

LE DESTIN DES RÉFÉRENCES DE SOINS DANS LA FORMATION DES SOIGNANTS

François LAPORTE

IDSP – Cadre de Santé formateur
IFSI C.H. Ch. Perrens - Bordeaux

Préambule.

Cet intitulé m'a semblé recouvrir un thème très large et mon premier travail a été de préciser l'objet de cette intervention.

Souhaitant éviter les clivages idéologiques, les polémiques stériles, j'ai recherché dans le programme actuel des études conduisant au Diplôme d'Etat d'Infirmier une finalité, une dimension, un concept, relatifs aux soins infirmiers, qui puisse s'appliquer aux soins dits généraux comme aux soins psychiatriques.

Il y est précisé que ces études ont pour objectif de favoriser l'émergence d'un nouveau profil d'infirmier, doté de plusieurs caractéristiques dont la principale est d'être un infirmier polyvalent. C'est-à-dire un infirmier apte à dispenser des soins infirmiers prenant en compte l'ensemble des problèmes qui peuvent affecter une personne... Et, assez logiquement, il apparaît que l'une des finalités de la formation est de permettre d'assurer une prise en charge holistique de la personne soignée.

Je tenais là mon fonds commun, décliné dans tous les projets pédagogiques des IFSI et repris dans de multiples expressions telles que : prise en charge globale, conception ou approche globale de l'être humain, globalité des soins, etc.

À partir de l'observation de différentes situations pédagogiques dans la formation initiale comme, par exemple, l'enseignement de la théorie de soins de Virginia Henderson, l'évolution des critères d'évaluation des MSP du DE, certaines pratiques de transmissions infirmières, certaines techniques de soins... tentons de suivre le destin de cette référence particulière qu'est la notion de *globalité de la personne*.

Nous commencerons par nous mettre d'accord sur une définition. Edgar Morin dit dans son ouvrage *Introduction à la pensée complexe* (ESF, 1990) : « *La somme des éléments qui composent une situation est différente de la situation elle-même* ». Autrement dit, une

addition est différente d'un tout. Dans ce tout, il y a l'idée que quelque chose tient les éléments ensemble, et ces éléments sont combinés, tissés entre eux de manière unique.

De ce point de vue, la notion de *globalité de la personne* correspond à l'idée que corps et psyché sont intimement liés durant toute la vie, sans en occulter les dimensions sociales, culturelles et familiales. On devrait alors retrouver cette conception dans la façon dont le soignant considère la personne soignée : un être qui ne peut plus être réduit à sa seule maladie. Ainsi chaque individu serait unique et il ne serait pas possible de soigner une partie sans tenir compte de l'ensemble.

Globalité de la personne et concept de Besoin selon Virginia Henderson.

Une des théories de soins infirmiers prégnante encore aujourd'hui dans les IFSI est celle de Virginia Henderson.

V. Henderson a essayé de développer dans plusieurs ouvrages, notamment dans « *La nature des soins infirmiers* » (The nature of nursing), une pensée sur les soins infirmiers – et même sur la formation. Elle avait pris le *besoin* comme « *pôle référent pour mieux capter l'observation* », comme guide ou grille d'observation dirions nous aujourd'hui, et elle-même en avait présenté les limites.

Mais l'évocation de son nom ne suscite que des répliques automatiques et elle se trouve ainsi réduite à n'être qu'une série de 14 besoins. Actuellement, ces besoins sont encore répertoriés selon une énumération additive et linéaire, supposée exhaustive et, ce qui est pire, c'est qu'ils servent très souvent de grille d'analyse des données. En tout état de cause, ils s'appuient sur une conception sous-jacente de l'homme qui est contestable.

Souvenons-nous que pour la métapsychologie freudienne, le besoin correspond à un manque réel et se manifeste directement au niveau de l'organisme sans aucune médiation (cf. Robert Viry, « *Introduction à l'étude de la psychiatrie analytique* », Presses Universitaires de Nancy, p.24). Il vise un objet spécifique et s'en satisfait. Donc, tous les besoins vitaux satisfaits qui font qu'on ne meurt pas relèvent de la catégorie du besoin. On ne met pas là, le besoin d'amour, pas plus que le besoin sexuel puisque chez l'être humain il n'est jamais purement physiologique ; on parle de désir sexuel.

Ainsi le besoin de nourriture, la soif, le besoin d'uriner, de déféquer, de dormir, de respirer sont les seuls besoins

irrépissibles. Mais même ces besoins là, basés sur le physiologique sont pris dans « *une dimension temporelle qui évolue suivant l'instant et non pas seulement en fonction de la hiérarchie proposée* » (cf. la critique du concept de besoin dans un article de la revue Soins psychiatrie n° 136 de février 1992 – Dimension des soins infirmiers psychiatriques et théorisation).

