

CONCEPT DE SOINS ET OUTILLAGE INFIRMIER 'ONT-ILS UN RAPPORT AVEC L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES ?

INTRODUCTION

Il est bien des façons d'aborder les soins infirmiers et le problème de leur exercice. En cette période de crise profonde et durable qui les touche et les bouleverse, ne serait-il pas nécessaire et urgent d'observer et d'analyser ce qui quotidiennement organise leur pratique, la favorise ou la freine, c'est-à-dire l'« outillage » infirmier ? L'objectif, ici, n'est pas de chercher à savoir si cet outillage permet de réaliser de « bons » ou « mauvais » soins (cela ne relève pas de la morale) mais plutôt de participer à « ne recherche appliquée pour comprendre comment les infirmières « habitent » leurs fonctions soignantes et investissent leur territoire professionnel.

Etre infirmière, a" sens exact et large du terme, être clinicienne, est difficile. Il est souvent plus aisé de se réfugier derrière des techniques ou "ne spécialité que d'affronter, en généraliste, les soins infirmiers. Nul ne peut, bien sûr, maîtriser totalement les soins ni surtout l'objet des soins car cet « objet » est toujours un être humain. L'infirmière, il est vrai, participe a" traitement de la maladie mais elle soigne aussi une personne. De cette dualité naissent les difficultés :

- difficultés de découvrir l'autre et de se trouver soi-même,
- difficulté de créer des outils de rencontre, des outils relationnels, des outils de soins,
- difficulté d'investir un champ de communication.

Toutes ces difficultés éclairent sans doute, sous un angle particulier, le phénomène d'épuisement professionnel que vivent de nombreuses soignantes. Il ne faut pas négliger les tensions et agressions que ressent le corps infirmier en cette période de difficultés sociales, économiques et, sans doute, culturelles. Mais peut-on, pour autant, a" moment où de nouveaux efforts d'intégration et d'innovation sont demandés par l'institution hospitalière, éviter d'analyser ce phénomène d'épuisement comme une incapacité d'attachement professionnel ou comme un détachement dû, peut-être, à l'absence d'outils performants ?

Pourquoi ces questions ? Des outils existent... depuis toujours. D'autres se développent et peuvent servir les soins. Mais sont-ils imposés au corps infirmier ou créés par lui ? Quelle influence auront-ils sur sa pratique et sur le vécu professionnel des

soignantes ? En un mot, peut-on leur imposer des outils et peuvent-elles, sans mettre en danger la qualité de leur service, les refuser ? Autant de questions que nous allons essayer d'aborder en nous référant, pour commencer, à quelques concepts qui influencent la création et l'utilisation des outils infirmiers. C'est ensuite, sur le terrain, que nous observerons comment est utilisé un de ces outils : le « dossier infirmier ».

Les raisons de s'interroger, nous l'avons vu, sont multiples ; certaines, urgentes. L'arrivée de l'informatique rend impensable un monde de soins privé d'écrans et de claviers. Mais la révolution attendue est plus profonde. Elle induit de nouveaux modes d'organisation du travail, de planification des tâches, de justification et d'évaluation des prestations. Elle génère, surtout et plus profondément, une transformation de la pensée infirmière. Plutôt que de subir cette révolution le service infirmier n'a-t-il pas intérêt, pour ses clients et pour lui-même, à organiser "ne lente et sage évolution basée sur "ne conception de soins qui prenne en compte les besoins globaux des patients et de la société ?

Autre raison urgente : comment le service infirmier peut-il participer à la mise en œuvre des grandes orientations de la politique de santé (plan 89-92) développées par Monsieur le Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité ? Peut-il, sans outil adapté et avec la contrainte de réguler les dépenses de santé, affirmer le droit des malades, intensifier la prévention et aider à édifier l'hôpital de demain ? Peut-il, pour résumer, et comme l'écrit Monsieur EVIN : « mieux connaître pour mieux choisir et décider » ?

Une troisième exigence presse le service infirmier d'évaluer les outils qu'il a à sa disposition : seront-ils en adéquation avec les missions définies par la future Loi Hospitalière ? Permettront-ils d'assurer aux clients et aux soignants l'autonomie et la responsabilité qu'ils réclament ? Créeront-ils, a" sein de l'hôpital, les Conditions~ d'une nouvelle dynamique ? Permettront-ils d'offrir à la société de véritables « établissements publics de soins » ?

Une dernière échéance se précise : le 1^{er} janvier 1993. Quelle sera l'influence de la construction européenne sur les conditions de formation et de travail des infirmières ? Quels seront les outils que les professionnelles des différents pays pourront partager et qui serviront des clients aux besoins si diversifiés ?

Les différents axes de cette problématique nous amènent à penser qu'une réflexion sur les outils



CONCEPT DE SOINS ET OUTILLAGE INFIRMIER: ONT-ILS UN RAPPORT AVEC L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES ?

infirmiers doit se situer au centre de nos préoccupations professionnelles. L'observation de nos conditions de travail ne nous laisse pas ignorer que ces outils ne sont pas assez nombreux, ni utilisés au maximum de leurs capacités pour répondre aux besoins de notre clientèle, pour assurer le professionnalisme du Service Infirmier et pour participer à la création d'une nouvelle structure hospitalière. Nous avançons donc l'hypothèse que, en l'absence d'outils de soins réellement efficaces et suffisamment nombreux, au service des patients, des infirmières subissent un épuisement professionnel important qui les pousse à négliger ou à rejeter les quelques outils qu'elles ont pourtant à leur disposition.

Pour vérifier cette hypothèse, nous analyserons le contenu de quelques dossiers infirmiers, outils de soins désormais vulgarisés, puis nous mesurerons, grâce à une échelle d'attitude, le taux d'épuisement professionnel des infirmières qui les utilisent. L'analyse de leur « ressenti » permettra d'ouvrir une réflexion sur l'intérêt de se doter d'outils professionnels adaptés. Auparavant, voyons pourquoi les soins infirmiers nécessitent, pour être exercés scientifiquement, dans les règles de l'art et comme un service profondément humain, des outils performants. Voyons ce que ces outils pourraient faire des soins infirmiers : une science, un art, une rencontre, un service.

VERS DES SOINS SCIENTIFIQUES

Les soins sont-ils donnés scientifiquement ? Qu'est-ce d'ailleurs qu'une science ? Dire que c'est un savoir, une connaissance utile et utilisée et mise à l'épreuve du temps et des faits n'est rien dire. « En peu de mots, la science est le domaine de l'acquisition des connaissances en tant que telles, ... mais ce qui importe, ce n'est pas tellement ce qui est vrai, mais ce qui aide à vivre » (1). En cela, les soins infirmiers ont valeur de science. En cela aussi, cette science infirmière est fondée sur une philosophie qui l'éclaire, la guide, lui donne ses références et évite de la laisser verser dans l'idéologie ou de servir une simple opinion : scientifiquement, les soins trouvent leur sens dans des concepts fondamentaux.

Mais quand soigner ne repose que sur une pensée isolée ou sur une technique, quand les soins ne représentent qu'une série d'actes technologiques,

ils perdent leur aspect scientifique et coupent les liens qui les rattachaient à d'autres sciences de vie. Pourtant, la science infirmière naît, elle aussi, de l'élaboration d'une pensée.

La science	La science infirmière
Perceptions sensorielles	Perceptions de vie : — la vie — la mort — valeurs humaines — cultures — etc.
↓	↓
Images	Modèles : réflexion partagée
↓	↓
concepts	Conception de soins
↓	↓
Raisonnement	Démarche de soins

De plus, comme dans toute science, le langage infirmier se traduit par l'écriture, outil de transcription, de transmission et de communication, outil qui permet d'agencer, d'organiser et de synthétiser la pensée, de la traduire dans, un ordre donné, précis, analysé et voulu. Ecrire c'est faire émerger une pensée autre, plus riche, nouvelle, évolutive : « le principe fondamental de cette construction est, répétons-le, la combinatoire investie de propriétés émergentes » (2). La science n'est donc ni une technique ni une technologie ; elle est un langage, un langage qui s'écrit et qui donc s'engrange et se partage, qui maintient ouvertes les portes de la communication et donc de la création.

Une science repose sur des principes immuables qui éclairent son fonctionnement :

- le principe de technicité qui la rend inséparable des moyens techniques dont elle se sert,
- le principe de *révisibilité* qui impose que tout domaine d'une science puisse et même doit être révisé, parfois profondément et même jusqu'à des notions de base,
- le principe de *dualité* qui met la pratique en perpétuelle interaction avec la théorie,
- le principe de *solidarité* qui veut que tout progrès découvert dans une science soit partagé avec les autres.

(1) REEVES (H.), *Malicorne, réflexions d'un observateur de la Nature*. Paris, Le Seuil, 1990, p. 171.

(2) Ibid, p. 111.



Ces quatre principes sont mis en œuvre en quatre mouvements classiques et désormais bien connus des infirmières. En effet, la démarche de soin enseignée aux étudiants et pratiquée par les professionnelles reproduit leur organisation :

- l'émergence d'un problème,
- l'énonciation d'une hypothèse,
- un essai de mise en œuvre,
- un réajustement.

