

	DO-RE	
---	--------------	---

Rapport scientifique

No de projet:

DO-RE 01008.1/CTI 5545.1 FHS

Mesure des prestations soignantes dans le système de santé

Measurement of Nursing Services within Health Care System

Ont collaboré à cet ouvrage:

Michel Nadot

Pierre-Benoît Auderset

Danielle Bulliard-Verville

Frédérique Busset

Jacqueline Gross

Nicole Nadot-Ghanem

Ecole du Personnel Soignant Fribourg/CH
Filière soins infirmiers


Haute école spécialisée
SANTÉ - SOCIAL
de Suisse romande

Février 2002

Coordonnées du projet

Direction du projet:

Nadot Michel, inf. Ph.D., Doyen et professeur, requérant principal et chef de projet
Ecole du Personnel Soignant, Abréviation: EPS
Route des Cliniques 15
CH - 1700 Fribourg /FR

Collaborateurs scientifiques EPS:

Auderset Pierre-Benoît
Bulliard-Verville Danielle
Nadot-Ghanem Nicole

Assistants de recherche:

Busset Frédérique
Gross Jacqueline

Partenaires de terrain:

Hôpital Régional de Delémont/JU
Hôpital Cantonal de Fribourg/FR
Hôpital psychiatrique de Marsens/FR
Fondation de Nant à Corsier/Vevy/VD
Home de la vallée de la Jagne à Charmey/FR
Services de soins à domicile de la CRF/FR
Centre Hospitalier Universitaire de Québec/CA

Haute Ecole associée au projet:

Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec/CA:

Dallaire Clémence, inf. Ph.D. sc. inf.
Gagnon Johanne, inf. Ph. D. sc. inf.
Lazure Ginette, inf. Ph. D. sc. inf.
Rousseau Nicole, inf. Ph. D. sc. Inf.

Avertissement:

Chaque fois qu'il est utilisé pour désigner le personnel infirmier, le féminin représente l'infirmière ou l'infirmier. Dans les autres cas, la masculin est utilisé comme représentant des deux sexes, dans le but d'alléger le texte.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement de leur soutien à ce projet:

- *Le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS);*
- *La Commission pour la technologie et l'innovation (CTI);*
- *Madame Ruth Lüthi, Conseillère d'Etat, directrice du département de la santé publique et des affaires sociales du Canton de Fribourg, Présidente du Conseil de direction de l'EPS, membre du Comité stratégique de la Haute Ecole Spécialisée Santé-Social romande (HES-S2);*
- *Monsieur Jean-Claude Jaquet, Directeur (jusqu'au 30.09.2001) de l'Ecole du Personnel Soignant de Fribourg/CH (EPS, site fribourgeois de la HES-S2, filière soins infirmiers);*
- *Les Directions et le personnel soignant des sept institutions de santé partenaires engagées dans ce projet;*
- *L'équipe de chercheuses de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval à Québec;*
- *L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), section fribourgeoise;*
- *Et pour leurs compétences éclairées, ...
mes collègues et proches collaborateurs dans cette recherche, sans oublier notre "informaticien de service" .*

Sommaire

COORDONNEES DU PROJET	2
REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS	6
LIMINAIRE	7
1) - EQUIPE DE RECHERCHE ET PROJET DE RECHERCHE	7
1.1) Engagement des Hautes Ecoles et partenaires de terrain	9
- Prestations propres fournies par les institutions partenaires de la HES	11
- Engagement de la HES-S2 fribourgeoise (filière soins infirmiers)	11
1.2) Objet de la recherche	13
- Postulat:	14
- Question de recherche:	15
- Hypothèses:	15
- Les buts	16
- Les enjeux	17
1.3) Cadre de référence.....	18
2) METHODOLOGIE	25
2.1) Choix d'une méthode.....	25
- Modalités de saisie des données (consignes):	31
- Formation des observateurs	32
2.2) Choix des lieux observés.....	33
- Hôpital Cantonal de Fribourg	35
- Hôpital Régional de Delémont/JU	35
- Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens/FR	36
- Fondation de Nant à Corsier sur Vevey/VD	36
- Home de la vallée de la Jagne à Charmey/FR	37
- Services de soins à domicile de la Croix-Rouge fribourgeoise	37
- Centre Hospitalier Universitaire de Québec (Canada).....	37
2.3) Planification de l'étude.....	39
- Plan de réalisation.....	39
- Collaboration avec les institutions partenaires de terrain	40
3) RESULTATS DE LA RECHERCHE	42
3.1) Une grille d'observation comme standard de l'activité soignante	42
3.2) Un lexique comme référentiel professionnel	47
3.3) Une redéfinition de l'activité soignante.....	51

3.4) L'activité soignante d'une manière générale	53
3.5) L'activité soignante dans le détail	55
- Gestion d'information (pratique A) et récolte d'informations (pratique B).....	64
- Pratique professionnelle de la relation (K)	69
- Pratique technologique du soin (L)	73
- Pratique d'assistance (J)	76
- Pratique de régulation (D)	80
- Pratique de déplacement (E)	81
- Pratique d'ordre et de discipline (C).....	82
- Pratique hôtelière (F)	83
- Pratique de réapprovisionnement et de rangement (H).....	83
- Pratique d'hygiène collective (G).....	84
- Pratique d'élimination (I)	84
- Les pratiques "F", "G", "H", "I", "J" ou les soins dits "de base":	85
- Pratique de formation (M)	87
- Pratique d'inactivité (N).....	87
- Analyse hiérarchique des regroupements	88
3.6) Particularités des résultats au Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ)	90
4) CONCLUSION	94
5) RECOMMANDATIONS	95
- Recommandations pour la pratique des soins	95
- Recommandations pour la pratique de l'enseignement	96
- Recommandations pour la pratique de la gestion	96
- Recommandations pour la pratique de la recherche	97
- Le mot de la fin.....	97
6) OUVRAGES CITES	98
7) - ANNEXES.....	102

Table des illustrations

Tableau 1: Hautes Ecoles et institutions de soins	9
Tableau 2: Les 11 sites d'observation	9
Tableau 3: Les pratiques de type SC1	19
Tableau 4: Les pratiques de type SC2	20
Tableau 5: Les pratiques de type SC3	22
Tableau 6: Planification	39
Tableau 7: Les systèmes culturels peuvent s'associer	46
Tableau 8: Classement des pratiques toutes institutions confondues (sans le CHUQ)	51
Tableau 9: Résultats des 14 pratiques et comportement de celles-ci à l'ANOVA	63
Tableau 10 : Indication des rangs pour chaque pratique	63
Tableau 11: Pratique A selon sa fréquence d'apparition dans les 10 services observés	64
Tableau 12: Pratique B selon sa fréquence d'apparition dans les 10 services observés	64
Tableau 13: Pratiques A et B cumulées selon la fréquence d'apparition dans les 10 services observés	64
Tableau 14: Pratique professionnelle de la relation (K)	69
Tableau 15: Détails des associations avec la pratique professionnelle de la relation	70
Tableau 16: Technologie de soins (L)	73
Tableau 17: Pratique d'assistance (J)	76
Tableau 18: Pratique de régulation (D)	80
Tableau 19: Détails de la pratique de régulation	80
Tableau 20: Pratique de déplacement	81
Tableau 21: Pratique hôtelière	83
 Schéma 1: Constitution d'un réseau	10
Schéma 2: Saisie de l'information	30
Schéma 3: L'activité soignante à observer	45
Schéma 4: Pratique professionnelle de la relation associée à... ..	69
 Graphique 1: Comparaison de l'activité soignante dans différents lieux (sans le CHUQ)	55
Graphique 2: Comparaison de l'activité soignante par lieu de soins	56
Graphique 3: Une semaine de pratique à l'hôpital cantonal de Fribourg (E2)	58
Graphique 4: Une semaine de pratique à l'hôpital cantonal de Fribourg (C2)	58
Graphique 5: Une semaine de pratique à l'hôpital de Delémont (D5)	59
Graphique 6: Une semaine de pratique à l'hôpital de Delémont (F4)	59
Graphique 7: Une semaine de pratique à l'hôpital psychiatrique de Marsens (A0)	60
Graphique 8: Une semaine de pratique à l'hôpital psychiatrique de Marsens (CO nord)	60
Graphique 9: Une semaine de pratique à la Fondation de Nant (UHPG)	61
Graphique 10: Une semaine de pratique à la Fondation de Nant (CIT)	61
Graphique 11: Une semaine de pratique au home de Charmey	62
Graphique 12: Une semaine de pratique aux services de soins à domicile (SAD)	62
Graphique 13: Hiérarchical Cluster Analysis, <i>Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)</i>	88
Graphique 14: Comparaison de l'activité soignante dans les 11 institutions	91
Graphique 15: Une semaine de pratique au Centre hospitalier universitaire de Québec	91

Liminaire

Sur la base d'un mandat confié par le Parlement et le Conseil fédéral, le Fonds national suisse (FNS) et la Commission pour la technologie et l'innovation (CTI) ont lancé une action ayant pour but de promouvoir les compétences en recherche appliquée dans les Hautes Ecoles Spécialisées (HES cantonales). Cette action a été baptisée DO-RE (DO-Research).

Selon les informations données par le secrétariat DO-RE de l'Office Fédéral de la Formation Professionnelle et de la Technologie à Berne (OFFT), la priorité sera donnée aux projets servant à développer des compétences en matière de recherche appliquée et pour lesquels il n'existe pas d'autres instruments de promotion. L'objectif du projet doit amener une solution novatrice à un problème donné. Les projets proposés doivent se mener en coopération avec des partenaires de terrain et un partenaire des universités. Le partenaire externe doit être directement intéressé à l'utilisation pratique des résultats du projet. Afin de montrer son engagement concret à utiliser ces résultats, le partenaire doit s'engager activement dans le projet. Vu les faibles moyens à disposition, la durée de ce projet a été limitée à 8 mois environ (Cf. **Annexe 1**).

1) - Equipe de recherche et projet de recherche

Ce projet pilote sera directement en lien avec les recherches fondamentales menées depuis de nombreuses années par Nadot (1983-1993) sur l'histoire et l'épistémologie de la discipline des pratiques de soins. L'équipe¹ de recherche de Fribourg menée par l'auteur des recherches précédentes (recherche en médiologie de la santé²), comprend des professeurs de la section professionnelle supérieure francophone de l'EPS qui appliquent depuis plusieurs années³ le modèle disciplinaire dit "d'intermédiaire culturel" mis au point par le chef de projet (1993-2000).

La Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec collabore à notre projet en terme de soutien et d'appui scientifique de notre équipe tout en menant une micro - recherche identique au Centre Hospitalier Universitaire de Québec. Associées à ce projet, les

¹ Composée de Michel Nadot, inf. Ph. D., Doyen de la section de formation professionnelle supérieure francophone de l'Ecole du Personnel Soignant de Fribourg (EPS), requérant principal et chef de projet ainsi que des professeurs en sciences infirmières de l'EPS à savoir: Mesdames Danielle Bulliard-Verville inf. lic. Phil. en Lettres, Frédérique Busset, inf. étudiante de 2^e cycle en sciences de l'éducation, Jacqueline Gross, inf. étudiante de 2^e cycle en sciences de l'éducation, Nicole Nadot-Ghanem, inf. lic. en sciences de l'éducation, et Monsieur Pierre-Benoît Auderset, inf. lic. Phil. en Lettres.

² Ce terme désigne l'identité scientifique de la discipline composée des théories et des pratiques de soins anciennement connues sous le vocable générique de "sciences infirmières".

³ L'utilisation de ce cadre de référence scientifique dans le programme de la section professionnelle supérieure francophone est mentionnée par les instances de contrôle du programme de formation de la section professionnelle supérieure francophone de l'EPS: *"Les recherches de Michel Nadot amènent une substance nouvelle et intéressante à la formation (...) La conceptualisation du service rendu par l'infirmière prend tout son sens dans la réalisation pratique qui en est faite qui est cohérente et intégrée par les étudiants et par les enseignants"* (Berne, SFP/CRS, 1998).). Ce modèle dit "d'intermédiaire culturel" est une conceptualisation du rôle professionnel de l'infirmière et de l'infirmier à partir de l'histoire et de l'épistémologie des pratiques de soins. Les traditions laïques des soins se mettent alors au service du développement de la discipline car, à la suite de Popper (1985), l'on pense que c'est la tradition qui constitue la source la plus importante en quantité comme en qualité pour notre savoir.

chercheuses⁴ de la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec peuvent ainsi valider la grille d'observation des prestations soignantes ainsi que le construit théorique du cadre de référence utilisé. Cette étude exploratoire de validation s'inscrit dans un contexte de développement et d'amélioration continue de la qualité des soins et des prestations de service offertes par le personnel infirmier ainsi que de la logique d'exposition des savoirs à enseigner.

Le lien ordinaire avec les chercheurs canadiens se fait au titre d'une coopération avec un centre de compétence étranger pour pallier les lacunes technologiques et universitaires suisses en sciences infirmières⁵.

Après avoir rencontré deux représentantes de la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval lors du premier congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie à Montréal le 21 novembre 2000, nous pouvions envisager une collaboration scientifique entre l'EPS et l'Université Laval. La directrice du projet au Québec sera Clémence Dallaire, docteure en sciences infirmières. L'équipe québécoise s'est donnée les moyens⁶ d'observer l'activité soignante au sein d'un établissement hospitalier universitaire. La coordination des activités de recherche entre l'EPS de Fribourg et la Faculté de sciences infirmières québécoise s'est effectuée par courrier électronique et échange documentaire.

En février 2001, 11 établissements de soins partenaires de terrain signaient avec l'EPS de Fribourg, une convention en vue de régler les droits liés à la propriété intellectuelle et à l'exploitation des résultats ainsi qu'aux modalités d'engagement des institutions partenaires.

Nous pouvons visualiser à l'aide des tableaux ci-après, les institutions partenaires engagées dans notre recherche.

⁴ Les collaboratrices scientifiques de la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec sont: Clémence Dallaire, inf. Ph.D. sc. Inf., professeur-adjointe, directrice scientifique pour le projet DO RE au Québec, Nicole Rousseau inf. Ph.D. sc. Inf., professeure titulaire à l'Université Laval, Johanne Gagnon, inf. Ph.D. sc. inf., responsable de la recherche à la direction des soins infirmiers du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), professeure associée à la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval, Ginette Lazure, inf. Ph.D. sc. Inf. professeure-adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

⁵ Depuis plus de trois ans, une collaboration scientifique existe entre l'EPS de Fribourg (Professeur Michel Nadot) et la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec (Professeure Nicole Rousseau) sur une thématique commune autour de l'histoire et de l'identité de la discipline infirmière. Pour ces deux chercheurs et contrairement à un bon nombre de théoriciennes américaines, la discipline des soins ne constitue pas son savoir à partir de connaissances puisées dans diverses disciplines, mais plutôt en donnant un sens à la tradition pratique spécifique qui sera standardisée et conceptualisée notamment, en s'appuyant sur ce que l'on appelle une discipline réflexive.

De plus, le tout jeune Institut universitaire en sciences infirmières de l'Université de Bâle, qui a ouvert ses portes en automne 2000, ne nous semble pas mener des réflexions dans le même paradigme que celui qui habite l'espace de réflexion francophone. Nous n'avions au début de notre étude aucun contact avec cet institut. Comme le relève Gobet et al., il n'existe pas en Suisse de formation universitaire en sciences infirmières, le passage à l'écrit se fait péniblement, les alémaniques ne lisent pas le français et les romands l'allemand, d'où une ignorance réelle et reconnue de ce qui se passe de l'autre côté de la Sarine. Il est dès, lors quasiment impossible de valider dans le pays même la recherche faite en Suisse (1998, p. 82).

⁶ Par l'engagement de trois étudiantes de deuxième cycle: Geneviève Lazure-Demers (éducation), Annie Bilodeau (éducation), Valéry Belzil (ethnologie).

1.1) Engagement des Hautes Ecoles et partenaires de terrain

Tableau 1: Hautes Ecoles et institutions de soins

	Type d'institution	Nombre de collaborateurs (trices) (Infirmières et infirmiers)
Hautes Ecoles	- HES-S2, site fribourgeois, filière soins infirmiers, Ecole du personnel soignant de Fribourg - Université Laval à Québec, Faculté de sciences infirmières (partenaire de terrain)	6 professeurs 4 professeurs 3 assistantes
Institutions de soins Noms des participants: Cf. <i>Annexe 2</i>	- Hôpital cantonal de Fribourg - Hôpital régional de Delémont/JU (partenaire de terrain principal) - Hôpital psychiatrique de Marsens /FR - Fondation de Nant à Corsier sur Vevey/VD - Home de la vallée de la Jagne à Charmey/FR - Services de soins à domicile de la Croix-Rouge fribourgeoise - Centre Hospitalier Universitaire de Québec (partenaire de l'Université Laval)	6 personnes 6 personnes 6 personnes 9 personnes 3 personnes 7 personnes 0

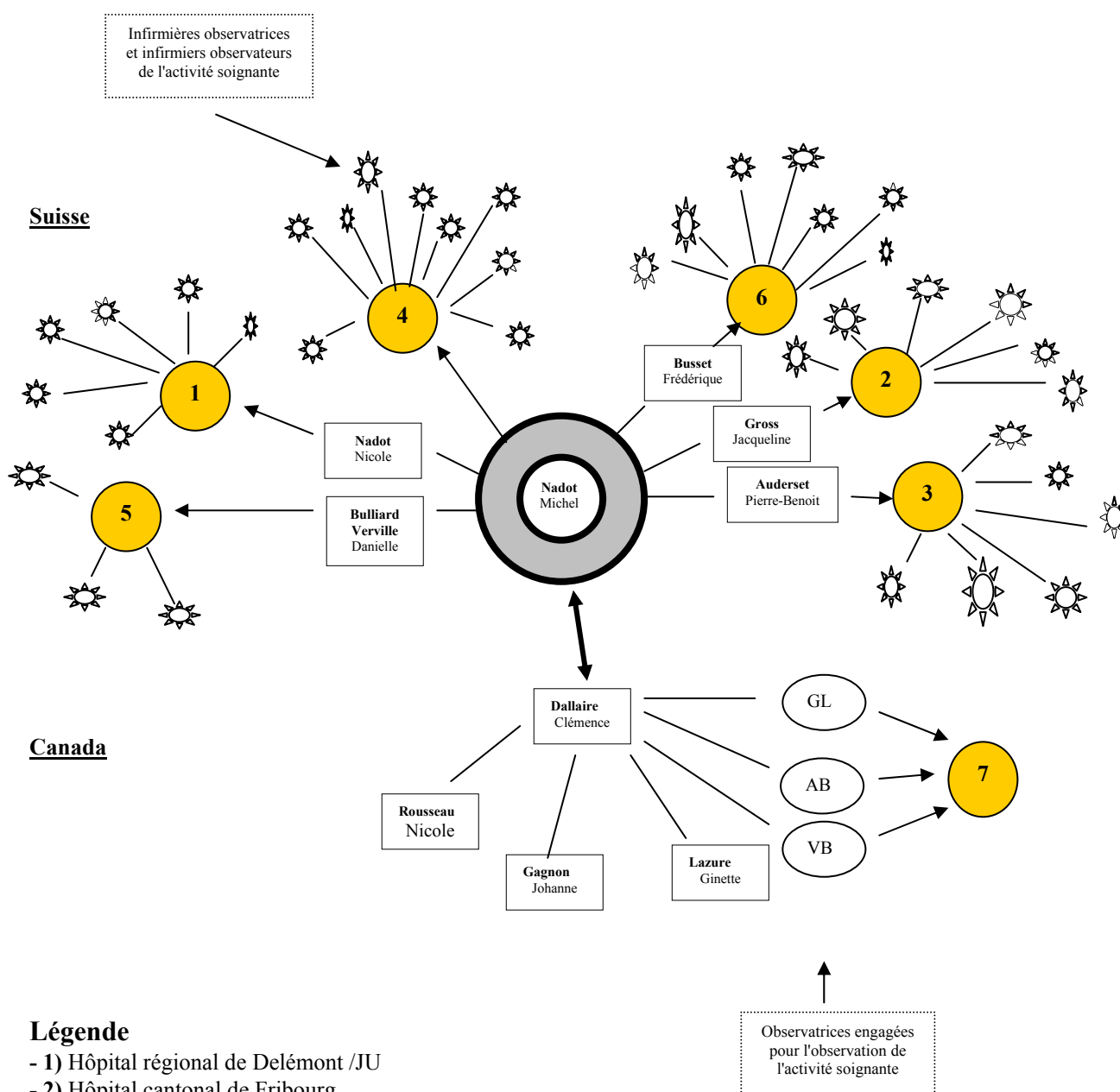
TOTAL 50 personnes

Institution de soins	Sites d'observation
- Hôpital cantonal de Fribourg	- 1) service de chirurgie (E2) - 2) service d'ORL (C2)
- Hôpital régional de Delémont/JU (partenaire de terrain principal)	- 3) service de médecine (D5) - 4) service de chirurgie-gynécologie (F4)
- Hôpital psychiatrique de Marsens /FR	- 5) service d'admission (A0) - 6) service de psychiatrie de la personne âgée (C0)
- Fondation de Nant à Corsier sur Vevey/VD	- 7) unité hospitalière de psychogériatrie (UHPG) - 8) centre d'intervention thérapeutique (CIT)
- Home de la vallée de la Jagne à Charmey/FR	- 9) alternativement, les trois étages de l'institution
- Services de soins à domicile de la Croix-Rouge fribourgeoise	- 10) alternativement, les centres de santé de la Gruyère, de la Broye, de la Glâne, de Sarine-campagne, de la Veveyse et de Fribourg-ville
- Centre Hospitalier Universitaire de Québec	- 11) service de médecine-chirurgie

Tableau 2: Les 11 sites d'observation

Schéma 1: Constitution d'un réseau dans un projet pilote de recherche

50 personnes impliquées



 Infirmiers (ères) engagées par les institutions partenaires et formées à l'observation et à la méthodologie, en vue d'appliquer les stratégies de recherche définies par le site HES-S2 en charge du projet de recherche.

- Prestations propres fournies par les institutions partenaires de la HES

Il s'agit essentiellement des salaires des collaboratrices et collaborateurs engagées dans la recherche (ressources humaines).

D'une manière générale, les institutions mettront au service de l'équipe de recherche des infirmières et infirmiers en tant qu'observatrices (eurs), à raison 55 heures en moyenne par personne dans cette étude. Dans ces 55 heures sont compris le temps nécessaire à l'observation de l'activité soignante, la participation aux séminaires, l'étude documentaire, et les déplacements.

