcément on apprend les gestes très rapidement »*
- *« ... des gestes importants qui ne sont pas beaucoup vus à l'école ou en stage .. on est obligée d'apprendre sur le tas avec les anciennes .. moi, quand je suis entrée dans l'établissement j'ai suivi mes aînées pendant plusieurs mois .. il y a tellement de gestes différents qu'il faut plusieurs mois ... »*
- *« Les autres sont importants parce que vous n'allez pas le lire le protocole, ce sont les autres qui vous le montrent ... c'est plutôt l'expérience de la copine »*
- *Une infirmière principale : « Concernant les informations sur les pathologies, les difficultés occasionnées par tel ou tel cas ... on les accumule à partir des connaissances obtenues auprès du médecin ... moi je sais que lorsqu'il y a quelque chose que je ne comprends pas je vais voir le médecin, il m'explique et à ce moment là, le savoir que j'ai acquis et bien je le transmets parce que je sais que ça aidera l'infirmière ...elle en aura besoin pour les soins, la culture personnelle ... »*

La **place des médecins dans ce collectif** de travail est très variable d'une Unité à l'autre. C'est en tout cas une source de discussion importante. On ne discutera pas ici des avantages et des inconvénients de leur participation à un staff journalier (quand celui-ci existe). On notera simplement que les infirmières considèrent cette participation comme utile et ressentent assez négativement sinon l'absence, au moins la faiblesse des contacts avec eux.

- « *Moi j'ai tourné en (nom du service) .. avec les médecins il n'y avait aucune discussion .. après je suis allée en (nom du service) où là on nous expliquait tout ..* »
- « *... dans le service où je suis actuellement on ne nous explique rien .. à moins de demander, de vraiment solliciter le médecin ... et encore ça dépend du médecin, ça dépend du jour, ça dépend du résultat de l'OM ... c'est un peu pathétique mais c'est ça* »
- « *...(l'absence d'échanges avec les médecins) ce n'est pas sécurisant du tout parce qu'on n'a pas le sens de ce qu'on fait .. pour la surveillance du patient il faut savoir .. pour aller à l'essentiel tout de suite ...* »
- « *On a des staffs infirmiers .. les médecins ne veulent pas ... les internes sont arrivés il y a 10 jours, le chef de service leur a dit que ce n'est pas la peine d'aller au staff, ça ne sert à rien .. donc des staffs infirmiers .. mais c'est spécifique à notre service* »
- « *La présence des médecins dans le staff, ça apporte quelque chose, c'est un plus par rapport au patient ... on va prendre patient par patient, il va peut-être nous apporter des infos qu'il a lui ... et je crois qu'on trouve un intérêt plus grand dans notre travail si on sait comment le patient évolue par rapport au traitement, on a envie de savoir, savoir quel est le résultat aussi, parce que c'est quand même nous qui appliquons le traitement, on a envie de savoir si c'est efficace ... c'est intéressant* »

Outre l'activité collective, d'autres facteurs sont aussi importants pour rendre la situation de travail formatrice. Le plus important est que l'infirmière s'engage dans une **activité réflexive sur son activité** : en effet on ne peut apprendre vraiment de l'expérience que si l'on est en mesure de l'analyser, d'en tirer les leçons. Pour cela il faut disposer d'un minimum de temps, ce qui n'est pas toujours facile étant donné la charge de travail dans les Unités.

- « *Je m'aperçois ici aussi que je n'ai pas trop le temps d'apprendre parce que c'est un peu l'abattage, vous l'avez bien vu c'est un peu l'abattage, mais c'est intéressant aussi ...* »

Cela peut aussi réalisé dans le cadre d'un **travail personnel**

- « *Pour apprendre autrement qu'à travers ce qui se présente, il y a sa propre recherche, c'est-à-dire aller se documenter dans la littérature, dans Internet ... ici il y a une bibliothèque, il y a beaucoup de mémoires qui y sont, il y a des revues, il y a la Revue de l'Infirmière ... on peut apprendre sur tout ... il y a aussi les congrès qui sont organisés sur la douleur, sur la fatigue, sur tout ça ... moi ça me permet d'actualiser mes connaissances*
- « *Moi je leurs dis ...quand tu as un moment ou si tu ne te rappelles pas, tu prends et tu te reportes aux classeurs ... dernièrement on a affiché les procédures d'entrée en urgence, les procédures pour tout ce qui est déchets ...il y a des classeurs pour tout ce qui est des risques matériels ... hémovigilance aussi ...* »

Enfin il ne faut pas oublier ni sous-estimer le rôle que peut jouer l'existence de bonnes **conditions matérielles**.

