



## Congrès National infirmier de Nantes

« La réponse infirmière aux besoins de santé en France, l'affirmation d'une discipline. »

Anne Diakhaté et Dominique Assogba Gbindoun nous rapportent les informations du congrès de Nantes, essentiellement tourné vers la clinique infirmière et la publication de documents de recherche infirmière. Il nous est impossible d'écrire tout ce qui a été entendu pendant ces journées mais nous évoquerons des réflexions qui nous ont touchées.

### **« FACTEURS D'UNITE DE LA PROFESSION POUR LA CONSTRUCTION DE LA DISCIPLINE INFIRMIERE. »**

Plusieurs courants de pensée de la clinique infirmière existent en France. C'est un processus dynamique, complexe basé sur des connaissances acquises par l'expérience et la formation. C'est l'activité principale des infirmières et leur légitimité (Ljiljana Jovic). Monique Formarier, Formateur- association de recherche en soins infirmiers, a développé ce sujet en parlant d'une expérience dynamique qui combine l'apprentissage empirique analysé et théorisé pour lui donner un sens elle s'acquière par la curiosité intellectuelle, le questionnement et l'évaluation des pratiques, la réflexivité.

Le développement de la clinique infirmière passe par deux étapes :

- Identifier les expertises infirmières et les comparer lorsqu'elles sont similaires
- Développer la recherche pour améliorer les nouvelles techniques ou pratiques de soins, et étudier leurs qualités.

La reconnaissance de la pratique passe par la profession elle-même (importance des associations se regroupant autour des problèmes cliniques), les pouvoirs publics avec la

formation LMD (Licence-Master-Doctorat) et sa prise en charge financière, ainsi que par l'institution hospitalière multipliant des postes cliniques et les consultations infirmières. La mémoire passe aussi par le compagnonnage, le partage des savoirs et la construction des compétences.

Les besoins de formation ont leur pendant en terme de recherche sur les services de santé, qui va de la recherche clinique infirmière à la mobilisation des sciences humaines et sociales, de gestion pour mieux connaître et comprendre les transformations en cours ou en devenir et les accompagner au mieux. De fait, les questions que se posent les infirmières sont pour une large part communes à l'ensemble du système et des acteurs de soins : la recherche de solution ne peut être que pluriconfessionnelle et partenariale.

Le soignant doit mettre en avant sa propre parole. Il doit mobiliser les ressources internes et ne pas attendre de la formation initiale ce qu'elle ne peut pas donner.

Les publications et leurs diffusions permettront le développement de la clinique infirmière, l'apprentissage de la lecture des recherches cliniques est important à acquérir dès l'IFSI.

Le raisonnement clinique doit gouverner l'espace intime du soin.

La production de connaissances demande du temps, des ressources humaines, de la formation à la recherche et aux études cliniques (méthodes), un relais scientifique et professionnel reconnu, une médiatisation du savoir par des publications et un financement.

L'analyse de situation n'est pas de la recherche. La production et la qualité des soins passent par la recherche :

- Que devrait on faire ?
- Que pourrait on faire ?
- Que voudrait on faire ?
- Qu'est ce que j'ai fait aujourd'hui ? A quoi ça sert ?

Comment la profession élabore t elle son savoir ?

=> Par des expériences anciennes et sa capacité à mobiliser les ressources dans le milieu investi. Il y a deux enjeux :

- Emerger, valoriser une pratique innovante et de nouvelles compétences (une approche avec des cohortes, une approche prospective).
- Emerger et valoriser des pratiques courantes encore invisibles, sources d'amélioration de la qualité des soins ambulatoires, aigus et des maladies chroniques.

Il faut donner du sens aux résistances au changement plutôt que de vouloir les taire.

Tous les niveaux de hiérarchie doivent s'associer sur l'essentiel : les soins, et ne pas s'abriter derrière le manque de temps.

## **PROTOCOLES, REFERENTIELS DE SOINS, DEMARCHE QUALITE :**

On doit identifier l'impact de la production de document de référence infirmière sur un fond dynamique. Est-ce un frein ou pas ?

La production des référentiels spécifiques suivant la discipline scientifique pour l'émergence d'une autonomie professionnelle. Les infirmières doivent produire des références spécifiques. Les risques viennent de la proposition des normes construites par une minorité d'infirmière, ce qui peut entraîner une perte de sens. Rupture entre l'élite et l'acteur de terrain.