En tenant compte du salaire horaire moyen⁷ des professionnels de la santé, des frais de cours, des indemnités de déplacement, de repas, et d'un forfait pour dérangement institutionnel, chaque institution a offert des prestations propres pour un montant équivalent à 8'000 CHF.- par site d'observation mis à disposition.

La Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec a offert quant à elle, 200 heures pour les 4 collaboratrices scientifiques engagées dans la participation à ce projet, ce qui représente un montant de 20'800 CHF.

En outre, la Faculté de sciences infirmières s'est organisée de manière indépendante pour observer l'activité soignante dans le Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ).

Une contribution propre supplémentaire de 4000\$ ne faisant pas partie de la demande de subside sera ajoutée par nos collègues québécoises dans cette étude au 15 juillet 2001.

- Engagement de la HES-S2 fribourgeoise (filière soins infirmiers)

Cet engagement est dépendant du profil de financement arrêté par les instances de soutien et de la surcharge de travail liée à la transformation des standards de la formation professionnelle supérieure (tertiaire non HES) en standards des formations de type HES.

La durée d'un projet devait être limitée à 6 mois et ne pas dépasser Frs. 50'000.- par projet.

Notre projet finalement, sera conçu sur 8 mois et requerra un subside fédéral de Frs. 60'270.-⁸

Ce subside couvre les salaires des professeurs de l'EPS engagés dans le projet, mais cet engagement prendra la forme d'heures supplémentaires car nous n'avons pas de budget pour l'année 2001 consacré à la recherche⁹. En outre, il était impensable dans le temps imparti, d'engager d'autres personnes pour remplacer dans des fonctions spécifiques et à responsabilités, les professeurs engagés dans la recherche. Nous n'avons donc pas inséré dans notre budget, le coût du remplacement des chercheurs. L'investissement prévu en heures de travail sera estimé à 1288 heures. Le surplus, si il y a, sera imputé en supplément au temps de travail ordinaire des professeurs de l'EPS.

⁷ Dans lequel nous tiendrons compte des variations salariales liées aux différents statuts des collaborateurs et des cantons impliqués dans la recherche.

⁸ Il s'agit ici d'une erreur due à la précipitation dans l'organisation du projet et retrouvée lors d'un contrôle postérieur à l'envoi de la demande de subside. En réalité, le montant est de Frs. 60'480.-

⁹ Cette situation due en partie aux changements en cours, ne devrait être que transitoire, dans la mesure où un budget recherche devrait-être prévu pour 2003 dans notre institution. Le rapport final des groupes de travail sur les missions nouvelles de la HES préconisait quant à lui, que les activités de R&D devaient être assurées par un financement représentant environ le 10% du budget global d'une HES (1999, p. 26).

Nous pensions au début du projet nous attacher les services d'un cadre infirmier du département statistique et informatique de l'hôpital cantonal de Fribourg et nos collègues québécoises nous avaient aussi assuré de la possibilité d'obtenir la collaboration d'une experte en analyse statistique. Les ententes contractuelles devaient être organisées si le besoin s'en faisait sentir. En fait, nous n'avons pas suivi nos intentions premières et nous avons fait appel à un professeur de statistique de l'Université de Fribourg en fonction de besoins spécifiques qui surgissaient au fur et à mesure que nous analysions notre base de données.

La bureautique et le secrétariat de la recherche ont été assurés par le chef de projet. Auderset Pierre-Benoît et Bulliard Verville Danièle se sont chargés du traitement statistique des données.

Le système informatique de notre institution était en pleine transformation au début de notre projet. Nous avons changé de personnes compétentes dans le domaine informatique, d'équipement et de logiciels au début de l'année 2001. Si dans l'équipe de recherche, chacun avait des compétences dans le maniement des outils informatiques tels Word, Excel, Outlook, SPSS (version 10.1), personne ne les possédait en totalité. Ce travail de mise en commun des ressources a pris beaucoup d'énergie. Nous ne sommes en effet pas encore au stade de la maîtrise de ces différents équipements, que ce soit au niveau de la maintenance ou de l'utilisation. Au cours de la rédaction des rapports scientifiques, nous n'avons pas échappé non plus aux blocages du système informatique qui avait parfois de la peine à gérer des graphiques et des tableaux "copiés-collés" entre les logiciels "Word" et "Excel".

1.2) Objet de la recherche

Intitulée: "Mesure des prestations soignantes dans le système de santé ou *Measurement of Nursing Services within Health Care System*", cette recherche se propose de mesurer les prestations soignantes¹⁰ dispensées au sein des institutions de santé (hospitalières ou extra-hospitalières) en évitant de reconduire les représentations d'aujourd'hui qui ne valorisent, scientifiquement et économiquement, que des actions à connotation dominante médicale.

Par difficulté endémique à rendre compte des exigences propres à la pratique des soins, ou de déterminer un "référentiel métier"¹¹, les dotations en personnel infirmier très souvent dépendantes des représentations sociales, oscillent depuis plus d'un siècle entre le bénévolat et le professionnalisme, entre l'économie domestique, les professions de foi, le bricolage institutionnel et la médecine, entre le « trop » de personnel et le « pas assez » de personnel.

En modifiant le référentiel de l'observation ne peut-on pas envisager de rendre compte « autrement » des prestations de service fournies par les infirmières et infirmiers ?

À partir des cadres de référence de la discipline dite "infirmière" (médiologie de la santé¹²), les chercheurs de l'EPS et de l'Université Laval espèrent obtenir des informations utiles au management de la santé à l'usage des décideurs et autres économistes, en vue de comprendre de quoi est fait ce besoin de société, celui de prendre soin de la vie pour qu'elle puisse demeurer lorsque l'on se trouve dans l'incapacité de faire face soi-même à cette tâche. Ce "prendre soin" de la vie, tout en assurant la logistique nécessaire, est l'objet depuis des siècles de l'activité soignante. Réduire ou dévaloriser cette activité, pousse à dévaloriser aussi bien celles qui l'exercent que les bénéficiaires de ces dernières.

De ce fait, et contrairement à ce que préconisent certaines législations d'aujourd'hui¹³, ces pratiques ne se satisfont pas d'une subordination à l'activité médicale. Cette perception des

¹⁰ L'on entend par prestations soignantes, des prestations de service en tant qu'activités composées d'actions multiples dans un contexte singulier dépendant d'une époque.

¹¹ Cf. HES romande santé-social, Rapport final des filières, septembre 2001, p. 5.

¹² Dans médiologie, *médio* ne dit pas *média* ni *médium*, mais médiations (Debray, 1994). L'appellation "médiologie de la santé" semble remplacer avantageusement l'ancienne dénomination générique "sciences infirmières". En quoi les sciences infirmières sont-elles infirmières? Les réponses sont loin d'être concises et précises.

La (le) médiologue de santé est alors celle (celui) qui pratique des médiations de santé au cœur du système sanitaire en tant qu'intermédiaire culturelle. Depuis l'Antiquité, soigner consiste à aider à vivre des individus empêchés temporairement ou de façon durable de mener leur vie en dépit des conditions adverses qui l'affectent. La médiologie de la santé est une théorie de l'action soignante en tant que science humaine. Si pour Debray(1994), ne cherchant pas ce qui est derrière, mais ce qui se passe entre, le médiologue se voit contraint d'installer son tabouret entre trois fauteuils: ceux de l'historien des techniques, du sémiologue et du sociologue, la médiologie de la santé installera le sien, entre les théories de l'action, les sciences humaines et les sciences bio-médicales. Position inconfortable mais inévitable.

¹³ Notamment l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) dispensés à domicile. Les soins de base, c'est-à-dire ceux qui sont à la base de la discipline des pratiques de soins et d'assistance font partie du rôle autonome de l'infirmière précisé par l'ASI (Cf. Vollenweider, 2001). Ces soins sont issus de la lente standardisation des pratiques traditionnelles étudiées en médiologie de la santé (discipline des pratiques soignantes).

choses progressivement imposée depuis le milieu du 19^e siècle, nie la tradition hospitalière¹⁴ de la discipline et ne renvoie qu'à la fonction déléguée¹⁵ du rôle professionnel. L'on évitera dès lors, cette forme de réductionnisme. L'action soignante et les théories qui l'accompagnent sont beaucoup plus larges que les prestations de soins elles-mêmes.

En Suisse notamment, l'infirmière a souvent situé son activité autour du soin ou des besoins projetés sur les personnes à soigner et limitait ainsi son intervention à l'objet "soin" (ou prendre soin)¹⁶. Cependant, son activité, passée ou récente, indépendante ou déléguée, est beaucoup plus vaste et demande toujours plus de compétences que celles consistant exclusivement à soigner (Nadot, 1992). Peu concernée par l'histoire de sa propre discipline, la profession dite "infirmière" semble peu préparée à assumer les interrogations historiques et idéologiques (Collière, 1992).

La charpente conceptuelle de notre étude se présente sous la forme suivante:

- Postulat:

- 1) La fonction soignante et les compétences qu'elle réclame n'ont cessé de se complexifier depuis le 18^e siècle.
- 2) La position occupée par l'infirmière et l'infirmier au sein des institutions de santé est une position d'intermédiaire culturelle entre trois systèmes de valeurs qui ne sont pas en synergie.
- 3) C'est cette position particulière d'intermédiaire culturelle qui détermine la complexité des compétences mobilisées par le rôle professionnel et non l'utilisation exclusive d'une technologie développée par l'ingénierie médicale ou des connaissances produites par l'activités du médecin¹⁷.

Malgré les préoccupations répétées des soignants pour clarifier leurs prestations, la tendance à relever le défi de faire toujours "plus avec moins", les plaintes autour de la non reconnaissance socio-économique des compétences mobilisées et des responsabilités

¹⁴ Au sens de l'hospitalité et de l'accueil (l'aide à la vie) pratiqués par les hospitaliers et les gouvernantes (termes laïques qui précèdent l'usage du terme "infirmière") engagées dans l'organisation complexe des secours de l'hôpital laïc médiéval.

¹⁵ Ou médico-déléguée dans certains pays d'expression française.

¹⁶ Ainsi, les besoins en soins infirmiers sont déclinés dans les prescriptions de formation professionnelle comme faisant partie d'une offre globale *"déterminée à partir des besoins de la population, à savoir: des individus et des groupes, des nouveau-nés, des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées, en bonne santé, présentant des risques, atteints d'affections aiguës et chroniques, à domicile ou en établissement sanitaire, médico-social et médico-thérapeutique"* (CRS, 1992). Autre référence plus récente: Les clients/patients de l'infirmière sont *"des individus et leur proche, des familles et des groupes se trouvant dans divers états de santé physique et/ou psychique et provenant de différents milieux socio-culturels. Ces personnes et ces groupes peuvent être touchés par des situations de crise et de dépendance lourdes de conséquences, ainsi que par les suites de traumatismes et d'agressions physiques et psychologiques"* (CDS/CRS, profil professionnel de l'infirmière/infirmier diplômé (e), juin 2001). Si cette énonciation est nécessaire pour se représenter la cible prioritaire de l'action, elle n'est toutefois pas suffisante pour rendre compte de l'activité professionnelle dans son ensemble.

¹⁷ Une partie de cette activité étant déléguée aux infirmières et exécutée par ces dernières sur mandat ou prescription médicale.

assumées, l'on est bien obligé de constater un enchaînement infernal et inéluctable¹⁸, une lassitude manifeste, une surcharge de travail, une démotivation à poursuivre une activité librement choisie qui, à son tour, entraîne une pénurie de personnel et une baisse d'attrait pour la profession qui a un coût pour notre société¹⁹.

Tout semble se passer comme si les choix et les priorités politiques, les discours et les doctrines en économie de la santé, ne s'appuyaient sur aucun indicateur²⁰ pour donner au système de santé et à ses agents les moyens financiers d'assumer le service professionnel d'aide à la vie (non médical) attendu par la population²¹.

L'on peut même se demander si il y a une franche volonté politique de répondre à des besoin de santé ou à une certaine qualité de vie ou si c'est l'indifférence qui l'emporte ? A la suite de Collière (1996), nous ferons remarquer que l'on semble oublier trop facilement que pour vivre l'on a besoin de soins, mais l'on n'a pas besoin de traitements. Et lorsqu'il y a traitement, l'on doit indéniablement redoubler de soins dans le cadre d'un environnement logistique particulier. C'est lorsque l'on est dans l'incapacité de prendre soin soi-même de sa propre vie ou de sa raison de vivre, que l'on devient usager du système de santé.

- Question de recherche:

A partir de la standardisation de l'activité soignante traditionnelle (séculière et ancestrale), nous chercherons à savoir en quoi consistent les prestations de service offertes par le personnel soignant dans les institutions de santé. Quel pourcentage d'une journée de travail est consacré à rendre service au système de santé, au corps médical, à la personne soignée et à son entourage?

- Hypothèses:

- 1) L'activité soignante peut se redéfinir à partir des traditions disciplinaires.
- 2) Les éléments composites de l'activité soignante sont semblables quelque soit le type d'institution dans laquelle elle s'exerce.
- 3) Le rôle professionnel des soignants "médiologues de santé" consiste à offrir des prestations de service supérieures aux tâches exigées par une prescription ou un mandat médical ("auxiliaire médicale").

¹⁸ Il y inflation d'écrits à ce sujet. Pour exemple: Kolb 2000, Charrère 2000, Nyffeler 2001, Bieri 2001, Garigio 2001, Blanchard 2001, Goumaz 2001, Zurcher 2001, etc.

¹⁹ Et ce ne sont pas les bricolages institutionnels, prônant le nivellement par le bas des professionnels de la santé afin de répondre dans l'urgence à des besoins de société et l'appel aux âmes charitables, qui pourront arranger cet état de fait.

²⁰ Ou sur d'autres indicateurs d'une légitimité supérieure au discours "infirmier" lequel semble être prononcé par des personnes non légitimées à le prononcer (Bourdieu, 1982). Les professionnels de la santé ne désirent plus que l'on parle à leur place. Cet usage linguistique ne permet pas d'anticiper les coûts de la santé.

²¹ A ne pas confondre avec le bénévolat, la philanthropie, le dévouement, et autres formes d'assistance charitable ou de service civil, certes très honorables, mobilisées à l'occasion pour pallier aux carences ou à l'absence de moyens du système socio-sanitaire.

- 4) Le rôle professionnel des soignants "médiologues de santé" consiste à offrir des prestations de service dépassant le service ultime et exclusif aux personnes soignées communément nommées "malades". Le rôle professionnel d'une infirmière ou d'un infirmier, c'est plus que ça.

Et l'on pense que c'est ce "plus que ça", qui pousse les soignants à revendiquer une reconnaissance de leur activité. Depuis des décennies l'activité soignante se déroule sur le mode du "ça va sans dire" sans que l'on sache vraiment de quoi se compose cette activité, tant les représentations symboliques sont puissantes à conserver les clichés.

Alors que l'usage distingue des institutions de soins pour affections "aiguës" ou "chroniques", des établissements "spécialisés", "médicalisés" ou "non médicalisés", des soins²² "techniques", "relationnels", "spéciaux", ou des "mesures d'accompagnement", l'on sait que depuis plus de deux siècles, dans un cadre institutionnel et disciplinaire singulier, les infirmières et infirmiers, en tant qu'intermédiaires culturels, mettent incontestablement en rapport divers interlocuteurs qui, sans eux, n'en auraient pas. De ce fait, l'évaluation des coûts de la santé dans lesquels le personnel soignant occupe une place importante, ne peut se satisfaire des catégories médicalisées établies par d'autres acteurs²³ que celles et ceux qui dispensaient quotidiennement et professionnellement des prestations soignantes au cœur des institutions.

- Les buts

Notre recherche aura pour but de:

- Décrire et redéfinir l'activité soignante.
- Identifier et quantifier les actions soignantes quotidiennes indifféremment du type d'institution dans laquelle elles se déroulent.
- Valider la grille d'observation des prestations soignantes ainsi que le construit théorique de l'étude.
- Présenter aux organismes chargés de l'orientation professionnelle une image conforme aux réalités de terrain afin d'éloigner cette image des représentations sociales et de clichés qui perdurent²⁴. Ceci, dans le but de soutenir l'intérêt, la relève et le recrutement des candidats potentiels aux formations HES des filières dites en "soins infirmiers".
- Elaborer des propositions réalistes afin qu'en économie de la santé, l'on puisse mieux percevoir et tenir compte des compétences exigées, lorsque l'on a comme projet de société

²² Dans une recherche remontant aux années 1990, l'on mettait en évidence que le mot soin, dans le vocabulaire francophone institutionnel, était accompagné de 45 qualificatifs. Quelle raison a le milieu de la santé d'employer 45 qualificatifs pour distinguer un soin d'un autre ? Cela favorise-t-il le contrôle économique des coûts de la santé en précisant le statut des acteurs ? Nous pensons que non (Nadot, 1990).

²³ Voire par les infirmières elles-mêmes, prisonnières alors de cette sorte d'habitus (Bourdieu, 1984) véhiculé par des manuels écrits par autrui et qui enfermeront les soignantes *dans une classe de discours qui les empêchaient de prendre conscience de leur domination symbolique* (Nadot, 1999, p. 150).

²⁴ Que l'on peut retrouver dans les manifestations des infirmières françaises en automne 1991. Ces dernières dénonçant le cliché de la femme "ni bonne, ni nonne, ni conne" (Walter, 1992), cherchent ainsi à débarrasser la profession de ces représentations qui encombrant toujours l'imaginaire.

d'aider à vivre des personnes en dépit des conditions adverses qui affectent leur vie.

- Les enjeux

de cette recherche peuvent être vus à la fois comme:

- politiques:
 - application d'un concept dans la pratique en vue d'introduire de nouvelles représentations de la discipline des pratiques de soins et d'assistance;
 - proposer un autre ordre de valeurs sur les pratiques à enseigner et à inclure dans les programmes de formation de degré universitaire (HES);
- et
- pragmatiques:
 - meilleure information des candidats aux professions soignantes en ce qui concerne les pré-requis à avoir et les exigences professionnelles;
 - mise au point ultérieure d'outils de mesure de l'activité soignante en vue de déterminer les conditions optimales, les exigences et les coûts engendrés par cette activité à partir de la médiométrie²⁵.

Les prestations de service des infirmières ainsi que leur logique d'action sur les sept jours de la semaine, quelque soit l'institution où elles pratiquent sont l'objet de cette recherche.

²⁵ Nom donné aux procédures d'identification, de mesure et de valorisation des actions entreprises dans les médiations de santé et dans la mise en œuvre des activités soignantes selon le modèle d'intermédiaire culturel développé et étudié par la médiologie de la santé. Médiométrie ne se confond pas avec "médiamétrie" qui est la mesure de l'audience auprès des chaînes de télévision et "médicométrie" qui est la mesure et la valorisation des prestations médicales.

1.3) Cadre de référence

Comme le mettent en évidence plusieurs historiens travaillant hors du champ de la médecine, les prestations de service délivrées par les infirmières obéissent depuis des générations²⁶ à des valeurs et des normes, qui toutes, requièrent des références culturelles afin d'avoir un sens et une légitimité. Nous parlerons ici, "d'ordre"²⁷ ou de système culturel (SC²⁸) pour désigner l'ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but. Ces éléments sont essentiellement symboliques (connaissances, valeurs et idéologies).

Ce système culturel guide et contrôle l'action exclusivement par l'information qu'il dispense. Les prestations de service qui en découlent visent à atteindre des finalités recherchées. La tradition orale et l'écriture servent de véhicule au transport et à la diffusion de ces éléments symboliques.

C'est à partir des typologies des actions prescrites aux soignants et relatées par les travaux d'histoire de la discipline ainsi que du développement des connaissances en médiologie de la santé, que s'est construite progressivement la matrice de la discipline des pratiques de soins et d'assistance²⁹.

Nous rappelons brièvement au lecteur les éléments structurant le travail effectué par les soignantes du passé. Ces références culturelles qui contiennent des valeurs, des idéologies et des connaissances, se sont structurées progressivement autour de trois sources. Des sources en

²⁶ Déjà au 18^e siècle, l'hôpital était une institution qui occupait un personnel habitué à observer et à partager ce que vivaient en permanence les personnes qu'il aidait à vivre. Ce personnel allait alors se constituer une expérience du langage et du spectacle qui structurait le temps passé en institution (Nadot, 1992). Cette expérience sera alors chargée de valeurs instrumentales historiquement inscrites au sein de la tradition soignante. L'hôpital laïc sous l'Ancien Régime était une institution non médicalisée qui servait "*à protéger la société civile contre des défauts qui pouvaient altérer le repos de cette société*". Les défauts mentionnés en 1759 étaient le manque de biens, le manque de santé et le manque de forces (Nadot, 1992, p. 154 et 1993, p. 94-95).

²⁷ Un ordre contient des valeurs et des normes différenciées et particularisées, qui toutes requièrent des références culturelles afin d'avoir un sens et une légitimité (Nadot, 1993). Le rôle professionnel des soignants sera au cœur de trois ordres et comprendra trois fonctions:

- l'ordre institutionnel (SC1) fonction d'institutionnalisation. Valeurs autour de l'ordre, de la discipline, de la propriété collective, de l'économie domestique et de la logistique, du contrôle, de la gestion complexe de l'information et des mouvements des personnes.
- l'ordre médical (SC2) fonction déléguée. Valeurs autour de la collecte d'information à usage médical et l'application de prescriptions médicales, actions sur mandat médical et collaboration aux mesures diagnostiques et d'investigation.
- l'ordre soignant non médical (SC3) fonction indépendante du rôle professionnel. Valeurs autour de l'aide apportée pour accomplir les activités de la vie quotidienne, le réconfort, l'accompagnement ("être avec" la mort, la douleur, la déraison, la souffrance, etc.), ainsi que le partage des misères et des peines qui s'expriment ou qui se vivent. La fonction indépendante du rôle professionnel comprend aussi la transmission, la délégation, la construction et la diffusion des connaissances professionnelles.

²⁸ "SC" pour système culturel. Pourquoi SC"1", "2", "3": ces abréviations représentent les trois éléments culturels traduits dans les normes d'action des soignantes. Les chiffres 1, 2, 3 indiquent la chronologie de l'apparition de la culture écrite (règlements, protocoles, notes de service, manuels et ouvrages scientifiques et autres procès verbaux) qui servaient à guider et à contrôler l'action soignante.

Deux éléments culturels seront délégués aux soignantes en terme d'actions prescrites (SC1-SC2 par des directives de service ou durant leur formation) et un élément sera produit par les soignantes elles-mêmes (SC3, sens donné à l'expérience lorsqu'elles accéderont aux pratiques de la recherche et à la diffusion du savoir). Avant d'atteindre le stade de l'écriture, certaines des pratiques réalisées pouvaient se transmettre par oral et demeurer implicites.