Les soins, dans leur pratique, suivent une *démarche scientifique*.

Depuis toujours la science a pour but d'informer l'Homme sur la nature du monde dans lequel il vit. La science aide l'Homme à vivre car le problème fondamental de la vie est qu'elle est à vivre. La science doit donc éclairer tous ceux qui ont à prendre des décisions dans la vie, des décisions vitales. Dans ce sens, toute la valeur scientifique réside dans le développement « de l'esprit critique, marqué de scepticisme et de rigueur » (3) sans lequel l'Homme n'avancerait pas vers le progrès, c'est-à-dire vers le mieux-vivre. Ne confondons pas : ce que vise le progrès humain, cette longue et graduelle transformation vers un mieux-être, n'est pas qu'un progrès technologique. Celui-ci a, c'est vrai, fait évoluer le domaine des soins et de la santé ; l'efficacité de techniques nouvelles et progressistes a, sans conteste, une valeur réelle. Cependant, le progrès des techniques engendre parfois des conséquences déstabilisatrices et perturbantes sur les patients et les soignants. Nous avons peut-être trop vite qualifié de progressiste ce qui, somme toute, n'est qu'une innovation. Nous avons peut-être trop tendance à voir le progrès dans des techniques complexes, lourdes et dangereuses, d'autant plus que ces progrès incitent autant au rêve qu'à la dérive. Même s'ils tombent parfois dans ce travers, les soins infirmiers se veulent réellement scientifiques dans la mesure où ils veulent faire progresser la vie en protégeant, maintenant et restaurant la Santé.

En résumé, la science vise à faire acquérir des connaissances. Là est sa valeur, elle nous enseigne comment progresser, comment chercher à vivre, comment vivre. Mais elle ne peut répondre à l'angoissante question de ses propres limites, des limites de l'innovation. Là, aux soignants comme à tous les scientifiques, il faut d'autres outils, notamment des outils éthiques mais il faut aussi comprendre ce que la science signifie pour nous, signifie dans notre société et à notre époque. Pour reprendre la définition de Thomas KHUN, cité par Jean-François REVEL, la recherche s'inscrit toujours dans un *paradigme* c'est-à-dire une représentation scientifique et due à la science, « ce que l'on appelle une théorie, une projection cohérente d'un moment de la connaissance » et au sein de laquelle

chercher consiste à évoluer. Le paradigme est un monde d'idées, prototype du monde où nous vivons. ~Mais « il faut beaucoup de sagesse, de savoir ou d'innocence pour admettre qu'un cadre conceptuel n'est qu'un cadre conceptuel, n'est pas toute la « logique du vivant » mais relève d'une conception du monde limitée par hypothèse » (4). N'oublions pas qu'une science n'est pas qu'un monde d'idées, n'est pas non plus une vérité ; c'est un consensus entre plusieurs vérités qu'il faut découvrir et rechercher, tester et appliquer.

Il ne saurait en effet y avoir de science, donc de savoir, sans une place laissée à la non-connaissance, au domaine de la relation dans la découverte, à la « naïveté ». C'est la recherche et essentiellement la recherche clinique qui peut éviter aux soignants la dérive dans des discours abstraits, formels, ceux d'une pseudo-vérité-scientifique qui ne permettrait pas l'ouverture vers la réalité humaine. Voilà ce qui rend humainement scientifiques, là encore, les soins infirmiers, une recherche née du terrain et qui vise à donner aux patients des réponses adaptées à leurs besoins de santé. Soigner peut être une science, une science valorisée par son domaine de recherche et qui consiste à « cultiver la rigueur et le doute et tout ce dont est fait cet esprit clinique en contact avec les situations concrètes, toujours personnalisées » (5). Pour ne pas érigernotre esprit scientifique en fétiche, laissons se développer notre esprit, de recherche, laissons se développer un consensus entre la vérité et la réalité des situations de santé, « l'une s'affichant en évidence, tandis que l'autre trie, contrôle, recherche incessamment des preuves, fait rempart contre l'angoisse..., l'angoisse d'être vulnérable en l'absence d'une maîtrise raisonnable du réel » (6).

Si nous évoquons la maîtrise du réel, faite autant d'interrogations que de réalisations, il faut, bien sûr, envisager la nécessité de nous pourvoir en outils et notamment de l'outil qu'est l'écriture. Le langage écrit fait intervenir bien plus qu'une volonté de transmission. Il est un outil éminemment scientifique qui fait émerger la pensée : le pont est jeté entre la théorie et la pratique, entre le vrai et le réel ; avec lui, quelque chose de nouveau apparaît, absent de chacun des éléments de pensée pris séparément. Avec l'écriture, la science et la recherche se dotent du pouvoir de faire émerger la réalité. A ce titre, l'écriture est pour les soins, pour les soins scientifiques, un outil indispensable et dont le Service Infirmier ne peut se passer sans dommage. La parole a depuis longtemps permis d'ériger l'expérience des soins en 'un savoir et c'est ainsi qu'elle nous est parvenue. Mais, sans la communication écrite, comment engranger, promouvoir, développer et enseigner la science des

(4) OLIVENSTEIN (C.), *Le non-dit des émotions*, Paris, Editions Odile Jacob, 1988, p. 189.

(5) Pr VILLEY, cité par le Pr RIBET, *L'« humanisme médical est en péril »*, in *La Voix Du Nord* du 24-1-91, p. 9.

(6) OLIVENSTEIN (C.), opus citatum, p. 187.

(3) REEVES (H.), opus citatum, p. 169



soins ? Comment éclairer les choix des individus et des sociétés, des patients et des soignants ? Une science "on écrit s'auto-censure mais peut-il y avoir une science sans écriture ? Un savoir qui reconstruirait sa pensée et sa pratique sans retranscrire ses observations ? Nous touchons ici à une des limites de la science infirmière mais il en est d'autres et notamment celles que C. OLIVENSTEIN a décrites 'comme les « non dits de la science » (7).

La première limite qu'il fait apparaître est la tentation d'ériger la science en un fétiche. Certes, chaque soignant peut tirer une légitime fierté de son statut de scientifique. Ce « bénéfice secondaire » de notre pratique doit néanmoins nous pousser à nous interroger sur nos rapports avec elle et sur le danger qu'il y aurait à la voir imperceptiblement se transformer en une idéologie. La science infirmière ne peut être un alibi pour soumettre aux soins des patients auxquels n'est laissé aucun pouvoir.

De même, l'aspect scientifique des soins justifie-t-il l'utilisation d'outils et de méthodes réducteurs de l'abord « global » et humain qu'ils préconisent pourtant. Le retour d'un courant plus humaniste laisserait supposer que déjà certaines méthodes scientifiques sont allées à l'encontre de ce qui a toujours constitué l'essence des soins infirmiers : une relation d'aide personnalisée et chaleureuse, un accompagnement.

Une troisième limite tiendrait dans le non-entretien de notre savoir. La science infirmière est une science complexe : née de la rencontre de nombreuses sciences humaines. L'insuffisance de leur abord durant la formation de base autant que leur approche encore timide lors de la formation continue restreint souvent l'esprit d'observation et d'analyse, fondement d'une discipline scientifique.

Enfin, mais nous pourrions encore découvrir d'autres non-dits scientifiques, les soins infirmiers ne sont pas une science exacte. Aucune science ne l'est. Gardons-nous du rêve de la perfection, de l'illusion de la théorie de tout, de l'utopie de la globalité. Ne soumettons pas aux règles mathématiques un domaine qui ne peut les supporter, celui des sciences de l'Homme.

Si les soins infirmiers sont une science, ils sont une science humaine. En cela ils se fondent sur une théorie et des concepts humanistes, un ensemble de tendances intellectuelles et philosophiques qui ont pour objet le développement de l'Homme. A partir de ces principes, la science infirmière conçoit que le savoir qu'elle pratique doit être subordonné à la nature humaine et à ses besoins fondamentaux. L'humanisme des soins en fait "une science libérale : la démarche de soin dont la clef de voûte est le diagnostic infirmier confirme la définition qu'en donne La Bruyère « La libéralité consiste moins à donner beaucoup qu'à propos ».

(7) OLIVENSTEIN (C.), opus citatum, p. 181.

Ce concept de libéralité nous amène à envisager parallèlement celui de liberté. Mais ne nous y trompons pas, la liberté n'est pas qu'un concept ; au même titre que l'autonomie, elle est au service de la vie. Comme l'autonomie, la liberté est « un pouvoir, une capacité ; la capacité qu'acquiert un individu de s'administrer lui-même, de gérer sa vie » (8). Cette liberté dans laquelle nous ancrons les soins nous amène aussi à envisager un libéralisme scientifique concrétisé (ou pouvant l'être) par des contrats passés avec nos patients-clients. Cette notion de contrat nous ramène à la définition de la liberté inscrite dans la Déclaration des Droits de l'Homme en son article 4 : « La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui », définition déjà proposée par Hyppocrate pour argumenter les quatre principes fondamentaux sur lesquels reposait sa thérapeutique :

- « *primum nil nocere* » : d'abord ne pas nuire,
- combattre le mal par son contraire,
- mesure et modération,
- chaque chose en son temps...