- « *J'ai appris énormément aussi parce que au niveau technicité l'établissement a un atout, c'est qu'il a des conditions de travail optimales, ça il ne faut pas le négliger ... en termes de moyens on a tout à usage unique, on a du matériel en quantité, on ne va pas calculer si il faut utiliser trois compresses ou quatre comme à ...* »

1 - 2 - 3 - Les situations a-didactiques : « profiter » des situations

Dans le cadre scolaire elles correspondent au fait que l'enseignant va construire des problèmes dont la solution nécessite la mise en œuvre des savoirs qu'il veut faire acquérir à l'élève. Ce dernier est orienté explicitement sur cette résolution de problème à travers laquelle l'enseignant pense que l'élève va apprendre les savoirs visés. Il est bien évident que ce type de situation ne peut pas se transposer directement dans les situations de travail. Dans ces dernières il faut **prendre les problèmes comme ils viennent et comme ils sont**. Ceci n'empêche pas qu'il reste possible de se saisir de certaines opportunités et de « profiter » de certaines situations au moment où elles se présentent. C'est ce qu'on peut observer quand une infirmière ayant un soin particulier, rare, difficile ou surtout intéressant à faire, va spécialement chercher une élève pour la mettre en situation de le réaliser sous son contrôle. On veut dire ici « difficile » d'abord pour l'élève. L'existence de cette difficulté, qui n'est pas absolue, est une condition propice pour l'apprentissage (nous avons déjà dit que c'est en étant confronté à des problèmes à résoudre, à des difficultés, qu'on apprend le plus). Recourir ainsi aux situations qui se présentent implique que l'infirmière ait une bonne représentation du niveau de l'élève : en effet, il ne s'agit pas de la confronter à des situations trop difficiles dans lesquelles elle serait totalement en échec.

Plus généralement et concernant cette fois-ci plus particulièrement les infirmières débutantes, on peut penser que c'est cet aspect qui est en partie pris en compte dans le choix de leur première affectation.

- *Une infirmière principale : « Dernièrement il y a eu du personnel qui manquait en [nom de l'Unité] ... on a évité d'y envoyer les nouvelles recrues ... on évite de leur mettre encore plus de bâtons dans les roues »*

Reste que la pratique dominante dans l'insertion des débutantes consiste à leur confier l'ensemble des soins à réaliser pour chaque patient. La seule progressivité que l'on observe concerne le nombre de patients qui leur est confié, qui peut être un peu réduit au début. On peut penser que les experts en soins infirmiers sont en mesure de classer ces soins en termes de **complexité** (objective, en termes de savoirs nécessaires, de « criticité » ...) et de **difficulté** (relative au niveau d'expérience de l'infirmière). La question pourrait se poser alors d'utiliser ces critères de caractérisation des soins, pour organiser un parcours d'insertion plus progressif. Nous ne faisons ici que poser la question, tout en anticipant les difficultés de sa mise en œuvre effective.

Nous venons d'évoquer plusieurs situations de transmission des savoirs. Rappelons bien qu'il s'agit de transmission en situation de travail réelle, et que donc **la finalité « productive » (les soins) reste toujours première, la visée formative ne venant s'y greffer que plus ou moins explicitement** : le patient n'est bien sûr pas un « cobaye » dans un processus de formation.