²⁹ Cette typologie est nécessaire pour se représenter la globalité des prestations de service offertes par les infirmières et pourrait constituer le référentiel de métier qui fait parfois défaut à la profession.

provenance de la dynamique institutionnelle et des autorités chargées de gouverner l'hôpital (SC1). Des sources en provenance de l'évolution scientifique de la médecine (SC2). Des sources en provenance de l'interaction entre des personnes individuelles (personnes soignées et leur entourage avec le personnel soignant) (SC3).

Le premier système de valeurs qui va guider l'action soignante, se rapporte aux finalités institutionnelles et aux modalités du respect de la discipline et de l'ordre, à la gestion du temps et de l'espace, aux principes de gestion de l'économie domestique et au droit institutionnel. La fonction du rôle professionnel est une fonction d'institutionnalisation déléguée aux "gouvernantes" du passé par le système de santé ou par ses agents. Elle réclame des compétences pour communiquer, transmettre des informations écrites et orales, accueillir, rassurer, informer, contrôler, gérer le matériel, contrôler les mouvements des "habitants" de l'hôpital et assurer l'économie domestique (organisation, financement et logistique).

Pour exemple, quelques pratiques³⁰ imposées ou déléguées aux soignantes par les représentants³¹ de la culture institutionnelle.

Tableau 3: Les pratiques de type SC1

Pratiques SC1
- Pratique du rangement - Pratique des inventaires - Pratique élémentaire de la lecture, de l'écriture et de l'arithmétique - Pratique de la délation - Pratique de l'injonction - Pratique de la domination - Pratique de la démagogie - Pratique de la tutelle - Pratique d'hygiène domestique collective - Pratique de la persuasion - Pratique de la clôture ou de l'enfermement - Pratique du contrôle - Pratique du serment (et de l'engagement) - Pratique de la fidélité - Pratique du jugement - Pratique de l'orientation dans le temps et dans l'espace - Pratique logistique - Pratique d'économie domestique - Pratique de récupération de ce qui peut l'être sur le plan

³⁰ La pratique, est une action humaine contrôlée et guidée par des éléments symboliques compris dans un système culturel (connaissances, valeurs, idéologies). La pratique, ne serait-ce que la pratique soignante, est alors une conséquence de la traduction et de la compréhension des valeurs dans des normes d'action (Nadot, 1993, p. 164). Les pratiques observées constituent l'aspect visible d'une sorte de "processus compromissaire" intégrant l'action prescrite et l'action réalisée. Ces pratiques en tant qu'actions conduites au sein du champ disciplinaire des pratiques de soins sont nommées "prestations soignantes".

Sur ce sujet, nous renvoyons le lecteur à Ricoeur (1986) pour qui, l'action sensée est, d'une manière ou d'une autre, gouvernée par des règles. Le sens de l'action dépend du système de convention qui assigne un sens à chaque geste. On peut parler de médiation symbolique pour souligner le caractère d'emblée public, non seulement de l'expression des désirs individuels, mais de la codification de l'action sociale dans laquelle l'action individuelle prend place. Ces symboles sont des entités culturelles et non plus seulement psychologiques.

³¹ Direction et hiérarchie administrative ou politique des institutions de soins

Pratiques SC1
économique - Pratique du service "à" et "de" table - Pratique de réapprovisionnement des denrées utilitaires - Pratique de la gestion du temps, de l'espace, des denrées, du matériel et des personnes (employés et pensionnaires) - Pratique d'hygiène domestique individuelle (réfection de lits, rangement des effets et affaires personnelles des habitants de l'institution) - Pratique de la production d'énergies (eau, chaleur, éclairage) - Pratique de l'élimination des déchets domestiques et organiques, des matériels usagés et défectueux - Pratique désodorisante - Pratique de réparation (petits travaux domestiques)

Les sources qui vont guider le deuxième système de valeurs qui, à son tour et par délégation vont guider l'activité soignante, proviennent de la discipline médicale au fur et à mesure de son évolution. Cette délégation culturelle à la fois orale puis écrite, a fait progressivement de la soignante un agent double au service du corps médical.

- Agent collecteur de données en vue d'une analyse faite par le médecin (observation, évaluation de l'état du malade). Une fois collectées, il fallait encore transmettre ces informations selon les règles de la langue légitime (langage scientifique).

- Agent applicateur des prescriptions médicales au travers de connaissances déléguées et imposées progressivement par le corps médical à l'aide d'un support représenté par les manuels³² dits "de soins aux malades".

Les compétences réclamées (prescrites) au début du 20^e siècle se déclinaient notamment sous forme de ponctualité, rigueur, habileté, dextérité, docilité, discernement et une "grande intelligence d'esprit".

Pour exemple, quelques pratiques imposées ou déléguées aux soignantes par les représentants de la culture médicale.

Tableau 4: Les pratiques de type SC2

Pratiques SC2
- Pratique de l'observation - Pratique du discernement - Pratique de la perception - Pratique de l'attention - Pratique de la transmission d'informations - Pratique de la transcription - Pratique d'une langue "légitime" (savante) autre que la langue usuelle (anatomie, physiopathologie) - Pratiques d'actes thérapeutiques délégués par le médecin - Pratique du lavement médicamenteux - Pratique du service rendu au médecin et au chirurgien (pansements, techniques médico-chirurgicales, rangement, classement, connaissances, préparation et distribution des remèdes,

³² Déjà en 1775, le manuel de Serain Pierre Entrope *"Instructions pour les personnes qui gardent les malades"*, était révélateur des principes qui allaient guider l'action (Nadot, 1999).

Pratiques SC2
prélèvements des humeurs, procédures d'investigation etc.) - Pratique de la rigueur - Pratique de la ponctualité - Pratique de contrôle des signes vitaux et de leur signification

Le troisième système de valeurs qui guide l'action soignante laïque³³, est composé de normes issues des médiations de santé établies de fait entre les personnes soignées et leur environnement de vie. Les soignantes qui pouvaient alors se constituer une expérience singulière du champ des misères contenues dans l'hôpital ou au cœur de la cité exerçaient une fonction d'entremise destinée à réunir deux pôles:

- La personne soignée... —————> à son environnement de vie;
 - La personne soignée... —————> aux normes institutionnelles;
- et, lorsque le médecin commencera à pratiquer à l'hôpital,
- La personne soignée... —————> au corps médical.

C'est essentiellement au travers de la relation professionnelle verbale ou non verbale (interaction entre des personnes individuelles) que l'information délivrée par les personnes soignées, se transforme, directement ou en différé, en acte et/ou en paroles au service de l'aide à la vie. Cette forme de relation, dans le champ professionnel des pratiques de soins est habituellement nommée "relation soignant-soigné".

Les compétences professionnelles mises en œuvre à partir de cette position, permettent aux soignantes d'offrir aux personnes soignées un réconfort, la possibilité de donner un sens à leur expérience, et de leur proposer un ensemble de moyens pertinents pour assurer leur bien être, leur sécurité, leur rétablissement, pour entretenir avec eux aussi bien la vie que la raison de vivre ou parfois, leur offrir une fin de vie digne.

L'action soignante dans le cadre du "SC3" est alors guidée par des théories³⁴ élaborées par les infirmières dans le cadre des recherches fondamentales qu'elles mènent au service du développement de leur propre discipline. Cette pratique de type "SC3" est une pratique que l'infirmière exerce de son propre chef et qu'elle peut déléguer à ses auxiliaires³⁵. L'on parle habituellement pour nommer cette pratique, de la fonction indépendante du rôle professionnel. Cette prestation de service est offerte quelque soit l'âge de la personne soignée et quelque soit l'organisation de santé de laquelle elle dépend.

³³ L'action soignante laïque est orientée d'une manière différente de l'action religieuse puisque cette dernière se référerait à la culture théologique issue des traditions de la charité pratique de l'Eglise.

³⁴ Avant de pouvoir élaborer des théories et ainsi donner un sens à leur expérience, les soignantes n'étaient-elles pas réduites à l'impuissance de faire face (en silence) à la souffrance, souffrance elle-même impuissance à dire, à faire, à raconter et à s'estimer ? (Ricœur cité par Clot, 2001, p. 47). Mis à part une exception en 1860, ce n'est que vers 1950 que des théories de soins verront le jour.

³⁵ Au 18^e siècle déjà, celle que l'on nommait "*la gouvernante des malades*" avait sa "*petite servante*" (Nadot, 1992, 1993).

Pour exemple, quelques pratiques propres aux soignantes guidées par leur savoir d'expérience³⁶, savoir né de l'interaction professionnelle entre les soignantes, des personnes individuelles qui bénéficiaient de leurs prestations et le contexte de l'action.

Tableau 5: Les pratiques de type SC3

Pratiques SC3
- Pratique de l'observation - Pratique du discernement - Pratique de la perception - Pratique de l'attention - Pratique de la transmission - Pratique de la diligence - Pratique de l'interprétation sensorielle - Pratique du partage - Pratique de la promptitude - Pratique de re-médiation - Pratique d'aide dans l'accomplissement des activités de la vie quotidiennes - Pratique éducative avec les enfants - Pratique de l'alimentation - Pratique (individuelle) d'hygiène corporelle, générale et intime - Pratique du toucher - Pratique du positionnement antalgique - Pratique de la prévenance - Pratique de l'aisance - Pratique de la mobilisation des personnes, des objets, des connaissances - Pratique de la structuration du temps - Pratique de l'écoute - Pratique des lavements adoucissants - Pratique de la préservation de la peau et des téguments - Pratique de la préservation de soi (forces, énergie, identité) - Pratique de la consolation - Pratique de l'apitoiement - Pratique de la compassion - Pratique de la sollicitude - Pratique du silence - Pratique de la parole - Pratique du mutisme - Pratique du chuchotement - Pratique de la résignation - Pratique de l'habitude - Pratique du recueillement - Pratique des rites liés à la vie (naissance, mort, fêtes, passages de vie) - Pratique de la prière - Pratique de l'intériorisation - Pratique de la décision - Pratique du sens donné aux contradictions du présent

³⁶ Parfois conceptualisé dans et par l'action et porté à l'écrit. Voir les différentes théories de soins connues sur ce sujet depuis le 19^e siècle.

Pratiques SC3
- Pratique de la mémorisation - Pratique de l'innovation - Pratique du travail collectif - Pratique du consentement - Pratique de la réflexion (sur une action, un objet, une personne, un contexte, des phénomènes) - Pratique du jugement - Pratique de l'initiation (rôle professionnel, le bien, le mal) - Pratique de l'affrontement - Pratique de la réassurance - Pratique de réconfort - Pratique de la fuite - Pratique d'accompagnement des personnes dans la vie et en fin de vie - Pratique de transmission et de délégation de la culture professionnelle

Il est intéressant de signaler qu'une partie de l'activité soignante peut être orientée simultanément par plusieurs cultures en fonction de l'information nécessaire à la conception et à la production du service.

L'on voit que dans sa totalité, le rôle professionnel de l'infirmière dépasse largement la seule relation à la personne soignée et qu'il comprend un ensemble d'activités interdépendantes et indissociables l'une de l'autre³⁷.

Selon notre cadre de référence, les prestations de service du personnel infirmier réclament plus de compétences que celles exigées par la seule exécution de prescriptions médicales ou que celles exigées par la relation exclusive à la personne soignée. L'action soignante se déroule au sein d'une position singulière d'intermédiaire culturelle qui n'a cessé de se complexifier depuis le 18^e siècle³⁸.

Les entre deux c'est-à-dire ce qui se passe "ENTRE" constituent le plat quotidien du soignant. Mais en étant "ENTRE", le personnel soignant n'en est pas moins et en même temps au cœur du système de santé. Être entre, peut très bien se manifester par une présence physique du soignant durant laquelle la personne soignée peut échanger sur ce qui lui arrive ou sur ce qu'elle ressent. Mais "être entre" en "étant avec" peut aussi consister à exercer une pratique d'attention, une pratique de partage des émotions, une pratique de ce qui se vit *hic et nunc*, une pratique d'échange intersubjectif. "Être avec" ou "entre" la personne soignée et un autre pôle de son environnement de pensée, ne réclame pas nécessairement une présence physique à côté de la personne. L'on peut être avec (en pensée), mais en se trouvant à bonne distance et parfois en train de faire autre chose que ce qu'on aurait pu faire à côté de la personne soignée.

Les prestations soignantes délivrées dans le cadre du rôle professionnel ne présentent pas le même degré de complexité, changent en fonction du milieu de vie de la personne soignée, ne mobilisent pas les mêmes éléments culturels, les mêmes énergies, les mêmes enjeux de

³⁷ Ne nous étonnons pas dès lors, de voir l'activité soignante au 18^e siècle, décrite par certains historiens comme une quantité de tâches d'une diversité déroutante (Droux, 1992). En fait, la fonction soignante sert de courroie de transmission entre les différents pouvoirs en place et le malade (Louis-Courvoisier, 2000).

³⁸ Cette notion d'intermédiaire culturelle est déjà mentionnée chez Tissot en 1762, chez Bourdieu en 1979, chez Loux en 1983, chez Collière et Nadot en 1992. Tout se déroule comme si l'on ne voulait pas la reconnaître.

pouvoir et sont de ce fait, labiles, parfois aléatoires et souvent implicites³⁹. Les données à traiter ou à mettre en mémoire dans cette position d'intermédiaire culturelle occuperont une grande place, et ceci, d'autant plus qu'elles peuvent être contradictoires, hétérogènes, hybrides ou polysémiques.

L'on peut se reporter à **l'annexe 3** pour situer la position d'intermédiaire culturelle jouée par le personnel soignant diplômé dans le cadre de son rôle professionnel. Cette position d'intermédiaire culturelle pouvait déjà se distinguer au milieu du 18^e siècle chez le personnel soignant laïc qui ne se dénommait pas encore "infirmière" ou "infirmier".

³⁹ Ce constat n'est pas nouveau. Le soin qui sert au maintien ou la restauration du lien social par exemple, est difficile à percevoir tant il est vrai que la médiation de santé la plus efficace est, presque par définition, la plus mal connue (Guillaume-Hofnung, 1995). L'unanimité sur ce point est indiscutable. En Suisse alémanique également, il est admis que le travail du personnel soignant, bien qu'indispensable pour les patients et les autres services de l'hôpital, est en grande partie invisible (LEP, Leistungserfassung in der Pflege, www.lep.ch).

2) Méthodologie

2.1) Choix d'une méthode

Comment peut-on observer une activité dépendante d'un ensemble culturel complexe porteur d'informations multiples transformées, minutes après minutes, en actes et/ou en paroles?

Comment éviter de perturber la marche institutionnelle de ce milieu singulier que sont les institutions de santé tout en respectant les différents rythmes de vie et de travail?

Comment observer l'activité soignante en évitant l'interprétation et les représentations d'aujourd'hui qui ne valorisent scientifiquement et économiquement que l'activité à connotation dominante médicale?

Comment décrire ce qui sera à observer sans reconduire les aspects symboliques et parfois mythiques de la fonction soignante et du statut d'une activité décrite comme "féminine", "sacrificatoire" ou "sacerdotale", à défaut d'être scientifique, intellectuelle ou rationnelle?

Comment saisir les gestes du travail infirmier lorsque l'on sait, à la suite de Diébolt (1987), qu'ils sont porteurs de tant de savoirs⁴⁰ qu'un inventaire, un catalogue sont impossibles à faire, et même vains?

Tel sera le questionnement au début de notre étude. En fait, comment commencer à saisir l'insaisissable? L'observation d'un geste ne donne à voir qu'une infime partie de l'activité réelle (Yvon, 2001).

Nous ne prétendons pas rendre compte de façon minutieuse de tout ce qui se passe dans la pratique soignante. D'une seconde à l'autre, une action peut changer. La méthode d'observation ne donne pas accès à la pensée "infirmière" (culture stratégique qui lui permet de faire des choix, d'établir des priorités et d'agir). Les actions qui structurent le temps et l'espace de l'infirmière sont saisies sans que l'infirmière puisse se prononcer sur les raisons de "l'agir".

Nous percevons très bien que le réel de l'activité (Clot, 2001), c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir, ce qui est à refaire ou ce qu'on fait sans avoir voulu le faire, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter - paradoxe fréquent - ce qu'on fait pour éviter de faire ce qui est à faire ou pour éviter de dire ce que l'on ne peut dire.

Nous n'avons pas construit notre observation de l'action à partir de la notion de besoin des personnes soignées⁴¹. Nous n'avons pas lié notre étude aux différentes typologies diagnostiques habitant le milieu de la santé.

Nous n'avons pas non plus, observé l'activité soignante à partir des systèmes de classification des patients ou de systèmes mixtes (besoins des patients/prestations fournies) du type: "PCS", "PRN", "PLAISIR", "Nursing Data", "LEP"⁴² (Bachl, 2000), "CH-NMDS", etc.

⁴⁰ Savoirs très diversifiés, non reconnus, non valorisés, non dits et encore moins écrits (Diébolt, 1987). Nous relèverons également que le personnel soignant a rarement été en mesure de définir et de quantifier lui-même, vis à vis des tiers, les prestations qu'il fournit ou lorsqu'il le faisait, sa légitimité n'était pas reconnue. De ce fait, d'autres s'en sont chargés.

⁴¹ Certes utile pour l'époque, la notion de besoin "des malades" était à la mode dans les années 1960-1970. Cette notion ambiguë du besoin des personnes soignées ne se soucie pas de la tradition et de la standardisation des pratiques exercées au sein de la discipline. Les malades sont alors classés selon des degrés de dépendance, les soins ne se distinguent pas des traitements médicaux et donnent lieu à un ensemble de qualificatifs (soins directs, soins indirects, soins de base, soins techniques, travaux cliniques ou non cliniques, etc.) laissant augurer la polysémie du mot soin et le flou conceptuel qui l'entoure (Cf. Etude-pilote sur les soins infirmiers en Suisse, 1971).

Ces différentes méthodes qui cherchent à évaluer l'activité infirmière, sont souvent associées à des démarches qualité ou des démarches de rationalisation du travail à visée économique. La saisie de l'activité par ces différents systèmes de classification, ne semble pas avoir comme finalité la valorisation du champ disciplinaire spécifique ou la confirmation de l'identité scientifique du patrimoine culturel accumulé depuis des siècles. L'activité soignante mentionnée dans les supports documentaires qui accompagnent ces démarches reste souvent vu comme une activité exercée exclusivement au service des patients, alors que nous savons que le rôle professionnel depuis le 18^e siècle n'est pas qu'un service rendu à ceux-ci.

D'autre part, les documents à remplir qui accompagnent ces démarches "métrologiques" sont souvent perçus comme complexes et l'inventaire des données rendant compte de l'activité soignante est souvent vécu comme une surcharge de travail par les infirmières à qui l'on demande de remplir des formulaires. Il est vrai, comme le mentionne Maeder (2001), que "ni le nombre de patients ni leur diagnostic ne sont en soi des critères suffisants pour évaluer la charge de travail du personnel". Mais le nombre important de variables, non seulement ne rend pas toujours compte de l'information multiple que traite l'infirmière, mais de plus, cela nous semble rendre l'exercice de mesure compliqué pour les soignants et questionne sur le cadre de référence utilisé par la discipline pour définir et quantifier les prestations fournies. Les 13 groupes du système LEP avec 80 ou 120 variables ou les 134 variables des interventions dites "infirmières" dans "Nursing data" proposées par le groupe régional francophone de l'Institut de santé et d'économie de Prilly/VD peuvent être significatives de la difficulté métrologique.

Si le personnel soignant ne définit et ne quantifie pas lui-même, vis à vis de tiers, les prestations qu'il fournit, d'autres s'en chargeront à sa place comme cela s'est souvent produit dans le passé (Maeder, 2001). On doit cependant rester vigilant pour que les définitions et les quantifications ne partent pas dans tous les sens et pas nécessairement dans le sens souhaité. Des emprunts à d'autres disciplines sont peut-être utiles pour enrichir la compréhension des multiples problèmes posés dans l'exercice professionnel, mais ils ne servent pas toujours à rendre compte de ce que font les soignants laïcs depuis des siècles. C'est vrai, l'activité soignante est une activité complexe. Mais est-il possible de tout mesurer, sachant que, c'est l'information livrée par les bénéficiaires de la prestation qui engendre le service et que plusieurs informations peuvent-être simultanées?

La longue liste des diagnostics infirmiers pour lesquels il faudrait encore situer dans le temps l'origine "infirmière", ne dit rien sur les problèmes posés par le service rendu à l'institution (SC1) ou sur les problèmes posés par le service rendu au corps médical (SC2). Ils classent plus ou moins bien les malades avec ce qu'ils ont⁴³ et n'aident pas beaucoup à expliquer quelle information centrale a été donné par le bénéficiaire d'une prestation à l'acteur qui devra décider le sens du service à rendre.

Présenter un nombre élevé de variables peut passer comme inévitable pour rendre compte d'une activité que tout le monde s'accorde à dire qu'elle est complexe, mais un système de mesure doit aussi être facilement compréhensible par ceux qui pratiquent ce qui est mesuré.

⁴² PCS (*Patient Classification Systems*), PRN (*Projet Recherche Nursing*), PLAISIR (*PLAnification Informatisée des Soins Infirmiers Requis*), Nursing Data (*se propose de relier entre eux différents systèmes de classification des activités de soins en vue d'utiliser un langage standardisé au niveau suisse*), LEP (*LeistungsErfassung in der Pflege*), CH-NMDS (*Nursing Minimum Data Set Suisse*).

⁴³ Comme le relève Collière, une fois que l'on est figé dans ce que l'on a, on en déduit ce qu'on est "car on est vite taxé de ce qu'on a" dans une définition qui écarte les aspects à prendre en compte dans l'intrication de leur nuance, de leur relativité, de leur approximation et de leur fluctuation (1996, p. 20).

Partant d'un cadre de référence novateur (bien que construit sur la standardisation d'une ancienne tradition) nous serons entraînés à nous représenter une autre réalité de la pratique soignante.

Au niveau de la personne observée, il est évident qu'elle ne doit pas être la même sur les 7 jours sinon la variable "compétences personnelles" risquerait d'avoir par trop d'influence. Les personnes observées changeront en fonction de la planification ordinaire des horaires de travail. De plus, il ne faudrait pas que cette personne travaille trop différemment de ses habitudes. Dans l'idéal, il ne faudrait pas avertir la personne observée mais la choisir de manière aléatoire le jour de l'observation. D'un point de vue éthique toutefois, il n'est pas souhaitable que la personne ne puisse se prononcer sur son envie de participer à notre recherche. Le même propos peut se tenir pour les patients⁴⁴ que nous croiserons dans les couloirs et pour les autres membres de l'équipe. Nous ne pouvons cependant pas garantir que ce que nous récolterons comme mesures ne soit pas en partie teinté de prestations améliorées. Pour des questions de temps, nous choisissons de ne pas faire de test pour neutraliser ou analyser le poids de cette variable dans notre étude.