Pour lui, en effet, le temps, le terrain et le tempérament du patient jouent un rôle important. Ainsi, aujourd'hui comme hier, la Liberté « entretient des rapports perpétuels et perpétuellement mouvants avec la réalité concrète » (9) et la science infirmière n'ignore pas que la liberté est d'abord biologique quand elle s'identifie avec la santé de l'organisme (l'organisme est libre quand il n'y a pas d'obstacle à son bon fonctionnement, quand il est en bonne santé). Certes, mais il ne nous appartient pas de développer ici ces concepts, la liberté va plus loin et les soins, science libérale, s'y réfèrent encore quand elle est « *libre arbitre* » ou liberté du choix, quand elle est *réalisation*, quand elle vise à concilier l'individuel et le social. Nous voyons ici qu'il faut un minimum de lois pour permettre au Service Infirmier d'exister et un minimum d'initiatives individuelles pour qu'il soit libre. C'est ici « l'infiniment complexe » (10) de la vie qui apparaît et c'est alors que les lois et les règles trouvent leur justification et leur pertinence même au cœur des soins infirmiers. La véritable liberté se trouve là au carrefour de lois suffisamment libérales pour laisser s'épanouir un espace de créativité, essentiel pour la recherche conceptuelle comme pour l'organisation pratique de la science.

Les soins infirmiers, dans leur dimension scientifique, basés sur une philosophie humaniste, réglés par des lois sages et librement consenties, organisés en une méthodologie créatrice, peuvent ainsi être pratiqués dans « les règles de l'art ».

(8) MARTEL (F.), Cahier de l'A.M.I.E.C., n° 11, novembre 1990, p. 108.

(9) LAROUSSE ENCYCLOPÉDIQUE, Paris, Librairie Larousse, 1962, 6^e tome, p. 735.

(10) REEVES (H.), opus citatum, p. 152.



L'ART DE SOIGNER

C'est ainsi que, plusieurs fois millénaires, ils ont toujours **consistés** à assurer le maintien et la continuité de la vie, tout en faisant reculer la mort. Les infirmières ont donc acquis un immense et formidable savoir, ensemble de connaissances théoriques et pratiques qui, désormais, s'enseigne, s'auto-évalue et s'interroge sur lui-même. Leur pratique, autrefois empirique, **élaborée**, comme le rappelle Marie-Françoise COLLIÈRE (11), autour de l'alimentation et du corps, s'est progressivement organisée en rites et règles, partagés et perpétués longtemps par transmission orale. Ces règles se sont exprimées et s'expriment toujours par une adresse et une habileté que sous-tendent autant des méthodes de soins sans cesse expérimentées que l'expression d'un idéal humain : la qualité de la vie. Soigner est un art.

La pratique manuelle et intellectuelle des soins en fait réellement une discipline artistique, un ensemble de connaissances, objet d'enseignement mais aussi une pratique nécessitant une adresse et une habileté manuelles certaines. Le décret du 17 juillet 1984 en témoigne quand il passe en **revue** le champ des fonctions que l'infirmière est habilitée à exercer : installer, maintenir, préparer, mesurer, poser, appliquer, prélever, etc. Le talent nécessaire à l'exercice de l'art soignant est, lui, évoqué par la large compétence exigée dans les domaines technique, relationnel et éducatif, tant aux niveaux de la créativité ou de l'organisation qu'à celui de la participation.

Ce qui confirme également la qualité artistique des soins **infirmiers** est l'originalité de l'enseignement spécifique qui doit mener à leur maîtrise. L'**infirmier** « formé à la théorie aussi bien qu'à la pratique, pourra devenir créateur, « ouvrier » responsable d'une réalisation complète et non plus seulement l'exécutant d'une tâche parcellaire et répétitive » (12). La variété de l'enseignement reçu, l'arrêté du 12 avril 1979 le démontre, en fait un heureux mélange pédagogique dans lequel « aux façons qui font la main adroite, s'ajoutent les leçons qui la font intelligente » (13). Cet enseignement est une activité à long terme qui a pour but de « faire apprendre » et non d'apprendre simplement. Il conduit à développer l'esprit critique des soignants en les aidant à cultiver l'observation et l'analyse, **SOURCES** de créativité.

L'apprentissage des soins leur permet d'acquérir un savoir-faire efficace qui ne s'exerce pourtant pas sans contrainte ni règles précises. L'objet de ce travail n'est pas de les développer mais nous **pou-**

vons rappeler les textes législatifs qui régissent notre **profession**, les règles morales et éthiques, les codes de déontologie infirmière, la volonté qu'ont les soignantes d'évaluer la qualité de leurs soins, etc. Une profession donc qui s'exerce dans les règles de l'art soignant.

Mais l'idée que, dans notre société, nous nous faisons de l'art, nous ramène toujours **vers** l'innovation et la créativité. La créativité, ce mode de reconstruction du monde, permet, comme l'a développé WINNICOTT, de remodeler la réalité et de la rendre vivable. D'elle, sont nées trois grandes activités humaines : la science, nous l'avons vu, mais aussi la religion et les arts. Il ne s'agit pas d'expliquer l'art ; il ne se réduit pas à des éléments logiques, des lois, des principes et « nous avons compris, **grâce aux psychanalystes,...**, l'importance fondamentale pour l'être humain de reconstruire une réalité enrichie et embellie » (14). Ce besoin d'attachement au « beau », à l'**idéal** est, nous le savons, renforcé et développé dans les situations de crise ou de douleur que sont la maladie et la mort. Malades et **infirmières** ont, à ce titre, un immense besoin de vivre les soins comme une aventure, celle qui consiste à vivre mieux, à **trouver** une meilleure qualité de vie.

Cette **qualité**, la **philosophie** qui sous-tend les soins, nous pousse certes à la **recherche**. Mais cette quête est aussi devenue une exigence sociale et une nécessité institutionnelle. C'est dans cette perspective que le progrès peut s'affirmer quand il rapproche les individus et donne un sens à leurs actions. La créativité, un des chemins qui mènent à la qualité, est sans doute la capacité d'utiliser des outils et de les faire évoluer : des outils de communication, de prévention, de prévision, de mobilisation. Dans ce vaste domaine de la communication, l'art consiste à **oser**.

Oser **lutter** contre l'incompréhension : la recherche de concepts infirmiers peut servir de bases **d'échanges** et de référence pour une concertation et la découverte d'un consensus théorique dans lequel s'enracinera la conception des soins.

Oser pour éviter l'imprévisible. Oser bâtir un plan et des objectifs de qualité maximale pour les soins, mais aussi pour les conditions d'exercice infirmier. La qualité coûte moins cher que le manque de qualité.

Oser **pou*** anticiper les événements : ne jamais laisser dans l'incertitude les clients et les soignants. Cette incertitude ne peut **que** les conduire à un épuisement professionnel et humain qui diminue terriblement l'efficacité de leurs actions et de leur participation.

Oser enfin ne pas laisser s'installer l'indifférence. La volonté, l'intelligence, l'énergie existent. L'art infirmier consiste à les mobiliser et à les entretenir. L'art de l'encadrement consiste aussi à entretenir la « passion ».

(11) COLLIÈRE (M.F.), *Promouvoir la vie*, Paris, Inter Editions, 1982, p. 21.

(12) BARRET (P.), GURGAND (J.N.), *Ils voyageaient la France*, Paris, Hachette, 1980, p. 190.

(13) Ibid, p. 190.

(14) REEVES (H.), opus citatum, p. 143.



Oser donc pour donner un sens aux soins infirmiers, celui de la qualité totale que recherchent les clients et qui satisfait les soignants. La satisfaction n'a de fondement « que la performance, c'est-à-dire l'atteinte des objectifs nécessaires. Elle conditionne le niveau des efforts mais c'est la performance qui conduit à la satisfaction. La qualité totale ne s'acquiert qu'en respectant cette logique systémique » (15). Cette performance, objet de l'art infirmier, expression de sa patience et d'un long perfectionnement, ne peut être une contrainte : elle doit être un véritable défi de qualité, défi au Service Infirmier, défi à chaque professionnelle. L'instrument de réalisation de ce défi existe : c'est la communication, ce que pratique depuis toujours l'art infirmier : la relation-d'aide.