2 - LE DÉVELOPPEMENT DE L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

Nous voulons évoquer très rapidement maintenant dans cette dernière partie, quelques aspects de la dimension plus sociale et identitaire de la professionnalisation des infirmières. En effet devenir infirmière ce n'est pas seulement acquérir des savoirs et des compétences dans le domaine des soins, c'est aussi **s'insérer dans un milieu professionnel et s'en approprier les normes et les valeurs**. Cette deuxième dimension est une des conditions nécessaires à l'apprentissage et c'est de ce point de vue que nous l'aborderons ici. Nous le ferons de façon modeste et très succincte pour au moins deux raisons : d'une part ce n'était pas le point d'entrée principal de notre travail et notre recueil de données n'était pas prioritairement orienté sur cette question ; d'autre part, il s'agit là d'un champ dont les problématiques ne nous sont pas familières.

D'élève-infirmière à infirmière

Il paraît légitime de prendre en compte la période scolaire pour parler de la professionnalisation dans la mesure où il s'agit d'une formation en alternance, sur une longue durée, qui fait une très large aux stages pratiques dans les Unités de soins. Si quelques fois certains émettent des réserves sur le contenu de ces stages (peu d'articulation avec ce qui est enseigné à l'école, peu d'occasions de pratiques effectives ...), aucun ne peut nier que ce sont autant d'**occasions de découvrir le milieu professionnel, son organisation, ses normes, ses règles et ses valeurs**. Ces expériences peuvent être très diverses et aller d'une simple présence-observation à une réelle intégration dans les équipes soignantes. L'élève reste toujours bien une élève, mais les critères du milieu professionnel qui l'accueille, vont la renvoyer plus ou moins à ce statut d'élève : cela se joue entre deux postures : l'élève a réussi le concours d'entrée à l'IFSI, elle s'engage dès ce moment dans le parcours professionnel d'une infirmière, même si elle ne l'est pas encore, et pour l'évaluer on va utiliser des **critères plutôt professionnels** ; ou bien l'élève a réussi le concours à l'IFSI, il faut qu'elle apprenne tout ce qui est nécessaire pour pouvoir devenir infirmière après son DE, **les critères de référence sont ici beaucoup plus scolaires**. A cet égard le fait d'exercer une activité (salariée) d'aide-soignante la nuit et pendant les vacances scolaires n'est pas sans effets. D'autres facteurs peuvent jouer en sens inverse. Par exemple, le fait que pendant les stages, les élèves-infirmières soient plusieurs dans une même Unité peut avoir son importance : on reste entre élèves, on échange dans le cadre de ce statut d'élève, la référence risque de rester d'abord celle de l'Ecole ; ou bien on est la seule élève dans l'Unité, on est conduite à plus s'intégrer dans l'équipe soignante et donc à mieux partager ses références.

La première insertion en tant que diplômée est une vraie rupture, pas tant en termes d'apprentissage (il y a toujours beaucoup à apprendre) qu'en termes de responsabilités.

- « *Je pensais qu'en sortant de l'école c'était parti ... on est tellement soulagé que tout soit fini qu'on se sent près à affronter plein de choses ... mais je me rends compte que je suis vraiment au début de mon apprentissage, je me rends compte que tous les jours j'apprends et qu'il y a encore beaucoup de lacunes* »
- « *La différence stagiaire/nouvelle ... la nouvelle elle est diplômée ... la différence c'est au niveau de la responsabilité ...* »
- « *Stagiaires/jeunes diplômées c'est complètement différent ... la stagiaire il faut la suivre, il faut l'encadrer, il y a des choses qu'on ne lui fait pas faire .. les manipulations sur cathéter, les transfusions sanguines, les chimio ... [discussion sur ce qu'on peut leur laisser faire après avoir montré et en les suivant]* »

Ces responsabilités renvoient aussi bien à l'**autonomie**, à la capacité de se « débrouiller » seule, qu'à la découverte du travail en équipe. Certains milieux sont considérés comme favorables pour cela.