Nous avons réduit l'impact de l'observateur sur l'observé en faisant des séquences d'observation d'au moins 2 heures et nous avons tenté de nous fondre dans le paysage pour nous faire oublier.

A partir d'une observation systématique couplée à une observation temporelle⁴⁵, nous avons récolté des données limitées aux manifestations à retenir en fonction de notre objectif.

C'est une observation de faits sur une base de vues "instantanées"⁴⁶ en situation professionnelle. Les données fournies par la méthode d'observation de faits instantanés montrent comment les infirmières font usage de leur temps dans leur lieu de travail et quelles sont les informations qu'elles traitent en vue de transformer ces dernières en actes ou en paroles.

Si la culture qui pilote une action est tributaire des valeurs de cette propre culture, l'on peut dire que l'action soignante est gouvernée aussi bien par des valeurs culturelles provenant d'une tradition culturelle correspondante que par des valeurs instrumentales faisant partie comme le rappelle Habermas (1987) d'une conception du monde propre à certains groupes sociaux, transmise sous forme de langage ordinaire, plus ou moins articulée, toujours historiquement concrétisée.

A l'intérieur du milieu choisi pour l'étude, nous nous sommes assurés que nos mesures couvraient les prestations soignantes classiquement réalisées sur une journée. Nous avons décidé d'observer les activités d'une soignante pendant 8 heures. Ce qui correspond à une moyenne de travail commune chez les partenaires de terrain, suisses ou québécois, indépendamment des finalités institutionnelles.

⁴⁴ D'une manière générale et avec discernement selon le type d'institution, les personnes soignées ont été informées par les membres de l'équipe soignante qu'une recherche ne les concernant pas directement, avait lieu dans le service où elles se trouvaient.

⁴⁵ Les stratégies générales utilisées pour rendre compte d'une activité dans le temps au sein des sciences humaines (1996) repose sur ce que Van der Maren nomme la série temporelle. Pour cet auteur, les diverses variantes de la série temporelle sont aussi nombreuses que l'imagination des chercheurs est riche.

⁴⁶ Instantané. On peut comprendre cette expression en faisant référence à la photographie. Une diapositive est comme une vue éclair d'un moment de la vie. On applique ici ce procédé aux séances d'observation en situation professionnelle, mais en utilisant comme objectif, non pas une lentille photographique, mais l'œil du chercheur.

Pour chaque jour de la semaine, nous avons observé l'activité sur plusieurs horaires compris entre 7 heures et 24 heures en fonction des usages propres à chaque institution, ce fait évitant que l'on ne parle que de ce qui se passe entre 7h et 16h par exemple.

Cette observation de l'activité d'une soignante (1 poste) toutes les 5 minutes nous donne 12 mesures sur une heure, soit 96 mesures sur 8 heures et 672 observations sur 7 jours pour 1 poste observable. Compte tenu du nombre de 11 postes d'observation mis à notre disposition par les institutions partenaires de terrain, nous totalisons au minimum 7392 données observables sous forme d'unités de temps (une unité = 5 minutes).

Pour éviter que les mesures faites ne dépendent pas trop d'événements circonstanciels tels que surcharge dans le service, infirmières malades, mouvement des personnes à l'intérieur des institutions, etc., nous avons choisi de répartir l'observation sur plusieurs semaines. Cette répartition dans le temps, laissait aussi aux observateurs la possibilité de transmettre leurs données à l'EPS, et évitait au niveau des services de soins, une présence pouvant être perçue comme encombrante ou pesante.

Au Québec⁴⁷, pour une question de moyens et d'organisation, aucune collecte de données n'a été effectuée de nuit, soit au cours de la période comprise entre minuit et huit heures du matin. L'observation au CHUQ a été effectuée sur une période de 13 jours afin de voir l'activité sur une semaine puisque la collecte des données a eu lieu de façon à représenter chaque jour de la semaine, en tenant compte de ce qui se passe pendant le jour, le soir, la semaine et la fin de semaine. (14-16-18-20-22-24-26 mai 2001). Les quatre premières journées, l'observation s'est déroulée de 8h00 à 16h00 et les trois derniers de 16h00 à 24h00. L'infirmière observée n'a pas été la même sur les 7 jours sinon la variable "compétences personnelles" aurait eu trop d'influence.

Deux observatrices ont été embauchées pour collecter les données avec une alternance entre les jours de collecte et les jours de congé. Les deux observatrices se relaieront toutes les deux heures afin de maintenir leur capacité de bien observer et noter les activités de l'infirmière. Cette répartition dans le temps, laissait aux observatrices la possibilité de vérifier au fur et à mesure de la progression de l'étude, la codification des données collectées. Une autre assistante de recherche a été embauchée au cours de l'été 2001 afin de transcrire toutes les données dans un fichier informatique, vérifier la codification, faire des analyses préliminaires et transmettre les données et analyses à nos partenaires suisses.

Finalement, une rencontre de l'équipe de recherche québécoise a permis de faire le point sur la collecte de données, de recueillir les commentaires des observatrices au sujet de ce qui pourrait avoir échappé à la collecte de données ou aux grilles d'analyse utilisées ainsi que leurs impressions générales au sujet de ce que font les infirmières. Les commentaires ont été notés, un compte-rendu a été rédigé, envoyé par courrier électronique à chaque participante à la réunion et chacune était invitée à vérifier et compléter le compte-rendu afin qu'il reflète les propos échangés. Cette rencontre amorçait l'analyse des données.

Pour le détail des horaires de travail retenus, le lecteur peut consulter **l'annexe 4 et 5**.

Tout comme au Québec, pour une question de moyens et d'organisation, nous n'avons pas observé le travail de nuit compris entre minuit et sept heures du matin.

Notre étude de type exploratoire décrit les différentes pratiques du rôle professionnel en fonction d'unités de temps dans lesquelles elles se déroulent. Ce projet pilote s'inscrit dans un contexte de développement et d'amélioration continue de la qualité des prestations soignantes.

Notre recherche n'est pas une recherche qualitative. Les 40 indicateurs pourront faire l'objet d'une recherche ultérieure (pertinence, précision de sens, redondance, etc.). Le repérage des

⁴⁷ Selon extrait du rapport Dallaire en date du 21.01.2002.

indicateurs manifeste qu'une activité a eu lieu et a été observée au sein de la variable à laquelle elle se rapporte. En première intention, ce ne sont pas les indicateurs qui nous importent, mais nous souhaitons cependant avoir une idée de ce qui peut être perçu comme possible au sein de chaque variable.

Lors de l'élaboration de la grille d'observation avec nos partenaires de terrain (Suisse), nous avons envisagé de ne pointer qu'une seule variable par observation. Mais une première difficulté est apparue. Au fur et à mesure de la construction de la grille d'observation et de sa mise à l'épreuve (pré-test, expérimentation sur le terrain lors d'enseignement clinique, simulation vidéo), il s'est révélé que la pratique soignante consistait parfois en des actions différentes mais simultanées. D'autre part, le sens de la pratique peut changer en quelques secondes⁴⁸, notamment dans le cas de la "pratique professionnelle de la relation".

Fallait-il ne cocher qu'une variable et en nier d'autres au risque de réduire la complexité ou de faire un "mauvais" choix, ou pouvions-nous nous permettre quelques écarts ou des innovations, par rapport à des normes méthodologiques trop strictes, et dans ce cas, cocher plusieurs variables signifiant la simultanéité des actions? Comment choisir dans le premier cas, la variable dominante et éliminer les variables secondaires? Dans le deuxième cas, laquelle ou lesquelles des autres variables saisir par l'observation? Avions-nous dans l'observation, à séparer le lié ou à lier le séparé⁴⁹? Sachant que de toute façon, dans le cadre de notre observation nous ferons intervenir à la fois l'œil et l'ouïe, nous déciderons de cocher plusieurs variables si l'occasion se présente. Ce qui augmentera le nombre global de pratiques observées, nous dépasserons vraisemblablement le nombre de 7392 données observables (96 par jour). Nous ne prétendons pas mesurer la réalité des pratiques soignantes, mais rendre compte d'une représentation globale de cette réalité au travers de nos perceptions. L'on sera d'accord avec Van der Maren (1996) pour dire qu'en tant que représentation, une donnée ne peut jamais être qu'une approximation.

Nous n'avons pas eu le temps de prévenir nos collègues québécois de cette décision prise lors du séminaire de recherche du 5 avril 2001. De leur côté, l'équipe québécoise s'en tiendra à l'observation et à la transcription d'une seule donnée et évitera les doubles codifications⁵⁰.

Nous aurons alors une comparaison possible entre les deux façons de faire. Amènera-t-elle des indications significatives sur les pratiques observées?

Nous avons pris connaissance des faits à intervalles de 5 minutes en pointant l'activité du professionnel observé puis en se retirant de la situation. Quelques secondes (2 à 3) suffisent alors à identifier et à coder l'activité observée⁵¹. En fait, nous avons observé simultanément

⁴⁸ D'où la nécessité de ne pas s'attarder à l'interprétation de ce que l'on observe et à garder l'aspect "instantané" de ce qui est perçu.

⁴⁹ Cette question n'est pas nouvelle en soi. Elle nous semble même caractéristique de l'activité soignante et de la position (pas toujours confortable) d'intermédiaire culturelle occupée par l'infirmière depuis des siècles. Les scientifiques chargés de piloter le relevé des prestations de soins infirmiers dans les hôpitaux de Saint-Gall et de Zurich rencontrent la même problématique. Il est *"impossible d'évaluer correctement un travail qui fait appel en même temps à trois catégories d'activités analysées. Par exemple, lorsqu'un(e) soignant(e) range du linge dans la chambre d'un patient tout en profitant d'entamer un dialogue avec lui, on peut estimer que trois activités sont menées de front. A savoir: un travail de rangement de matériel, une récolte d'informations auprès du patient et, selon les circonstances, un travail relationnel. Il est donc difficile dans ce cas de déterminer les limites exactes de chaque occupation et l'on devra se contenter d'une analyse très simplifiée. Selon les circonstances il est problématique d'effectuer des mesures"* (Maeder Ch., Brügger U., Bamert U., 2001).

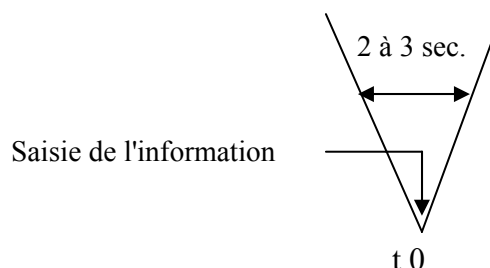
⁵⁰ Valéry Belzil, courrier électronique du 15 juin 2001.

⁵¹ Les observateurs suisses étant d'une manière générale des professionnels de terrain, la structuration du temps et de l'espace au sein de leur propre discipline ne leur est pas étrangère. La saisie des données en sera facilitée.

les mêmes jours de la semaine (7 jours), l'activité réalisée dans 10 lieux de soins (Québec: observation différée, Cf. page précédente). Dix observateurs se relaieront toutes les deux heures.

Selon cette méthode, il est vrai que nous ne saisissons pas ce qui se passe pendant les 4 autres minutes, la somme de données récoltées nous paraît toutefois suffisante pour rendre compte d'une manière générale, du déroulement de l'activité soignante sur un horaire de travail.

Schéma 2: Saisie de l'information



La répartition des pratiques observées conjuguée à leur fréquence d'apparition peuvent varier dans le temps sans pour autant influencer de façon notable leur fréquence, que l'observation se fasse chaque minute ou toutes les 5 minutes⁵².

La méthode que nous utilisons comme toutes méthodes a probablement ses propres limites. C'est la seule à nos yeux qui nous permettait de concilier la complexité de la réalité à observer et le laps de temps dont nous disposions pour construire notre outil d'observation.

A la différence d'une démarche utilisant des données provoquées ou suscitées, nous ne désirons pas trop perturber la marche d'un service de soins par une durée continue et parfois pesante liée à l'observation. Une série temporelle avec espace de 5 minutes pour saisir une donnée nous semble pertinente pour atteindre le but fixé.

L'étude se déroulant sur trois cantons et au Québec, nous nous sommes organisés pour assurer un contrôle géographique de l'observation. Le déplacement dans chaque institution ne pourra être évité.

Le contrôle des opérations était réparti de la manière suivante:

Professeurs (chercheurs)		Institutions
Jacqueline Gross	aura en charge l'observation à	l'Hôpital cantonal de Fribourg l'Hôpital régional de Delémont/JU l'Hôpital psychiatrique de Marsens/FR la Fondation de Nant à Corsier sur Vevey/VD
Nicole Nadot Ghanem	aura en charge l'observation à	
Pierre-Benoît Auderset	aura en charge l'observation à	
Michel Nadot	aura en charge l'observation à	
Danielle Bulliard Verville	aura en charge l'observation au	Home de la vallée de la Jogne à Charmey/VD
Frédérique Busset	aura en charge l'observation dans	les services de soins à

⁵² Test réalisé au home de Charmey.

		domicile de la Croix-Rouge fribourgeoise
Clémence Dallaire	aura en charge le déroulement des opérations à la	Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval et
Johanne Gagnon	a coordonné toutes les activités dans le milieu clinique, du recrutement jusqu'à la fin de la collecte des données.	

Chaque responsable veille à l'organisation des équipes d'observateurs sur le terrain et effectue la compilation des données.

Le chef de projet reste en contact avec les collaborateurs de l'EPS constitués en équipe, les cadres infirmiers et la direction des institutions⁵³. D'une manière générale, au sein des équipes de terrain composées par les infirmières et infirmiers (observateurs), une personne assurait le bon déroulement des opérations au sein de sa propre institution.

La relation observateur-observé est placée sur le plan éthique, dans le niveau de conscience suivant: les personnes observées savent qu'elles sont observées mais ne savent pas ce qui est observé⁵⁴ (ASI, 1998). Elles seront informées par la hiérarchie de leur institution des jours, de l'heure et de la durée de l'observation, du nom et de la qualité des observateurs. Durant l'observation, elles peuvent brièvement communiquer leurs intentions aux observateurs sans tenir toutefois de longs discours (6 à 10 secondes paraissent suffisantes).

Mentionnons encore que les différentes activités et événements ponctuant la recherche ont été consignés dans un cahier de laboratoire régulièrement tenu à jour par le chef de projet.

- Modalités de saisie des données (consignes):

Ces aspects descriptifs sont extraits des consignes données aux observateurs.

- L'observateur⁵⁵ prend son service environ 10' avant l'heure indiquée dans son planning d'observation;
- Il prend contact avec la personne qui sera observée;
- Il pointe l'activité observée sur les minutes "0" ou "5";
- L'observateur reste en contact visuel et/ou auditif durant 2-3 secondes, puis se retire;
- Dans certains cas où sa présence perturbe la relation soignant-soigné et n'est pas souhaitée⁵⁶, il se tient à proximité de la personne observée en se tenant informé sur l'activité qui se déroule hors de sa présence;
- L'activité observée se disperse sur 14 variables et 40 indicateurs;
- L'observation des variables est obligatoire. Elles se rapportent à une pratique.
- L'observation des indicateurs est souhaitée, mais comme elle demande et engendre une

⁵³ Les coordonnées téléphoniques, les adresses postales et les adresses de messagerie électronique seront rassemblées par les chercheurs de l'EPS.

⁵⁴ Elles ont pu parfois voir la grille, mais elles ne connaissaient pas le cadre de référence utilisé, le sens de la codification des 14 variables et des 40 indicateurs).

⁵⁵ Ou l'observatrice. Ces consignes relevaient d'une information directe pour les participants à l'étude en Suisse. Elles seront données en "différé" à l'équipe québécoise.

⁵⁶ Entretiens psychothérapeutiques avec une personne ou sa famille, pratique de relaxation, soins intimes pouvant provoquer des réactions de pudeur de la personne soignée notamment etc.

interprétation nuisant à la fidélité de l'observation, elle ne sera qu'indicative ou relative.

- A la fin de son temps d'observation, l'observateur transmet son support de grille et si nécessaire, le chronomètre à l'observateur suivant;
- Les grilles (4 par jour) sont, soit ramassées par les observateurs de l'EPS, soit envoyées dans les plus brefs délais au chef de projet par un représentant des observateurs partenaires.

En terme de contrainte supplémentaire pour la construction de la grille d'observation, nous avons déterminé préalablement son format. Cette grille partira d'une maquette en format A3 proposée par le chef de projet pour devenir après transformation et confrontation avec les partenaires de terrain, une grille de format A4. C'était la consigne pour l'équipe de chercheurs fribourgeoise. Il était impératif de s'en tenir à une seule feuille de format A4.

Il ne nous semblait pas raisonnable d'avoir une grille d'observation avec plusieurs pages à consulter pour noter ce qui allait être à observer. Une page A4 nous obligeait à la synthèse. Nous avons à opérer les moins mauvais choix possibles sur le plan linguistique et sémantique tout en arrivant à un consensus entre les observateurs au sujet des items à observer et à décrire.

Sur un plan à la fois méthodologique et stratégique, une page A4 permettait aussi une vision globale du champ d'inscription de l'observation. Ce qui se révélera bénéfique lorsqu'il s'agira de coder simultanément plusieurs variables.

En plus des grilles d'observation, chacun disposait d'une feuille complémentaire sur laquelle il pouvait noter des faits imprévus, une interrogation ou des situations problématiques rencontrées. Cette feuille a contribué dans une certaine mesure à rassurer certains observateurs hésitants quant au codage des données par exemple ou servait à informer les chercheurs d'incidents de parcours (exemple: "n'ayant pas d'entretiens thérapeutiques planifiés, le service fermera ses portes à 12 heures").

- Formation des observateurs

Dans le but de réduire au maximum les problèmes liés à la fidélité et à la validité des données à observer et à leur correspondance avec les catégories de la grille d'observation, l'on a cherché à partager le maximum de données avec les partenaires de terrain en formant ces derniers à l'observation de l'activité soignante selon le cadre choisi. Quelques observateurs ayant antérieurement déjà suivi une formation selon le cadre projeté, cela a simplifié un peu le problème vu la taille du groupe (37 infirmières et infirmiers du côté suisse).

Durant une vingtaine d'heures, cours ou séminaires de recherche, les participants se sont familiarisés avec l'approche conceptuelle utilisée (objet de recherche et cadre conceptuel), les règles éthiques à suivre, la méthodologie projetée, une explicitation sémantique intersubjective, les principaux biais à éviter, des exercices d'encodage à partir d'enregistrements vidéo et une approche critique de la grille d'observation. Suite à cette formation, les infirmières de terrain ont reçu une attestation de formation.

Lors de l'explicitation intersubjective, l'on a ressenti la nécessité de construire un index commun de l'activité à observer. Cet index peut déjà être perçu, au même titre que la grille d'observation, comme un premier résultat de recherche en terme de consensus sur un référentiel professionnel (Cf. infra.).

Précisons encore que les opérations de simplification de la grille d'observation et de sa pertinence ont été facilitées par le réalisme et le professionnalisme des gens de terrain.

Tous les participants ont reçu la même documentation. Dès que les documents étaient élaborés, ils étaient également envoyés à l'équipe québécoise.

Le partage des données avec nos collègues québécois a consisté dès le départ à se confronter aux écrits relatant quelques résultats de recherches antérieures, en des contacts réguliers par courrier électronique et échanges documentaires. Une intervention commune dans un Congrès scientifique⁵⁷ dans lequel nous avons une professeure de l'Université Laval (Rousseau) et le chef de projet (Nadot) semble avoir aussi contribué à s'entendre sur les valeurs portées par le cadre de référence (Rousseau, Nadot, 2001).

2.2) Choix des lieux observés

L'équipe de recherche s'est entourée de partenaires de terrain intéressés et motivés à participer à cette recherche. Ces partenaires de terrain sont situés dans trois cantons, Jura, Fribourg et Vaud. Ces terrains sont: l'Hôpital régional de Delémont/JU, l'Hôpital cantonal de Fribourg, l'Hôpital psychiatrique de Marsens/FR, la Fondation de Nant à Corsier sur Vevey/VD, le Home de la vallée de la Jagne à Charmey/FR et les services de soins à domicile de la Croix-Rouge fribourgeoise. En fait, nous avons choisi les terrains de stage avec qui nous collaborons depuis de nombreuses années et qui reçoivent déjà des étudiant (e)s de l'institution fribourgeoise.

Après une première rencontre entre le chef de projet, un professeur de l'EPS et l'ensemble des cadres infirmiers des institutions partenaires, et après accord de ces derniers, une séance d'information a été organisée sur la promotion de la recherche appliquée dans les HES cantonales à l'intention du personnel des institutions concernées. Ces séances ont rencontré un grand intérêt. Pour exemple, l'infirmière-chef de l'Hôpital cantonal de Fribourg avait réussi le 15 février 2001, à mobiliser 148 infirmières et infirmiers pour assister à une présentation sur le thème "la HES-S2 (site fribourgeois) et la recherche appliquée" et ceci, à une période où les effectifs de personnel soignant semblaient revus à la baisse.

Les rubriques d'observation ont été construites à partir de la standardisation culturelle de la discipline des pratiques de soins et d'assistance (Cf. Logique d'exposition des savoirs de la section professionnelle supérieure francophone de l'EPS de Fribourg /**Annexe 6**).

Comme déjà mentionné, l'observation a été menée par des professionnels du terrain (encadrés par l'équipe de recherche EPS) pour leur connaissance de la pratique quotidienne et de la nécessité de les inciter à s'impliquer dans des recherches menées dans la HES fribourgeoise⁵⁸.

Comme nous allions déjà dans les institutions partenaires de terrain (sauf au Québec) faire régulièrement ce que nous nommons de "l'enseignement clinique" auprès des étudiantes qui sont en stage, le facteur "liens déjà noués et respect mutuel" nous a permis d'établir les contacts nécessaires à l'engagement des partenaires dans le projet de recherche.

Le plan d'observation demandant un grand investissement de la part des terrains, il fallait forcément avoir plusieurs institutions car une institution n'aurait pas pu supporter un nombre important de postes d'observation.

S'il est vrai que nous aurions pu mieux maîtriser les valeurs contextuelles en choisissant par exemple pour un hôpital donné, les services de chirurgie et les services de médecine, nous avons l'avantage avec nos 7 partenaires de terrain de mesurer des prestations soignantes dans des domaines variés où de nombreuses infirmières sont engagées. Tous les acteurs soignants

⁵⁷ Premier Congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie, Montréal, 19 au 22 novembre 2000.