UNE RENCONTRE

« Pour une personne assez malade, ce qu'il faut de la part des infirmières et des aides-soignantes c'est de la tendresse et du réconfort moral. » Cette demande qui émane d'une patiente récemment hospitalisée, confirme ce qu'a développé J. BOWLBY (16) : l'homme, malade ou non, afin de guérir, être lui-même et évoluer, a toujours besoin de s'attacher à quelqu'un. Dans la réponse qu'il faut apporter à ce besoin se trouve un des principes fondamentaux des soins, « le partage libérateur d'un pouvoir fondé sur la relation et notamment sur la relation d'aide » (17). L'image de l'infirmière dans notre société, un récent sondage le confirme, reste toujours celle du dévouement ; cette influence est double, due à une histoire tant religieuse que médicale. Le savoir infirmier ne cherche d'ailleurs pas à nier la grande part d'affectivité qui le structure. L'apport de la psychanalyse a aidé la science à réaliser et à commencer à admettre que « derrière l'activité humaine, l'animant et la modulant, se laisse entrevoir une réalité obscure, le désir » (18), et désormais, pour être des scientifiques, nous ne pouvons pas moins admettre l'immense charge affective qui se rattache aux activités mentales humaines et, à ce titre, aux soins infirmiers.

De plus, les soignants n'ignorent pas que l'Homme a un corps ou plutôt qu'il est un corps. Ces deux approches complémentaires soulignent que les soins restent une découverte, celle d'êtres humains mais également celle d'une science et d'un être humain. Tout l'art de la « rencontre-soignante »,

(15) GUILLOT (J.M.), « La performance », in *Gestions Hospitalières*, n° 28, janvier 1989, p. 38.

(16) BOWLBY (J.), *La perte, tristesse et dépression*, Paris, P.U.F., 1984, 606 p.

(17) MARTEL (F.), *L'Éducation aux personnes diabétiques : autonomie ou aliénation ?*, in *Cahier de l'A.P.I.E.C.*, n° 11, p. 153.

(18) REEVES (H.), opus citatum, p. 74.

toute la science infirmière, consistent à répondre à des besoins, à des besoins de santé et à un désir de vie, à rendre le service d'une relation aidante : les soins infirmiers s'expriment en une relation d'aide. Il ne nous appartient pas ici de développer la spécificité, les indications, les difficultés ou la pratique de la relation d'aide mais de souligner la valeur et la richesse de ce qu'elle peut apporter : diagnostic et aide efficaces. De souligner aussi que savoir écouter et observer (ces deux concepts sont indissociables), cela s'apprend. En effet, la relation d'aide sous-entend que les soignants soient capables de deux actions spécifiques :

— avoir compris le problème dans les termes où il se pose pour le client ;

— aider celui-ci à évoluer dans le sens d'une meilleure adaptation physique, psychique et sociale.

Soigner est donc un processus de découverte. « Découvrir veut dire que l'on ne sait pas à l'avance mais que l'on ose aller au-devant de l'inconnu dont est porteuse toute personne requérant des soins », (19). Cet inconnu peut être, pour les soignants, source d'angoisse. Cette rencontre laisse, quelle que soit la démarche scientifique employée, une part au subjectif, à l'irrationnel et à l'affectif. Mais cette part en fait aussi une relation très humaine et qui peut se révéler chaleureuse et réconfortante.

Soigner, une découverte, mais aussi un processus d'élucidation : chercher l'autre pour trouver qui il est, ce qu'il est. S'informer est donc pour un soignant plus que nécessaire ; il lui faut découvrir les signes qui interpellent et qui deviendront autant de points de repère pour soigner. Cette démarche de rencontre nécessite elle aussi des outils tels que l'analyse de situation qui mobilise l'information et trouve les liens qui structurent les faits. Ces processus de rencontre et d'élucidation de problèmes de soins ont pour but de mettre en commun des idées, des projets, ceux des patients et des soignants. Vivre en communauté les soins, voilà ce qu'ici nous pourrions appeler communiquer.

La communication, l'art d'enrichir une rencontre, est, selon le dictionnaire Larousse, « une émission d'informations en vue de provoquer une réaction de la part du destinataire ». Nous pouvons la développer dans toutes les acceptions du mot soigner : provoquer l'analyse des situations de santé des clients, la création d'objectifs de soins, leur organisation, etc., provoquer aussi la participation de la personne soignée à son contrat de soins et sa prise en charge autonome ; c'est ce qu'elle réclame :

« l'infirmière est là pour encourager le malade à s'occuper de façon intelligente, à se prendre en charge pour que, à sa sortie, il puisse sortir de son état de malade, être celui qui a gagné et celui qui a participé aussi à la réussite. »

La communication est essentielle pour la conduite des activités soignantes. Elle considère l'Homme

(19) COLLIÈRE (M.F.), opus citatum, p. 128.



comme une **ressource** et peut donc, avec lui, développer la qualité des services rendus, qualité de la vie des patients mais aussi de celle des infirmières. L'échange, fondement de la communication, vise ainsi à éviter l'épuisement des uns et des autres, ce que les scientifiques qualifient d'entropie. Plus la relation est vivante, moins elle sera entropique c'est-à-dire désorganisée, mais elle risque de conduire à une « chosification », une classification des patients selon leur maladie ou l'atteinte d'un de leurs organes, moins elle risque de déboucher sur la dépersonnalisation des soins, des malades et des soignants.

La communication touche non seulement l'organisation des soins et leur réalisation quotidienne (c'est là son côté « fonctionnel ») mais aussi, à plus long terme, les relations humaines, psychologiques et pédagogiques. Elle prend tout son sens dans l'entretien d'accueil où elle révèle un espace d'exercice des soins privilégié. C'est parfois elle qui provoque une amélioration de l'état de santé du malade mais son absence risque, toujours, d'entraîner sa dégradation. La négliger peut conduire à ne pas pouvoir décrypter les signifiés, donc à rendre impossibles les prises de décision et les actions, à bloquer l'évolution des situations. Sans elle, c'est le diagnostic infirmier, la compétence des soignants et leur créativité qui peuvent être remis en question.

En résumé, la complexité et la richesse de la discipline soignante, science, art et rencontre quotidienne à la fois, peuvent sans doute s'exprimer et prendre tous leurs sens au **cœur** de ce qu'il convient d'appeler le « Service Infirmier ».

LE SERVICE INFIRMIER ET LES OUTILS DE LA QUALITÉ

Cette notion de « Service Infirmier » est toujours confuse pour certains et volontairement ignorée par d'autres. L'acceptation d'un groupe professionnel différent des autres, mais complémentaire, d'une équipe autonome dans l'interdépendance, n'est pas encore définitivement acquise. Nul ne peut cependant nier la réalité et l'étendue du service rendu par le corps infirmier. Ce service a pour objet :

- « de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales des personnes,
- de soulager la souffrance et d'assister les personnes dans les derniers instants de leur vie,
- d'appliquer les prescriptions médicales,
- de participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre,
- de concourir aux méthodes et à l'établissement du diagnostic,

— de favoriser le **maintien**, l'insertion ou la **réinsertion** des personnes dans leur cadre de vie habituel ou **nouveau** » (20).

La définition légale et juridique du champ de l'exercice soignant confirme la volonté du Législateur d'affirmer la reconnaissance publique d'un service rendu à l'ensemble de la population, service qui se veut une réponse à des besoins de vie et qui prend des formes et des manifestations diverses, **complexes** et variées. Le corps infirmier fait donc « œuvre de soins ». Cela signifie non seulement qu'un service est rendu mais aussi que le corps infirmier, en offrant ses prestations, devient **lui-même un service**. Ainsiseconstitueuneinstitution, **appareil de gestion** et d'administration des soins, le « **Service Infirmier** ». L'art soignant, ainsiorganisé en un service, peut légitimement être reconnu de l'opinion générale c'est-à-dire de ses clients, reconnaissance « elle-même orientée par le jugement de **ceux** qu'Aristote appelait les experts, que la sociologie contemporaine désigne, dans le champ culturel, comme instance légitime de **légitimation** (P. Bourdieu (21)) ». Compétentes, versées **dans la connaissance des soins, les pratiquant quotidiennement**, les infirmières sont. « **ouvrières expertes** ». C'est bien à ce titre qu'elles veulent entrer en communication avec leurs clients mais aussi qu'elles acquièrent des qualités d'attention, de rigueur et de respect des règles et **normes professionnelles**. Mais, faut-il le redire, la corrélation doit être étroite entre ces règles et normes et les exigences sociales, philosophiques et morales qui les orientent et que le Service Infirmier doit repérer, faire connaître et respecter.

Afin d'atteindre ce but complexe, promouvoir une philosophie humaniste des soins, organiser une pratique qui y réponde et instaurer des normes qui la garantissent, le Service Infirmier doit se doter, au **cœur** de l'institution hospitalière notamment, de ses propres lois. Pour faire **œuvre** de soins et agir en toute autonomie, il doit constamment faire ses preuves et s'affirmer : il doit notamment se définir une politique de soins cohérente et, si l'on veut bien considérer la politique comme l'art de concilier le souhaitable et le possible, celle-ci consiste alors à bâtir un projet de soins concerté, réalisable, connu de chaque professionnel, et s'inscrivant dans la logique et la continuité du **projet d'Etablissement**. Ce projet de soins affirme et confirme la responsabilité de l'autonomie du **Service Infirmier** ; il peut lui permettre de passer contrat avec ses clients et les représentants d'autres disciplines ; il peut surtout l'amener à relever les défis hospitaliers actuels comme ceux de demain et notamment celui de la qualité.