- « *J'ai commencé par de l'intérim pour savoir un petit peu où j'allais aller travailler. Parce que quand on sort du DE on a vu beaucoup de choses, mais en tant que stagiaire, pas en tant que professionnelle ... j'ai appris énormément en tant qu'intérimaire, je suis arrivée ici, je savais piquer, je savais poser des sondes gastriques, je savais poser des sondes médicales ... et puis j'étais un peu dégrossie, vu qu'en intérim on se retrouvait seul dans des services il faut se débrouiller, on se débrouille* »
- « *Je suis allée aux urgences [1 an après le DE, dans un autre établissement] ...c'est très très bien, ça m'a appris beaucoup de choses parce que je me suis débrouillée toute seule, c'est une collaboration vraiment médecins-infirmières, et puis j'ai appris d'autres choses que ma profession, à lire une radio, à déceler quelques petits signes ... je pense que c'est la meilleure école les urgences, pour ne pas avoir la routine* »
- « *C'est dur au début de faire la transition étudiante-infirmière ... c'est comme quelqu'un qui a le permis et va se lancer la première fois seul dans une voiture ... donc je suis arrivée et je rendais compte de tout ce que je faisais, et ma copine elle m'a dit ... eh, calmes-toi, tu es infirmière, si il y a un problème tu viens, mais tu n'es pas obligée de te justifier, on te fait confiance* »

La façon dont se passe l'**accueil des jeunes recrues** est aussi un élément déterminant.

- « *...avant, ce n'était pas beaucoup encadré, vous étiez lâchés ...maintenant c'est à l'opposé puisque vous êtes dorlotés ... c'est vrai que par crainte qu'ils ne restent pas on en fait maintenant beaucoup ... il y a un changement dans ce domaine, un accueil a été mis sur pied sur 2 mois, et encore plus cette année ...moi je me souviens quand j'ai commencé, on restait avec moi 1 heure le matin et après je prenais mon secteur pendant 3 jours ...* »

Une pratique courante était de faire tourner l'infirmière débutante dans plusieurs services. Il s'avère que c'est d'une certaine façon la maintenir dans une attitude d'apprenante-élève. Cela ne va pas toujours dans le sens d'une professionnalisation effective. L'élève peut en effet alors ressentir l'obligation d'avoir à faire et refaire ses preuves à chaque fois dans ses différentes affectations, alors que souvent nombre d'entre elles aspirent à « se poser », à se stabiliser dans une Unité. Ici l'argument de la professionnalité que pourrait constituer la polyvalence ne joue pas vraiment, elles sont trop débutantes pour développer une réelle polyvalence.

La professionnalité c'est aussi l'**adaptation à la spécificité de l'Unité** (et plus largement sans doute) de l'établissement. Celle-ci se voit rapidement

- « *En fait, en quelques jours d'observation, on sait déjà rapidement si l'infirmière est faite pour le service ... il y en a qui ne sont pas faits pour l'oncologie, ils sont plus pour la chirurgie* »
- « *On apprend certaines choses à l'école et quand on arrive ... les mains, se laver les mains ça ne va pas changer ... mais vous avez des procédures qui sont différentes, entre ce que l'on apprend à l'école et ce que l'on pratique sur le terrain, il y a*

quand même un écart ... il faut ensuite s'adapter, le mot d'ordre, c'est ici comme ailleurs, c'est de s'adapter au service, quand on arrive dans un établissement on s'adapte aux procédures qui sont en vigueur dans l'établissement »

Les dimensions de la professionnalité

On voudrait apporter ici quelques éléments de réponse à la question : « qu'est-ce qui fait une bonne professionnelle ? » Quatre thèmes ont émergé, que l'on ne fera qu'énoncer ici brièvement.

En premier lieu, l'identité professionnelle à développer est double : il faut être **bonne technicienne et bonne dans la relation avec le patient**. Il faut bien insister sur le « et ». Si pour la grande majorité des infirmières le relationnel est un élément central de leur identité professionnelle, son développement n'est possible que si le technique est bien maîtrisé. Cela va prendre du temps.