⁵⁸ Dont la naissance officielle date du 20 septembre 2001. Le Parlement fribourgeois a en effet approuvé par 101 voix contre 0, la convention intercantonale créant la Haute Ecole Spécialisée santé-sociale de Suisse romande (HES-S2).

de ces lieux différents sont reliés par un point commun: ils aident à vivre des personnes en dépit des conditions adverses qui affectent la vie⁵⁹.

De par cette représentativité de milieux institutionnels différents, nous pouvions provoquer la rupture recherchée avec les typologies institutionnelles et médicalisées traditionnelles en usage depuis le début du siècle.

C'est à l'intérieur de l'espace-temps dans lequel se donnent les soins depuis des siècles, avant même la proto-médicalisation de l'hôpital⁶⁰, que l'observation s'est effectuée. Nous avons évité de reconduire la typologie ayant cours en médecine ou en économie et qui distingue des institutions de soins pour affections "aiguës" ou "chroniques", des établissements "spécialisés", "médicalisés" ou "non médicalisés", pour "longs séjours", "courts séjours" ou "ambulatoires".

Ce qui nous importe est de mesurer les prestations soignantes dans l'espace temps spécifique qui a permis à la discipline⁶¹ soignante d'exister. Avec Collière (1982), l'on sait que les pratiques soignantes figurent parmi les plus vieilles pratiques au Monde⁶² car dès que la vie apparaît, il faut en prendre soin pour qu'elle puisse demeurer.

Ce sont les pratiques laïques issues des traditions soignantes instituées et légitimées par les autorités civiles qui ont été l'objet de notre observation et non les pratiques issues des traditions de soins relevant de l'éducation populaire ordinaire ou de la charité privée.

Nous exposons maintenant quelques caractéristiques⁶³ des établissements et des services choisis comme espace de recherche de manière plus ou moins aléatoire par les cadres infirmiers de chaque institution:

⁵⁹ La vie peut être affectée par une maladie, une crise existentielle, un handicap, la pauvreté, de multiples misères de l'existence ordinaire, le vieillissement, la dépression, des ruptures conjugales, une perte d'autonomie, la marginalisation, etc.

⁶⁰ Précisons que cette dernière ne s'effectue pas de manière égale dans diverses parties du pays. Les hôpitaux de Suisse romande n'ont pas été médicalisés au même rythme. Il s'agit généralement comme le relève Walter (1992) d'un jeu complexe d'une demande sociale, d'un débat d'idées entre les tenants d'un savoir et ceux qui exercent le pouvoir, et enfin de réalisations, inévitablement décalées par rapport aux modèles idéaux.

⁶¹ La référence aux contours d'une discipline et à son histoire, permet dans une approche dite "interdisciplinaire", d'éviter l'affichage de façade et la simple juxtaposition de points de vue et de savoirs faire. L'interdisciplinarité ne prend pas racine en n'importe quel lieux et s'appuie sur des disciplines, que l'on peut voir comme des articulations historiquement ancrées d'éléments composites, pouvant faire sens de manière durable et se constituer en instance rationnelle de connaissance (Vinck, 2000, p. 74 et 81).

⁶² Il est faux de croire que l'infirmière est née avec la médecine hospitalière, la naissance de la clinique, l'avènement des thérapeutiques ou des figures légendaires, à l'image de celle de Florence Nightingale. L'infirmière ne date pas non plus de la fin du 19^e siècle tel que le rapporte Magnon (2001, p. 162). Le terme est déjà attesté dans la langue française au masculin (enfermier 1278) et "enfermier" en 1398 (Nadot, 1993). La méconnaissance de l'histoire de la discipline laisse place à des croyances qui peuplent l'inconscient collectif de la profession.

⁶³ A partir de caractéristiques transmises au moment de l'observation par un cadre infirmier de chaque institution partenaire.

- Hôpital Cantonal de Fribourg

Est un établissement de droit public, placé sous la surveillance du Conseil d'Etat et rattaché administrativement à la Direction de la santé publique et des affaires sociales⁶⁴.

Cet établissement a l'obligation d'accueillir en tout temps toutes les personnes malades, blessées ou handicapées et femmes enceintes qui demandent leur admission, de procéder à leur examen médical et de les soigner au besoin, pour autant qu'il dispose du personnel, des locaux et des installations nécessaires. A défaut, les personnes seront guidées vers d'autres structures hospitalières ou extrahospitalières.

La capacité des services hospitaliers est de 405 lits, répartis dans 8 unités de chirurgie et d'orthopédie, 8 unités de médecine, 3 unités de pédiatrie, 2 unités de gynécologie, 2 unités d'obstétrique, 1 unité d'ophtalmologie, 1 unité d'ORL, 1 unité de rhumatologie, et plusieurs services spécialisés employant du personnel soignant (soins intensifs, nursery, urgences, bloc opératoire, anesthésiologie, endoscopie, neurologie, examens fonctionnels, diabétologie, service ambulatoire et hémodialyse).

L'effectif total de l'hôpital est de 1446 collaborateurs, dont 684 personnes travaillant dans les soins infirmiers, ce qui représente 561,24 postes plein temps. En l'an 2000, l'Hôpital cantonal à accueilli 12'553 personnes soignées.

Les services qui ont participé à cette recherche sont un service de chirurgie (E2) et un service d'ORL (C2).

- Hôpital Régional de Delémont/JU

Est un établissement rattaché au Centre de Gestion Hospitalière de la République et du Canton du Jura.

Cet établissement fournit des prestations médicales et soignantes en médecine interne, chirurgie générale, vasculaire, orthopédique et esthétique; en psychiatrie adulte aiguë, pédiatrie, gynécologie et obstétrique, pour la population du district de Delémont et des prestations spéciales pour l'ensemble du Canton en étroite collaboration avec les autres hôpitaux jurassiens.

L'Hôpital Régional de Delémont a une capacité d'accueil de 170 lits, répartis en 14 unités: soins intensifs médico-chirurgicaux (6 lits), médecine, deux unités (34 lits), chirurgie, deux unités (28 lits), rhumatologie (16 lits), gynécologie-chirurgie (17 lits), médecine ORL et Ophtalmologie (17 lits), maternité (12 lits), pouponnière (10 lits), pédiatrie (10 lits), psychiatrie aiguë (20 lits). Ajoutons à cette répartition une unité ambulatoire de 7 lits et une unité d'urgence. Un service d'ambulance est géré par l'établissement.

L'effectif du personnel est de 390 postes pour environ 500 employés au total. Le nombre d'infirmières et d'infirmiers est de 175 personnes représentant 122.5 postes équivalent plein temps.

En l'an 2000, 6752 personnes ont reçu des soins dont 470 en pouponnière et 1478 à l'Unité ambulatoire.

Les services qui ont participé à cette recherche sont un service de médecine de 18 lits (D5) et un service (F4) de chirurgie (12 lits) gynécologie (7 lits).

⁶⁴ Dans certains pays francophones l'on dirait "Ministère de la santé".

- Hôpital psychiatrique cantonal de Marsens/FR

Institution de droit public, seule de ce type pour l'ensemble du canton de Fribourg (235'000 habitants, dont environ 30% de langue maternelle allemande, soit près de 70'000 fribourgeois germanophones).

La mission de l'hôpital est de prendre en charge toute la population du canton (dès l'âge de 15 ans, voire de 13 ans).

L'hôpital se veut un espace transitoire de vie. Dès l'admission d'une personne, l'on doit déjà penser à sa sortie et mettre en place des programmes de soins incluant cette donnée.

L'hôpital dispose de 204 lits regroupés dans 12 unités de soins. Ces unités sont toutes mixtes et comprennent des chambres de 1 et 2 lits. 136 lits (8 unités de soins) sont destinés à la psychiatrie adultes et adolescents et 68 lits (4 unités de soins) sont destinés à la prise en charge de la psychiatrie de la personne âgée (dès 65 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes).

En psychiatrie adultes et adolescents nous trouvons:

- 2 unités de soins fermées, 2 unités de soins ouvertes. Ces 4 unités fonctionnent en collaboration, 2 par 2, à savoir 1 ouverte avec 1 fermée en tenant compte de la provenance géographique et linguistique des patients.
- 4 unités de soins spécialisées (unité de réhabilitation, unité de toxicodépendance, unité ouverte pour adolescents, une unité de crise/admission pour adultes et adolescents).

L'effectif du personnel affecté au département des soins comprend 151,6 postes équivalent plein temps: 3 postes d'infirmiers cadres supérieurs, 12 postes d'infirmier(ère)s-chef d'unités de soins (ICUS), 72 postes d'infirmier(ère)s, 5 postes d'infirmières-assistantes, 52 postes d'aides-infirmier(ère)s, 6,5 postes au service d'ergothérapie-animation, 0,6 poste pour la physiothérapie, 0,5 poste de secrétaire.

En l'an 2000, le nombre d'admission a été de 1423 personnes.

Les services qui ont participé à cette recherche sont un service "fermé" (A0) de 22 lits d'admission pour la partie germanophone du canton ainsi que pour les districts francophones de la Gruyère et de la Veveyse et un service "fermé" (C0) de 17 lits de psychiatrie de la personne âgée.

- Fondation de Nant à Corsier sur Vevey/VD

Issue d'une initiative privée en 1943, la Fondation de Nant est au service des personnes souffrant de troubles psychiques, dans la région Est du Canton de Vaud. Reconnue d'intérêt public dès 1961, elle assure une mission de santé publique à la demande de l'Etat de Vaud en organisant les soins hospitaliers, intermédiaires et ambulatoires psychiatriques de la région. Il s'agit d'un réseau dynamique couvrant les districts d'Aigle, de Vevey, de Lavaux et du Pays d'Enhaut, constituant ce qu'il est convenu d'appeler le secteur psychiatrique de l'Est vaudois (environ 126'000 habitants).

Ses services de soins sont ouverts à tous, enfants, adolescents, adultes et personnes âgées. Ce dispositif est constitué de 16 unités de soins, dont un pôle hospitalier (5 unités) qui se trouve à Corsier sur Vevey, ainsi que des unités extra hospitalières implantées dans la région de la Riviera et du Chablais vaudois.

La Fondation de Nant emploie 250 personnes, dont 108 infirmiers(ères) représentant 83 postes équivalent plein temps.

En l'an 2000, 3460 personnes ont été en traitement dans les divers services de soins, tous âges confondus.

Les deux unités représentées dans la recherche étaient l'unité hospitalière de psychogériatrie (UHPG) située sur le site de Nant à Corsier sur Vevey/VD, ainsi que le Centre d'intervention thérapeutique (CIT), centre ambulatoire de crise à Clarens sur Montreux/VD.

- Home de la vallée de la Jogne à Charmey/FR

Le Home de la Vallée de la Jogne est un établissement médico-social pour personnes âgées dépendantes de soins.

Constitué en association de communes, il réunit les 5 communes de la Vallée de la Jogne du district de la Gruyère: Châtel-sur-Montsalvens, Crésuz, Cerniat, Charmey et Jaun.

Reconnu "Home médicalisé" par le Département de la Santé publique du Canton de fribourg, il bénéficie de subventions pour les soins qui y sont procurés.

Composé de 48 chambres individuelles réparties sur trois étages de 16 lits, parfaitement adaptées aux personnes lourdement handicapées, il peut accueillir 48 résidents en long séjour.

Le nombre des employés du Home est de 81 personnes, représentant 52,4 postes équivalent plein temps. 37,9 postes sont utilisés pour les soins. Parmi ces postes, il y a 10,1 postes d'infirmières qualifiées, ce qui correspond à une fourchette imposée par les standards de dotation comprise entre 25% et 33% de personnel qualifié. Le nombre de soignants est directement dépendant du nombre de résidents réclamant des prestations soignantes.

Pour la recherche, on a observé 1 poste de travail tenu par deux infirmières et la Directrice (infirmière de profession).

- Services de soins à domicile de la Croix-Rouge fribourgeoise

L'Association fribourgeoise de la Croix-Rouge suisse (Division santé) est une organisation privée membre de la Croix-Rouge suisse. Ses activités se déroulent dans le canton de Fribourg, principalement dans le domaine de la santé, de la formation et de l'aide sociale en faveur de toute la population et à tous les âges. Elle accomplit ses tâches de sa propre initiative selon les principes fondamentaux du Mouvement international de la Croix-Rouge ou sur mandat du canton ou des communes.

La population couverte par les soins communautaires représente environ 160'000 habitants, 2'609 personnes ont bénéficié de soins en l'an 2000. Le cadre de référence légal est représenté par les lois sanitaires, la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal du 18.03.1994) et la loi cantonale sur les soins et l'aide à domicile du 27.09.1990.

Les équipes comptent 180 personnes représentant 80 postes équivalent plein temps dont 90 infirmières et infirmiers (45 postes équivalent plein temps).

Pour la recherche, on a observé une infirmière des équipes de soins à domicile des Centres de santé des districts de la Broye, de la Glâne⁶⁵, de la Gruyère, de la Veveyse, de la Sarine y compris la ville de Fribourg.

- Centre Hospitalier Universitaire de Québec (Canada)

Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) est un établissement à vocation suprarégionale qui offre des soins généraux et ultraspécialisés à la clientèle de la région de Québec et de tout l'est du Québec. Il est issu de la fusion, en décembre 1995, de trois grands hôpitaux de la région de Québec: L'Hôtel-Dieu de Québec, le Centre hospitalier de

⁶⁵ Depuis le 1^{er} janvier 2002, ce Centre n'est plus dépendant de la Croix-Rouge fribourgeoise, mais il est intégré au réseau de santé de la Glâne qui occupe les locaux de l'Hôpital de Billens/FR.

l'Université Laval et l'Hôpital Saint-François d'Assise. Fort de cette union, le CHUQ en partenariat avec l'Université Laval, vise l'atteinte des plus hauts standards de qualité et d'excellence en matière de soins et d'organisation des services à la population, de savoir-faire et de connaissances, dans un esprit d'innovation et en utilisant les meilleures technologies.

En tant qu'institution publique dédiée à l'amélioration de l'état de santé de la population, à la formation des futurs professionnels et à l'avancement des connaissances scientifiques en santé, le CHUQ s'est donné comme mission:

- de satisfaire les besoins de la personne, d'une manière individualisée et attentive, dans toutes les étapes de sa vie et dans toutes ses dimensions (biologique, psychologique et sociale);
- de préparer la relève et de lui transmettre le savoir-faire et le savoir être essentiels à son exercice professionnel;
- d'explorer sans relâche de nouvelles hypothèses dans la lutte aux maladies et aux souffrances humaines, dans une démarche hautement scientifique et intègre;
- d'évaluer et de questionner constamment les pratiques professionnelles et administratives quant à leur pertinence, leurs objectifs et leurs résultats.

Le CHUQ possède 1100 lits répartis en une quarantaine de services dont 946 lits en soins de courte durée et pouponnière, 100 lits en hébergement et soins de longue durée et 54 lits en néonatalogie.

Au 31 mars 2000, le CHUQ comptait 6'824 employés, dont 183 gestionnaires et 2'158 infirmières.

Pour la dernière année comptable (1^{er} avril 1999-31 mars 2000), le CHUQ a reçu 36'029 patients admis aux soins de courte durée et à la pouponnière, 194 patients admis aux soins de longue durée et 803 patients admis à l'unité néonatale. De plus, 2'869 accouchements ont eu lieu, 17'478 usagers ont été accueillis en médecine de jour, 18'330 en chirurgie de jour, 40'886 aux blocs opératoires, 125'776 visiteurs sont allés aux urgences et 331'345 consultations externes spécialisées ont été effectuées.

La recherche s'est déroulée dans une unité de médecine-chirurgie de 30 lits où travaillent 28 infirmières en trois équipes.

2.3) Planification de l'étude

Les partenaires de terrain devaient s'engager activement dans le projet. Cette contrainte supplémentaire nous a demandé de former les participants du terrain à l'esprit et à la méthodologie de recherche. Il est en effet exceptionnel que les infirmières employées dans les différentes institutions publiques, pratiquent des recherches dans le cadre de leurs activités professionnelles et au sein de leur propre discipline. La plupart du temps, les budgets "recherche" des institutions hospitalières (non universitaires et publiques), lorsque budget il y a, sont attribués aux activités de recherches médicales.

Pour des raisons propres à chaque pays, il n'a pas été possible de planifier l'observation aux mêmes dates. La règle sera alors, d'observer une activité soignante sur les sept jours de la semaine et de terminer cette collecte d'informations à fin mai 2001.

- Plan de réalisation

Tableau 6: Planification

Etapes	Calendrier
- Etude de faisabilité composition de l'équipe de recherche, recherche de partenaires, élaboration de la problématique, information aux parties concernées.	- novembre 2000 - janvier 2001, (dont une indisponibilité de 30 jours pour le chef de projet)
- Constitution du dossier de recherche et de la demande de subside.	- Janvier - février 2001
- Affinement de la méthodologie et élaboration des instruments d'observation, formation des partenaires de terrain (séminaires de recherche et colloques scientifiques), coordination avec l'Université Laval à Québec.	- février-mars 2001
- Application/observation sur le terrain (11 sites différents) à raison de (8 heures d'observation par jour pour chaque jour de la semaine, sur une semaine)	- Suisse: lundi 9 avril mardi 17 avril mercredi 25 avril jeudi 3 mai vendredi 11 mai samedi 19 mai dimanche 27 mai - Canada: lundi 14 mai mardi 22 mai mercredi 16 mai jeudi 24 mai vendredi 18 mai samedi 26 mai dimanche 20 mai
- Compilation des données	- juin - 15 août 2001
- Rédaction du rapport intermédiaire	- 15 juillet - 25 septembre 2001

Étapes	Calendrier
- Exploitation des données et analyse	- 15 août - 18 décembre 2001
- Rédaction du rapport final	- octobre - décembre 2001 Prolongation au 8 février 2002

Dans son ensemble le plan de recherche a été tenu aussi bien au Québec qu'en Suisse. Une personne de l'équipe québécoise a fait valoir ses droits à la retraite au 1^{er} septembre 2001 et une autre, trop sollicitée par ses propres engagements a fait part de sa volonté de quitter notre réseau de recherche à la fin octobre 2001. La rédaction du rapport final a pris plus de temps que prévu dans la mesure où les chercheurs de l'équipe fribourgeoise étaient en même temps impliqués dans la modification des structures de formation et des projets liés à la HES-S2.

- Collaboration avec les institutions partenaires de terrain

Mis à part quelques petits problèmes survenus dans la gestion du temps⁶⁶, l'ensemble des opérations s'est déroulée harmonieusement. Les relations avec le personnel des institutions (personnes observées, autres membres de l'équipe de soins, cadres infirmiers, directeurs d'institution) étaient empreintes de respect mutuel et d'une franche cordialité. Les personnes soignées et les autres collaborateurs ne participant pas à la recherche avaient correctement été informées de l'organisation de cette étude pilote et ne semblent pas avoir été affectées par les observateurs "en rotation" dans leur espace de vie.

La motivation, l'intérêt des participants à faire "quelque chose" pour leur profession tout en accédant à de nouvelles connaissances semblent avoir fait synergie avec l'engagement des chercheurs de l'EPS⁶⁷. Certains observateurs ont même découvert des collègues qu'ils avaient perdus de vue au sein de leur propre institution. D'autres ont découvert avec étonnement, soit par l'observation, soit par les contacts établis, des dynamiques de travail différentes de celles qu'ils pensaient découvrir et s'en sont réjoui⁶⁸. Pour quelques cadres infirmiers, ces diverses manifestations étaient à mettre sur le compte de quelques bénéfices secondaires au profit des institutions.

Alors que d'une manière générale, il n'est pas toujours facile de s'entendre au sein d'un groupe dans lequel préjugés, émotions, anecdotes, représentations divergentes, conflits de pouvoir ou idéologiques sont toujours possibles, nous avons été tout à fait satisfaits du soutien et du partage qui a eu lieu avec les chercheurs de la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval. La synergie des réflexions, des questionnements, des doutes, des hypothèses de solution et de la sérénité des échanges engendrés par cette collaboration entre l'équipe québécoise et celle de l'EPS devraient pouvoir se poursuivre.

⁶⁶ Quelques observateurs (3 personnes) ont parfois oublié de prendre leur fonction au moment planifié. Ils ont été remplacé par d'autres observateurs disponibles.

⁶⁷ L'équipe de l'hôpital de Delémont semble même avoir fait preuve d'esprit pratique pour trouver dans le commerce un chronomètre qui sonne toutes les 5 minutes.

⁶⁸ Ce qui a fait dire à certains cadres infirmiers que, quelque soit les résultats de la recherche, ils avaient déjà récolté des bénéfices secondaires appréciables par la mobilisation de tous autour d'un projet commun. La culture d'entreprise s'en trouvait renforcée, momentanément tout du moins.

Selon les rapports de recherche envoyés par Clémence Dallaire, le cadre de référence et la méthodologie semblent, d'une manière générale, avoir été compris, transcrits et appliqués sans distorsion. Ce qui nous semble assez remarquable. L'on sait que l'entente entre chercheurs d'horizons différents réunis autour d'une table n'est pas toujours des plus simples lorsqu'il s'agit de concilier des valeurs. Or, dans le cas de ce projet pilote les deux équipes de recherche ne se trouvaient pas autour d'une table. L'équipe québécoise se trouvait à des milliers de kilomètres de l'équipe fribourgeoise, et le cadre de référence, de par l'ancienneté de la culture professionnelle dont il était porteur, comprenait des valeurs demandant d'assumer le passé. Par cette étude, l'on pense avoir au moins atteint ce point.

3) Résultats de la recherche

3.1) Une grille d'observation comme standard de l'activité soignante

Partie probablement la plus délicate de notre projet, la grille d'observation s'est construite par étapes de recherche successives en suivant les caractéristiques de l'activité à observer mentionnées précédemment.

Bien que la construction d'une grille d'observation présente surtout des aspects méthodologiques, et à ce titre aurait eu sa place dans le chapitre "méthodologie" de notre étude, on la présentera aussi comme un premier résultat de la recherche.

C'est en effet en laboratoire que nous reconstruirons à partir des pratiques du passé, une standardisation de ce qui serait à observer. En effet, on se souvient que les constructions conceptuelles puisent dans les réserves du savoir préalable qui, transmis par la tradition, guide et interprète la pratique quotidienne, et en même temps les reconstruisent (Habermas, 1987, p. 141).