Le défi de la qualité : c'est un défi à lui-même que se lance le Service Infirmier. Mais celui-ci s'appuie

(20) Article 1 du Décret n° 84-683 du 17 juillet 1984 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de l'infirmier.

(21) ŒUVRE, Encyclopédia Universalis, p. 14.



sur des contraintes réelles et dont il faut prendre conscience :

- la complexité du marché de la santé,
- le jugement de notre clientèle et la concurrence que nous devons affronter,
- la réglementation officielle et les exigences d'évaluation que nous devons respecter,
- l'évolution des structures hospitalières.

Le Service Infirmier doit donc prendre conscience que certains principes sont **incontournables** :

- le fait que, fondement de la qualité, l'adaptation est une constante nécessité qui jamais ne s'effacera, qu'il est difficile de les concevoir toutes deux sans l'aide de la recherche et notamment de la recherche-action,
- que lui-même ne peut mettre en place une organisation efficace sans passion et sans autonomie,
- qu'il ne peut avancer sans analyser d'abord son fonctionnement, ses objectifs et les moyens dont il dispose.

La double nécessité d'adaptation et de modernisation de l'Hôpital et du Service Infirmier doit ainsi être soutenue par un projet global et motivant, la qualité. « Mais la qualité comme système de gestion des hommes et moteur de l'innovation, comme **ouverture** du champ de la parole » (22) à tous ceux qu'un certain système condamne parfois au silence, les clients et les soignants. Viser les trois buts principaux de la qualité des soins :

- la satisfaction des clients,
- l'épanouissement professionnel des membres du service infirmier,
- la rentabilité des prestations de soins,

aideront peut-être les uns et les autres, ainsi que l'analyse M. CROZIER, à trouver un consensus **sur** leur intérêt à changer leurs comportements et leurs manières de travailler.

Ces objectifs les aideront peut-être également à concrétiser ce concept de qualité au **cœur** d'un triple domaine :

- philosophique, par l'établissement d'une charte du Service Infirmier et d'une philosophie des soins,
- **structurel**, par la création d'un projet de service, partie intégrante du projet d'établissement,
- d'organisation, **par** l'utilisation d'une démarche scientifique, modèle de la démarche de qualité ou de la démarche de soins.

En conséquence, il faut donner aux équipes et aux membres de l'encadrement soignants l'envie de *réver le Service Infirmier* et les moyens de concrétiser,

(22) ORGOGOZO (I.), *Les paradoxes de la qualité*, Paris, les Editions d'organisation, 1988, p. 13.

sinon ce rêve, du moins la politique qui peut l'approcher. « Il faut investir dans les soins, dans la recherche et dans la gestion ; cet investissement ne se fera que par le professionnalisme des hommes et non par un centralisme administratif refusant tout le système participatif » (23).

Les soins infirmiers sont une prestation de service ; leur ancienneté, leur spécificité, leur nécessité, l'**organisation sur** laquelle ils fondent la qualité de leur prestation en font une fonction représentée à la Direction Générale de l'Hôpital, fonction qui peut et doit être maîtrisée par l'ensemble des soignants. Les pouvoirs de cette direction fonctionnelle, pour être réellement reconnus, **doivent** s'exercer à tous les niveaux de son domaine de compétence. Que ce soit au **cœur** des soins avec les clients, dans la recherche clinique, dans la gestion des services, ou au niveau des diverses instances hospitalières, ces pouvoirs peuvent s'épanouir en consultation, négociation, décision, et concertation. Cela fait du Service Infirmier une manière d'être, un **savoir-faire** qui affirme la spécificité des soins et leur donne leur qualité de « savoir ». Cette qualité confirme la valeur et la réalité de l'approche soignante dans les situations de santé ou de maladie et fait des professionnelles des spécialistes éminentes qui maîtrisent ou devraient pouvoir maîtriser leur compétence.

Cependant les infirmières n'ont pas toujours choisi de maîtriser ce domaine d'excellence qu'on veut leur imposer. Elles admettent mal de « faire de la qualité » mais peuvent, par contre, mieux la comprendre comme un courant d'idées, une action concertée et un projet partagé. Pour acquérir cet esprit de libre entreprise qui leur semble si nécessaire, les infirmières ont besoin d'outils et, qui plus est, d'outils de qualité. Ce sont eux qui les aideront à établir une bonne relation avec leurs clients, à assurer leur sécurité, à leur apporter le confort, à **vérifier la fiabilité** des techniques de soins, à évaluer leur efficacité. Ces outils garantiront la conformité des soins aux normes posées par les **experts-infirmiers** et rendront le Service Infirmier indissociable d'un certain humanisme ; car « il n'existe qu'une authentique raison. Elle éclaire et mobilise sous deux formes : sans la première, claire, la seconde serait irrationnelle, mais sans la seconde, chaude, la première serait déraisonnable » (24).

Les outils infirmiers **sont** le prolongement de la pensée et de la main des soignantes. Ce sont leurs vrais moyens d'action. Sans un outillage complet, le Service Infirmier ne peut exister : il se résume alors à un groupe de personnes exécutant des actes de soin. Avec lui, au contraire, il peut acquérir le pouvoir de ce qui est nécessaire, rendre un service

(23) RAY (J.P.), « Efficacité sous contrainte », in *Gestions Hospitalières*, n° 284, mars 1989, p. 178.

(24) SERRES (M.), *Le Tiers-Instruit*, Paris, François Bourin, 1991, p. 117.



de santé de bonne **qualité**. Pour affirmer et concrétiser leur mission, il faut donc aux soignantes des outils performants dans tous les domaines de leurs fonctions. Mais où les acquérir? Nous savons depuis longtemps qu'un ouvrier sans outil est plus dépendant et moins efficace et qu'il ne peut réellement travailler « à son compte ». La formation en soins veille pourtant à enseigner comment se fabriquer certains des outils afin de faire des infirmières des « ouvriers outilleurs » et non des « ouvriers spécialisés » ou de simples techniciens. C'est ce que vise l'apprentissage de la démarche scientifique des soins : apprendre à utiliser la pensée et la main autant que la machine mais surtout faire des plans, bâtir des critères de qualité, les mettre au point, les concrétiser.

La complexité des soins mais surtout leur objectif de qualité ne permet plus désormais l'utilisation d'outils empiriques. C'est le savoir infirmier tout entier qui doit être mobilisé pour créer les outils de son service : la fabrication d'outils demande toujours un immense et intense échange d'informations et d'explications, ceci dans un langage riche et explicite. A ce titre, le langage infirmier est un de ces outils. L'écriture en est un autre, qui structure la culture soignante et lui permet d'évoluer, de se transmettre, d'inventer, de se renouveler. Elle permet le stockage des connaissances et, en même temps, d'affiner leur analyse et d'envisager leur évaluation constante. Ecrire est avant tout une aide, un moyen de passage de l'intellect à la pratique : sa valeur essentielle réside dans le raisonnement intellectuel au service des besoins de santé des clients. Le rapport à l'écriture aide à mobiliser les connaissances afin de rendre les soignants acteurs de leurs prestations et non seulement des réalisateurs délégués. Mais l'écriture, à un autre stade, permet aussi l'« interpellation » au sens d'argumentation du savoir : les soins, à travers elle, affirment leur valeur de service et la nécessité d'évaluer leurs prestations. L'écriture leur permet encore de s'interroger sur leur mode d'organisation et sur les conditions de leur exercice. Enfin, cet outil unique est celui qui peut réellement transmettre le savoir infirmier et, à ce titre, il accompagne, dans les écoles et dans tous les lieux de soins, tous les autres outils infirmiers.

L'écriture se transforme aussi et accompagne l'évolution de l'outillage infirmier. Désormais, l'écriture informatique peut faire partie de la panoplie soignante ; démythifiée, elle est abordable et abordée par le Service Infirmier et ses applications dépassent l'utilisation actuelle des outils de soins. Elle peut d'ailleurs permettre d'en créer de nouveaux, de transformer ceux que nous possédons déjà, d'étoffer nos dossier et surtout d'engranger la documentation nécessaire pour alimenter le savoir infirmier. Mais cet outil, comme les autres, doit être affiné par ceux qui s'en servent et son utilisation enseignée dès les premiers jours de formation. L'entraînement à la pratique des soins passe par la manipulation des outils, tant il est vrai que « même un mauvais outillage, quand on l'a bien en mains,

on s'en sert mieux que d'un mauvais auquel on n'est pas habitué » (25).

La panoplie des outils infirmiers est donc vaste et, si le propos n'est pas ici de la détailler, il faut pourtant souligner, que, de la conception de soins à la recherche, l'outillage du Service Infirmier ne peut que renforcer sa cohésion, le fédérer autour d'un projet de qualité et rendre sécuritaire la pratique soignante. Ces outils et leur intelligente utilisation peuvent favoriser la reconnaissance du service rendu et de la participation de chaque professionnel. Ils favoriseront également les échanges et l'épanouissement des uns et des autres. Ils concrétiseront le « rêve soignant » qui motive et structure le Service Infirmier, un rêve humain et humaniste.

