

*DOCUMENT CÉREQ N° 3/5*

# **COMPÉTENCES ET MODES D'APPRENTISSAGE : LE CAS DES INFIRMIÈRES**

Ewan Oiry, CÉREQ-LEST  
*Marseille, juin 2005*



## INTRODUCTION

L'analyse des modes d'apprentissages d'une activité est délicate car elle impose en préalable une description aussi précise que possible du contenu même de cette activité. Il est donc nécessaire d'identifier les compétences professionnelles mobilisées par les infirmières pour pouvoir, dans un second temps, tenter d'élucider comment ces compétences ont été apprises.

Depuis de très nombreuses années, les méthodes d'analyse du travail se sont données pour objectif de mettre en place des protocoles atteignant cet objectif d'une définition précise des compétences. Comme nous allons le voir, il est aujourd'hui possible de proposer une typologie de compétences professionnelles qui rendent compte de l'activité des infirmières. Toutefois, ces recherches sur les méthodes d'analyse du travail ont aussi mis en évidence qu'il n'existait pas de définition objective et indiscutable de ces compétences professionnelles (Dadoy, 1989).

Trois raisons principales expliquent cette impossibilité d'arriver à une définition objective du travail. Tout d'abord, il n'est pas toujours possible de dire et de décrire des compétences. Un professionnel n'est pas toujours en mesure de décrire ses compétences. C'est particulièrement vrai pour les compétences intériorisées qu'il n'a plus conscience de mobiliser. Or ce sont souvent les compétences les plus stratégiques, celles qui font le professionnalisme. Ensuite, les professionnels ne mobilisent jamais isolément l'une ou l'autre des compétences professionnelles qu'ils possèdent. Ils en utilisent systématiquement plusieurs en même temps. Ce n'est pas telle ou telle compétence qui fait le professionnalisme, c'est la mobilisation de plusieurs d'entre elles en même temps et de manière adéquate par rapport à la situation de travail dans laquelle le professionnel se trouve qui fait le professionnalisme (cf. document Savoyant). Les professionnels ne retrouvent donc jamais complètement leur activité dans les typologies de compétences qui prétendent en rendre compte parce que, par définition, elles séparent les compétences les unes des autres alors que les professionnels savent que leur professionnalisme est en fait dans l'articulation de ces compétences de différents types et dans le rapport à la situation où elles sont mobilisées. Les typologies de compétences professionnelles sont donc pour cette raison systématiquement discutées et discutables.

Enfin, il n'existe pas de typologie objective des compétences professionnelles car, parmi ces professionnels, il existe différentes manières de faire, des compétences différentes sont utilisées selon des enchaînements différents, etc... Il n'existe donc pas de définition objective parce que cette définition fait elle-même l'objet d'un débat entre les professionnels. Comme le montre Alain Savoyant, dans ces débats, c'est en fait l'identité professionnelle du groupe qui se construit et se transforme. Comme il existe rarement dans les groupes professionnels une définition unique de l'identité professionnelle, il existe un débat récurrent sur les compétences professionnelles des membres de ce groupe. De ce fait, toutes les typologies de compétences sont discutables.

Nos investigations permettent de proposer cinq domaines de savoirs et de compétences professionnelles différents :

- Compétences techniques (soins)
- Compétences d'interaction avec le patient (et la famille)
- Savoirs d'ordre bio-médical,
- Compétences d'auto-organisation de l'activité

- Compétences de coordination/coopération avec l'équipe (et l'ensemble de l'organisation).

Dans une première partie, nous allons donner des détails et des exemples sur le contenu de cette typologie. Même si elle est nécessaire pour identifier le contenu de l'activité des infirmières, cette typologie n'a pourtant aucune prétention objective. A l'inverse, nous allons constater dans la seconde partie qu'elle est plutôt une base de discussion permettant aux infirmières de débattre du contenu même de ces compétences mais aussi de leur mode d'apprentissage.

## 1. DÉFINITION ET EXEMPLES DES TYPES DE COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

### 121. Compétences techniques (autour du soin)

Nous débutons cette typologie par les compétences techniques, c'est-à-dire les compétences liées au soin parce que c'est bien sûr qui interviennent en premier dans le discours des infirmières.

Les premières compétences qu'apprennent à maîtriser les infirmières sont celles qui constituent leur métier de soignant : piquer, sonder, administrer une prescription, relever les constantes, etc. Ces compétences sont celles dont la transmission et l'apprentissage semblent être le mieux "organisées". L'articulation entre des périodes d'apprentissages théoriques en IFSI et des périodes de stages dans des établissements est ainsi une pratique ancienne. Nous constaterons néanmoins ci-dessous que l'importance des enjeux contenus dans cette transmission fait que ces processus font toujours l'objet de discussions.

Dans le domaine technique, les infirmières débutantes ont d'abord pour objectif d'acquérir la maîtrise de l'éventail assez important de techniques qu'elles supposées maîtriser. Mais, très rapidement, ce premier objectif se double d'un second : l'acquisition de la dextérité. En effet, dans le domaine technique, l'expérience se traduit par la maîtrise d'un grand nombre de techniques de soins mais surtout par une plus grande rapidité d'exécution et par une plus grande sûreté du geste. Cette sûreté évite par exemple aux infirmières expérimentées de vérifier deux fois qu'elles ont bien fait tel ou tel geste – enclenchement pompe, etc...- et contribue donc directement à accélérer l'exécution de leur travail.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Anticiper le temps réel pris par un soin	IDE : " <i>Avant, on se plantait tout le temps. On finissait toujours [notre tour] en retard parce qu'on arrivait pas à bien s'organiser. On croyait qu'un truc nous prendrait trois secondes et en fait on y passait beaucoup de temps</i> ".
Mémoriser l'enchaînement des gestes	Les gestes techniques sont maîtrisés lors des stages mais les enchaînements sont plus difficiles à mémoriser. Ils restent longtemps imparfaits. Ex d'une IDE qui conseille une stagiaire pour changer un site sous cutané. Sur des chimios complexes, peu utilisées, le recours au protocole est systématique, l'enchaînement est trop complexe pour être mémorisé intégralement.

	Ex d'une IDE débutante qui vérifie toujours deux fois qu'elle a bien fait les choses : perte de temps liée au manque de confiance. <i>"Au début, en repartant chez moi, je me demandais tout le temps : "est-ce que je n'ai pas oublié de faire ça ?", "qu'est-ce que je ne leur ai pas dit ?"...le nombre de fois où j'ai appelé depuis le téléphone qui est dans le vestiaire...Maintenant, je ne le fais plus du tout ..."</i>

## 122. Compétences d'interaction avec le patient (et la famille)

Le second type de compétence que les infirmières évoquent facilement regroupe toutes les compétences concernant le "relationnel". Ce terme est large et polysémique. Pour faciliter sa compréhension, nous proposons d'évoquer d'abord les interactions avec le patient. Celles-ci comportent deux facettes complémentaires.

D'une part connaître un patient, c'est connaître sa pathologie et les effets que les médicaments vont avoir sur lui. La chimiothérapie est un bon exemple des spécificités dans les réactions de chaque patient.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Anticiper les réactions du patient à sa chimio	IDE : <i>"Je trouve ça très difficile de poser des chimios à des patients qu'on ne connaît même pas"</i> Céreq : <i>"pourquoi est-ce un problème de ne pas les connaître ?"</i> IDE : <i>"on ne connaît pas leurs réactions"</i>

Interagir avec le patient, c'est aussi l'éduquer. Les IDE rencontrées parlent d'une manière récurrent de ce "savoir éduquer le patient".

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Eduquer le patient	IDE à un patient : <i>"vous m'appelez dès que vous voulez que je vous débranche pour aller à la douche, je viendrai dès que je pourrais"</i> . IDE à Céreq : <i>"ils savent que je ne vais pas venir dans la seconde mais que j'ai enregistré leur demande"</i>

D'autre part, interagir avec un patient, c'est le connaître en tant que personne, en tant qu'individu et pas l'identifier seulement à sa pathologie. C'est alors toute la diversité des relations humaines que les infirmières apprennent à gérer, y compris la violence ou l'indiscrétion des patients.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Anticiper le comportement des patients	Ex : Mr X offre de la liqueur à une des IDE. Comment le remercier tout en le tenant à distance ? IDE à l'IDE qui doit aller le remercier : <i>"Je dois aller faire un soin à Mr X. Viens avec moi, comme ça, quand j'ai fini, ça te fait un prétexte pour sortir avec moi"</i>
Gérer la violence des patients	Ex : <i>"Mr X a tout cassé dans sa chambre hier. Depuis qu'il est là, il refuse de garder ses urines pour mesurer sa diurèse. Moi, je ne vais pas me battre avec lui pour ça. Il sait que c'est important, je le lui rappelle mais après c'est à lui de prendre ses responsabilités"</i> .

Mais surtout, et c'est une dimension largement sous-estimée dans le traitement de la pathologie comme dans le fonctionnement de l'établissement, interagir avec le patient, c'est aussi interagir avec ses proches, sa famille. Il nous a semblé que si l'interaction avec les patients était relativement maîtrisée par les infirmières (le fait d'avoir des soins à faire contribue sans doute à organiser cette relation), l'interaction avec les familles étaient souvent un domaine plus glissant, moins structuré où les conflits peuvent être plus violents.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Education de la famille	<p>Les exemples de demandes insistantes viennent plutôt de la famille que du patient lui-même.</p> <p>Ex : La fille de la patiente arrive et dit "<i>vous laissez ma mère dans sa pisse. Il faut lui changer son lit</i>".</p> <p>L'aide-soignante est vexée qu'on puisse croire qu'elle ne s'occupe pas bien des malades. De son point de vue, cette patiente se salit en permanence. Elle venait de changer son lit. Elle ne peut le refaire tout le temps. Elle a d'autres malades dont elle doit s'occuper. De plus, pour la toilette de cette personne, il est nécessaire de mobiliser une IDE car la patiente est lourde. Elle ne peut donc désorganiser en permanence le service pour refaire le lit de cette patiente.</p> <p>IDE : "<i>Il y a certains patients que la famille ne vient jamais voir. C'est souvent par eux qu'on se fait "pourrir" au téléphone</i>".</p> <p>IDE : "<i>Un jour on m'a demandé : est-ce que vous pourriez dire à mon père que ma mère le quitte ? J'ai refusé. Je considère que ce n'est pas à moi de dire des choses comme ça...</i>"</p>

Enfin, gérer la relation au patient c'est aussi apprendre à se protéger face à la douleur et la mort. Le collectif est bien sûr la seule protection efficace contre ces chocs. Ceux-ci sont toutefois souvent difficiles à mobiliser.