En suivant le référentiel de métier (normes SC1, SC2, SC3 du cadre de référence) on a rassemblé, regroupé, synthétisé des pratiques contemporaines observables conformes à la représentation du rôle professionnel d'infirmière et d'infirmier tel qu'il se pratique (et s'enseigne) aujourd'hui.

Par confrontation d'abord entre membres de l'équipe de recherche de l'EPS, puis avec les représentants des terrains partenaires, nous sommes arrivés progressivement à réduire⁶⁹ le nombre de variables et d'indicateurs à observer, tout en définissant de mieux en mieux ce qui nous semblait caractéristique de l'activité soignante en référence à la connaissance que nous avions du passé de notre discipline (Cf. Nadot 1993) et de son présent.

Nous avons expérimenté de façon informelle et avec discrétion la grille d'observation dans quelques unités de soins lors d'enseignement clinique, puis cette grille a été de nouveau retravaillée, modifiée avec les observateurs de terrain⁷⁰.

Simultanément à la construction de la grille d'observation, l'on devait assurer la cohérence entre le cadre de référence scientifique et le sens porté par les variables observées. Pour que tous les acteurs engagés dans cette recherche communiquent sur des référentiels communs, l'on est arrivé par consensus à un schème interprétatif et à une définition des termes couramment employés. La synthèse entre la savoir quotidien fourni par la tradition, le point de vue des acteurs de terrain confortés dans leur expérience quotidienne de l'action, les tests préalables à l'observation, les simulations vidéo à partir desquelles l'on apprenait à lire ce que l'on voyait et les impératifs techniques à conjuguer, ont déterminé 14 variables comme standard de l'activité soignante. Nous méfiant de l'autosatisfaction, nous étions cependant dans l'incapacité d'inventer une quinzième variable. Nous étions surpris de l'émergence de ce standard car nous n'avions pas imaginé faire "accidentellement" une découverte avant l'heure⁷¹.

Le 15 mars 2001, la grille d'observation était stabilisée dans sa version définitive (**Annexe 7**).

⁶⁹ En février 2001, nous avions 21 variables et 86 indicateurs de l'activité soignante, début mars, 16 variables et 52 indicateurs et lors de notre dernier séminaire de recherche le 5 avril 2001, nous arrivions à une version définitive de la grille d'observation avec 14 variables et 40 indicateurs. De février à Mars, nous avions des maquettes en papier "coupé-collé", le 15 mars 2001, la grille sera réalisée sur PC en fichier Excel.

⁷⁰ Les 4 collaboratrices scientifiques québécoises testeront la grille de leur côté.

⁷¹ Nous n'étions pas encore allés sur le terrain. C'est plutôt les acteurs du terrain qui venaient à nous dans le cadre des séminaires de recherche organisés à l'EPS à leur intention.

L'aide à la vie offerte au sein d'un milieu institutionnalisé particulier, est vu comme une prestation de service ou comme une pratique de "l'entre-deux". Ce qui se passe "ENTRE" constitue le plat quotidien du soignant. Le schéma "ébauche d'une grille médiométrique" (**annexe 8**) qui se veut la représentation la plus conforme du rôle professionnel d'infirmière et d'infirmier tel qu'il se pratique (et s'enseigne) aujourd'hui a déterminé le développement des normes linguistiques utilisées (comment nommer et coder ce qui sera à observer?).

L'utilisation du terme "infirmier" a été évité car ce terme qui s'apparente à un tic verbal a été imposé aux soignants à leur insu. En effet, issu d'un habitus linguistique religieux⁷², il n'est pas approprié pour qualifier aussi bien les pratiques de soins laïques que les sciences de ces pratiques (Rousseau, Nadot, 2001, p. 17). Depuis que le terme "infirmier" est utilisé, l'on assiste à des définitions complexes de ce que sont les soins infirmiers sans être en mesure d'expliquer en quoi les soins qualifiés d'infirmiers sont "infirmiers". Le terme "infirmier" produit une aporie sur ce qu'il qualifie, c'est-à-dire une difficulté d'ordre rationnel paraissant sans issue. L'on peut voir que l'utilisation éclectique du terme "infirmier" n'aide pas à cerner la nature de ce qu'il qualifie au sein d'une phrase, même lorsqu'il s'agit de parler de la discipline soignante. Par exemple, pour parler de la discipline des soins infirmiers dans toutes ses dimensions, Magnon (2001, p. 130) relatant les ouvrages publiés depuis 1971 aux éditions du Centurion, cite onze titres utilisant le terme "infirmier". Ces titres laissent au lecteur la possibilité de mettre des représentations multiples dans le sens donné au terme "infirmier", et coller ainsi des étiquettes partant d'un humanisme respectable "allant de soi" (le bon cœur professionnel des soignants) à l'exercice d'un métier difficile mais dévalorisé scientifiquement⁷³.

Les systèmes culturels bénéficiaires des prestations soignantes sont identifiés par "SC1", "SC2", "SC3". Lorsque l'activité sera guidée par plusieurs systèmes de manière simultanée, nous mentionnerons par exemple "SC123" ou "SC13", ce qui sera aussi une manière de signifier qui sont les systèmes bénéficiaires des prestations. Ainsi, "SC123" veut dire qu'à la fois, l'hôpital (SC1), le corps médical (SC2) et les personnes soignées en interaction avec les médiologues de santé (SC3) bénéficient d'une ou de plusieurs prestations, alors que "SC13" signifie que l'hôpital et du même coup, une partie de ses "habitants" sont les bénéficiaires de cette dernière.

⁷² Rappelons-nous que le terme "infirmier" n'a pas été conceptualisé, introduit ou utilisé par les soignantes laïques et qu'il appartenait à la sémantique des pratiques de charité privée de l'Eglise catholique qui valorisait la "mauvais et le malsain" en tant que "difficile comme bien" (ENFER-mier, Cf. Nadot, 1993, p. 22, 220, 241, 244 et Rousseau, Nadot, 2001).

L'on semble avoir oublié que le terme "infirmière" a été imposé à l'ensemble des soignantes francophones laïques des pays catholiques, par des médecins (notamment D.-M. Bourneville et consorts) avec la complicité bienveillante d'infirmières étroitement soumises aux modèles médico-religieux dominants, lors des Congrès nationaux d'assistance publique et de bienfaisance privée, et à l'intérieur du Conseil supérieur de l'Assistance publique de Paris entre 1907 et 1911. La domination culturelle (et scientifique) s'opérera notamment par l'écriture et les revues professionnelles. Tout comme en Suisse avec l'initiative du docteur W. Sahli pour créer la première revue professionnelle nationale ("*Blätter für Krankenpflege*") en décembre 1907 (Nadot, 1993, p. 395), c'est encore un médecin (le professeur Calmette) qui, en France, fondera avec Léonie Chaptal la première revue professionnelle nationale "*L'infirmière française*". Revue qui se voulait selon Magnon (2001, p. 127) être le lien entre toutes les composantes infirmières de l'époque: les infirmières laïques, les infirmières religieuses, les infirmiers-masseurs, les gardes-malades, les infirmières visiteuses, les personnes qui s'occupaient d'œuvres sociales et les infirmières des sociétés Croix-Rouge.

⁷³ Même lorsqu'un effort est fait pour mieux définir la profession d'infirmier comme on peut le voir dans les décrets français 81-539 et 84-689 sur l'exercice de la profession ou sur les actes professionnels.

Les caractéristiques de ces variables énoncées ci-dessous faisaient partie des normes de langage et de sens pour l'ensemble des observateurs. Un premier écrit sera remis à chaque observateur au séminaire de recherche du 5 avril 2001⁷⁴. Mais la typologie des bénéficiaires des prestations et leurs systèmes de valeurs culturelles ou instrumentales, dont les éléments sont mis entre parenthèses après chaque variable, n'étaient connus que de l'équipe EPS⁷⁵. En effet, la recherche de sens de chaque variable a réclamé après quelques controverses, une confrontation entre les chercheurs. Il a fallu retravailler nos représentations sur les caractéristiques de la discipline soignante au travers de son passé, de son évolution et de son enseignement contemporain.

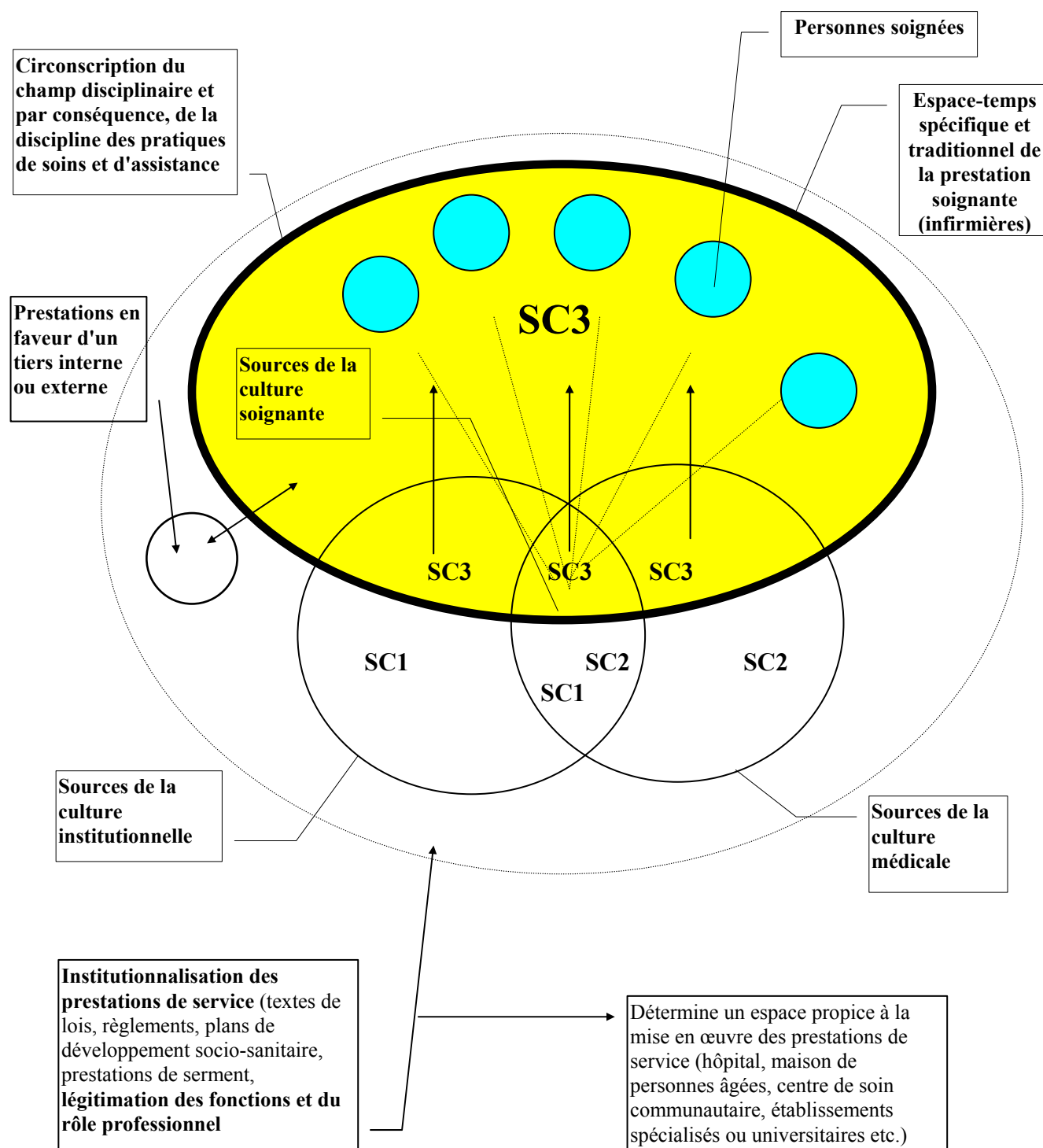
Ce travail mené en parallèle à l'activité de recherche elle-même, a demandé un grand investissement et n'a pu être achevé que le 29 juin 2001.

La recherche de sens autour de l'activité soignante partagée avec les représentants des institutions partenaires et l'équipe de chercheurs de l'EPS, a aussi permis une représentation schématique originale de l'activité soignante (voir page suivante).

⁷⁴ Ce document intitulé: "Lexique" est en quelque sorte une actualisation du référentiel professionnel (MNA, 02.04.2001, 6 p., Cf. infra, p. 47, point 3.3). C'est une façon d'objectiver et de réactualiser le standard d'un métier très ancien. Il n'en demeure pas moins qu'il est surprenant d'apprendre que pour certains, l'on ne puisse pas identifier les pratiques de notre profession. Il y aurait même absence d'un référentiel de métier alors que notre champ disciplinaire a plusieurs siècles d'existence (Cf. Rapport final de la C2ES2 relatif au dispositif de la formation initiale de la HES romande santé-social, 2^e partie, rapport des filières, 16.10.2001, p. 5). Cet oubli de l'histoire semble donner raison à Collière pour qui, l'histoire n'est d'ailleurs pas le souci des leaders professionnels qui, dans leur majorité, méconnaissent l'histoire de leur discipline ou en craignent les interrogations (1992, p. 29).

⁷⁵ Le document final ne sera transmis à l'équipe québécoise que le 12 juillet 2001

Schéma 3: L'activité soignante à observer



Du schéma représentant l'action prescrite par les textes indicateurs du référentiel de métier au 18^e siècle (**Annexe 3**), nous pouvons passer à un autre schéma de l'activité soignante contemporaine à observer.

Sous la forme d'un diagramme de Venn, il est possible de représenter l'ensemble de l'activité soignante y compris les zones du rôle professionnel pour lesquelles une délégation culturelle (SC1-SC2) a été nécessaire (elle s'est opérée lors du processus de socialisation

professionnelle). La culture déléguée aux infirmières, s'additionne alors aux valeurs instrumentales propres de cette dernière (SC3).

Tableau 7: Les systèmes culturels peuvent s'associer

Le service rendu à la personne soignée est de type SC3
 Le service rendu au corps médical est de type SC2
 Le service rendu à l'institution est de type SC1
 Mais l'on voit que parfois, un service peut se rendre simultanément à plusieurs bénéficiaires:
 $SC1 + SC3 = SC13$
 $SC2 + SC3 = SC23$
 $SC1 + SC2 + SC3 = SC123$
 Ces associations de codes linguistiques représentent une part combinatoire de l'expérience communicationnelle (intermédiaire culturelle), qui relie à leur insu le sujet et l'objet, constituée par les évidences socioculturelles du milieu de la santé.

Le colloque de service qui marque le début de la journée de travail dans un grand nombre d'institutions nous semble l'exemple type de cette pratique de gestion complexe de l'information (mais ce n'est pas le seul exemple). Les propos tenus dans ces colloques représentent simultanément un discours sur les personnes soignées (ce qu'elles sont), un discours sur les ordonnances et prescriptions médicales (leurs conditions d'exécution), un discours sur le contexte, le pouvoir ou les modalités de réalisation de l'action (espace-temps institutionnel). Les échanges verbaux et comportementaux qui accompagnent ces colloques de service comprennent à la fois des interactions dans le registre technique, le registre contractuel et institutionnel, et celui des civilités.

Dans la transformation de l'information en actes et en paroles significatives, les prestations de service rendues aux trois ensembles culturels bénéficiaires sont d'emblée dénivelés par un rapport institutionnel d'inégalité qui, comme le relève Debray (1994, p. 66) donne précisément au message son indice de crédibilité. Dans cet entre-deux, l'infirmière utilise alors ses stratégies relationnelles pour faire face à cette complexité de l'espace-temps communicatif en tant que lieux et enjeux de diffusion (par symboles, par codes), vecteurs de sensibilités (émotions) et matrices de sociabilité (Debray in Nadot, 1993, p. 478).

Ce diagramme de Venn est aussi une découverte schématique de la fonction soignante. Il va prendre sens avant même que nous nous rendions sur le terrain de l'observation. Il nous aidera partiellement à affiner la typologie des bénéficiaires des prestations en vue de nous aider à répondre à la question:

"Quel pourcentage d'une journée de travail est consacré au service rendu pour chaque catégorie d'usager des prestations soignantes ?" (*supra*, p. 15).

La construction de la grille, et les nouveaux schèmes interprétatifs de l'action ont eu pour corollaire la conception d'un lexique à l'usage aussi bien des observateurs du terrain que des chercheurs suisses et canadiens.

3.2) Un lexique comme référentiel professionnel

Les lettres majuscules mentionnées ci-dessous, correspondent aux 14 variables de la grille d'observation (**annexe 7**).

A) pratique complexe de gestion de l'information (SC123)

Cette gestion d'information consiste à percevoir, stocker, analyser, redistribuer, diffuser, effectuer un traitement spécial de l'information en vue de transformer cette dernière en actes ou en paroles (Nadot, 2000). Dans cette pratique, très souvent, les trois systèmes culturels sont imbriqués les uns dans les autres et réclament de la soignante un effort mental et une charge nerveuse importante car les données en mémoire occuperont une grande place, et ceci, d'autant plus qu'elles seront contradictoires, hétérogènes, hybrides ou polysémiques (Nadot, 2000, p. 16). Ce type de pratique réclame l'attention du soignant, de grandes capacités d'observation et relève de l'expérience et de la pratique du soignant. Dans cette pratique, la gestion de l'information baigne parfois dans le bruit, l'incertitude, l'imprécision, l'impuissance et le questionnement.

Cette gestion d'information peut être induite ou déléguée par les cultures bénéficiaires des prestations soignantes (SC1-SC2) ou sur initiative propre de la soignante (SC3).

Le code de cette pratique sera **SC123**, dans la mesure où les premières actions déléguées aux soignantes portaient de l'écrit institutionnel (règlements, descriptions de fonction), puis des ordres médicaux et enfin, des écrits en sciences dites "infirmières". La complexité est faite du mélange des informations en provenance des trois cultures et des valeurs hétérogènes dont elles sont porteuses.

La redistribution et la diffusion de l'information composant cette pratique supposent aussi la maîtrise des moyens⁷⁶ permettant la transmission. La transmission des informations requiert à son tour des compétences pour utiliser des normes linguistiques et culturelles afin que le sens du message ne soit pas trop éloigné du système de référence de celui à qui le message est destiné.

B) pratique de récolte d'information (SC123)

Information récoltée (par écoute, sur demande, ou par recherche) et dont l'infirmière a besoin pour agir. Code **SC123** car requiert de la soignante une consultation de sources multiples (téléphoniques, documentaires, informatisées, scientifiques, techniques ou humaines, orales, verbales ou non verbales, etc.).

C) pratique d'ordre et de discipline (SC13)

Une des premières à être déléguée à la soignante par la Chambre de direction de l'hôpital au 18^e siècle. Elle touche la gestion du temps, de l'espace et des mouvements dans l'institution en vue d'éviter le chaos. Elle requiert à la fois une activité de management et de contrôle social. Elle suppose aussi un contrôle de la culture déléguée par les soignants au personnel exerçant des activités d'assistance. Nous avons aussi ici une des cultures les plus anciennes déléguées par l'institution de soins au 18^e siècle à celle qui se nommait "la petite servante" et qui était l'aide attachée à la professionnelle en titre. Aujourd'hui, cette pratique sera codée **SC13**, car elle demande une gestion du temps de l'espace et des mouvements nécessaires à la gestion du personnel et à l'organisation du travail (**SC1**) ainsi que le management des personnes soignées et de leurs visites (**SC3**).

D) pratique de régulation (SC123)

Utilisée pour prévenir ou gérer les conflits humains dans l'organisation. Sert à maintenir l'équilibre dans l'activité professionnelle entre énergie de production (activité soignante) et énergie de récupération. Préserve le pouvoir de production des prestations de service (Cf. de Rosnay cité par Nadot et al., 1979, p. 45). Outre la supervision ou la gestion des conflits, elle comprend différentes pauses et d'éventuels moments de détente pour faire face aux différentes tensions liées à l'exercice professionnel. Les pauses ou les repas qui ponctuent le temps de travail sont parfois, mais aussi, des moments d'échanges d'informations en vue de réguler la dynamique professionnelle. Placée en interface des trois systèmes culturels, la pratique sera de type **SC123**.

⁷⁶ Savoir communiquer par oral et par écrit requiert l'utilisation d'espaces de paroles, de supports écrits ou technologiques (téléphone, bureautique, informatique, fax, animation de colloques interdisciplinaires, lecture de graphiques, de dossiers, de rapports d'expertise, échanger sur les besoins des personnes soignées ou sur les besoins du service de soins, etc.).

E) pratique de déplacement (SC123)

Indispensable dans la position d'intermédiaire culturelle occupée au sein du champ pratique soignant. Cette pratique sert à transmettre des informations ou des objets d'un lieu à un autre et permet de mettre en rapports divers interlocuteurs qui, sans celle qu'aujourd'hui l'on nomme "infirmière", n'en auraient pas. Pratique de type **SC123**.

Ce déplacement relie les différents espaces d'une institution et les personnes qui y habitent, voire réunit l'institution avec la cité ou avec l'environnement de vie de la personne soignée.

F) pratique hôtelière (SC1)

Issue de la tradition d'hospitalité (pratique hospitalière) mise en place pour les plus démunis (depuis le 13^e siècle à Fribourg), cette pratique s'articule autour de l'économie domestique et/ou familiale spécialisée selon les caractéristiques des personnes soignées. Pratique logistique de type **SC1**.

G) pratique d'hygiène collective (SC1)

Au début activité ménagère d'un type particulier (liée aux caractéristiques de "la Maison") puis, par association avec des connaissances de microbiologie et d'asepsie, signifiera toute action qui prévient les infections nosocomiales et qui se réfèrent notamment à l'hygiène dite "hospitalière". Au 18^e siècle les soignants devaient lutter contre la pénétration des "insectes" et de la "vermine" à l'hôpital (Nadot, 1993, p. 61, 82-83). Pratique de type **SC1**.

H) pratique de réapprovisionnement et de rangement (SC123)

Il s'agit d'une activité logistique en vue d'appuyer et de soutenir la production des prestations de service liées à l'activité soignante. Comprend notamment les inventaires, le réapprovisionnement des stocks, la comptabilité économique de ce qui est utilisé (matériel, linges, documents, subsistances diverses) et le rangement de ces objets dans les lieux adéquats prévus pour cela. Demande des compétences pour distinguer les objets et leur usage ainsi que leurs conditions de conservation ou d'approvisionnement. Pratique de type **SC123**.

I) pratique d'élimination (SC1)

Pas la plus spectaculaire ou la plus recherchée et cependant indispensable au déroulement de la vie et au bon fonctionnement des institutions. Réclame d'assumer l'expérience des odeurs ou les pratiques déodorantes. Elle n'en demande pas moins certaines compétences et se trouvait déjà présente dans la culture professionnelle au 18^e siècle (Nadot, 1993, p. 82-84, 115, 171). Pratique de type **SC1**, parfois associée à la pratique "G".