ÉTUDE D'UN OUTIL

« L'épuisement » est défini comme une perte de souci pour les autres. C'est à travers certains outils infirmiers et notamment en analysant le contenu d'un dossier de soin que nous allons vérifier si cette « perte de souci de l'autre » existe; En nous appuyant sur les différents aspects des soins que nous venons de décrire : une science, un art, une rencontre, un service, nous tenterons ensuite d'analyser si ce dossier, tel qu'il est utilisé, est réellement un outil, un outil pertinent, un outil efficace.

Pour tester cette analyse, nous avons réalisé cette modeste recherche dans huit unités d'un hôpital général. Elle a porté sur l'analyse du contenu de 55 dossiers infirmiers.

L'hôpital : quelque 500 lits actifs, des unités offrant des services médicaux nombreux, variés, modernes. Une politique d'établissement et une politique de soins non encore diffusée dans les services.

Les huit services concernés par l'étude, 2 de cardiologie, 2 de médecine interne, 1 de neurologie, 1 de gastroentérologie, 2 de chirurgie viscérale n'ont pas encore défini leur philosophie de soin et ne se sont pas encore préparé un projet de service. Leurs responsables, 4 médecins, n'ont pas participé à cette étude, les surveillantes, elles, y ont été intéressées. Ces dernières d'une ancienneté notable dans l'établissement ont parfois participé à la mise en place du dossier de soins ou ont été enseignantes à l'école d'infirmières du Centre Hospitalier.

Le dossier de soin : il a été standardisé et ne comporte des différences notables que lorsqu'il sert les clients de chirurgie. Son utilisation a induit la nécessité d'y adjoindre un planning mural qui reproduit les actes prescrits dans le dossier. Son informatisation n'est pas encore prévue bien que les 8 services dont nous parlerons soient dotés d'écrans.

(25) BARRET, GURGAND, opus citatum, p. 195.



Analyse du contenu des dossiers de soins. Pourquoi les dossiers de soins qui sont ici appelés « dossiers infirmiers » ont-ils été choisis pour cette analyse. Tout d'abord parce qu'ils sont des outils de soins « utiles » aux patients et utilisés par les soignants. Parce que, aussi, les autres outils de transmission, organisation ou planification infirmiers sont rares dans ces services. Mis à part le planning mural déjà évoqué, ce genre d'outil se résume à quelques agendas et des feuilles volantes où les infirmières programment les informations qui leur semblent essentielles, les horaires des examens notamment. Le dossier de soins est donc l'outil le plus structuré que nous ayons observé dans ces huit services. Nous signalons encore qu'il aurait pu être nécessaire d'analyser d'autres outils du domaine infirmier mais, ils sont peu utilisés, inexistantes ou différents d'un service à l'autre : nous n'évoquerons donc pas les conceptions de soins, les projets de services, les réunions d'équipe, les outils d'évaluation, les outils de formation ou de communication entre service, ni bien sûr les outils techniques.

Nous avons utilisé, pour approcher cet outil, la méthode de l'analyse de contenu. Pour cette enquête, officielle mais pour laquelle la participation des soignantes n'avait pas été requise, il fallait un outil de recherche fiable, déjà testé et qui permette, dans un temps hélas compté, « on seulement une classification des données observées mais aussi leur analyse sous un angle très précis : le rapport de l'outil à l'épanouissement professionnel. Rappelons brièvement que l'analyse de contenu permet de décoder ici ce ressenti et de découvrir le sens particulier de ce que contiennent les dossiers de soins analysés. Ce que nous tenterons de découvrir c'est donc un certain vécu de ces infirmières dont la parole, à travers l'écriture professionnelle, se retrouve dans les dossiers de soins.

La forme du dossier infirmier. En règle générale, mises à part une ou deux exceptions (en service de chirurgie), ce dossier comprend Cinq feuillets principaux :

Le **premier** est destiné à recueillir les informations générales sur le patient, son nom, son adresse, le nom de la personne à prévenir en cas d'incident, etc. (voir annexe n° I). Tous ces renseignements sont désormais résumés sur une étiquette autocollante que fournit le service des Urgences et qu'il suffit de coller sur ce feuillet. Mais on ne retrouve ces étiquettes que sur 12,70 % des feuillets observés. En leur absence, les informations sont souvent oubliées. La possibilité de pouvoir les trouver « en cas de besoin » (en interrogeant ultérieurement le patient ou le service des Urgences) rend inutile la recherche systématique de ces informations. Ainsi, à la sortie, les infirmières ignorent dans 69 % des cas, la situation de famille et la profession des patients. Quant au motif d'hospitalisation, il figure également sur cette page :

- sous forme de diagnostic médical dans 78 % des cas,
- de façon illisible dans 12,70 % des cas,
- n'y figure pas dans 5,50 % des cas.

Au verso de ce premier feuillet sont prévues les « informations concernant le malade » (voir annexe n° 1). Dans 87,30 % des cas, cette page est vierge. Son inutilisation a même amené un service à supprimer ce recueil d'informations.

Le **deuxième feuillet du dossier** sert à quantifier les actes médicaux réalisés pour le client. Il apparaît désormais, à la demande des médecins désireux de connaître l'étendue de leur activité et cela dans 6 dossiers sur 8. « Faute de temps », les infirmières ne le complètent que dans 50 % des cas.

La **troisième feuille** dite « thérapeutique » contient les ordonnances médicamenteuses médicales. 14,50 % de ces feuilles sont illisibles et 56,40 % d'entre elles portent les initiales du prescripteur, initiales inscrites par les infirmières.

Dans la **fiche « Biologie »** dont le nom est impropre puisque toutes les demandes d'examen y sont portées, y compris les examens radiologiques, on retrouve les mêmes données :

9,10 % des prescriptions sont illisibles.

81 % des prescriptions portent les initiales de celui qui les a ordonnées.

Le **feuillet suivant : « observations et transmissions »** indique systématiquement la date d'entrée, répète le motif d'hospitalisation (94,50 % des cas) mais n'en précise pas les circonstances. Ce n'est que dans 12,70 % des cas que des observations cliniques accompagnent ces données. Toutes ces informations sont parfois signées (1 fois sur 4) « quand la surveillante l'exige ». Les observations cliniques en cours d'hospitalisation représentent 36,40 % des données inscrites sur cette fiche. Le reste est :

- retranscription de la feuille de température,
- retranscription des prescriptions médicales,
- « R.A.S. »,

quant à l'analyse des observations, on ne la retrouve que dans 14,60 % des cas.

Parfois, notamment en chirurgie, a été adjointe une fiche dite « des aides soignantes » où celles-ci listent les actes qu'elles ont exécutés.

Dans ces deux mêmes services, le dossier contient également une fiche où sont recopiés, au jour le jour et par les infirmières, les résultats biologiques demandés, afin qu'anesthésistes et infirmières prescrivent les examens et traitements nécessaires.

Une première analyse de ces dossiers, outils de soins, permet donc de déduire, qu'en l'absence d'une conception de soins et d'établissement et oubliées des textes officiels régissant notre profession les infirmières cernent mal :

- la spécificité des soins infirmiers,
- leur domaine de compétence,
- les exigences de leurs missions.

Aucun diagnostic infirmier ni objectif de soins n'apparaît dans ce dossier et la recherche d'informations de santé est devenue pour certaines offi-



ciellement inutile. Interrogées sur la démarche scientifique qui pourrait guider l'utilisation de ce dossier, trois infirmières sur quatre ne voient pas de quoi il s'agit ou répondent que « la démarche de soins, c'est ce qu'on fait à l'école »,

En nous penchant sur le contenu plus précis de ce dossier, nous pouvons y retrouver ces « vides », des "on-dits peut-être :

- des journées sans transmission,
- des « R.A.S. »,
- la transcription simple des prescriptions médicales. Les soins délégués par les médecins étant exécutés, n'y a-t-il plus de place pour leur rôle propre? On retrouve par contre toute la place prise par ces soins délégués dans le vocabulaire employé :
- les infirmières notent des « hyperthermies », rarement elles notent les températures,
- les « douleurs dans l'hypochondre droit » sont inscrites mais on ne connaît ni leur intensité, leur rythme, leur durée ni comment elles irradiant, ni même si elles ont cessé...
- des malades souffrent d'« insuffisance respiratoire » mais il est difficile de savoir comment elle se traduit, dans quelle position, à quelle occasion,
- une cliente « aurait une gastrite », Aucun signe clinique n'accompagne cette déclaration, aucun diagnostic infirmier ni aucun projet pédagogique en diététique.

Ainsi, nous pouvons observer que les informations contenues dans les fiches d'observations-transmissions se définissent comme suit :

Thèmes	%
— Diagnostics et motifs d'hospitalisation	22,9
— Ordonnances médicales et retranscriptions des traitements	28,6
— Examens à réaliser	25,7
— Difficultés à appliquer des ordonnances	8,6
— Soins déduits du rôle propre infirmier	14,3

Ce tableau fait nettement apparaître l'impact médical dans les soins infirmiers et notamment dans la gestion des dossiers observés dans ces services. Il souligne également le peu de place laissée à la transmission concernant le rôle propre infirmier, l'un n'expliquant pourtant pas l'autre.