### **123. Savoirs d'ordre bio-médical**

Ces savoirs d'ordre bio-médical sont l'objet d'un intense débat qui engage les infirmières entre elles mais aussi l'ensemble des acteurs de la structure<sup>1</sup> (médecins, hiérarchie administrative, hiérarchie des soins, etc.). Ce débat est directement lié au fait qu'ils sont un des paradoxes de l'activité des infirmières. Tout d'abord, il convient de souligner que les infirmières rencontrées avaient des connaissances approfondies dans ce domaine et qu'elles parvenaient à les mobiliser pour faciliter le travail de diagnostic des médecins.

Mais ce domaine de savoir a une position paradoxale car :

- toute l'activité des infirmières découle de ces savoirs puisque c'est grâce à eux qu'une pathologie est identifiée, des soins prescrits puis réalisés par des infirmières. Les prescriptions mis en œuvre par les infirmières trouvent leur cause dans ces savoirs
- mais ce travail de diagnostic échappe complètement aux infirmières : il relève du domaine quasi exclusif des médecins. Une lecture de surface du rôle de l'infirmière pourrait laisser croire qu'une IDE n'a pas besoin de comprendre pourquoi telle prescription a été faite. Elle a juste besoin de la réaliser.

<sup>1</sup> Etant donné l'intensité du débat et les arguments législatifs classiques (décret sur le rôle "propre" de l'infirmière, etc.), nous n'avons pas osé dénommer cette catégorie "compétences bio-médicales". Dans notre esprit, ce terme aurait néanmoins été vraisemblablement plus approprié.

Les connaissances actuelles sur la dynamique de l'apprentissage montrent en fait qu'une prescription est plus efficacement mise en œuvre si celui qui l'exécute connaît sa cause. Dans le cas précis d'un établissement de soin, cette leçon signifie qu'une infirmière réalise des soins de meilleure qualité si elle sait pourquoi ils ont été prescrits et quel est leur effet attendu sur le tableau clinique du patient. Cette connaissance de la cause et des effets des prescriptions se construit par l'acquisition des "savoirs d'ordre bio-médical".

On trouve dans les propos des infirmières interrogées des éléments de ces savoirs. Comme ci-dessous, ils sont le plus souvent directement liés à un soin plus efficace (pour le patient, pour l'IDE, pour le médecin et pour l'organisation).

<i>Type de compétences</i>	<i>Exemples</i>
Connaissances bio-médicales sur le mode cause-effets	<p>Une IDE : "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 parvalgan et tu refais ses constantes. Après seulement tu vas 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".</p> <p>"Quand un patient a des nausées, tu peux être sûr que le médecin va lui prescrire du pitican..."</p> <p>"Quand un malade ne pisse pas assez, il est bon pour un lazilix 20 ..." (médicament qui fait l'objet d'une prescription avancée) "mais il faut quand même faire attention. Par exemple, s'il a une tension basse, on ne met pas de lazilix parce que c'est hypotenseur".</p>

Ces connaissances bio-médicales sont le plus souvent structurées sous la forme "cause-effet" : Si "un patient a de la fièvre" alors "tu fais des hémocultures".

Pour être appliquées, la plupart des prescriptions ne demandent pas de mobiliser des savoirs d'ordre bio-médical de ce type. D'autres (comme ci-dessus) nécessitent simplement une connaissance limitée de la forme "cause-effet". Mais parfois cette formalisation des savoirs d'ordre bio-médical peut s'avérer insuffisante. En effet, le raisonnement médical ne se déroule pas uniquement sur le mode "cause-effet", il mobilise souvent un faisceau de signes pour caractériser l'évolution du tableau clinique d'un patient. Dans ces cas, relativement rares, les IDE ont besoin, pour faire un soin de qualité, d'une connaissance beaucoup plus approfondie de la pathologie de tel ou tel patient. Dans ces cas, on voit souvent le médecin dispenser aux infirmières un "cours" accéléré. Par exemple :

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Acquérir du savoir médical pour mieux comprendre les maladies	Docteur responsable du service aux IDE et AS réunies dans le bureau : "Mme B, il faut que vous la surveilliez comme le lait sur le feu. Sa mucite du cou s'est transformée en cellulite, c'est-à-dire qu'il y a maintenant des microbes dedans. Elle peut s'étouffer à cause de cette cellulite."

La gravité de ce cas conduit le médecin à dépasser la logique cause-effet pour détailler l'ensemble du raisonnement médical. Il ne prend pas la peine de définir ce qu'est une mucite (car il fait l'hypothèse que tout le monde le sait) mais il définit la différence entre mucite et cellulite et en tire les conséquences sur le travail des IDE.

Il ne faut pas non plus négliger une autre source du besoin ressenti par les IDE d'une plus grande connaissance dans ce domaine bio-médical : les patients et leur famille. Ceux-ci

sollicitent très souvent les IDE 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 une connaissance assez approfondie des pathologies, de leurs causes et des thérapeutiques.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Expliquer le traitement médical à un patient – réexpliquer les explications du médecins	IDE : <i>"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."</i>
	IDE : <i>"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"</i> <i>"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".</i> <i>"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".</i>

#### 124. Compétences d'auto-organisation de l'activité

L'analyse des compétences professionnelles des infirmières sur-valorise souvent les dimensions techniques et relationnelles (avec le patient) de cette activité. Ces deux types de compétences sont aussi omniprésentes dans le discours des infirmières sur leur activité. Néanmoins, pour proposer une vision plus complète de l'activité de ces professionnelles, il semble nécessaire d'adjoindre à ces compétences (et aux savoirs d'ordre bio-médical) des compétences plus orientées sur l'organisation du travail de ces infirmières. Ces compétences sont nécessaire pour rendre compte de la spécificité de l'activité des infirmières que nous avons rencontrées. Elles exercent leur activité au sein d'une structure (et pas en libéral), elle doivent donc apprendre à composer avec une organisation du travail qui leur attribue un certain nombre de patients, avec un certain type de pathologie, etc. Le premier type de ces compétences tournées vers l'organisation correspond aux compétences d'auto-organisation de l'activité.

Dans les services de soin, l'activité des infirmières peut s'analyser de la manière suivante : au début de leur "tour", elles ont un "stock" de prescriptions à réaliser, c'est-à-dire un nombre de malades à voir. Au fur et à mesure que le temps s'écoule, ce stock diminue. Plus elles parviennent à planifier efficacement l'écoulement de ce stock (limitation des allers-retours, des oublis, etc.), plus elles travaillent vite et plus leur stock est terminé à temps. En effet, lors des premières semaines d'activité, toutes les infirmières nous ont dit ne pas arriver à *"terminer leur tour à temps"*. Leur expérience ne les conduit pas à apprendre de nouvelles techniques mais à *"terminer leur tour à temps"*.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Economiser le temps	IDE : <i>"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"</i> <i>"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".</i> <i>"J'ai profité du pipi pour changer le pansement".</i>
Anticiper pour éviter de rompre le	Une IDE prépare la seringue électrique à l'avance. <i>"Comme ça quand ça</i>



flux de l'activité	<i>sonnera, ça sera prêt. Je n'aurai pas à courir".</i>

Ces compétences d'auto-organisation est en réalité un peu plus complexe que cette seule capacité à planifier son tour pour le terminer dans les délais impartis. En effet, le tour en lui-même est relativement facile à faire entrer dans les temps. La difficulté vient surtout des multiples sollicitations (prescriptions supplémentaires du médecin, demandes du patient, arrivées imprévues dans le service, ...) qui viennent perturber la réalisation de ce travail planifié. La véritable compétence des infirmières expérimentées est donc dans leur capacité à minimiser les effets perturbateurs des événements imprévus sur le "tour" qu'elles avaient planifié.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Eviter de rompre le flux de l'activité	IDE : " <i>J'irai le voir pendant mon tour</i> ". Elle repousse cette prescription à son deuxième tour (où elle avait initialement prévu de faire les réajustements de prescription, les débranchements pour les douches ou les réalimentation de créat).
	Une stagiaire répond immédiatement à une demande de bassin pendant le staff. Tout le monde s'arrête pour attendre son retour. Une IDE plus expérimentée aurait attendu la fin du staff ou un deuxième coup de sonnerie du patient pour éviter d'interrompre le staff et de faire attendre tout le monde ?
	IDE à une stagiaire qui fait les "per os" : " <i>il y a une prescription de tardiféron mais on en a pas. A la place, il faut mettre du fumafer</i> " (note Céreq : cette IDE sait que c'est un médicament équivalent et évite ainsi une commande à la pharmacie donc un délai et une désorganisation de l'activité en cours).

Les infirmières expérimentées mettent en évidence la complexité de cette capacité à gérer les imprévus en affirmant régulièrement que les débutantes ont des difficultés à "*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 dors et déjà prévu d'aller revoir le patient concerné).

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Hiérarchiser les priorités	IDE à l'IP : " <i>Je n'ai pas réussi à prélever du sang périphérique (bras) pour les hémocultures. Il a trop froid. Ses veines sont trop (petites)</i> " IP : " <i>Tu as essayé au pied ?</i> " IDE : " <i>Non</i> " Finalement, l'IDE ne fera jamais ce prélèvement périphérique (pourtant prévu dans la procédure des hémocultures). Sa connaissance des patients lui permet de penser que ce patient souffre d'une réelle infection du sang et pas seulement d'une infection trompeuse du cathéter (hypothèse que vise à éliminer le prélèvement de sang périphérique).