Le risque d'une conformité excessive peut s'avérer dangereuse à la fois pour le patient et le professionnel, instaurant une dépendance et une incapacité à questionner. Transgression inconsciente, risque d'une conformité excessive !

Quelle est la pertinence de certaines normes ?

Les protocoles :

- Invariant, partie que l'on ne peut pas toucher, pas de transgression possible.
- Adaptation laissée à l'entière réflexivité de l'infirmière, la transgression est possible.

La double face de la recherche infirmière clinique :

- La volonté d'encrer le savoir infirmier dans le faire et le face à face soignant soigné. La prise de recul est nécessaire.
- Elle interprète théoriquement la recherche et les collent sur des modèles.

Il y a une contradiction entre les deux exigences. Nous devons relier des connaissances à partir des cas cliniques. Est-ce la seule base du savoir infirmier ? C'est plutôt une base du savoir infirmier.

La recherche infirmière naît d'un questionnement : elle part du terrain.

La dynamique professionnelle pour aider la recherche nécessite :

- Un groupe de recherche
- Importance du cadre de proximité pour soutenir l'équipe
- Il faut s'appuyer sur les ressources de l'établissement
- Il existe des bourses de recherche

Dans les IFSI, les enseignants doivent rester dans la clinique et la recherche infirmière.

Les cadres doivent être formés à la recherche pour soutenir les équipes.

L'ouverture est positive, l'émergence de la recherche est favorable.

D'autres recherches parallèles peuvent exister. Les connaissances transversales sont importantes, elles n'analysent pas les soins.

- La radioactivité
- Santé publique....

Exemple de thèses médicales dont les sujets pourraient être traités par des infirmières :

- la régulation des accouchements
- Les accidents domestiques
- Prise en charge du risque...

Un champ de compétence ne se construit jamais sans heurts car les intérêts sociaux divergent. Le seul chemin possible est celui du chemin du doctorat infirmier.

## **UN REGARD SUR UNE EXPERIENCE UNIVERSITAIRE FRANÇAISE**

En 1990 a été créée à l'UFR de Bobigny « la maîtrise en sciences de la vie », mention : soins, option : sciences infirmières en partenariat avec l'AP-HP, permettant la première expérience française de formation universitaire des infirmières.

Elle s'adressait aux cadres experts méthodologistes dans le domaine de la promotion, de l'évaluation de la qualité des soins et de la recherche en soins infirmiers. Ce diplôme supérieur aurait dû se généraliser en France, ce ne fut pas le cas.

Actuellement ce diplôme perdure à Bobigny sous la forme d'un master : Qualité des soins. Quelles en sont les raisons en contradiction avec le discours officiel sur l'autonomie de la profession et la valorisation de la recherche infirmière.

La notion d'universitarisation semble fédérer des espoirs. La possibilité de parcours de formation pluriel et le développement d'une orientation de recherche. Elle permettra de répondre à une attente de reconnaissance et une ouverture des perspectives de mobilité, une meilleure lisibilité internationale. Mais tous ces changements posent des problèmes majeurs. Les régions vont financer les formations paramédicales.

L'unicité de la formation est importante avec la construction en unité d'enseignement, la reconnaissance de crédits et la participation des universitaires.

### **La licence :**

Actuellement il n'y a pas de licence professionnelle seule une licence générale existe « Science de la réadaptation » Université Claude Bernard. La DGSS ne veut pas reconnaître le BAC plus trois à la profession infirmière. Cette licence s'ouvrira sur des masters avec une validation des acquis pour les professionnels. Il y aura peut être une sélection des étudiants. Une convention sera nécessaire entre les universités et les IFSI sur les conditions matérielles et les conventions.

Les universités ont une dotation globale de fonctionnement. Que se passera t'il si les dépenses augmentent ? Le nombre d'étudiants baissera.

### **Le master :**

L'objectif du master est une reconnaissance professionnelle. Quels sont les débouchés prévus ? Actuellement, il n'existe pas d'expérience de Masters pour les paramédicaux.

A quel poste correspondra ce cursus universitaire ? Les professionnels doivent saisir les opportunités et doter la profession des moyens de former une élite universitaire, condition indispensable à la constitution d'une discipline.

L'approche pragmatique n'évite pas les tensions et les débats entre les partisans de diplômes de « pratique » et ceux de diplômes « académiques ».