Ainsi, cette façon de penser l'humain que propose V. Henderson est-elle très réductrice car elle fige, immobilise, la dynamique de la situation de la personne en inventoriant les besoins dans un déroulement plus ou moins immuable et en dépit de ce qui les rend signifiants et corrélés entre eux. Nous sommes donc loin de l'unité somato-psychique de la personne. Et, de plus, « *n'apparaît pas dans sa dimension affective le besoin qui pour nous est fondamental et englobe tous les autres, celui que nous pouvons appeler le besoin de vivre* » (cf. supra). Pas plus que n'apparaissent le désir du sujet et l'inconscient.

Globalité de la personne et Transmissions ciblées.

En lien avec l'informatisation des dossiers de soins des patients et avec la démarche qualité a été mis en place dans beaucoup d'unités de soins, ce système de communication écrit et oral permettant de structurer la transcription des interventions des équipes infirmières qu'on appelle : transmissions ciblées. Rappelons son principe : l'infirmier (e) choisit « *une cible correspondant à un diagnostic infirmier extrait du manuel de l' ANADI (Association Nord - Américaine des Diagnostics Infirmiers) et décrit le processus de soin suivant la logique : donnée, action, résultat* » (cf l' article « *les transmissions ciblées :une insulte à l'intelligence...* » in *Santé mentale n° 90 – septembre 2004 –p12 et 13*).

Les transmissions ciblées sont bien sûr enseignées en IFSI puisque le programme se doit de suivre les progrès de la science et les évolutions des pratiques.

Ce qui est notamment critiquable dans cet outil de communication pratique, c'est qu'il ne s'agit pas de transcrire des soins personnalisés prodigués dans une relation particulière. En effet la transcription doit être objective, succincte, purifiée de toute subjectivité. Ainsi le discours infirmier devient simpliste et le langage inapproprié. Les transmissions ciblées occultent en fait la réalité et la complexité du psychisme donc des problématiques de santé des personnes soignées.

Globalité de la personne et critères d'évaluation des MSP (Mises en situations professionnelles)

Dans les nouveaux critères des MSP du DE ,concernant la présentation orale des patients pris en charge par l'étudiant, il est attendu, depuis environ deux ans, la présentation synthétique des personnes et une ou deux argumentations des projets de soins. Déjà l'expression *démarche de soins* a disparu des recommandations et de la grille d'évaluation officielles de cette épreuve.

Cependant nous pouvons penser qu'en argumentant le projet de soins, l'étudiant doit réaliser un retour obligatoire sur le recueil de données (ou recueil d'observations et d'informations) puis mettre en lien, analyser ces données grâce à des éléments théoriques et enfin faire émerger les problématiques de la personne, justifiant ainsi les objectifs de soins et les actions de soins individualisées et programmées.

Or lors de la dernière « salve » de MSP du DE, l'analyse qui donne du sens aux soins n'a pas été écouté par un certain nombre de jurys. Les motifs de cette modification comme de cette pratique sont relatifs, ai-je cru comprendre au temps : c'est trop long, il faut faire vite, comme en service, être efficace, rapide, opérationnel...Que pouvons-nous opposer à ces arguments ?

C'est M-C POUCHELLE (in communication non publiée dans le cadre de Toulouse Hôpital 2010, contribution à l'atelier n°4 : *demain sera meilleur ? Construire une représentation partagée*) qui nous permet de rétorquer (p4) : « *qu'il est déjà difficile de faire fonctionner l'hôpital dans le système actuel, et que si on rajoute dans les services des exigences qui risquent de plus d'être chronovores, à l'heure maintenant de la RTT, où va-t-on ?! De manière bien humaine, l'hôpital - ses dirigeants médicaux et administratifs- risque bien de reculer devant les complications infinies qui se dessinent alors à l'horizon .Mais il faut voir que dans une véritable prise en charge globale, il s'agit moins de temps arithmétique passé avec les personnes que d'une manière d'être, d'une qualité de la relation qui parfois demande une grande disponibilité de temps en effet, mais qui parfois au contraire en économise beaucoup. Une manière d'être ...chez les médecins, chez les soignants, chez les administratifs...Qui ne voit qu'on ne s'en est pas beaucoup occupé tout au long de notre histoire hospitalière ?...Une manière d'être...et non pas d'avoir toujours plus (de temps, de technique, de moyens, de personnel etc., même s'il est indéniable qu'il y a des manques de moyens matériels parfois criants).*

Elle ajoute plus loin que : « *Dans le monde où nous sommes, où règne le culte de l'urgence, où l'on court pour ne pas tomber, le raccourcissement généralisé du temps dans les échanges économiques et sociaux contraste avec l'allongement du temps biologique pour les individus. Quel contraste entre l'accélération du temps à l'âge*

adulte- gagner du temps, mais pour en faire quoi ?- et le ralentissement des activités physiologiques qui se fait jour avec l'âge et qui plus est dans des existences toujours plus longues !