Ce qui pourrait, par contre, souligner une corrélation entre les deux phénomènes serait le ressenti d'insécurité ou d'impuissance retranscrit par les infirmières dans les dossiers au travers des mots qu'elles emploient. Le vocabulaire utilisé paraît traduire une demande d'aide visant les patients mais aussi l'organisation de leurs soins. Selon elles, beaucoup de malades entrent « en urgence », sont

« difficiles à piquer », présentent des douleurs « importantes ». Les patients sont souvent « très » fatigués, vomissent « toujours » après quelques jours de traitement et les « essais » de soins sont parfois « no » concluants »,

Cette demande d'aide, assez généralisée, entraîne une position de repli, de retrait dans le positionnement professionnel : il n'apparaît que rarement une analyse argumentée d'un problème de soin et aucun objectif précis n'est posé pour pallier un manque ou répondre à un besoin. Les phrases sont courtes (4 à 6 mots) et contiennent une seule observation. De même, ces phrases contiennent peu de verbes, ce qui symbolise no" seulement l'absence de transcription des actions soignantes mais aussi une dépersonnalisation des soins, dépersonnalisation que l'on peut déduire de la fréquente forme infinitive des verbes associée à de nombreux participes passés, symboles d'une simple observation des faits : ainsi, les actions sont réalisées, les transmissions, faites, les comptes, rendus.

Une autre observation semble confirmer cette position du corps infirmier. Les dossiers des services de Chirurgie comportent très précisément 7 feuillets dont nous avons déjà noté la spécificité :

- n° 1 : informations administratives et habitudes de vie,
- n° 2 : compte-rendu opératoire,
- n° 3 : thérapeutique,
- n° 4 : résultats bactériologiques des prélèvements,
- n° 5 : résultats des bilans biologiques,
- n° 6 : soins d'entretien de la vie,
- n° 7 : transmissions et observations.

L'analyse des informations contenues dans treize de ces dossiers permet de constater que les transmissions de soins infirmiers représentent, pour leur part, 29,26 % des écrits observés. 47 % sont des prescriptions médicales transcrites et recopiées ("ne ou deux fois) ainsi que des résultats biologiques. Dans ces dossiers, de nombreux feuillets sont vierges (environ 23 %). La répétition de l'écriture de certaines données, les difficultés d'analyse des problèmes de soins et l'éclatement des fonctions qui en découle insécurise souvent les soignantes et les oblige à rechercher un modèle de fonctionnement plus gratifiant que celui-là ; bien souvent, elles choisissent le modèle médical. Les ordonnances sont ainsi notées et renotées, le fonctionnement thérapeutique copié, les constantes biologiques, valorisées et les sigles médicaux de plus en plus utilisés : 33 % du vocabulaire est ainsi écrit sous forme d'abréviations.

Tout cette insécurité professionnelle peut encore être analysée à travers d'autres facteurs. Autant que le manque de richesse des informations écrites, apparaît l'absence d'écriture. Le domaine de l'information soignante reste celui des transmissions orales. Mais l'absence relative de données écrites freine, nous pouvons l'observer, l'analyse et la



synthèse des observations. Elle va même jusqu'à remettre en question le recueil des données de soins. De même, elle rend souvent difficile l'utilisation d'une démarche scientifique de soins qui permettrait de passer d'une pratique individuelle à une prestation d'équipe. Il est vrai que l'absence d'une conception de soins adaptée aux spécificités des clients tend à aléatoire la prise en compte de leurs besoins mais aussi celle des besoins professionnels infirmiers. En l'absence d'une philosophie de soins qui les sensibilise au respect des besoins de leurs clients, sans une démarche qui les aide à recueillir et analyser ces données, sans référence à un savoir entretenu, la prestation infirmière repose souvent sur une opinion ou un ressenti qui, pour être parfois valables, n'en sont pas moins difficiles à transcrire. Ces soins restent très subjectifs et peu scientifiques. Ne pas écrire oblige également les infirmières à de grands efforts de mémorisation qui, hélas, ne réussissent pas toujours à empêcher les oublis et les erreurs. Pour prendre le moins de risques possibles dans le domaine des soins que leur délègue le corps médical, elles recopient sans cesse les prescriptions. Mais pour ce qui est de leur rôle propre, elles évaluent mal leur responsabilité et abandonnent plus facilement ce domaine de soins. Logiquement se met en place le cercle vicieux de l'absence de risque qui prive de liberté, freine la créativité, empêche l'autonomie et met en insécurité.

Cette même logique se retrouve dans l'histoire de ces dossiers de soins, outil imposé hors d'un projet partagé, outil isolé du contexte de l'outillage infirmier, outil détaché d'une conception professionnelle, outil non évalué et qui ne conduit ni à la responsabilisation, ni à la recherche et qui ne peut viser une qualité totale des soins.

Lé partage des efforts visant l'excellence, nous l'avons noté, peut conduire à la satisfaction professionnelle. Ces efforts peuvent se concrétiser dans la Recherche et notamment dans l'évaluation des outils infirmiers. Cette recherche clinique, qui se réalise pour le malade et autour du malade, peut permettre d'atteindre la « performance », objet de satisfaction des soignants. Cette satisfaction n'apparaît pas au travers de l'utilisation de ces dossiers ; celle-ci ne traduit pas l'épanouissement que l'on serait en droit d'attendre de professionnels maîtrisant leurs outils et leur art. Avant de rechercher quelles causes pourraient expliquer l'usage passif de cet outil, il serait bon de vérifier s'il s'est développé, chez les infirmières de ces services, un réel épuisement professionnel et d'analyser quel stade celui-ci a atteint.

L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Pour tenter de vérifier et de chiffrer l'épuisement professionnel des infirmières des huit services concernés, nous avons rencontré 37 soignantes

sans sélectionner cette population. Aucun échantillonnage scientifique n'a été réalisé. Nous les avons rencontrées au cours de nos passages dans ces services et n'avons tenu compte d'aucun critère particulier.

Pour déterminer leur niveau d'épuisement professionnel, nous avons, non seulement, effectué, avec dix d'entre elles, des entretiens individuels non directifs mais aussi, utilisé, avec toutes, une échelle d'attitude. Ce questionnaire évalue non seulement le degré de ce que les anglo-saxons appellent « burn-out » mais permet aussi d'évaluer trois de ses composantes : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel. Chacune de ces composantes est mesurée selon sa fréquence et son intensité. Ainsi six scores sont obtenus et l'amalgame des résultats permet d'évaluer la gravité du processus en cours. Pour interpréter les résultats, il suffit de situer sur une échelle de 1 à 8 les scores obtenus. De 1 à 3 le « burn-out » est faible, 4, 5 et 6 signalent un épuisement professionnel engagé, 7 et 8 un épuisement important. Cette échelle a été bâtie et testée en 1984 par BURKE et son équipe.

37 infirmières ont donc été « testées ». Les scores varient de 3 à 8 avec une moyenne de 5,75. L'écart-type de 0,9 montre que le taux d'épuisement professionnel de ces infirmières ne varie pas beaucoup autour de la moyenne. Le phénomène semble toucher la majorité des soignantes rencontrées et ceci de façon assez importante. A quoi est-il dû ? Sans doute aux conditions de travail, mais lesquelles ? Le travail de nuit, réputé stressant, se répercute-t-il de façon significative sur la résistance des soignantes ? Un groupe de 8 infirmières de nuit, présente les caractéristiques suivantes :

- « burn-out » : de 4 à 8,
- moyenne : 5,57,
- écart-type : 1,2.

L'étude statistique prouve que les 2 échantillons que nous venons de décrire sont comparables. Le travail de nuit n'apparaît donc pas comme un facteur favorisant l'épuisement professionnel des infirmières.

La durée d'exercice professionnel explique peut-être le taux de « burn-out » que nous observons. Le calcul mathématique ne prouve pourtant aucune corrélation entre ces deux phénomènes. Le chiffre de 0,07 que l'on obtient par calcul ne prouve aucunement que les nouvelles arrivées soient moins « épuisées » que les anciennes. Les résultats observés sont tout à fait révélateurs puisque l'on remarque des scores de 4 pour des infirmières ayant travaillé de six mois à onze ans ou des scores de 7 pour celles qui exercent depuis 3 ou 15 ans.

Quels sont donc les facteurs qui semblent favoriser l'épuisement professionnel ? D'abord l'accomplissement personnel. Celui-ci se révèle assez bas chez les infirmières interrogées, 3,2 points en moyenne alors qu'il peut dépasser les 40. Elles déploient de moins en moins d'énergie pour résoudre les



Test
Etes-vous en burn-out ?

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item ainsi que l'intensité avec laquelle vous le ressentez.