La production de savoirs sur les soins, les conditions des soins et les reconfigurations des soins constituent un enjeu important pour la conduite des réflexions sur la santé et la société. L'universalisation des formations de santé permettra de fédérer la majorité des professionnels, c'est une opportunité pour les professionnels, les usagers et le développement de la santé publique.

Il est important de penser aux formateurs et à leurs formations avant de débiter le projet de formation des infirmières.

Le champ même de la santé publique est marqué par la mise en place de nouvelles configurations qui bousculent fortement son contenu, ses méthodes et ses outils et lui confèrent des dimensions mouvantes. . La multiplicité des acteurs peut valoriser les compétences et rôles spécifiques alors même que la santé des consommateurs connaît une promotion récente conférant une attention nouvelle et inédite à la santé publique et créant un contexte sociopolitique favorable.

## **LES GROUPE D'ANALYSE DES PRATIQUES CLINIQUES, UNE OPPORTUNITE POUR L'ENCADREMENT INFIRMIER DE RENFORCER LE MANAGEMENT DES SOINS :**

L'éternelle question de l'identité de l'infirmière tend à occulter les vrais débats. Trop longtemps, l'hôpital a eu du mal à valoriser les espaces de paroles et de pensée.

Aujourd'hui, l'interrogation, l'évolution et l'enrichissement des savoirs qui fondent notre champ d'exercice professionnel sont incontournables.

La réflexion professionnelle ne peut plus s'inscrire uniquement dans un registre intellectuel mais s'encre dans la pratique quotidienne, dans l'analyse des situations de soins avec les infirmières praticiennes.

La prise de conscience d'un vécu et de problématiques partagés en commun le développement des liens sociaux avec des collègues d'autres secteurs peut réduire le sentiment d'isolement et de souffrance au travail grâce au renforcement du sentiment d'appartenance à un collectif qui affiche des valeurs, des références, des pratiques communes. L'engagement de l'encadrement est indispensable pour articuler l'action et la réflexion autour du patient.

## **L'EDUCATION THERAPEUTIQUE :**

Le patient est reconnu en tant que sujet (approche globale) et le soignant l'accompagne. Il est nécessaire de développer l'intelligence collective, travailler ensemble et développer différents réseaux :

- Réseau direct du patient, sa famille, ses proches (importance de la famille)
- Réseau pluriprofessionnel
- Réseau intra et interservices
- Réseau intra et extra hospitalier
- Réseau public et privé

## **TRANSFERT DE TACHES ET DE COMPETENCES VERS DES INFIRMIERES CLINIENNES SPECIALISEES EN HEPATO-GASTR-ENTEROLOGIE. EXPERIMENTATION AU CH DE MONTELMAR POUR LES PATIENTS ATTEINTS D'HEPATITE C.**

Le rapport Berland propose le transfert des tâches médicales vers des professions paramédicales.

A Montélimar une infirmière, sous couvert du médecin, suit des patients atteints d'hépatite C. Cette maladie guérit mais l'observance pour l'efficacité est primordiale. Le suivi est long, il est émaillé d'effets secondaires importants.

La première consultation d'annonce est assurée par le médecin en présence de l'infirmière, puis les consultations sont poursuivies en alternance par le médecin et l'infirmière. Pour une cohésion efficace un cahier d'observation est commun aux deux intervenants. Un consentement éclairé du patient est primordial avant de débiter ses consultations, L'acceptation doit être de 100% pour participer à l'expérience.

Une grille d'entretien est utile pour mieux connaître le patient. L'infirmière a un double rôle d'éducation et d'évaluation du traitement d'interféron ainsi que le suivi de la pathologie avec des prescriptions d'examen biologiques. Elle adapte le traitement suivant un protocole pré établi par le médecin. Les ordonnances sont préétablies. L'infirmière participe aussi au réseau ville hôpital, elle fait appel à une association de patients.

Elle suit régulièrement le patient tout au long de ses six mois et observe l'évolution de la maladie, elle évalue les connaissances du patient. Elle accompagne et soutient le patient et sa famille. Elle l'interroge sur le ressenti de sa pathologie, des soins. La prévention pour cette pathologie transmissible est importante. L'adhésion au traitement est primordiale. Elle identifie les personnes ressources et le réseau de soins. Une ligne téléphonique permet au patient de joindre l'infirmière référente. Il faut être disponible.

Que va devenir cette expérience ? Rien n'est défini à l'heure actuelle pour la poursuite de cette expérience.