### *125. Compétences de coordination/coopération avec l'équipe (et l'ensemble de l'organisation)*

Ces compétences d'organisation de sa propre activité se doublent de compétences en matière de coordination et de coopération avec une équipe et une organisation. Sous cette forme aussi, on perçoit ici la différence entre l'activité de ces infirmières travaillant dans une structure et les infirmières libérales. Pour bien travailler, les infirmières que nous avons rencontré doivent

apprendre à se coordonner avec cette organisation dans laquelle elles travaillent, à y trouver des alliés pour contourner les difficultés, à minimiser les temps de coordination, etc.

La première forme de coordination avec l'équipe et l'organisation est la "codification" d'un acte, d'un produit, etc. pour qu'il soit analysé, pris en compte, etc. par un autre service de l'établissement ou le "décodage" de la signification d'un examen, d'une analyse, etc. Ce travail de codage permet donc de faire sortir une information du service pour la diffuser dans le reste de l'organisation ; Ceci demande une compétence particulière : la maîtrise du langage que l'organisation utilise pour coder les informations qui circulent en son sein.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Préparer un produit	<p>Cette activité est très rapidement automatisée. Mais sur les cas très peu courants, l'apprentissage se fait par la mobilisation des différents types de ressources :</p> <p><u>1/ collègue</u>            IDE à autre IDE : "le test pour Sainte (ie test envoyé au laboratoire de l'hôpital de Ste Marguerite), il faut un tube jaune ?"            Autre ex : IDE à autre IDE : Clariance créat, c'est du ????            IDE : ... c'est du pipi            IDE : c'est bien ce que je pensais..."            Première IDE demandait une confirmation sur le liquide sur lequel porte ce test.</p> <p><u>2/ notice médicament</u>            IDE à une autre IDE : "le ..., on le fait avec du G5 ?"            IDE : "oui, je crois. Regarde la notice du médicament, je crois que tu peux le faire aussi avec du sérum physiologique".            IDE lit la notice.            IDE : "j'ai bien fait de regarder : ils disent justement qu'il ne faut pas de glucose (G5)".</p>
Faire la commande pour la pharmacie.	

Une seconde forme plus importante de coordination/coopération est celle qui existe au sein d'une équipe. Les infirmières ont en effet à apprendre comment leur service fonctionne. On perçoit l'importance de cette compétence lorsque, du fait de la polyvalence, les infirmières sont amenées à travailler dans un autre service que celui dont elles ont l'habitude. Ce changement demande un temps d'adaptation et des efforts puisque les modes d'interaction au sein de l'équipe et l'organisation sont systématiquement différents.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Connaître l'organisation du service	<p>IDE : "en ayant fait des stages ici, j'ai appris à connaître l'organisation de ce service. Ça permet ensuite de mieux travailler. Quand on va dans un autre service [même la même spécialité], au début on tâtonne un peu".</p>

Enfin, une troisième forme de coordination/coopération existe avec l'ensemble de l'organisation. Une infirmière doit apprendre comment son service fonctionne mais aussi comment il se positionne dans ses interactions avec les autres services de l'organisation.

Un établissement de soin est nécessairement structuré d'une manière verticale avec des services qui rassemblent les spécialistes d'une pathologie ou d'un type de technique (chirurgie, radiothérapie, etc.) Il en découle un certain cloisonnement (les uns ignorant en partie ce que les autres font). Celui ne semble guère évitable (il peut même être considéré comme

nécessaire à la qualité des soins – en regroupant les spécialistes, il améliore leur expertise) mais il a pour inconvénient majeur de découper en tranche les processus qui sont transversaux par rapport à ces services et, en particulier, le parcours d'un malade dans l'établissement. Pour reconstruire une cohérence et gérer au mieux ce parcours transversal, les infirmières doivent disposer d'une connaissance approfondie de l'organisation de ses modes de fonctionnement, de ses points de blocage et des moyens de les contourner.

<i>Type de compétence</i>	<i>Exemples</i>
Faire circuler l'information	<i>"Une infirmière doit savoir laisser traîner ses oreilles. Il y a plein de choses qui sont dites qui ne concernent pas forcément les malades de mon secteur mais ça peut être utile que je l'entende. Après, je pourrais par exemple, le transmettre ou le rappeler à l'infirmière concernée."</i>
Accélérer la sortie des patients	IDE au médecin de garde : <i>"Est-ce que Mr X pourrait avoir une permission pour demain ? On lui ferait les antibiotiques le matin et il partirait pour la journée ?"</i> Médecin : <i>"OK"</i> . L'IDE utilise sa connaissance des nécessités du traitement pour les rendre compatibles avec les souhaits du patient.

Autour de ces cinq domaines de compétences, il est donc possible de proposer une identification des principales dimensions de l'activité infirmière. Nous allons maintenant présenter ci-dessous les débats qui existent sur chacune de ces dimensions et ainsi aborder la question cruciale des modes, des outils et des lieux d'apprentissage de ces compétences

## **2. DISCUSSIONS SUR CES DOMAINES DE COMPÉTENCES ET LEUR MODE D'APPRENTISSAGE**

La partie précédente présente une définition et des exemples des types de compétences professionnelles possédées par les infirmières expérimentées. Comme nous l'avons évoqué ci-dessus, cette typologie ne peut pas faire l'unanimité parmi ces professionnelles. Elle est plutôt positionnée comme une base commune permettant le débat. Nous allons donc dans cette partie rendre compte des principaux éléments de ce débat et ainsi avancer dans la réflexion sur les modes d'apprentissage de ces compétences.

### **21. Compétences techniques : comment entretenir un éventail large de techniques ?**

Les compétences techniques sont toujours très présentes dans le discours des infirmières. Elles fondent très largement l'identité professionnelle de ces salariées. Ceci est particulièrement vrai dans la structure étudiée. Plus encore que dans les autres structures, la spécialisation de l'établissement dans la cancérologie fait que les infirmières évoquent la dimension technique de leur activité comme facteur fort de leur motivation au travail. C'est souvent parce qu'elles savaient que dans cette structure elles pourraient acquérir et exercer un haut degré de technicité qu'elles ont décidé d'y postuler.

*"Ici, c'est sûr on voit des trucs, on utilise des protocoles qu'on verrait pas ailleurs"* (Séverine, IDE).

C'est souvent encore cette technicité qui les fait rester dans cette établissement.

*"Ce qui nous tient, c'est quand même l'intérêt du boulot. Si on avait plus toute cette dimension technique dans le soin, c'est sûr qu'on serait déjà parties ailleurs"* (Christine, IDE).

Sans que nous ayons procédé à une analyse exhaustive des facteurs de motivation aujourd'hui déterminants pour les infirmières de cette structure, il est important de souligner que cette technicité semble de moins en moins en mesure de faire perdurer à elle seule l'implication des infirmières dans leur activité. En effet, la motivation liée à cette technicité était auparavant soutenue par un différentiel de salaire perçu comme important par rapport aux autres structures (en particulier par rapport à celle de l'Assistance Publique). La réduction de ce différentiel, ajoutée à une charge de travail dont le poids est de plus en plus difficile à supporter et à un planning qui donne l'impression de *"passer sa vie au boulot"* parce que les journées de travail sont courtes (8h, une seule à 10h) et donc fréquentes conduisent les infirmières à s'interroger sur leur devenir dans la structure. Tout en percevant bien ce qui les a fait venir et ce qui les fait rester (la technique), elles se demandent jusqu'à quand ce facteur sera suffisant pour assurer la motivation.

*"Après mes études, j'avais fait des demandes un peu partout et ce sont eux [la structure étudiée] qui m'ont appelé ici. Je suis entrée la première année en 1983. Maintenant, si j'avais su, je serai rentrée à l'AP [l'Assistance Publique] tout de suite vu les conditions"* (Nadine, IDE).

Bien que central dans les propos des infirmières et dans leur manière de voir leur travail, l'analyse du statut exact de cette technique n'est pas aisée. En effet, des propos au premier abord contradictoires nous ont été tenus.

Alors que certaines disent :

*"Ici, on a du matériel qu'on avait jamais vu ailleurs (...) C'est un service un peu pointu"* (Florence, IP).

D'autres affirment :

*" Je vois, en chirurgie ORL par exemple, on utilise des techniques aussi pointues qu'ici"* (Christiane, IDE). Une autre fait le même type de comparaison en considérant que *"c'est un peu l'équivalent d'un service de réa ailleurs"* (Claire, IDE).

En réalité, ces propos ne sont pas strictement contradictoires. Toutes ces infirmières sont d'accord sur le fait que les soins sont très techniques dans la structure. La comparaison avec la chirurgie ORL ou la réanimation montre bien ce haut degré de technicité. Mais, cela ne signifie pas pour autant que les techniques utilisées dans cette structure lui sont spécifiques. Elles sont généralement présentes aussi dans d'autres types d'établissement. Toutefois, celui-ci a la spécificité de demander à ses infirmières la maîtrise d'un large éventail de techniques pointues. C'est donc l'éventail des techniques à maîtriser plus que les techniques prises une à une qui semble faire le haut degré de technicité de l'établissement.

Concernant cet éventail de techniques pointues, deux questions doivent être posées :

1. Comment cet éventail est-il acquis par les infirmières nouvellement diplômées ?
2. Comment cet éventail est-il maintenu par les infirmières expérimentées ?

L'acquisition de cet éventail est sans doute le mode de transmission des savoirs qui nous est apparu le plus pensé dans cette structure (et en dehors). En effet, l'organisation même des études infirmières font que les élèves infirmières sont mises dans des situations favorisant

l'acquisition de cet éventail de technique. Les infirmières bénéficient en effet d'une formation en alternance. Les connaissances théoriques leurs sont transmises lors de périodes de cours dans les IFSI (où les cours sont le plus souvent assurés par d'anciennes infirmières ou cadres infirmières).

*"Pendant les études, on nous apprend quelle démarche de soin faire pour chaque patient, c'est-à-dire qu'on a 14 besoins qui ont été définis par Virginia X (je ne me souviens plus de son nom exact), il y en a 14 et au cours des études après on nous apprend à les formuler en diagnostic infirmier, on a une liste et ça va être nos cibles. Par exemple, perte de l'estime de soi, on peut la mettre dans une cible". (Sabine, IDE)*

Ces périodes théoriques se terminent sur la définition d'objectifs pédagogiques que les élèves-infirmières doivent mettre en œuvre dans le cadre de leurs stages. Les six stages prévus lors de leurs trois années de formation doivent avoir lieu dans la plus grande diversité possible d'établissement (obligation de faire un stage en psychiatrie, en gériatrie, etc. et pas seulement dans les services de soin classiques).