- *« Même pour pouvoir faire du relationnel il faut quand même être complètement dégagé de la technique, c'est-à-dire qu'il faut maîtriser ... et ça, la maîtrise de la technique ce n'est pas simple, ce n'est pas du jour au lendemain, il faut bien une bonne dizaine d'années ... si on veut vraiment être à l'écoute, il faut être dégagé complètement du souci du technique, là ce n'est pas forcément donné à tout le monde »*

Il s'agira alors pour le débutant de **se sortir du stress** occasionné par les gestes professionnels (même les plus courants)

- *« ... c'était très stressant de faire ça la première fois sur une personne .. ma première prise de sang ... je n'avais déjà pas la sensation du geste ... qu'est-ce que ça faisait de rentrer une aiguille dans une veine ... bon, la personne était très coopérative, on lui avait expliqué, ça m'a un peu enlevé le stress ... j'ai appris tous les soins au fur et à mesure sur la personne, pas sur le mannequin ... »*
- *« Le patient s'en rend compte[qu'on est débutant] ... le patient nous déstabilise beaucoup, il vous regarde, de toutes façons les gens ils ne font que ça, vous regarder »*

En second lieu, dans le relationnel il faut savoir **prendre la distance nécessaire** avec le patient

- *« Il ne faut pas montrer ses sentiments. Une fois j'ai pleuré pour un décès et mon chef m'a dit ... vous ne pleurez pas, ce n'est pas professionnel »*

Ce critère de professionnalité est très largement reconnu par l'ensemble des personnels, et même par les élèves de l'école. Cela n'empêche pas que la quasi-totalité des infirmières que nous avons rencontré soient « tombées dans le panneau ».

- *« Quand je suis arrivée j'étais assez fragile, dans un sens où je m'investissais trop, je n'arrivais pas à mettre la distance thérapeutique qu'on nous apprend à l'école.. et c'est l'AS qui a été un des premiers à me donner des conseils pour que j'arrive à me protéger par rapport à ça, que je ne m'investisse pas trop, que je sache trouver le juste milieu parce que ne pas s'investir ce n'est pas bien non plus ... j'ai eu des*

moments difficiles, j'ai eu des périodes où je me suis trop investie vis-à-vis des familles par exemple, je n'arrivais plus à dire non à la personne ... donc le fait de passer par là on est un petit peu plus en souffrance quelque part, parce qu'on nous pompe et qu'on en a dix, et si on en a dix comme cela on ne s'en sort plus ... on donne un peu de soi et à la fin il n'y a plus ... parce que les patients, tant qu'on leur donne ils prennent ... »

- *« ... peut-être que je n'ai pas été assez forte, mais je pense qu'il faut être très forte pour ne pas se faire avoir la première fois ... moi je me suis faite avoir, je ne suis pas seule, on s'est tous fait avoir, on a tous donné de nous, c'est un investissement personnel énorme ... et qu'on transporte chez nous, qu'on transporte dans les réunions de famille, et qu'on transporte même la nuit »*

Ce type de problèmes peut se régler en partie dans le cadre du **collectif de travail**.

- *« Ca se gère par une bonne entente dans l'équipe, une solidarité, c'est énorme... il y en a qui l'ont vécu avant nous, donc qui peuvent nous rassurer, on peut aussi quand il y a des moments tendus comme ça passer la main ... parfois on arrive à en discuter entre nous, au moment du café, il nous arrive aussi quand il y a des moments durs de nous appeler chez nous ... ce ne sont pas des réunions qu'on pourrait planifier, il faut qu'il y ait un vecteur, quelque chose qui se soit passé, il faut qu'il y ait un problème pour qu'il y ait une discussion »*

En troisième lieu, une bonne infirmière c'est une infirmière qui sait **s'organiser**, qui sait **gérer les priorités**. Il faut savoir ne pas se précipiter.

- *« Les jeunes infirmières, elles vont avoir tendance à foncer dans le tas et réfléchir après »*
- *« ... on essaie de leur apprendre comment gérer un secteur de patients avec ses priorités ... par exemple vous avez un patient qui choque, qui a de la température, la priorité sera de commencer par lui ... voir les soins médicaux qui vont être nécessaires, s'il ne va pas bien du tout informer au plus vite le médecin ... ensuite il y a des fois des pansements à faire ... apprendre à gérer cela ça ne vient pas de suite, ça prend une bonne année ... au bout de quelques mois c'est vrai que ça va mieux, mais ce n'est pas du jour au lendemain que l'on sait prendre en charge un secteur »*