Cette expérience est une opportunité en terme d'investissement. Les patients ont grand besoin d'écoute.

Nous devons rendre visible nos pratiques. La qualification sur des compétences et pas toujours sur des actes.

## **MOUVEMENT INFIRMIERS, REPRESENTATION PROFESSIONNELLE ET CONFLIT SOCIAUX :**

Qu'est ce qui pourrait favoriser une profession en dehors de conflits ?

- une identité qui ne sait pas se dire avec une fragmentation des structures représentatives et un investissement difficile

- Nécessité d'un projet fondateur, L'ordre ?

\* Légitimité des positions garanties par un principe démocratique.

\* Des inquiétudes apparaissent pour les répartitions entre l'ordre et les syndicats : le gommage de la diversité et un manque d'information est perçu par les professionnelles.

Il est difficile de se projeter dans un monde doté d'un ordre, de plus la perception de son utilité n'est pas bien perçue.

Les opposition à ce projet sont elles internes ou externe ?

Nous devons nous affermir dans le quotidien et construire de modèles de pensées. Quel est le service rendu à la population, son besoin, ses demandes ?

Comment se mobiliser ?

Au Québec, il n'y a pas de divergences entre l'ordre infirmier et les syndicats, ils ne sont pas antinomiques. Nous travaillons tous ensemble avec respect. Il ne faut pas se saborder.

## **LES CONFLITS :**

Exister, c'est provoquer et assumer les conflits. Le conflit prend sens dans ce qui le motive, la défense d'une position.

En s'engageant dans un débat on construit des propositions en se mobilisant.

Le positionnement professionnel permet de prendre ses responsabilités et de défendre ses positions.

## **L'ESPACE INTIME DU SOIN**

« L'homme » est un être humain complexe qui vu de l'extérieur est représenté par un corps souvent considéré comme un « objet de soin » mais si on le regarde à l'intérieur nous pouvons découvrir une dimension qui lui permettra de devenir sujet : les pensées, les désirs, les émotions.

Ce n'est qu'à partir moment où le soignant lui donne la parole, l'écoute, le comprend que cette personne peut devenir acteur de sa santé et participer aux choix des interventions de soins. L'interaction est au cœur de la relation de soin. Le raisonnement clinique doit gouverner l'espace intime du soin. Le soin est un miroir où la souffrance du patient peut résonner avec son histoire de vie. Il faut se connaître avant de connaître l'autre.

Il est grand temps de prendre soin de nous pour pouvoir perdurer dans notre profession, il faut prêter attention à soi.

Comment j'ai vécu ce soin ? Qu'est ce que je peux en apprendre ? Comment pourra évoluer le prochain soin ?

Il faut saisir les indices objectifs et gérer la subjectivité du patient en prenant de la distance.

Le soignant n'est pas là pour émettre des jugements de valeurs. Elle doit mettre toute son intelligence au travail. Le travail en équipe permet un enrichissement mutuel du savoir surtout si « l'espace intime du soin est difficile (fin de vie par exemple). On peut passer la main à une collègue en cas de difficultés.

Qu'apportent les patients de cette intimité aux soignants ?

Les besoins fondamentaux des patients sont au cœur de l'action soignante.

L'infirmière développe des connaissances scientifiques.

**LE LIEN** : le lien est important entre le patient et son environnement. Le care fait le lien, met du sens. Plus nous avons d'espaces pour communiquer et plus il y a de lien.

L'importance du transfert du savoir, nous ne devons pas mobiliser que du savoirs intuitifs.

Notre diplôme permet d'aller partout.

Comment rendre explicite pour les générations ce qui est implicite dans nos pratiques quotidiennes. On ne sait pas à quoi sert la direction des soins infirmiers. Méconnaissance aussi du milieu à l'intérieur et à l'extérieur. La méfiance perdure.

Les projets fédérateurs ont du mal à se structurer.

Nous parlons de soins infirmiers et pas de pratique infirmière. Les actes sont là mais pas les procédures de soins expliqués.

Comment constituer une identité sociale à travers ses différences ?

Nous sommes passées de la position charitable, bénévole à celle de salariée.

**Ces deux journées très riches nous ont permis de faire le point sur les soins infirmiers et les perspectives futures, nous sommes à un tournant à nous de choisir et de nous battre pour faire évoluer notre profession.**

Dominique Assogba Gbindoun et Anne Diakhaté