Fréquence :						
Jamais 0	quelques fois par année 1	chaque mois 2	quelques fois par mois 3	chaque semaine 4	quelques fois par semaine 5	chaque jour 6
Intensité :						
très peu 1	un peu 2	assez 3	moyennement 4	beaucoup 5	très fortement 6	énormément 7
Item						
(encerclez le chiffre correspondant) :						
1. Je me sens émotionnellement drainé par mon travail.						
2. Je me sens à bout à la fin d'une journée.						
3. Je me sens fatiguée lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.						
4. Je peux comprendre facilement ce que mes clients ressentent.						
5. Je sens que je traite plusieurs clients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets.						
6. Travailler chaque jour avec des gens, c'est vraiment un fardeau pour moi.						
7. Je résous avec efficacité les problèmes de mes clients.						
8. Je me sens brûlée par rapport à mon travail.						
9. Je crée une influence positive sur les gens que je côtoie à mon travail.						
10. Je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai cet emploi.						
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.						
12. Je me sens très énergique.						
13. Je me sens frustrée par mon travail.						
14. Je sens que je travaille trop fort à mon emploi.						
15. Je ne fais pas vraiment attention à ce qui arrive à plusieurs de mes clients.						
16. Travailler directement avec des gens me stresse beaucoup.						
17. Je peux facilement créer une atmosphère détendue avec mes clients.						
18. Je me sens épanouie lorsque j'ai travaillé étroitement avec mes clients.						
19. J'ai accompli plusieurs choses utiles dans ce travail.						
20. Je me sens au bout de mon rouleau.						
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.						
22. Je sens que mes clients me blâment pour leurs problèmes.						
Inventaire d'épuisement émotionnel (MASLASH ET JACKSON, 1981)						

problèmes de soins de leurs clients et mettent parfois en doute leur propre efficacité. On observe une corrélation nette entre ce manque d'accomplissement professionnel et le taux de « burn-out » de ces infirmières, corrélation confirmée par le calcul statistique : $r = 0,74$. Il semble donc que le personnel soignant interrogé s'« épuise » à pratiquer des soins dans des conditions qui ne les satisfont plus.

L'épuisement émotionnel renforce cette sensation. En effet, un calcul de $0,73$ prouve que les professionnelles se sentent de plus en plus « frustrées à leur travail » et que cette sensation renforce leur taux de « burn-out ». Une corrélation identique peut être relevée entre cet épuisement émotionnel et leur manque d'accomplissement personnel.

Enfin ce que BURKE a appelé « *dépersonnalisation* » est un phénomène qui frappe de plein fouet ces infirmières : un score moyen de $13,85$ pour la fréquence et de $19,14$ pour l'intensité les caractérise, ce taux est considéré comme élevé au-dessus du score de 12 et 15 . Ce phénomène présente lui aussi des rapports étroits avec l'épuisement professionnel : traiter les clients « comme s'ils étaient des objets » déplaît profondément à ces soignantes mais elles avouent ne plus pouvoir

vraiment faire « attention à ce qui arrive à plusieurs de leurs clients ».

En résumé, une série de corrélations nettes met en lumière un processus d'épuisement professionnel assez élevé chez 37 infirmières participant à cette étude. La dépersonnalisation qu'elles vivent associée à une « *chosification* » des soins, les épuise émotionnellement et les empêche de trouver leur accomplissement personnel. L'épuisement professionnel de ces soignantes repose sur ces trois phénomènes à la base desquels nous retrouvons une importante *dépersonnalisation* des soins.

Cette caractéristique corrobore l'analyse que nous pouvons faire de l'utilisation de dossiers de soins. La méconnaissance des besoins de santé de leurs clients, due à l'absence d'analyse de leurs problèmes, ne permet pas aux infirmières de s'attacher à eux. La relation de soins a parfois du mal à s'établir et de nombreuses soignantes « sentent que leurs clients les blâment pour leurs problèmes ». De plus en plus souvent, elles se disent agressées, ne pouvant satisfaire les demandes de leurs patients. De moins en moins capables de restaurer leur énergie professionnelle, elles se détachent de leur clientèle et rejettent les outils qui pourraient les



obliger à leur porter une nouvelle attention. Pour cette raison et, devant des pathologies lourdes et délicates, certaines professionnelles ont abandonné le recueil des données de santé nécessaire pour établir leur diagnostic infirmier. C'est alors une immobilisation généralisée et constante du savoir que nous observons. Non utilisé, petit à petit, le savoir infirmier se perd, perdant aussi sa qualité de science. Limitant de plus en plus le nombre de ses outils professionnels, le corps infirmier remet alors en cause, non seulement l'enseignement des futures soignantes mais aussi l'autonomie de son service. Ces outils, servant de moins en moins une pensée infirmière, deviennent inutiles : une série d'actes ponctuels ne nécessite en effet aucun outil d'analyse, de programmation, d'organisation, d'évaluation ou de recherche...

Mais ce désintérêt pour les outils de soins entraîne aussi un gâchis important de ressources humaines. Non seulement, il ne peut y avoir, sans outil performant et avec un personnel démotivé, création d'un service infirmier mais la qualité du service rendu devient aléatoire. Impossible, dans ces conditions, de bâtir des objectifs d'excellence et d'en définir les normes. Difficile d'envisager une participation autonome du corps infirmier aux missions hospitalières. Difficile, tout simplement de lui faire accepter de nouveaux outils tels que les programmes informatiques...

LA QUALITÉ DU SERVICE INFIRMIER

A ce stade d'épuisement professionnel, il serait vain de tenter de convaincre le corps infirmier d'utiliser des outils qu'il ne maîtrise plus. Il serait inutile aussi de se laisser aller à des tentations extrêmes, imposer ces outils, en importer d'autres ou, au contraire, laisser faire au risque de voir se dégrader encore la situation.

Afin de sortir de la confusion, un recadrage s'impose, la construction d'un « cadre » conceptuel qui puisse aider les soignantes à sortir du discours habituel et à recentrer leurs prestations sur les besoins du client, sur les relations individuelles et sur la satisfaction professionnelle. Toute la formation nécessaire peut sans doute être organisée avec encadrement pour lequel, dans un but de modélisation valorisante, il est temps de comprendre les niveaux hiérarchiques comme des niveaux fonctionnels. C'est sur le terrain, par des observations, des analyses, des audits que chacun peut écouter pour s'informer et savoir, savoir d'abord à quel point les symptômes de blocage existent et que seule, la communication peut permettre de les lever.

Cette recherche nous a permis d'analyser que des outils insuffisants en nombre ou en qualité étaient dangereux ou inutiles. C'est d'un véritable outillage

professionnel dont doivent se doter les infirmières et, à travers elles l'institution hospitalière. C'est aussi à un rêve réalisable qu'elles peuvent se rattacher : la qualité. La qualité demande que soient travaillés, en même temps, le général et le particulier, les concepts de soins et la démarche qui les sert, le projet d'Etablissement et les projets de service ; la qualité demande que chacun, avec ses différences, soit considéré comme une richesse.

Mais pour casser le jeu perpétuel de l'épuisement, pour sortir du cercle vicieux de l'abandon de l'outil infirmier, il faut aussi que les soignantes du terrain comme les membres de l'encadrement cessent de vouloir tout faire. Recouvrer le domaine infirmier est une garantie de cohérence dans la recherche de la qualité des soins. Se poser des limites, redéfinir les fonctions de chacun, apportera non seulement un meilleur service aux patients mais permettra aussi à l'ensemble des infirmières de faire une pause. Elles pourront ainsi restaurer leur énergie mais aussi leur capacité d'implication et donc leur potentiel de créativité. Se doter d'outils devrait alors devenir pour elles un besoin, une nécessité.

Mais ces outils, le corps infirmier en est garant, doivent s'adapter non seulement aux techniques de demain mais surtout aux hommes d'aujourd'hui. C'est dire que la conception de soins qui peut aider à construire ces outils doit guider les soignantes vers un artisanat libéral, au sens noble du terme.

L'outillage dont les infirmières ont besoin consiste en une véritable politique de soins dans laquelle elles peuvent s'impliquer et qui définisse scientifiquement et humainement le niveau de performance à atteindre mais aussi les normes de qualité du service infirmier.

BIBLIOGRAPHIE

1. BARRET (P.), GURGAND (J.N.). — *Ils voyageaient la France*, Paris, Hachette, 1980.
2. COLLIERE (M.F.). — *Promouvoir la vie*, Paris, Inter Editions, 1982.
3. GUILLOT (J.M.). — « La performance », *Gestions Hospitalières*, n° 282, janvier 1989.
4. MARTEL (F.). — « L'éducation aux personnes diabétiques : autonomie ou aliénation ? », in *Cahier AMIEC*, n° 11.
5. RAY (J.P.). — « Efficacité sous contrainte », in *Gestions Hospitalières*, n° 284, mars 1989.
6. OLIVENSTEIN (C.). — *Le non-dit des émotions*, Paris, Editions O. Jacobs, 1988.
7. REEVES (M.). — *Malicorne, réflexion d'un observateur de la Nature*, Paris, Le Seuil, 1980.
8. SERRES (M.). — *Le Tiers Instruit*, Paris, François Bourin, 1991.
9. ORGOGOZO (J.). — *Les paradoxes de la qualité*, Paris, Les Editions d'Organisation, 1988.