Les infirmières nouvellement diplômées affirment clairement que ces stages sont un moment fort de leur apprentissage.

*"A l'école, on apprend qu'il existe des produits agressifs (mais pas spécialement en cancéro). Là, on sait lesquels c'est" (Béatrice, IDE).*

*"A l'école, on apprend aussi les effets secondaires des médicaments. Mais on ne retient que ceux qu'on utilise au quotidien". (Anne, IDE)*

*"Tout au long des 3 ans, c'est à peu près un mois de stage, un mois d'école. Donc ça nous permet de voir en pratique tout ce qu'on nous a appris ... et de voir les différences aussi".(Sabine, IDE)*

Les évaluations réalisées en fin de stage – MSP (Mises en Situation Professionnelles) - conjointement par une cadre pédagogique de l'IFSI et une cadre infirmière de la structure sont là pour assurer le lien entre les apprentissages théoriques et les apprentissages pratiques.

Toutefois, malgré les stages, les infirmières constatent que leur apprentissage est loin d'être terminé lorsqu'elles prennent en charge leur premier poste.

*"Le DE, c'est un peu comme le permis. On te dit, c'est bon maintenant tu peux y aller mais en fait, c'est après que tu apprends vraiment à conduire" (IDE).*

Ceci s'explique d'abord par des difficultés techniques. En effet, organiser la coordination entre les deux types d'organisations que sont les IFSI et les structures de soin n'est pas aisé. On constate ainsi par exemple assez souvent que les objectifs pédagogiques établis par l'IFSI ne peuvent être appliqués dans la structure de soin parce que ce n'est techniquement pas possible (les techniques apprises ne s'appliquent pas toujours dans la structure où l'infirmière fait son stage puisque, pour des raisons pratiques, toutes les élèves-infirmières d'un même IFSI ne peuvent faire simultanément leur stage dans le même type de structure), parce que la structure les ignore ou, tout simplement, parce qu'ils sont en contradiction avec les objectifs spécifiques à la structure (former une élève-infirmière à une technique particulière demande du temps aux infirmières en poste. Si cette technique ne fait pas partie de leur travail régulier, il arrive que cette technique ne soit pas montrée à l'élève).

Mais, plus fondamentalement, ce phénomène semble s'expliquer par le positionnement nécessairement périphérique des stagiaires. Même parfaitement intégrées dans des équipes, les stagiaires ne se départissent pas de leur positionnement de stagiaires, c'est-à-dire de personnel à mi chemin entre l'activité professionnelle et l'école. Toutes les infirmières soulignent que l'obtention du DE donne une responsabilité pleine et entière sur les actes effectués. Cette responsabilité change radicalement le statut et donc la pratique professionnelle.

*On fait plein de stage, c'est vrai mais bon, la vraie responsabilité on la porte seulement quand on signe en son nom pour de vrai. Tant qu'on a pas le DE, c'est quand même pas le même poids, la même responsabilité" (Claire IDE).*

Cette affirmation montre clairement que l'apprentissage, même en alternance, reste radicalement différent d'une activité professionnelle (Cf. les développements sur les théories de Lave et Wenger dans le document de Christian Marquette).

Une fois leur DE obtenu, comment ces infirmières développent-elles l'éventail des techniques qui leurs sont demandées ? Sur ce sujet, leurs propos sont clairs : tous les moyens sont bons. En effet, il apparaît clairement que de multiples canaux sont utilisés pour cet apprentissage :

- les collègues infirmières expérimentées, bien sûr en premier lieu. *"c'est en suivant les infirmières qu'on va apprendre les protocoles. Quand je suis arrivé ici, je n'étais pas diplômée donc j'ai fait un mois de formation avec l'IP. J'ai profité de ce mois pour voir tous les protocoles. (Sabine, IDE).*
- mais aussi les aides-soignantes *"les AS, elles nous apportent énormément parce que du fait qu'elles font les toilettes, qu'on voit pas ... le moment de la toilette est un moment privilégié (...) P. est quelqu'un qui a vingt ans d'expérience et qui m'apprendra, qui en sait plus que moi et qui m'apprendra beaucoup de choses (Sabine, IDE).*
- les médecins *"Les médecins qui travaillent ici sont assez directs. On peut facilement leur demander des choses. C'est aussi comme ça qu'on apprend des choses (Sabine, IDE),*
- les documents écrits, *"il y a aussi les classeurs qui sont à la disposition de tout le monde dans la salle de soin" (Sabine, IDE).*
- les congrès et la recherche *"Il est vrai que par le biais des sites de l'internet, maintenant il y a des sites spéciaux sur le cancer du sein, sur le cancer de la prostate, oui on apprend beaucoup. Et puis, il y a des congrès aussi qui sont organisés. Sur la douleur, sur la fatigue. Moi ça me permet d'actualiser mes connaissances (Sabine, IDE)*
- et enfin, les patients *"les patients souvent, ils en savent plus que nous sur leur maladie. Par eux aussi, on apprend donc des choses (Anne, IDE).*

Enfin, comme nous le développons dans un document ci-joint, les situations de travail elles-mêmes sont formatrices. La confrontation à des événements, c'est-à-dire à des situations imprévues, permettent aux infirmières d'acquérir les gestes techniques professionnels qui font leur compétence.

De multiples canaux semblent donc accessibles. Leur diversité fait apparemment leur efficacité. Pour devenir une connaissance, une information a souvent besoin d'être dite et répétée sous de multiples formes. Il ne serait donc vraisemblablement pas pertinent de trop fortement rationaliser ces canaux de formation, même s'ils sont souvent redondants entre eux. Ils permettent en effet un meilleur apprentissage car les informations qui sont données sont

contextualisées, c'est-à-dire reliées à des cas pratiques, des éléments de la vie professionnelle quotidienne. Comme Alain Savoyant le développe dans son document, ces situations a-didactiques (c'est-à-dire pas strictement perçues par le formé comme des situations conçues pour son apprentissage) sont souvent particulièrement efficaces pour l'apprentissage.

Bien que satisfaisant, ce mode d'apprentissage a une conséquence à ne pas négliger sur l'organisation du travail des infirmières. Ce mode volontairement peu structuré d'apprentissage a besoin d'interstices dans l'activité de travail pour se déployer. Il implique une certaine porosité du travail. Autrement dit, cet apprentissage complètement intégré à l'activité de travail est efficace mais il implique que les infirmières disposent de temps – même si ce sont des micro-séquences – pour échanger et construire ces savoirs. Les gains de productivité qui ont été et qui continuent d'être imposés à ces personnels ces dernières années sont une menace directe pour ce mode d'apprentissage. Ce qui pourrait être gagné du côté de la productivité risque alors d'être perdu du côté de l'apprentissage.

A l'heure actuelle, cette perte n'est pas forcément strictement identifiable. Cela tient au fait qu'elle est d'abord difficile à déceler. Mais surtout, cela est lié aux stratégies d'ajustement développées par les infirmières. Etant donné que celles-ci ont absolument besoin de ces micro-séquences d'échanges pour acquérir l'éventail des techniques nécessaires, elles préservent ces moments de discussion, mais le font au prix d'une productivité encore plus forte dans les autres secteurs de leur activité et, en particulier, dans les temps de présence auprès du malade. Entre autres causes, ce phénomène contribue à une certaine perte du sens du métier et une charge mentale non négligeable.

*"Moi, je vois ça m'arrive de répondre à une question d'un patient avec déjà la main sur la poignée de la porte. Quelque part, ça veut dire : "je n'ai pas le temps de vous écouter". D'ailleurs les patients le savent. Ils disent souvent : "je vais pas vous retenir plus longtemps, vous avez beaucoup à faire". C'est pas normal qu'on parle à un patient en ayant la main sur la poignée de la porte." (Marie-Claire, AS).*

*"Ça me gêne de dire ... quand le malade voulait parler de dire : "excusez-moi, j'ai douze chimios à poser derrière et il y a la pompe de la chambre d'à côté que j'entend sonner" (Gisèle, IDE).*

Comme nous l'évoquions ci-dessus, l'acquisition d'un éventail large de techniques de soin fait partie des modes de transmission des savoirs qui semble les plus organisés dans cette structure de soin (et en dehors).

En revanche, la réponse à la seconde question qui se pose à propos de ces soins techniques ("comment cet éventail large est maintenu tout au long de la vie professionnelle ?") semble beaucoup moins élaborée. Il est pourtant admis par tous que ce maintien ne relève pas de l'évidence : il est difficile et coûteux pour une salariée (en temps et en charge mentale) de conserver la maîtrise de nombreuses compétences techniques pointues. La polyvalence peut avoir pour effet positif de rompre la monotonie d'une activité, mais elle peut aussi être vécue comme une charge si elle implique des réapprentissage réguliers.

Diverses solutions existent pour limiter cette charge. Il est par exemple envisageable de demander à des infirmières expertes dans certains domaines de ne plus avoir à mettre en œuvre l'ensemble de l'éventail des compétences, en contrepartie, par exemple, d'activité de transmission de ces savoirs d'expertise (tutorat, formations, etc.). Toutes ces formes de réorganisations du travail impliquent toutefois une prise en compte individualisée des attentes

et des motivations. En effet, nous avons constaté que les infirmières n'attendent pas toutes les mêmes choses, qu'elles sont motivées par différents aspects de leur travail, etc.

De notre point de vue, le fait que cette question du maintien des compétences techniques tout au long de la vie professionnelle n'ait pas vraiment reçu de réponse claire explique une part importante de la lassitude de certaines infirmières anciennes (qui ne sont d'ailleurs pas très nombreuses, la plupart ayant mis un terme à cette lassitude en décidant de changer de structure ou d'activité).