J) pratique d'assistance (SC123)

Activité ancienne qui s'est complexifiée proportionnellement à l'accroissement des connaissances, au développement de la société et au nombre des acteurs engagés dans les institutions de santé. Elle sera codifiée **SC123** de par les systèmes culturels bénéficiaires dont elle est l'objet. Il est cependant possible de distinguer chaque système bénéficiaire.

Aider une collègue (**SC1**), chose naturelle requise par le travail en équipe et l'institution.

Aider le corps médical (**SC2**), pour des interventions qui requièrent des habiletés "à plusieurs mains" (pose de cathéter, ponction lombaire, contention d'un patient lors d'une visite médicale etc.).

Aider les personnes soignées dans les activités de la vie quotidienne (AVQ), c'est aussi prendre soin de.... Pratique très ancienne consistant à aider à vivre (**SC3**) les personnes qui manquent de "biens, de forces, de santé" comme l'indiquaient les textes du 18^e siècle (Nadot, 1993, p. 94-95). A donné naissance à une activité pas toujours valorisée et que le législateur nomme "soins de base"⁷⁷.

Nous retrouvons ces AVQ dans le modèle conceptuel de V. Henderson (toilettes, aider à s'alimenter, à éliminer, aider à s'habiller, à se mouvoir, à se protéger etc.).

Prendre soin d'une personne ne va pas de soi et ne relève pas que de la bonne volonté. Dans certains cas des comportements paradoxaux se produisent chez les personnes soignées, comportements induits par exemple, par les effets déstructurants de la maladie, le contexte d'un accident et/ou la dynamique spécifique des institutions de soins. Pour faire face à ces comportements paradoxaux et en comprendre les origines, des compétences soignantes particulières sont nécessaires.

⁷⁷ Terme parfois équivoque. Les soins de base sont-ils des soins élémentaires de soins techniques plus complexes ou les soins qui sont à la base des traditions soignantes?

Cette aide s'applique aussi aux proches et à la famille de la personne soignée, affectés par les conditions malheureuses ou réjouissantes (amélioration d'un état de santé, naissance) et combien ordinaires et parfois imprévues de l'existence. Le type **SC3** de cette pratique s'inscrit dans une idéologie visant à la promotion de l'autonomie de la personne soignée et de ses proches.

K) pratique professionnelle de la relation (SC3)

Premier acte du soin, cette pratique verbale ou non verbale est la plus ancienne au sein de la discipline des pratiques de soins et d'assistance (*"dès que la vie apparaît, il faut en prendre soin pour qu'elle puisse demeurer"* Collière, 1996, p. 111 et 174).

Cette relation professionnelle qui va de la civilité à la relation d'aide et qui fait partie de la culture propre, de l'expérience et du rapport de la pratique soignante aux choses de la vie, permet aussi à la soignante d'aménager l'espace de vie des habitants de l'hôpital en vue de promouvoir leur autonomie et leur sécurité. Elle peut être aussi associée à la partie SC3 de la pratique "J".

Le toucher, l'écoute active (empathique), la présence structurante ou sécurisante, la médiation de vie ou de santé, l'accompagnement vers une fin de vie digne, "être avec...", "être entre...", les démarches de *débriefing* permettent à la personne soignée de retirer quelques bénéfices de vie. Ces bénéfices de vie, ces états de "mieux être", émanent des prestations de service spécifiques offertes par les soignants depuis des siècles (Nadot, 2000, p. 2, 6-7, 15-17). C'est à partir de cette pratique de type **SC3** que se sont développées les premières théories de soins dits "infirmiers". Elle comprend l'information donnée à la personne soignée et à son entourage.

Cette pratique n'est pas une spécificité de soins dits "infirmiers en psychiatrie" mais de tout acte professionnel de soin, quel que soit le lieu et l'époque où il se donne. Avant que la psychiatrie n'existe en tant que spécialité médicale, les soignants laïcs du 18^e siècle étaient quand même appelés à rentrer en relation avec les personnes soignées en vue de les aider à assumer les misères de la vie⁷⁸.

L) pratique technologique du soin (SC2)

Cette activité est probablement la plus connue, la plus idéalisée, la plus spectaculaire et à propos de laquelle l'on a le plus échangé. Qualifiée parfois de "paramédicale", cette fonction déléguée institue la soignante dans un rôle "d'agent double". Agent collecteur de données en vue d'une analyse médicale et agent applicateur des prescriptions médicales (Cf. Nadot, 1994, p. 29-30).

La fonction agent collecteur de données est comprise dans notre grille médiologique sous "B8". Nous ne retiendrons dans cette pratique "L", que la fonction "agent applicateur des prescriptions médicales".

Cette activité comprend la préparation du soin, son exécution, l'installation et l'utilisation des appareils et supports techniques adéquats (traitements par voie parentérale, orale, rectale, vaginale, vésicale, ORL, auriculaire, respiratoire, cutanée), pansements, soins de plaies, moyens d'investigation. En psychiatrie, nous trouvons aussi les thérapeutiques déléguées par le médecin, notamment l'entretien thérapeutique ou autres approches psychanalytiques.

Cette pratique de type **SC2** a été progressivement déléguée aux soignantes à partir des premiers manuels de soins écrits par les médecins (exemple: Serain Pierre Entrope 1775 ou Carrere 1786) et dans

⁷⁸ Il est quand même curieux que l'on ne se souvienne plus de nos anciennes normes professionnelles. Pour soulager et prévenir les besoins des malades au 18^e siècle, il fallait *"savoir se conduire d'après la connaissance qu'on a de leur façon de penser, et varier l'espèce et l'étendue des soins eu égard aux désirs de chaque individu"* (Carrere, 1786, in Nadot, 1992).

Les batailles juridiques pour s'élever contre la disparition d'une pseudo-spécificité liée à l'activité des infirmiers de secteur psychiatrique, mentionnées par Magnon (2001, p. 112), ne semblent n'être qu'une lutte d'arrière garde en tant que séquelle des années 1925 où les soins dépendaient d'une culture et d'une typologie médicales distinguant les hôpitaux physiques des hôpitaux psychiatriques.

A quelle discipline appartiennent les pratiques de soins infirmiers dits "psychiatriques" ? A la médecine psychiatrique en tant que spécialité médicale ou à cet ancien vocable de "sciences infirmières" décliné aujourd'hui par "médiologie de la santé" et dont le premier acte de soin est une entrée en relation verbale ou non verbale? En Suisse, c'est un texte de 1929 émanant de la Commission des asiles de la Société suisse de psychiatrie (SSP), société composée de médecins psychiatres, qui distinguait les soins à donner aux malades physiques des soins à donner aux malades nerveux et mentaux (Nadot, 1993, p. 579). De là à expliquer qu'il y aurait des infirmières et des soins physiques et psychiatriques... il n'y a qu'un pas que franchiront les infirmières assujetties aux valeurs dominantes de l'époque et celles qui les suivront dans leurs préoccupations existentielles d'une recherche d'identité.

les premiers cours de sciences bio-médicales donnés à partir de 1859 (Nadot, 1999, p. 59 et Nadot, 1993, p. 132, 349).

M) pratique de formation (SC3)

Permet à la profession d'assurer, de contrôler et de renforcer la transmission de la culture professionnelle.

Consiste à accueillir, soutenir, accompagner, des étudiants en formation ou des membres de l'équipe professionnelle (nouveau personnel, infirmières de culture étrangère, assistantes de soins, etc.) ou à démontrer, exposer, évaluer des connaissances en vue de développer des compétences. Alors qu'il n'existe pas encore d'écoles pour les soignantes laïques, cette pratique essentiellement "horizontale" de type **SC3** est déjà signalée en 1760 et 1762 dans les hôpitaux laïcs fribourgeois (Nadot, 1993, p. 144-145) et relève de l'initiative et de la responsabilité exclusive des soignantes dans leur champ disciplinaire scientifique.

N) pratique d'inactivité (SC1)

Les normes d'action sont ici déterminées par des valeurs ou des événements paralysant l'action. Ces valeurs provoquent des attentes dépendantes d'autrui ou de l'événement (pertes de temps par dysfonctionnement technique, humain ou institutionnel, désorganisation ou désinformation) et sont liées à la dynamique de l'institution et à ses finalités. Pratique de type **SC1**.

3.3) Une redéfinition de l'activité soignante

L'activité soignante ne consiste pas, comme on le croit parfois, à dispenser exclusivement des prestations techniques sur mandat médical, par exemple faire des injections ou des pansements. Elle n'est pas non plus synonyme d'un dévouement sans fin ou d'une expertise unique dans le maniement et le contrôle d'appareils scientifiques développés par l'ingénierie médicale.

Etre infirmière, c'est être capable d'offrir un service qui repose sur un ensemble de pratiques exigeant des connaissances et des compétences dans des domaines aussi différents que le management, l'écologie, le droit, l'informatique, la sociologie, l'ethnologie, la psychologie, les sciences médicales, ...et en médiologie de la santé ou sciences dites "infirmières".

C'est le fait d'être au cœur du système de santé en tant qu'intermédiaire culturelle entre différents usagers ne partageant pas forcément les mêmes valeurs, les mêmes codes, le même langage qui rend le travail de l'infirmière si complexe.

Au travers de ce projet de recherche, nous réalisons tout d'abord que nous pouvons redéfinir l'activité soignante: quelque soit le lieu où elle s'exerce, cette activité est composée de 14 groupes de pratiques indissociables et "Soigner", d'une manière générale, revient à faire en priorité:

Rang		Moyenne	Ecart-type
1	A) Pratique de gestion de l'information	26%	6%
2	K) Pratique professionnelle de la relation	20%	8%
3	L) Pratique technologique du soin	15%	3%
4	J) Pratique d'assistance	12%	8%
5	D) Pratique de régulation	12%	5%
6	E) Pratique de déplacement	11%	5%
7	B) Pratique de récolte d'informations	10%	3%
8	C) Pratique d'ordre et de discipline	4%	2%
9	F) Pratique hôtelière	4%	2%
10	H) Pratique de réapprovisionnement	4%	1%
11	N) Pratique d'inactivité	4%	6%
12	M) Pratique de formation	2%	3%
13	G) Pratique d'hygiène collective	2%	1%
14	I) Pratique d'élimination	1%	1%
	Total	127%*	

Tableau 8: Classement des pratiques toutes institutions confondues (sans le CHUQ⁷⁹)

* Ce % tient compte des pratiques associées. Il est calculé sur 6720 temps d'observation (96 observations durant 7 jours dans 10 sites). Le 127 % signifie que sur les 8 heures de temps de travail d'une infirmière, 27% est consacré à des pratiques simultanées.

⁷⁹ C'est volontairement que le CHUQ n'apparaît pas dans ces résultats puisque la saisie des données de part et d'autre de l'atlantique ne s'est pas effectuée exactement de la même manière comme nous l'avons déjà expliqué en page 29 . Pour cette raison et d'une manière générale, nous traiterons les données en provenance du Québec dans un chapitre à part.

Notre recherche montre donc que l'activité soignante peut se décrire à partir de 14 pratiques ciblées. Il est intéressant de noter que notre grille d'observation a une validité importante dans la mesure où sur les 9222 pratiques pointées, toutes ont pu être codées à l'intérieur de ces 14 critères et ceci même au Québec. A la page 42, nous signalions que nous avions l'impression d'avoir tout saisi au sein de notre outil d'observation mais ceci sans assurance aucune que la réalité confirmerait ce point. Nous sommes donc très contents de ce premier résultat. De plus, la feuille qui était à disposition des observateurs pour noter des variables impossibles à codifier à ramener peu d'éléments et les quelques-uns notés ont tous trouvés leur place dans notre grille.

Si le rôle professionnel de soignant est constitué de ces 14 pratiques, on peut aussi dire que celles-ci composent la matrice disciplinaire⁸⁰ de la profession et forment l'unité épistémologique de la discipline soignante. Afin de vérifier l'universalité de cette matrice et de voir si le modèle conceptuel sous-jacent (les 3 systèmes culturels) est généralisable, il serait intéressant de faire d'autres recherches dans d'autres pays.

Quelques indices nous laissent supposer que nous ne sommes pas les seuls à percevoir que ce rôle professionnel est à l'interface de cultures différentes.

Ainsi Mucchielli (1994), dans son étude sur le management en milieu hospitalier, parle de trois types de personnels présents dans le système de santé: les médecins, les administratifs et les techniciens, les infirmiers et les aides-soignants. Ces trois catégories correspondent parfaitement à nos systèmes culturels: "SC1", "SC2", "SC3". Même Mucchielli note que ces professionnels ont des codes culturels différents et qu'ils entretiennent des relations interpersonnelles et professionnelles distendues, fondées sur la méconnaissance mutuelle et le repli de chacun sur sa cellule de travail.

Ces propos renforcent ce que nous disions précédemment sur la complexité et la position difficile occupée depuis deux siècles par celle que l'on appelle aujourd'hui "infirmière". Être intermédiaire culturelle dans une organisation caractérisée selon Mucchielli par une forte demande d'implication du travail de soins, une forte distinction des rôles masculins et féminins, une tradition de soumission au pouvoir médical, une forte vulnérabilité personnelle et l'absence de tradition de management rationnel (1994, p. 34) n'est pas une sinécure.

Un autre auteur remarque aussi que le rôle professionnel contemporain est composé de plusieurs variables et que celui-ci ne consiste pas uniquement à s'occuper des malades ou à répondre à leurs besoins. Ainsi, ce que Dallaire⁸¹ nomme "soigner" et "éduquer" se rapproche de ce que nous mettons en évidence dans l'action de type "SC3" (service rendu à la personne soignée et à son entourage). Ce qu'elle nomme la "contribution des infirmières au système de santé" et "superviser" est représenté dans notre modèle par les prestations de service de type

⁸⁰ Cette matrice disciplinaire comme le rappelle Develay (1995, p. 27) est le point de vue qui organise la totalité des contenus en un ensemble cohérent.

⁸¹ Nous profitons de cette référence pour signaler que les grandes fonctions de la pratique infirmière mentionnées par Dallaire, ont été associées avec d'autres (fonctions CRS, "l'agir en expert" et le référentiel de compétence de la conférence des lieux de pratiques), pour arriver à concevoir le référentiel de compétences infirmières de la HES romande santé-social (Rapport final de la C2ES2, Rapport des filières, septembre 2001, p. 37).

L'on assiste ainsi à une synergie de pensées entre les concepteurs de la formation HES romande, les chercheurs de l'équipe fribourgeoise et Dallaire, membre de notre équipe de recherche en tant que partenaire de terrain et d'une Haute Ecole.

"SC1" (service rendu à l'institution et par conséquent, au système de santé). Et, ce qu'elle appelle la "contribution des infirmières à la profession médicale" correspond tout à fait à nos prestations de service de type "SC2" (service rendu au corps médical). L'on pourrait rajouter que l'on retrouve chez Dallaire une fonction de collaboration et de coordination avec tous les membres du réseau de santé qui ressemble fort à l'activité développée dans cette position d'intermédiaire culturelle présentée dans notre modèle conceptuel.

Nous n'oublions pas non plus, que Delaunay et Gadrey (1987), dans leur analyse du système social d'offre de santé, signalent que les individus sont en rapport potentiel avec un système simultanément médical, paramédical et hospitalier. Bien que nous ne soyons pas d'accord avec le qualificatif de paramédical car l'aide à la vie n'a pas attendu la médecine pour se développer, nous retrouvons néanmoins dans le point de vue de ces deux auteurs, une référence annonciatrice de nos trois systèmes culturels.

En conclusion, comme nous le mettons en évidence, le rôle professionnel se trouve au cœur de cet univers complexe composé de nos trois systèmes culturels. Nous pouvons désormais redéfinir l'activité soignante et quitter par la même occasion une conceptualisation du rôle professionnel autour des "théories de soins" pour donner à voir une théorie de l'action soignante.

De même, l'objectivation de l'activité professionnelle en 14 variables différentes mais interdépendantes, demande pour le moins que la formation prépare les futures professionnelles à construire leur identité à partir de ce qui se pratique aujourd'hui et qui résulte de l'évolution de leur propre discipline. Si pour Develay, l'identité professionnelle d'un enseignant se caractérise aujourd'hui par sa capacité à faciliter pour ses élèves l'apprentissage de sa discipline, nous serons aussi d'accord avec cet auteur, pour dire qu'une meilleure connaissance des contenus enseignés, lorsqu'ils sont éclairés par l'histoire de leur émergence, permet de mieux comprendre les difficultés des élèves lorsqu'elles sont confrontées aux problèmes de leur pratique (1995, p. 15).

Jusqu'à nouvel avis, c'est l'identité d'une discipline qui détermine l'identité de celui qui s'y réfère et non le contraire qui semblait prévaloir jusqu'alors dans les pratiques de soins (Rousseau, Nadot, 2001).

3.4) L'activité soignante d'une manière générale

Si l'on se réfère au tableau de la page 51, on observe que la pratique qui occupe le plus l'infirmière dans une journée est la pratique de gestion de l'information (fréquence d'apparition = 26%, écart-type = 6%). Si l'on ajoute les 10% consacré à la récolte d'informations et que l'on fasse une analogie avec le langage informatique, l'hypothèse de l'infirmière, "disque dur" d'un système de santé en interface entre de multiples professionnels, semble bien se confirmer⁸². De fait, l'infirmière stocke, échange, traduit de l'information provenant de sources très diverses (le patient et sa famille, le médecin, ses collègues, la physiothérapeute, l'ergothérapeute, la diététicienne, la hiérarchie administrative etc.). La complexité du rôle vient de cette position de "rassembleuse" et de traductrice, ajoutée à la

⁸² Du reste, depuis la mise en évidence et le développement du modèle conceptuel d'intermédiaire culturel (Nadot, 1993), d'autres travaux sont venus confirmer ce point. Ainsi Grosjean et Lacoste (1999) s'accordent à dire que la position clé occupée par les infirmières entre médecins et malades, à la croisée des lignes technique et relationnelle, les désigne socialement et pratiquement comme interfaces entre les exigences de l'organisation, celles de la thérapeutique et celles qui viennent des patients.

nécessité de cette volonté d'envisager globalement la réalité du patient mais également du fait que l'infirmière est celle qui partage un espace-temps important avec la personne soignée.

Les pratiques qui occupent également beaucoup l'infirmière sont les pratiques de relation. Il est heureux de voir qu'elles viennent en seconde position avec 20% de fréquence d'apparition. (L'écart-type est de 8% ce qui veut dire qu'elles varient passablement selon les institutions. Les technologies de soins représentent 15 % du temps et ont un écart-type réduit (3%). Les pratiques d'assistance sont également bien représentées avec un 12% de fréquence d'apparition. Le temps est encore occupé par des pratiques de régulation (12%) et des pratiques de déplacement (11%).

Enfin, les autres pratiques, même si elles n'ont pas une fréquence d'apparition élevée, font également partie de son rôle et demande des compétences spécifiques.

Nous rappelons que notre observation a mis en évidence que l'infirmière passe un quart de son temps à faire deux ou trois activités en même temps (Cf. p. 52, explication des 127%).

Sur la base d'une MANOVA⁸³ et d'une ANOVA⁸⁴ (voir tableau 9, p. 64), on remarque que ces 14 pratiques prennent plus ou moins d'importance selon les milieux observés ($F = 602.8; P = .000$) et qu'il est très difficile de tirer un profil global de l'activité soignante. Cependant, il semble que certaines pratiques se comportent de manière identique ceci malgré la très grande variété des unités de soins (taille, mission, dynamique, clientèle) retenues pour notre recherche. Il s'agit des pratiques de récolte d'information "B", de technologie de soins, d'ordre et de discipline, d'hygiène collective et de réapprovisionnement. La situation des technologies de soins ici nous surprend, car la représentation de cette pratique nous laisserait à penser qu'elle s'exerce plus dans certains lieux (en chirurgie par exemple), que dans d'autres, (home pour personnes âgées).

Pour les autres pratiques, à savoir, la gestion d'information "A", la relation professionnelle "K", l'assistance "J", la régulation "D", le déplacement "E", la pratique hôtelière "F", la formation "M" et l'élimination "I", l'ANOVA montre de fortes différences. Nous noterons cependant que la gestion d'information "A" occupe dans presque tous les services la première position. Ceci confirme que cette pratique est une activité majeure du rôle professionnel.