Peut-être, dans cette perspective, les hôpitaux, plutôt que d'être des miroirs de la société ambiante, pourraient aussi, au nom du soin, de la lenteur nécessaire à toute récupération physiologique ou psychologique, adopter une position critique par rapport à l'accélération des rythmes dans nos sociétés marchandes, aujourd'hui dominées par les cultures de projet. Ce pourrait être une démarche de santé publique. Mais il faudrait, ce qu'ils ont tout juste commencé à faire, que les professionnels cessent eux- mêmes de se valoriser par l'urgence, la vitesse, la surcharge de travail et le dépassement de la fatigue.

Ainsi pourrait-on souhaiter que le présent retrouve son épaisseur, de manière à ce que au lieu d'être sans cesse projetés en avant d'eux-mêmes, les individus, soignés et soignants, retrouvent le plaisir de l'intense présence de l'autre et à l'autre, dans un commun cheminement vers la guérison. Ce pourrait être aussi cela l'hôpital...Un havre où dans un temps enfin suspendu les patients pourraient renouer les fils de leur vie, avec le concours des professionnels de santé ».

Globalité de la personne et intervention pédagogique d'une équipe infirmière sur le thème des ECT (Electro-Convulsivo Thérapies)

La demande pour cette intervention pédagogique était d'approfondir et de théoriser (autant que possible) les soins infirmiers dans un service d' ECT. Or à l'occasion du bilan, les étudiants nous font comprendre que lors du cours, la fiche technique de ce soin a été longuement expliqué au détriment de la dimension relationnelle .

Nous pouvons déduire une nouvelle fois dans le contexte de ce soin empirique et un peu « magique », une dichotomie avec une centration sur la technicité, le corps objet et un délaissement, presque un déni du corps sujet.

Commentaires et conclusion.

Il apparaît donc que le destin de cette référence des soins qu'est la conception holistique de la personne connaît de sérieux avatars. D'ores et déjà, durant la formation initiale des infirmiers, il y a comme un délitement, une dérive de cette référence.

Pour stopper en amont cette dérive, je rappellerai quatre préconisations concernant des principes pédagogiques que l'on trouve soit dans la présentation officielle du programme (pour la 1°), soit dans la charte de formation pour des infirmiers en psychiatrie et en santé mentale (pour les autres), (charte disponible sur le site : <http://psyassises.free.fr>) qui peut tout à fait s'appliquer à la formation initiale polyvalente actuelle :

-« renforcer les sciences humaines pour améliorer la relation thérapeutique entre le soignant et le soigné »

-« il est requis de la formation qu'elle travaille essentiellement la signification des phénomènes, la question du sens des choses. Par exemple, il ne s'agit pas seulement de connaître les divers éléments qui composent l'existence de l'être humain, mais de travailler à comprendre les rapports qui relient ces éléments. Non pas seulement connaître chaque élément d'un ensemble, ce dernier demeurant ainsi morcelé, mais comprendre l'ensemble lui-même ; c'est-à-dire élaborer les rapports respectifs entre les parties qui constituent cet ensemble. Il s'agit bien de comprendre qu'un ensemble n'est pas autre chose que la dynamique même de cet ensemble. Sa signification n'étant nulle part ailleurs que dans l'étude et la compréhension des rapports entre ses éléments. Un ensemble est toujours un ensemble significatif et cette signification se construit. Il ne s'agit donc pas de décrire mais d'expliquer.»

- éviter « l'émiettement des connaissances » et travailler la mise en lien des différentes disciplines dans le but de dépasser la technicisation des relations ; travail qui est d'abord à faire par les formateurs pour les étudiants. Pour cela, il faut que les cadres exerçant en IFSI soient réellement des formateurs, pas des informateurs.

-le devoir de penser la nécessité du temps, autrement dit prendre en compte qu'une autre temporalité est nécessaire dans la formation (comme dans les soins, notamment psychiatriques) pour mieux s'approprier les connaissances.

« Le temps pour comprendre suppose un temps du travail dans l'inconscient, ce qu'on appelle un temps de maturation. »

Hélas tous ces présupposés restent souvent sans effet. Y aurait-il des résistances dans les équipes pédagogiques ? La résistance dans le système conceptuel freudien se réfère au maintien du refoulement. Qu'est ce qui pourrait être refoulé ? Je propose une hypothèse. N'y aurait-il pas un rapport avec la peur de connaître ses limites, la peur de se connaître c'est-à-dire aussi avec sa toute-puissance (ou son omniscience) et donc avec le narcissisme individuel ou collectif, d'une équipe pédagogique en l'occurrence ? Narcissisme

qui pourrait être mis à mal face aux difficultés de la pensée réflexive, de la pensée théorisante.

Pourtant « *le savoir, la recherche de la vérité, est lié au doute, à la perte des repères initiaux, à l'acceptation de la réalité* » (Eugène ENRIQUEZ in « *de la horde à l'état* ». *Essai de psychanalyse du lien social*). La conflictualité psychique est en effet normale en formation.

Aussi, la proposition très concrète d'une de mes collègues formatrices dernièrement, proposition de réaliser en équipe pédagogique une démarche de soins généraux et une de soins psychiatriques, par sa modestie et par l'ouverture qu'elle portait, peut redonner des raisons d'espérer en une formation meilleure.

<<<<>>>>