## **22. Compétences d'interaction avec le patient (et sa famille) : comment intégrer ces nouveaux acteurs ?**

Nous avons constaté ci-dessus que, dans des situations de productivité intense, l'apprentissage des techniques se fait parfois au détriment du "relationnel". Ces deux types de compétences sont largement présents dans le discours des infirmières mais il serait erroné de leur donner exactement le même statut. En effet, autant les compétences techniques ont une place légitime dans le discours des acteurs et dans celui de l'organisation (donc les infirmières trouvent des solutions pour les acquérir) autant les compétences "relationnelles" peinent à trouver un statut légitime.

Pour expliquer cette difficulté, nous montrerons tout d'abord qu'il existe plusieurs types de compétences derrière ce terme de "relationnel". En les explicitant, nous progresserons dans leur identification (Paragraphe A). Mais, de notre point de vue, cela ne suffit pas pour expliquer ce problème de légitimité. Pour l'expliquer plus complètement, nous montrerons que cette question du "relationnel" conduit en fait à repenser le mode de professionnalisation des infirmières elles-mêmes (paragraphe B).

Les compétences relationnelles et, en particulier, la relation au patient sont souvent l'aspect de l'activité d'infirmière qui a suscité la vocation.

*"Je trouvais que c'était dur mais j'ai de suite aimé ce côté relationnel avec les patients. Cette relation soignant/soigné"* (Micheline, IDE)

Même dans la chirurgie, c'est le relationnel qui est souligné.

*"Je me suis orientée d'avantage vers cette chirurgie qui fait que même si on a quand même une activité de gestes, on a aussi le temps, pendant qu'on fait ce soin, qui n'est pas un travail à la chaîne puisque tous les pansements sont un petit peu différents, on a un petit peu l'opportunité de parler avec le patient."* (Gisèle, IDE).

Or, dans l'activité de travail, cette relation passe au second plan. C'est celle que l'on fait "lorsqu'il reste du temps". Comment peut-on expliquer ce décalage entre le métier rêvé et le métier réel, source de souffrance psychique ?

### *A. Les différentes dimensions du "relationnel"*

Les compétences dites "relationnelles" sont souvent reléguées au second plan parce qu'elles sont difficiles à définir. Pour éclaircir cette définition, il est nécessaire de distinguer plusieurs dimensions dans ce relationnel.



- 1. Le "relationnel - soin".** La première dimension de ce relationnel correspond aux échanges verbaux qui ont lieu entre le patient et l'infirmière lorsque celle-ci réalise les soins. Ces phrases qui expliquent ce que l'infirmière est en train de faire, pourquoi elle le fait, quelles sont les conséquences éventuelles de ces actes, etc. sont directement destinées à améliorer le déroulement du soin lui-même. Détendu, comprenant les sens des actes dont il est l'objet, le patient "vit" mieux les soins et aide ainsi l'infirmière à les réaliser.

Ce "relationnel soin" est appris par les infirmières. En effet, les jeunes infirmières disent clairement que cette capacité à trouver les mots qui expliquent la situation au patient et dédramatisent les actes n'a rien de naturel. Juste après l'obtention de leur DE, elles disent d'ailleurs assez clairement qu'elles étaient focalisées sur l'apprentissage des compétences techniques et que ce relationnel (même limité à la situation de soin) n'était pas toujours mis en œuvre.

*"Au début, c'était technique, technique. Quand j'arrivais le matin, j'avais le stress, j'allais direct à mes préparas. Je disais bonjour à personne"* (Sandrine, IDE).

Ce n'est qu'au terme de l'apprentissage des principales techniques que ce relationnel soin s'acquière et s'intègre à l'activité technique elle-même (contribuant à l'améliorer, ce qui permet plus de relationnel-soin, etc.).

*"Pour être vraiment à l'aise, il m'a bien fallu six mois pour arriver à me détacher de mon soin technique et faire un peu attention à mon patient"* (Florence, IDE).

Bien que le patient soit acteur dans ces échanges verbaux, on peut paradoxalement pratiquement dire qu'il y est, en partie, instrumentalisé. En effet, ce type de relationnel ne conçoit pas toujours le patient comme un fin (dans ce cas, le relationnel aurait pour objectif d'améliorer le confort du patient) mais parfois comme un moyen (ce relationnel a finalement comme objectif l'amélioration du soin. Le bien-être et la détente du patient ne sont alors qu'un moyen mobilisé pour améliorer ce soin).

- 2. Le relationnel-patient.** L'acquisition de ce "relationnel-soin" se fait assez rapidement (même en partie dans le cadre des stages). Mais les demandes des patients et les attentes des infirmières font qu'elles n'en restent jamais à ce seul type de relationnel. Très rapidement, elles s'investissent dans un "relationnel-patient", c'est-à-dire des échanges avec les patients qui ont pour objectif explicite une amélioration de leur bien-être pour lui-même (et plus pour l'amélioration des soins).

Ce relationnel-patient vise souvent en premier lieu à replacer les soins du patient dans le contexte plus large de sa pathologie. Les infirmières en viennent donc très rapidement à échanger avec les patients sur l'évolution de leur pathologie. Les patients demandent par exemple souvent une explication de ce que le médecin a dit (ou n'aurait pas dit) sur la pathologie.

*Question Céreq : "vous savez vous, de façon systématique, ce que le médecin dit au patient ?*

*Réponse : non, non, ça nous manque parce qu'on jongle pour savoir ce qu'on va dire au patient, faut jamais en dire trop et jamais pas assez*

*Question Céreq : et alors comment vous vous en sortez ?*

*Réponse : voilà, souvent ce qu'on leur demande c'est : "qu'est-ce que vous a dit le médecin ?"*  
(Florence, IP)

Mais ce relationnel-patient peut aussi parfois être presque complètement déconnecté des soins et de la pathologie. Par exemple, il peut correspondre au développement d'un "bien-vivre ensemble" dans un service. L'infirmière citée ci-dessus qui disait qu'au départ, elle était focalisée sur la technique donne comme exemple de relationnel qu'elle aurait peu à peu acquis : le fait de faire le tour des chambres pour dire bonjour... Ce type de relationnel n'est donc pas directement relié aux soins.

*"Je trouve que les malades nous apportent tellement, on a tellement à leur donner. C'est un échange en fin de compte. (...) La personne qu'il voit le plus souvent et qui est étrangère à la famille, c'est nous. Donc souvent, ils nous racontent un peu..."*(Carole, IDE).

Le "bonjour" prononcé en entrant dans une chambre ainsi que les premières questions posées aux patients rentrent dans cette même catégorie de la bonne humeur, du dynamisme et de l'optimisme qui permettent de créer une ambiance de "service" positive. Derrière ces compétences en apparence superficielles, c'est en réalité un ensemble de micro-séquences d'attention à autrui et de soutien psychologique qui sont mises en œuvre. Ici, le relationnel-patient prend toute sa dimension et son importance. Tous ces petits actes contribuent directement au moral du malade donc à son comportement face à la maladie et, *in fine*, à ces chances de guérison.

L'importance cruciale de ces compétences est plus facilement perceptible lorsque le moral défaillant d'un malade implique la mise en œuvre simultanée et consciente de ces compétences par plusieurs infirmières.

Par exemple, une infirmière dit à une autre : *"va voir madame X, elle a reçu une petite vidéo de ses enfants. C'est trop mignon... En plus, comme elle n'a pas trop le moral, ça va lui faire du bien"* (Fabienne, IDE).

Ou lorsque l'exercice de ces compétences prend du temps.

Par exemple, un infirmier passe trente minute dans la chambre d'un malade jeune pour tenter de lui démontrer que, malgré les rechutes de sa maladie, il peut encore faire des projets d'avenir.

Nous mentionnions ci-dessus que les infirmières souffrent souvent du fait qu'elles n'ont plus le temps de faire le "relationnel" qu'elles souhaitent faire, celui pour lequel elles ont choisi cette profession. En distinguant les différents types de relationnel, on perçoit clairement que leur souffrance est plutôt liée à la disparition progressive de ce second type de relationnel, le relationnel-patient. Le premier, intégré et nécessaire pour le soin, reste présent. Mais ce n'est pas celui qui est le plus valorisé aux yeux des infirmières. Paradoxalement en partie déconnecté du soin mais directement lié à la guérison du malade, le relationnel-patient occupe une place majeure dans l'identité professionnelle des infirmières et donc dans les crises qu'elle connaît actuellement.

*Question Céreq : est ce que vous auriez des très bons souvenirs à raconter, des moments où vous avez des vrais plaisirs dans le travail ? Des vraies satisfactions ?*

*Réponse : un moment précis, j'en vois pas beaucoup, c'est des moments, des petits moments comme ça de temps en temps des patients qui vous disent... Ben tout à l'heure, y avait madame ..., on plaisantait avec elle, elle nous a dit qu'elle nous aimait bien, qu'on était gentilles, ça c'est des petits moments qui font plaisir" (Florence, IP).*

**3. Le relationnel-famille.** A ces deux dimensions du relationnel, il est nécessaire d'en ajouter une troisième qui nous semble, encore plus que la seconde, poser problème. Les infirmières n'ont pas des échanges verbaux qu'avec les patients. Ils en ont aussi avec leurs familles. Il est significatif que, lorsque les infirmières mentionnent des difficultés dans le domaine relationnel, c'est le plus souvent avec les familles que ceux-ci se produisent.

*"Il y a certains patients que la famille ne vient jamais voir. C'est souvent par eux qu'on se fait" pourrir" au téléphone" (Anne, IDE).*

*"Un jour on m'a demandé : est-ce que vous pourriez dire à mon père que ma mère le quitte ? J'ai refusé. Je considère que ce n'est pas à moi de dire des choses comme ça... " (Anne, IDE).*

Une formation à ces différentes dimensions du relationnel reste complètement à penser. En effet, pour le moment, on reste généralement sur l'idée que le relationnel est "inné", ça ne s'apprend pas ...