Enfin en quatrième lieu, il faut **élargir le champ de son activité de travail**. C'est là une professionnalité nécessaire, au moins pour celles qui veulent devenir infirmière principale ou cadre

- *« ... une infirmière qui ne se cantonne pas qu'à son secteur ...qui aille au-delà des choses ... je ne me cantonnais pas qu'à mon secteur, qu'à mon patient, il m'arrivait aussi de voir sa sortie, de voir s'il n'avait pas par exemple des problèmes sociaux, de prendre contact avec l'assistante sociale...ça, ce n'est pas tout le monde qui arrive à le faire ou qui a acquis cette capacité-là ... »*
- *« Moi mon épanouissement personnel au niveau du travail ce n'est pas de piquer un patient, parce que là c'est vraiment le robot, un robot est capable de faire ça, moi j'ai besoin de travailler pour faire évoluer le service, pour avoir de meilleures conditions de travail ... il y en a qui disent que ça ne les intéressa pas, mais moi dans mon plan de carrière je veux être cadre, donc ça me plaît tout ce qui est amélioration des conditions de travail, organisation des conditions de travail »*

Nous terminerons en évoquant quelques éléments du contexte actuel plus général du système hospitalier. Ce contexte est très marqué par la **promotion de la sécurité et de la qualité** d'une part, par la **judiciarisation** de l'activité d'autre part. Ceci ne va pas sans conséquences sur la « reconnaissance » des activités des personnels soignants et sur la motivation des plus anciens

Ce contexte provoque en effet un **mouvement de rationalisation** qui vise à procéduraliser tout ce qui peut l'être. Concernant les activités les plus techniques, cette procéduralisation peut avoir pour effet (effectivement ressenti par nombre d'infirmières) de ne reconnaître dans leur activité que les procédures, contribuant ainsi à les confiner à un rôle d'« exécutantes » et à méconnaître les savoirs plus théoriques qu'elles ont développés. Concernant les activités qui visent à répondre aux besoins du patient en tant qu'individu et patient, ou bien elles risquent d'être ignorées et non-reconnues parce que non procéduralisables (au mieux on les considère comme accompagnant nécessairement les activités techniques, sans la plupart du temps les reconnaître en tant que telles), ou bien on tente de les rationaliser à leur tour, ce qui conduit à formuler quelques « recettes » comportementales qui s'avèrent ni efficaces ni opérationnelles.

Les plus anciens voient plutôt négativement ces évolutions.

- *« Moi, ce que je constate, c'est qu'entre ... en 90 on a fait les premiers audits, de ça ils ont dit il y a une culture maison dans cet établissement, il ne faut pas la perdre, deux ans après il nous a été dit ... la culture ancienne c'est du passé, il faut aller vers une nouvelle culture ... c'est la culture de maintenant, c'est-à-dire que c'est l'excellence, la rentabilité, moins de personnel, plus de qualité, qui met, de façon on va dire systématique, tout le monde très mal à l'aise ... le désinvestissement du personnel il est flagrant »*
- *« ... on est jugé par des gens plus jeunes, donc plus exigeants, et il y a l'impression que ... on se demande si les gens plus jeunes, qui sont supérieurs hiérarchiques, ne se disent pas ... pétard, il ne lui reste que quelques années, ça ne doit plus l'intéresser ... et pourtant c'est intéressant »*

Ces évolutions récentes provoquent des **inquiétudes et de la démotivation** de la même façon que les plannings cristallisaient une insatisfaction largement exprimée au début de nos investigations. Les changements apportés sur cette question ont très nettement amélioré les choses. Il peut en être de même, concernant la question de la motivation des personnels, à l'occasion de la démarche de renouvellement de l'accréditation. Il faut souligner en effet l'accueil très positif que nous ont réservé les personnels, **l'envie et le plaisir qu'ils ont pris à nous parler de leur travail**. Nous pouvons témoigner ici de **leur volonté se s'impliquer** très fortement dans les discussions sur tout ce qui concerne leur métier, pourvu que les conditions de ce débat soient réunies.