En réalité, lorsqu'on l'analyse, on s'aperçoit qu'il est toujours sous-tendu pas des techniques qui elles peuvent s'apprendre et qui contribuent à structurer ce relationnel (Sulzer, 1999). Par exemple, une infirmière expérimentée dit clairement qu'il n'est jamais facile d'informer une famille de la mort d'un proche mais qu'il y a des petits trucs qui permettent de ne pas aggraver le choc. Ces petits "trucs" peuvent paraître dérisoires mais on perçoit clairement qu'ils permettent au relationnel de se structurer, d'être professionnel et, ainsi, d'être plus efficace pour la famille. Lors du décès d'un patient, un de ces trucs c'est :

*"de bien tout préparer avant de rentrer dans la chambre pour faire la toilette [mortuaire]. Parce qu'après tu as le tablier blanc, on dirait un boucher donc il ne faut pas avoir à ressortir de la chambre pour pas que la famille te voit comme ça... moi, je prépare donc tout bien à l'avance... Il faut aussi bien ouvrir grand les fenêtres parce que c'est l'odeur d'abord qui est choquante... Quand on fait tout ça, on ne change rien à la mort mais au moins on a été professionnelles, on a pas accentué le chagrin de la famille ...*

*Vous voyez, c'est pas la même chose qu'à l'IFSI. A l'IFSI, ils disent que la toilette [mortuaire] c'est beau et tout, c'est pas vrai, la toilette, ce n'est pas beau mais il y a des trucs à savoir pour que ça se passe mieux" (Micheline, IDE).*

La mise en évidence du soubassement technique de tous les actes relationnels donne une première piste quant aux apprentissages possibles dans ce domaine crucial de l'identité professionnelle des infirmières. Elle souligne néanmoins aussi la faiblesse de la réflexion actuelle sur les situations, les lieux, les outils, etc. qui en permettrait un apprentissage beaucoup plus systématique.

Au-delà de ce manque, l'existence de tensions récurrentes avec les familles s'explique aussi par le fait que cette question du relationnel-famille ne reçoit pas une réponse claire et homogène. Officiellement, c'est la cadre de santé qui est censée assurer le contact avec les familles. De fait, nous constatons qu'en étant présente dans la chambre, la famille entre régulièrement en contact avec les infirmières. Celles-ci pourraient renvoyer ces interrogations

vers la cadre mais, le plus souvent, elles tentent d'y répondre et se trouvent mises en difficulté, voire ont le sentiment d'être agressées verbalement.

Ces difficultés semblent d'abord venir du fait qu'on distingue trop peu souvent "relationnel-patient" et "relationnel-famille". Or le patient et sa famille n'ont pas le même statut. Le premier est malade. Il vit donc de l'intérieur sa souffrance, sa faiblesse mais aussi les soins qui lui sont prodigués. Le relationnel qu'il entretient avec les infirmières est donc imprégné de cette situation d'aide et de soutien. A l'inverse, n'étant pas malade, la famille ne bénéficie pas de soins. Elle développe donc plus facilement une attitude du "toujours plus", considérant que la structure et les infirmières n'en font jamais assez pour "leur" malade, etc.

Les difficultés des infirmières tiennent donc d'abord au fait qu'il n'est pas toujours possible de renvoyer les demandes des familles vers la cadre de santé et que ces demandes sont d'une nature différentes de celles des patients. Les compétences qu'elles ont développées dans le "relationnel-patient" ne leur sont pas ici d'un grand secours. Elles doivent en acquérir d'autres, spécifiques, qui répondent aux attentes de la famille et plus des patients.

Ces compétences sont particulièrement difficiles à construire parce qu'elles remettent en fait en cause le mode classique de professionnalisation des infirmières.

### *B. De l'auto-régulation à l'auto-limitation ?*

Pour les infirmières, les demandes de la famille (mais aussi les droits de plus en plus affirmés du patient) sont difficiles à gérer parce qu'en introduisant un ou des acteurs extérieurs légitimes elles remettent en cause le mode classique de construction de la professionnalisation des infirmières.

Comme la plupart des professions, cette activité s'est professionnalisée sur le mode de l'auto-régulation. Les membres de cette profession ont peu à peu réussi à obtenir une définition légale des compétences à maîtriser pour exercer cette activité. Ces compétences sont transmises et contrôlées par des institutions de formation (les IFSI) et certifiées par un diplôme (le DE) rendu obligatoire pour exercer l'activité. La sociologie des professions montre que ce modèle de l'auto-régulation ne se limite pas seulement à un monopole des professionnels sur les compétences techniques (les compétences de soin) mais aussi à un monopole sur ce que Strauss appelle "l'expertise générale", c'est-à-dire non seulement un monopole sur les soins techniques à réaliser mais aussi un monopole sur le choix entre les stratégies de soin possibles, sur les limites à ne pas dépasser, sur ce qui est considéré comme favorable et défavorable pour le patient, etc. (Strauss, 1992).

Les sollicitations des familles (et les évolutions actuelles du droit des patients) remettent en cause ce monopole sur "l'expertise générale". Elles demandent de fait aux infirmières de partager cette "expertise générale" qui était auparavant de leur seul ressort. Ceci n'est pas en soi un problème. On peut en effet parfaitement envisager une profession qui serait "auto-limitée", c'est-à-dire qu'elle garderait le contrôle des compétences techniques de soin mais accepterait le partage de "l'expertise générale". Elle ne serait donc plus seule à décider dans les domaines évoqués ci-dessus (Codello-Guijarro, 2004).

Mais ce passage de "l'auto-régulation" à "l'auto-limitation" ne peut se faire simplement. Il doit être pensé car il correspond à une remise en cause radicale du mode de fonctionnement de la profession infirmière (et médicale, si on applique le même raisonnement aux médecins). Les

difficultés que les infirmières rencontrent face aux familles vient du fait que les évolutions légales leur imposent de laisser plus de place à ces acteurs extérieurs mais qu'elles ne disent rien des reconfigurations professionnelles qu'elles nécessitent. En effet, partager l'expertise générale ne signifie pas non plus donner entièrement aux familles et aux patients la responsabilité du choix des stratégies thérapeutiques. Cela signifie construire ensemble une expertise sur une pathologie et sur les soins à réaliser. Cette construction commune ne se décrète pas, elle se pense et s'apprend. Les difficultés actuelles des infirmières nous semblent liées au fait qu'elles sont soumises à des injonctions contradictoires : on leur demande de tenir compte des attentes des patients et de leur famille sans leur donner les moyens d'articuler ces demandes avec leurs propres modes de fonctionnement et compétences. Comme on le perçoit, cette difficulté ne concerne pas seulement la structure étudiée. C'est l'ensemble de la profession infirmière (et médicale) qui se trouve ainsi mise sur la sellette. Pour résumer le défi, il s'agit tout simplement de faire discuter ensemble des acteurs dont la légitimité s'était jusqu'alors construite dans l'isolement des uns par rapport aux autres.

### **23. Savoirs d'ordre bio-médical : donner un sens à la mise en œuvre de la prescription**

La place et l'apprentissage des savoirs d'ordre bio-médical est un sujet particulièrement sensible dans les structures de soin. D'une part, cette réflexion engendre une crainte légale. La définition légale du rôle des infirmières indique que leur rôle propre se limite à la mise en œuvre de la prescription par le médecin. Toute réflexion sur les savoirs d'ordre bio-médical chez les infirmières fait ressortir le spectre du "glissement de rôle". Que ce soit parce que les médecins se déchargeraient d'une part de leur activité sur les infirmières ou que celles-ci grappilleraient certaines activités normalement réservées aux médecins, en tout état de cause le glissement de rôle fait courir à la structure un risque légal lourd : il suffit qu'un patient (ou sa famille) recueille des preuves tangibles de ce glissement pour faire condamner la structure.

D'autre part, cette réflexion alimente la guérilla classique opposant dans les structures de soin les différents corps de professionnels entre eux. La démonstration de l'importance des savoirs bio-médicaux pour l'activité des infirmières fait ressurgir le syndrome du "calife à la place du calife". Les acteurs de la structure soupçonnent en effet souvent les infirmières de vouloir acquérir des savoirs dans ce domaine pour devenir à leur tour des "petits médecins" – "*ce qu'elles sont frustrées de n'avoir pas réussi à être*" sont-ils souvent tentés d'ajouter. Même si cette explication ne doit pas être négligée, nous l'avons assez rarement recueilli lors de notre travail. Le motif principalement fourni par les infirmières pour expliquer leur intérêt pour les savoirs bio-médicaux est qu'ils sont nécessaire pour donner tout son sens à leur activité propre (la mise en œuvre des prescription et la surveillance des malades).

*"J'aimerais bien avoir la formation hémovigilance. Même si c'est quelque chose qu'on fait tous les jours, il y a une partie théorique que je ne connais pas du tout ou que j'ai oublié, que j'aimerais bien revoir parce que des fois les patients vous posent des questions auxquelles vous ne savez pas répondre ..."* (Florence, IP).

A l'opposé de l'ambition que certains leur attribuent, nous avons aussi rencontré de nombreuses infirmières qui refusaient d'entrer dans cette discussion sur les savoirs d'ordre bio-médical parce qu'elles craignaient que cela ne conduise à leur donner des responsabilités trop lourdes sans qu'elles aient forcément les moyens (en temps de travail ou en formation, par exemple) ou la reconnaissance (en salaire, par exemple) afférente à ces responsabilités.

*"Question Céreq : quelle information, vous pouvez donner vous ?*

*Réponse : moi, je donne sur mon travail, sur ce que je fais. En sachant que au départ, ils sont au courant de ce qu'ils ont, je leur explique ce que je fais mais ça va pas plus loin que ça. Ce que le médecin leur a dit, je m'immisce pas là-dedans. "*(Françoise, IDE).

Savoir néanmoins incontournable dans l'activité, il paraît nécessaire de réfléchir à son mode d'apprentissage. A l'heure actuelle, étant donné l'intensité des débats, il nous semble que la transmission de ces savoirs d'ordre bio-médical n'est pas l'objet d'une démarche structurée. Seuls les "staffs" quotidiens, lorsqu'ils sont effectués en présence du médecin permettent un apprentissage dans ce domaine.

*"Concernant les informations sur les pathologies, les difficultés occasionnées par tel ou tel cas, on les accumule à partir des connaissances obtenues auprès des médecins. Moi, je sais que quand il y a quelque chose que je ne comprends pas, je vais voir le médecin, elle 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 ..."*(Christine, IP).

Le reste des savoirs sont partagés au hasard des interactions possibles entre les médecins (détenteurs de ces savoirs) et les autres catégories de personnel.

*"En réa, on a un contact un peu privilégié avec le médecin parce qu'il est toujours là. Il vous explique aussi des choses"* (Florence IP).

*"Un jeune qui démarrerait la nuit par contre je ne pense pas. Si on ne connaît que la nuit on ne peut pas apprendre de la même façon, quand même la nuit si on a pas envie de se renseigner sur la maladie du patient, sur les traitements, sur les perfusions, les antibiotiques, tout ça ... La journée, le médecin est sur place, il peut expliquer, on peut toujours poser des questions"* (Nadine, IDE).

Il paraît possible de réfléchir à faciliter et multiplier les possibilités d'échange dans ce domaine. Ces échanges pourraient avoir pour premier objectif d'aider les IDE dans leur mission de surveillance des patients. Leur manque de connaissances bio-médicales les conduisent souvent à éprouver des difficultés pour évaluer dans quelle mesure un symptôme nouveau est un signe d'aggravation du tableau clinique du patient ou au contraire un symptôme totalement périphérique par rapport à la pathologie du patient. Nous avons par exemple constaté que des symptômes comme le "rhume" ou la "tête rouge" ont été signalé au médecin (donc ils étaient considérés comme important par l'infirmière sinon ils n'auraient pas été signalés) et pourtant immédiatement considérés par lui comme non pertinents car n'annonçant pas une dégradation du tableau clinique.

*"Avec les médecins, on a moins facilement des contacts. Si on va pas à la recherche des médecins, on ne les voit pas. Nous, les médecin, ils n'assistent pas à la relève (...) Je sais qu'à un moment donné, ils assistaient mais plus maintenant. Ils vont directement à la visite (...) Du coup, il y a des changements dans les prescriptions qu'on ne comprend pas toujours. Donc si on ne va pas à la pêche aux informations, on ne sait pas."* (Sabine, IDE).

A condition de disposer d'un minimum de temps pour cela, les IDE disent apprécier ces échanges parce qu'ils leur permettent de mieux travailler et aussi de se sentir valorisées. Il faudrait aussi que ces échanges soient utiles aux médecins. Par exemple, on peut penser que ces échanges amélioreraient les capacités de surveillance des infirmières. Il faut rappeler que ces échanges de savoirs ne se font pas au détriment des médecins qui pourraient craindre de se

voir dépossédés de leurs savoirs spécifiques par les infirmières. D'une part, les connaissances dont les infirmières ont besoin sont essentiellement thérapeutiques (pourquoi tel médicament est prescrit, quels sont ses effets sur l'organisme, etc.). D'autre part, les infirmières mobilisent ces savoirs sous un angle – celui du confort et du soin du malade – qui leur est spécifique et clairement distinct de l'angle du médecin – celui du traitement de la maladie.

Ces pistes sont concrètes. On perçoit néanmoins clairement que les débats intenses et les crispations professionnelles qui se développent sur ce thème des savoirs d'ordre bio-médical rendent délicat une réflexion approfondie sur les contenus, les outils et les lieux qui seraient pertinents pour la transmission de ce type de savoirs. La recherche médicale elle-même peut être un de ces vecteurs d'apprentissage.

*"Par exemple, X (médecin qui mène des recherches fondamentales) de la recherche vient me demander des seringues pour la génétique. Alors je lui dis : "pourquoi tu me demandes ça ?", il me dit "parce que j'ai trouvé ça". Vous voyez, j'apprend quand même beaucoup de choses et je trouve que c'est très intéressant. (Micheline, IDE).*

*"Au début, ça m'avait beaucoup intéressé parce qu'il y avait à l'époque dans ce service de médecine un patron qui était orienté vers la pharmacocinétique, c'est-à-dire utiliser des doses de chimiothérapie à des plateaux très très élevés avec des prélèvements toutes les quatre ou cinq minutes pour réussir à donner au patient le maximum de doses sans entraîner d'effets secondaires nocifs. Au début, ça faisait un peu recherche et c'était intéressant. Mais c'est devenu très vite trop recherche justement. C'est-à-dire qu'on marchait avec une minuterie d'œuf à la coque et ça, ça m'a pas plu." (Gisèle, IDE).*

#### **24. Compétences d'auto-organisation : Comment sélectionner les événements extérieurs qui nécessitent un réordonnancement du flux d'activité ?**

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, la compétence technique correspond à la capacité à maîtriser de très nombreux gestes techniques mais aussi à acquérir de la rapidité d'exécution et une sûreté du geste qui permettent de travailler plus vite – et donc de mieux travailler.

*"C'est sûr qu'au début, souvent je vérifiais deux fois les choses pour être sûr de ne rien oublier. Avec l'expérience, je suis plus sûre de moi donc je n'ai plus besoin de vérifier autant" (Lise, IDE).*

Ce lien entre rapidité/sûreté et efficacité met en évidence une facette souvent négligée de l'activité des infirmières : leur travail répond en partie à une logique de flux. En début de service, elles ont un stock d'actes à réaliser. Elles apprennent peu à peu à s'organiser d'une manière optimale pour venir à bout de ce stock de prescription. Ces compétences correspondent essentiellement à une capacité d'ordonnancement des tâches. Elles doivent être placées dans un ordre qui occasionne le minimum de perte de temps, d'allers-retours, etc.

Cette logique de flux est très efficace pour améliorer la productivité (elle leur permet de "terminer leur tour" alors qu'elles n'y arrivaient pas au départ) mais, comme dans toutes les activités où elle est mise en œuvre, elle rencontre une difficulté récurrente : organisée autour d'une logique interne (optimiser la réalisation des tâches prescrites initialement), elle éprouve des difficultés à prendre en compte les phénomènes extérieurs nouveaux qui impliqueraient une reconfiguration de l'ordonnancement des tâches. Cette difficulté fait que ces événements extérieurs sont systématiquement minorés (donc reportés à la fin du flux) et perçus comme des contraintes illégitimes (les infirmières considèrent assez facilement que ceux qui sont à

l'origine de ces événements extérieurs n'auraient pas du le faire, qu'ils l'ont fait parce qu'ils méconnaissent la difficulté du travail des infirmières voire parce qu'ils le minorent, le méprisent, etc.)

La capacité à introduire une tâche imprévue dans un flux d'activités déjà organisées est donc un second type de compétences d'auto-organisation que les infirmières doivent acquérir. Après avoir appris à ordonnancer leur tâches, elles doivent donc apprendre à caractériser les tâches supplémentaires qui sont proposées pour juger de la nécessité de remettre en cause l'ordonnancement prévu et, s'il s'avère nécessaire de le transformer, elles mettent en œuvre un troisième type de compétence d'auto-organisation : la capacité à reconcevoir un nouvel ordonnancement au coût minimal pour elles.

Ces compétences d'auto-organisation (ordonner des tâches, juger du degré d'urgence des tâches imprévues et réordonner le flux des tâches à moindre coût) nous semblent systématiquement méconnues par les infirmières elles-mêmes et donc encore plus par les structures de soin où elles travaillent (et les IFSI où elles ont été formées). Il n'existe donc bien sûr aucune réflexion structurée quant au mode d'apprentissage de ces compétences qui serait le plus pertinent. Il n'est absolument pas certain qu'il soit nécessaire de développer dans ce domaine un processus formalisé d'apprentissage. Le fonctionnement actuel peut paraître parfaitement adéquat.

Toutefois, il paraît nécessaire que chacun ait plus clairement conscience de l'importance et de la nature des compétences qui se jouent dans ce domaine. Par exemple, les infirmières parlent souvent de l'importance de "l'éducation du patient". Cette compétence ne prend tout son sens qu'à partir du moment où l'on voit qu'éduquer le patient s'est d'abord lui apprendre à définir et hiérarchiser clairement ses demandes afin qu l'infirmière sache le plus facilement possible s'il est nécessaire qu'elle réordonne son activité (si la demande est réellement urgente) ou s'il s'agit d'une demande réelle mais faiblement urgente qui pourra être traitée en fin de flux. Cet exemple de l'éducation du patient montre que les événements extérieurs au flux d'activité de l'infirmière peuvent provenir du patient.

Mais ils proviennent aussi de la famille, des médecins, des autres services, de la hiérarchie, des autres collègues, etc. Etant donné que les infirmières affirment assez clairement que l'éducation du patient est indispensable pour leur permettre de bien travailler, on peut assez facilement en déduire qu'une même éducation serait nécessaire vis-à-vis de ces autres acteurs extérieurs (la famille, les médecins, les autres services, la hiérarchie, les autres collègues, etc.). Si on peut trouver des traces de ce type d'éducation vis-à-vis de la famille (lorsqu'elle est présente sur la durée), en revanche, il n'existe pas à strictement parler d'éducation des médecins, des autres services, de la hiérarchie, etc.

Ceci n'empêche pas les infirmières de travailler. En revanche, cela rend leur travail plus difficile parce que ces interventions extérieures rompent la logique d'organisation de leur propre activité sans qu'elles puissent immédiatement juger du réel degré d'urgence de ces demandes. Comme évoqué ci-dessus, ces demandes auxquelles elles peinent à donner une signification et un degré d'urgence exacts deviennent de ce fait assez rapidement des demandes illégitimes formulées par des personnes considérées comme ignorantes (voir méprisantes) des difficultés du travail des infirmières.

On voit ici clairement combien la mise en évidence et la réflexion sur le contenu concret de ces compétences d'auto-organisation permettrait de limiter le désagrément des événements



extérieurs injustifiés et lutterait de ce fait contre le cloisonnement (entre les services, entre les corps professionnels et entre les niveaux hiérarchiques) qui est le mode le plus habituellement utilisé pour limiter l'arrivée de ces événements extérieurs perturbateurs.

## **25. Compétences de coordination-coopération : comment construire et développer les coopérations transversales ?**

Les compétences d'auto-organisation sont les premières à mettre en lumière le fait que l'activité infirmière n'est pas qu'un art dépourvu de toute contingence matérielle. Elle nécessite une organisation et savoir s'organiser fait partie des compétences qu'une infirmière doit acquérir.

Mais ces compétences d'organisation ne concernent pas que l'infirmière elle-même dans son rapport à sa propre activité. Elles sont aussi nombreuses à se développer dans le rapport qu'une infirmière construit avec la structure qui l'emploie, l'encadre et lui donne les moyens de travailler. La figure omniprésente de l'infirmière libérale contribue sans doute à rendre moins évidentes ces compétences d'interaction avec la structure dans laquelle la plupart des infirmières travaillent, elles n'en sont pas moins cruciales. Les infirmières que nous avons rencontrées travaillent dans une structure de soin et cela a un impact direct sur leur travail et sur les compétences qu'elles doivent acquérir.

Pour rendre ces compétences plus lisibles, il est nécessaire de distinguer trois dimensions différentes dans cette structure : l'organisation générale, les coordinations interprofessionnelles, les coopérations entre professionnelles (IDE) dans un service.

### **1. Organisation.**

Les infirmières développent d'abord des compétences par rapport à l'organisation où elles travaillent. Pour en prendre conscience, il est nécessaire de rappeler que l'hôpital est une administration et qu'il faut donc en acquérir le langage et les codes pour y travailler. Les actes, les soins, les demandes, tout doit être codé pour être diffusé dans l'organisation.

*"Le test pour X, il faut un tube jaune ?" (Anne, IDE)*

### **2. Coordinations interprofessionnelles.**

Ensuite, une structure de soin est un endroit où différents corps professionnels travaillent (le plus souvent en parallèle, chacun dans sa spécialité). Mais, parfois, des événements transversaux à ces différentes logiques professionnelles (comme le parcours des patients, par exemple) font qu'ils doivent collaborer. Cette collaboration se fait le plus souvent sous la forme du "*drame social*" décrit par Hughes (1976 trad. 1996). Comme nous l'avons vu avec la logique de flux ci-dessus, chaque professionnel veille d'abord à la bonne organisation de sa propre activité (ce qui lui permet efficacité et précision) mais, de ce fait, il a tendance à percevoir les demandes provenant des autres corps professionnels comme illégitimes ou tout au moins comme des perturbations qu'il conviendrait de limiter au minimum.

La transversalité est aujourd'hui une problématique au coeur des interrogations sur les structures de soin de demain. Mais, comme nous l'avons vu ci-dessus, cette demande est strictement contradictoire avec le mode actuel de professionnalisation des métiers dans ce secteur (où la professionnalisation repose sur le découpage d'un territoire spécifique et l'obtention d'un monopole légal sur les compétences techniques et l'expertise générale attachée à ce territoire). Ceci ne veut pas dire que la transversalité n'est pas possible. Cela

signifie simplement que, comme elle doit être construite en prenant à rebours la construction sociale actuelle de ces métiers, la transversalité ne se décrète pas, elle doit s'organiser et se penser. En particulier, la question cruciale semble être : "qu'est-ce que chacun de ces groupes professionnels va individuellement avoir à gagner dans ce développement des coordinations interprofessionnelles ?" car, en l'état actuel de la réflexion, la seule chose qui apparaît clairement, c'est ce qu'ils ont à perdre à jouer ce jeu de la transversalité.

Les rapports avec les médecins sont un bon exemple de ces difficultés. Alors que certaines IDE disent avoir un contact facile avec les médecins

*"les chirurgiens, ils ont un abord plus facile, ils sont plus bon enfants... On hésite pas à les interroger quand on pense que c'est nécessaire"* (Micheline, IDE).

*"Les médecins, on a pas forcément le temps d'aller les questionner et c'est vrai aussi qu'ils n'ont pas que nous. On les voit assez souvent pour les prescriptions mais on ose pas forcément leur demander qu'est-ce qu'elle a elle, et pourquoi ci et pourquoi ça ..."* (sabine, IDE).

La question de savoir quelles sont les situations qui justifient par exemple l'appel du médecin de garde est un révélateur intéressant de ces tensions et de ces hésitations récurrentes.

### **3. Coopérations entre professionnelles**

Enfin, ces compétences de coordination-coopération se développent entre les infirmières qui appartiennent au même service.

Les jeunes infirmières soulignent facilement qu'une intégration réussie dans une équipe est un des critères majeurs pour la satisfaction au travail

*"Mon plus mauvais souvenir, de tout ce que j'ai fait depuis que j'ai été infirmière, c'est quand j'ai été élève infirmière dans un stage où j'ai été prise en grippe par l'équipe infirmière qui ne m'a rien expliqué, avec vraiment des infirmières méchantes, j'ai passé un examen, elles me disaient : "tu l'auras jamais"... (Florence, IP).*

Mais cette capacité à s'intégrer s'apprend et se construit. Elle tient bien sûr aux compétences d'adaptation des IDE mais aussi à la compétence collective de l'équipe dans l'intégration des jeunes. Les jalousies, la concurrence et les attentes insatisfaites peuvent ainsi rendre les équipes parfois très peu accueillantes pour les jeunes infirmières.

*"J'ai fait un stage en orthopédie dans une clinique. J'ai eu du mal dans ce premier stage à comprendre le fonctionnement de la prise en charge du patient dans sa globalité. Je ne comprenais pas le dossier infirmier et puis personne n'a pris le temps de me l'expliquer. Ça c'était pas très bien passé ce premier stage."* (Florence, IP).

*"Ah oui attendez, maintenant on apprend aux élèves, on les seconde ... Là on vous lâchait dans un service"* (Micheline, IDE).

*"C'est vrai que chaque fois qu'on change de service, il faut un petit peu faire ses preuves, chaque fois, il faut se réadapter, montrer ce dont on est capable, c'est vrai que c'est pas évident."* (Sabine, IDE).

Une fois cette phase de l'intégration dépassée, c'est encore la cohésion et la confiance réciproque qui rend le travail moins dur et qui fait rester dans une structure de soin.

*"Ici c'était un peu différent. J'avais déjà fait un stage ici donc je connaissais l'équipe et elle m'appréciait. Ma phase d'adaptation a été rapide parce qu'elles me connaissaient et qu'elles avaient confiance en moi." (Sabine, IDE).*

*"L'implication des gens du service, c'est vrai, ça se ressent, c'est quelque chose qui se sent. Je sais qu'ici on a une bonne entente entre le médical et le paramédical justement. Il y a une tellement bonne entente que ça nous pousse à continuer. Si vous n'avez pas ça, vous ne tenez pas le coup et vous partez. C'est ce qui fait partir les nouveaux, qu'il y ait une charge de travail très importante mais si à côté il n'y a pas l'encadrement qu'il faut, s'il n'y a pas une harmonie au sein de l'équipe, elles restent pas." (Christine, IP)*

Bien que les infirmières affirment facilement que leur travail est relativement solitaire,

*"Mon premier réflexe à moi, c'est de compter d'abord sur moi. Quand j'ai commencé à travailler, j'avais une surveillante qui me disait "il faut apprendre à travailler seule, il faut se débrouiller seule" (Carole, IDE).*

Il apparaît rapidement que c'est l'organisation collective du travail (sectorisation, répartition équitable du travail, même méthodes de travail etc.) qui permet d'en amoindrir la charge

*"Quand on a beaucoup de patients, il faut que tout le monde travaille de la même façon pour ne pas se mélanger les pinceaux. Par exemple, il faut suivre vraiment des étapes bien précises et que tout le monde suive bien ces étapes sinon on passe à côté de certaines choses. Par exemple, il faut poser en même temps l'anti-émétique et le corticoïde. En ce moment, il y en a quelques unes qui posent le corticoïde et pas l'anti-émétique alors la copine quand elle arrive derrière elle ne pose pas l'anti-émétique parce que pour elle, elle voit que le corticoïde est passé" (Ginette, IDE).*

Le débat avec les infirmières sur ces compétences de coopération n'est pas aisé parce que la plupart des infirmières refusent d'en faire un réel objet de discussion. Elles naturalisent le plus souvent les échanges en déclarant que la coopération, comme la formation, c'est naturel, *"il ne manquerait plus que ça qu'on ne coopère pas"*.

Après avoir constaté l'importance cruciale de ces compétences pour le bon fonctionnement des services, nous serions néanmoins tentés de plaider pour de réelles politiques d'organisation et de gestion des ressources humaines qui viennent appuyer le développement de ce type de compétences. Il nous semble que c'est en évaluant si elle permettent ou au contraire interdisent le développement de ces compétences cruciales qu'il faut juger l'intérêt du développement de la polyvalence entre les services, des systèmes de roulement, etc.

La mise en évidence de l'importance des compétences de coordination-coopération dans la travail des infirmières contribue à faire émerger un débat sur cette question. On perçoit néanmoins que l'identification des apports individuels et collectifs d'une telle transversalité reste complètement à creuser et formaliser.

## CONCLUSION

On a identifié cinq domaines de compétences et les débats/modes de construction qui y sont rattachés. Cela permet de donner un "contenu" à l'activité des infirmières mais l'expertise n'est pas dans le perfectionnement dans l'une ou l'autre des dimensions mais dans la capacité à articuler ces différentes compétences en fonction des situations de travail rencontrées. Le

document d'Alain Savoyant intitulé "la professionnalisation des personnels soignants infirmiers" développe entre autres cette idée.

### **BIBLIOGRAPHIE**

Dadoy M., Henry C., Hillau B., De Terssac G., Troussier J.-F., Weill-Fassina A. (dirs.), *Les analyses du travail : enjeux et formes*, Céreq, collection des études, n° 54, 1990.

Codello-Guijarro P., *Vers une approche du management associatif : une analyse par la professionnalisation de la relation de service*, Thèse en Sciences de Gestion, CNAM/LISE-CNRS, Paris, Oct. 2004.

Sulzer E., "Objectiver les compétences d'interaction. Critique sociale du savoir-être", *Education permanente*, n°140, 1999, p. 51 - 59.

Strauss A. (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionniste*, textes réunis par I. Bazzanger, Paris, L'Harmattan