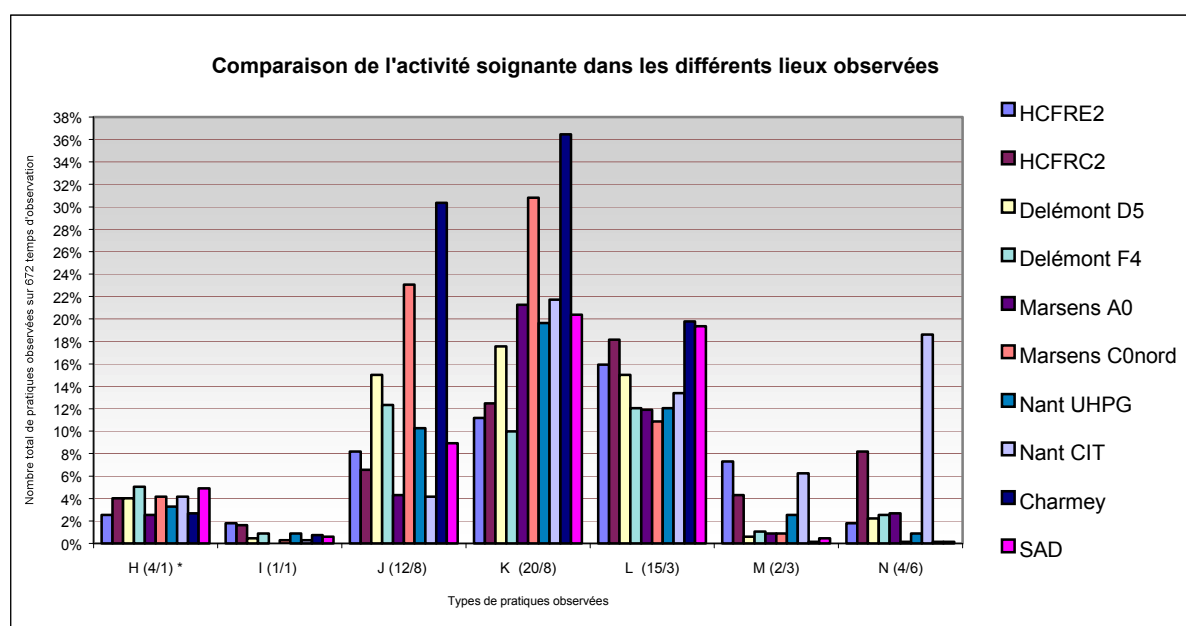
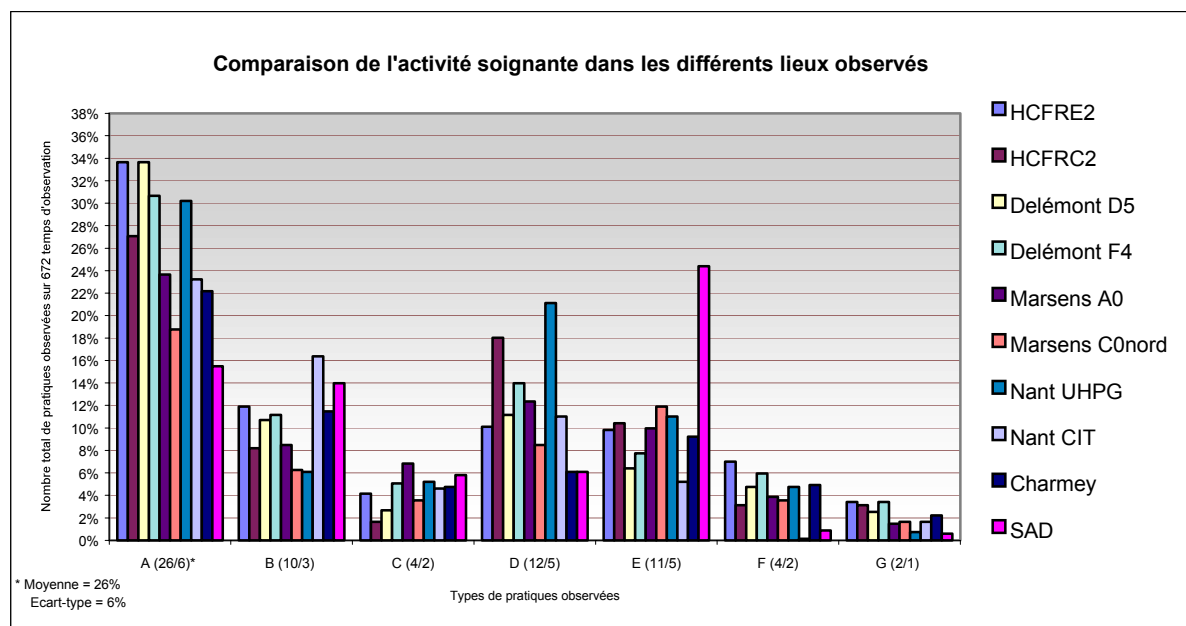
En résumé, l'infirmière passe une grande partie de son temps à gérer de l'information, être en relation avec les patients, les assister, leur faire des soins médicaux délégués, se déplacer pour créer des liens entre les différents acteurs du système de santé et préserver son énergie en faisant des temps de régulation afin d'avoir encore assez d'énergie pour produire ses prestations.

Le chapitre qui suit vous donne un aperçu graphique des détails de l'activité soignante. Le premier tableau permet de comparer chaque pratique en regard des 10 lieux observés. Le second donne une vue d'ensemble de l'activité pour chaque service, les 10 tableaux suivants présentent l'activité sur l'ensemble de la semaine.

⁸³ *Multiple Analysis of Variance*/Analyse de variances multivariées

⁸⁴ Explication de l'ANOVA à la page 63.

3.5) L'activité soignante dans le détail



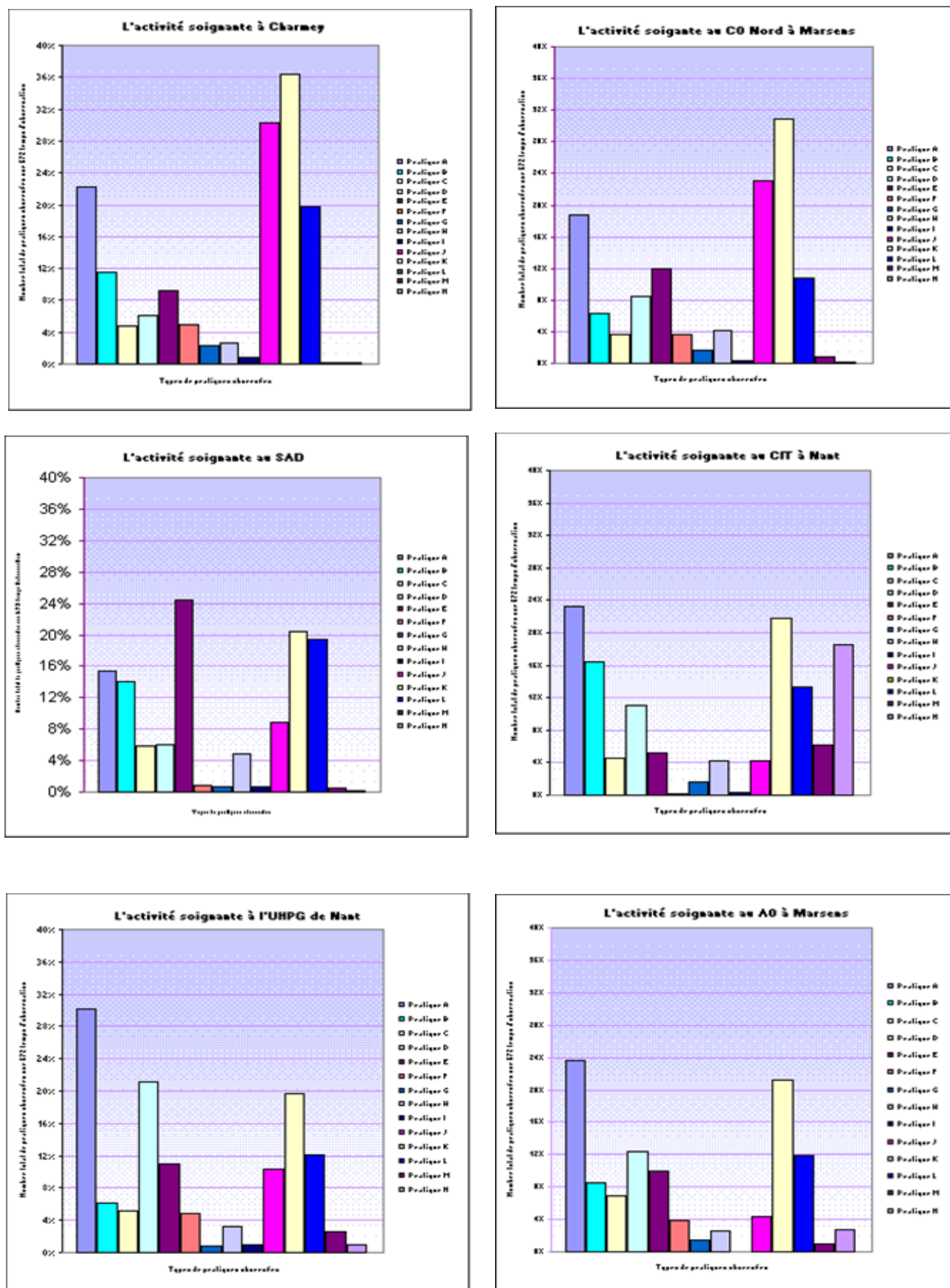
A=Pratique de gestion de l'information
B=Pratique de récolte d'informations
C=Pratique d'ordre et de discipline
D=Pratique de régulation
E=Pratique de déplacement

F= Pratique hôtelière
G=Pratique d'hygiène collective
H=Pratique de réapprovisionnement
I=Pratique d'élimination
J=Pratique d'assistance

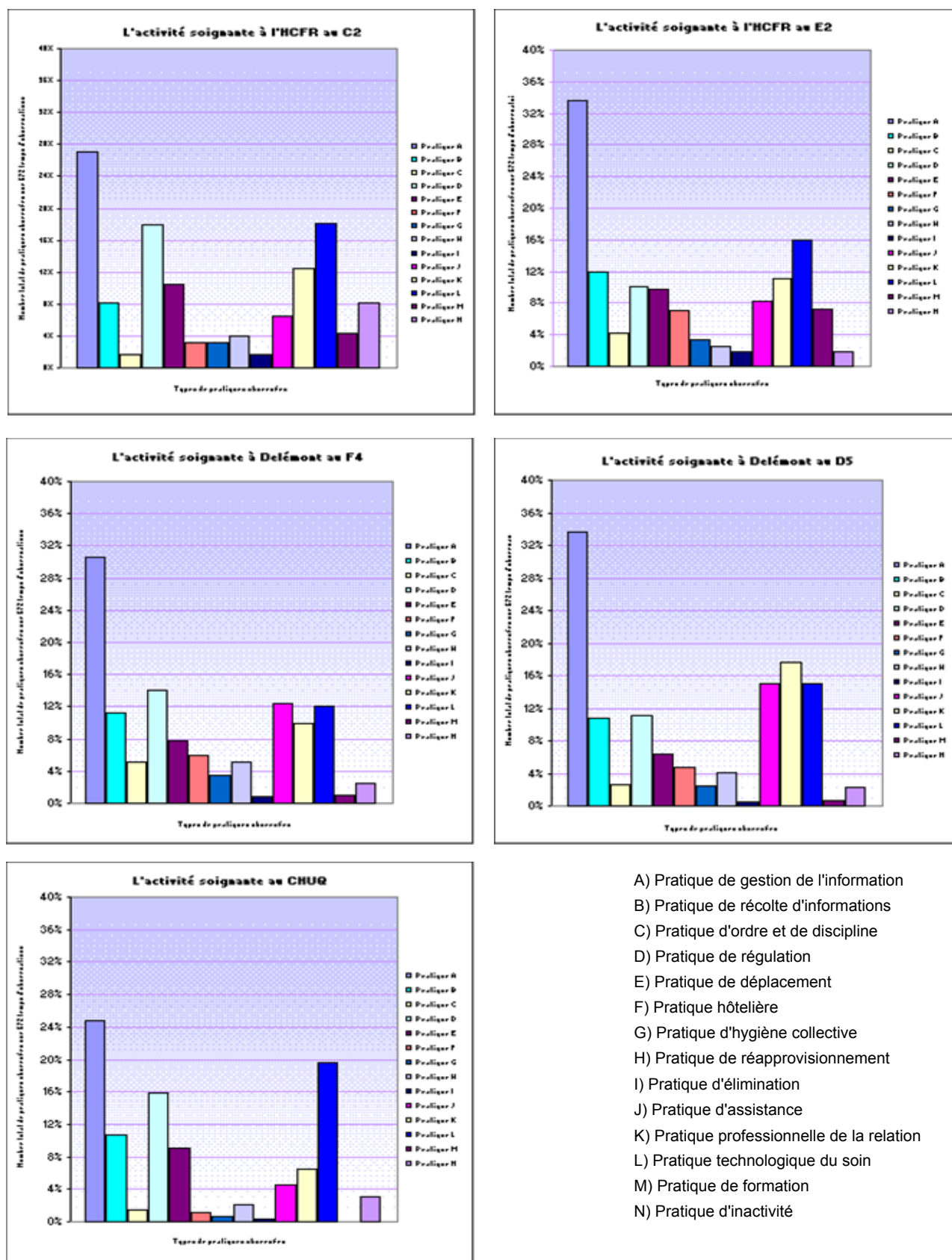
K=Pratique professionnelle de la relation
L=Pratique technologique du soin
M=Pratique de formation
N=Pratique d'inactivité

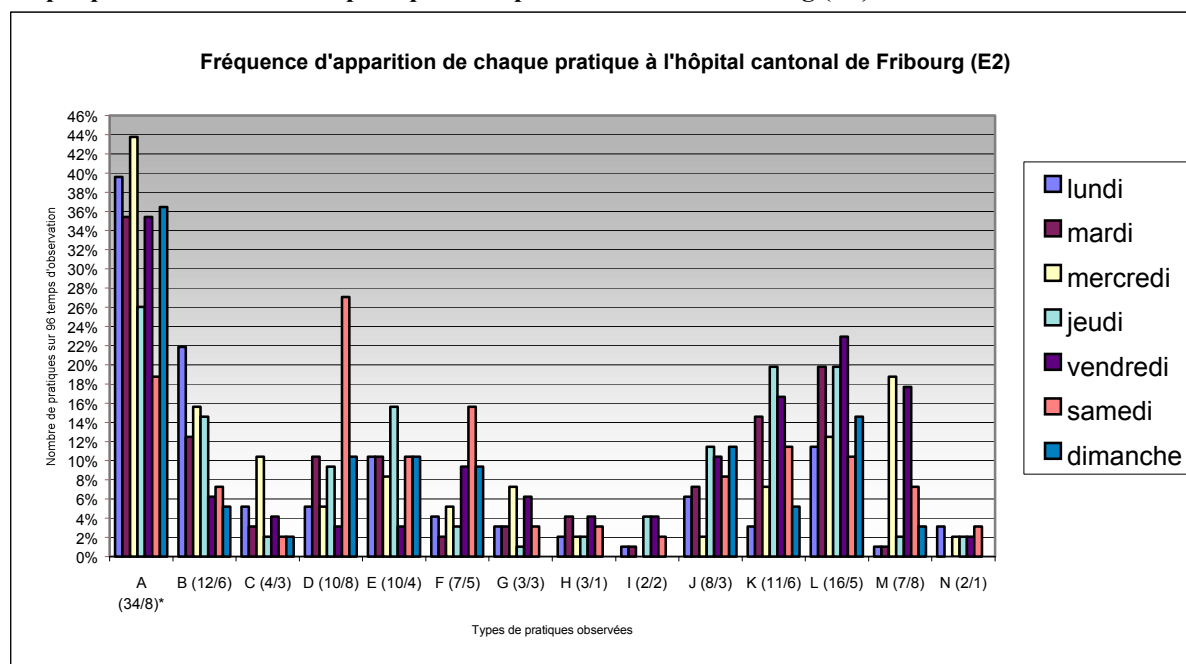
Graphique 1: Comparaison de l'activité soignante dans différents lieux (sans le CHUQ)

Graphique 2: Comparaison de l'activité soignante par lieu de soins



Comparaison de l'activité soignante dans les 11 lieux observés

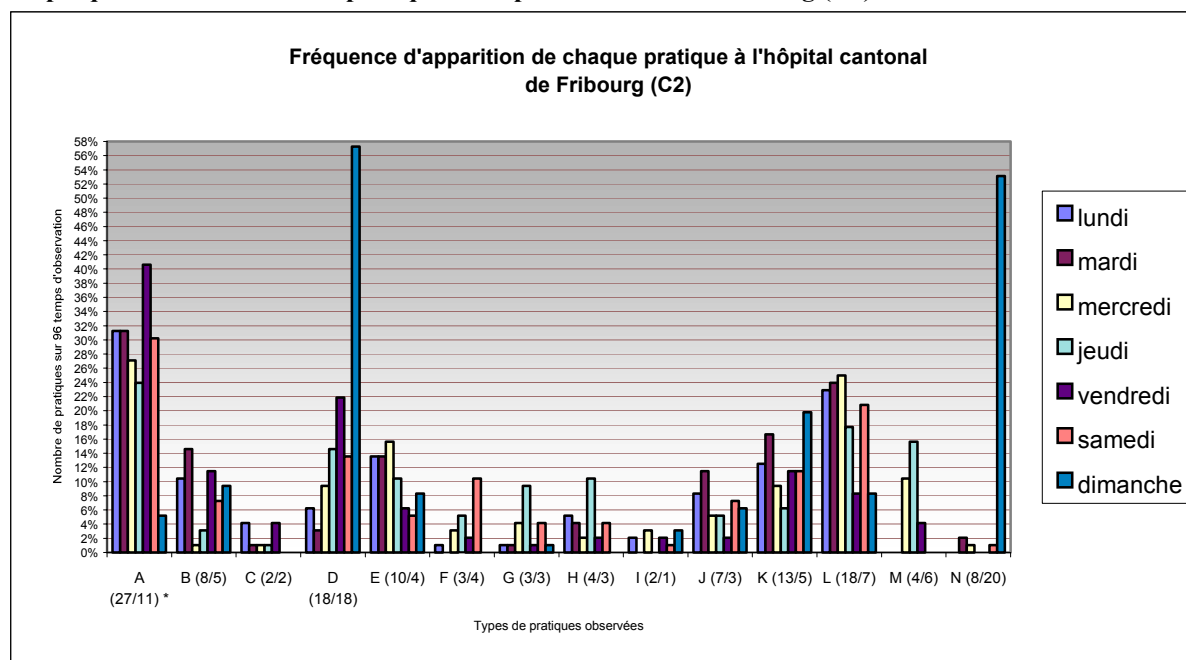


Graphique 3: Une semaine de pratique à l'hôpital cantonal de Fribourg (E2)

* Moyenne A = 34%

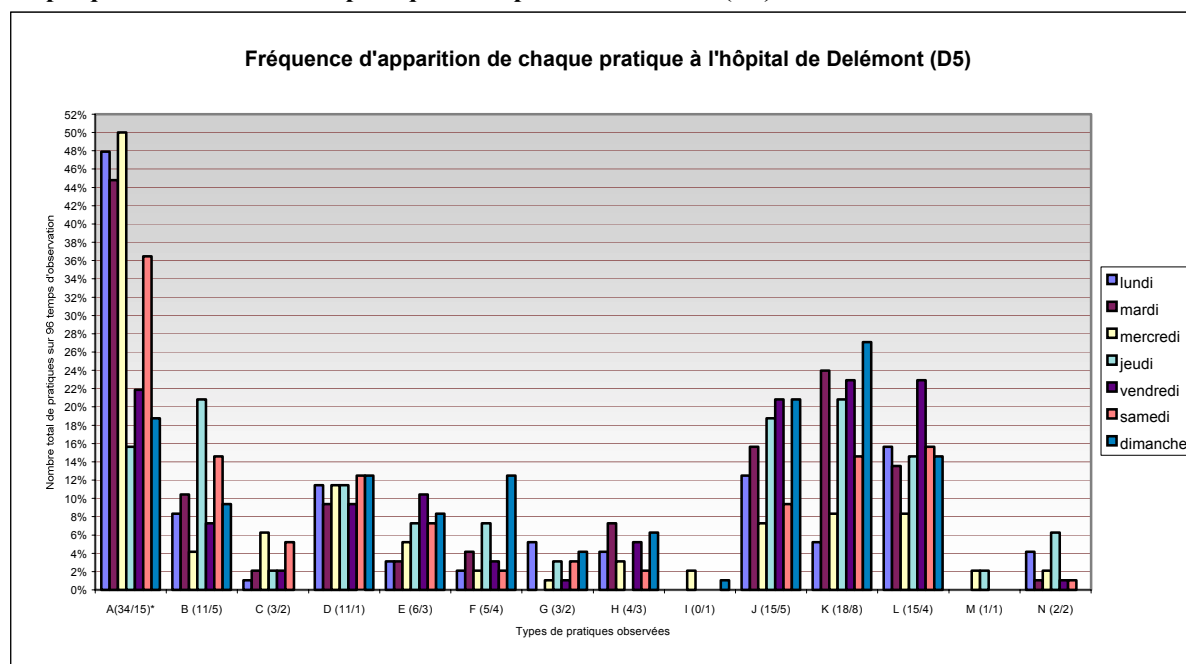
* Ecart-type A = 8%

A) Pratique de gestion de l'information	F) Pratique hôtelière	K) Pratique professionnelle de la relation
B) Pratique de récolte d'information	G) Pratique d'hygiène collective	L) Pratique technologique du soin
C) Pratique d'ordre et de discipline	H) Pratique de réapprovisionnement	M) Pratique de formation
D) Pratique de régulation	I) Pratique d'élimination	N) Pratique d'inactivité
E) Pratique de déplacement	J) Pratique d'assistance	

Graphique 4: Une semaine de pratique à l'hôpital cantonal de Fribourg (C2)

* Moyenne A = 27%

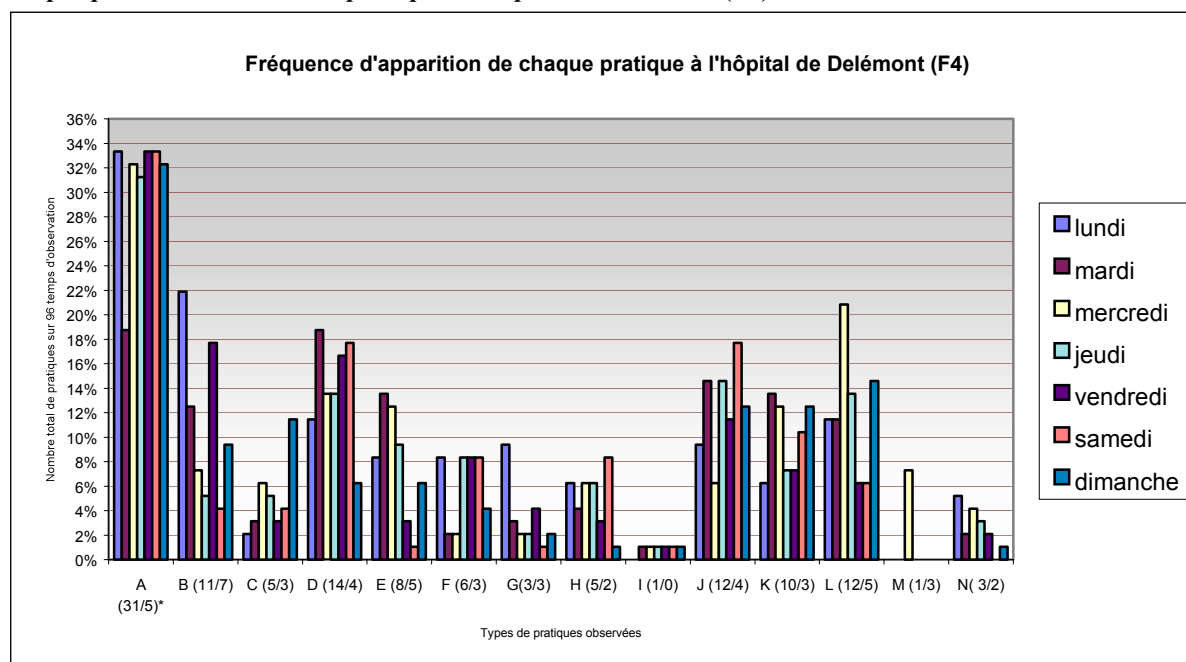
* Ecart-type A = 11%

Graphique 5: Une semaine de pratique à l'hôpital de Delémont (D5)

* Moyenne A = 34%

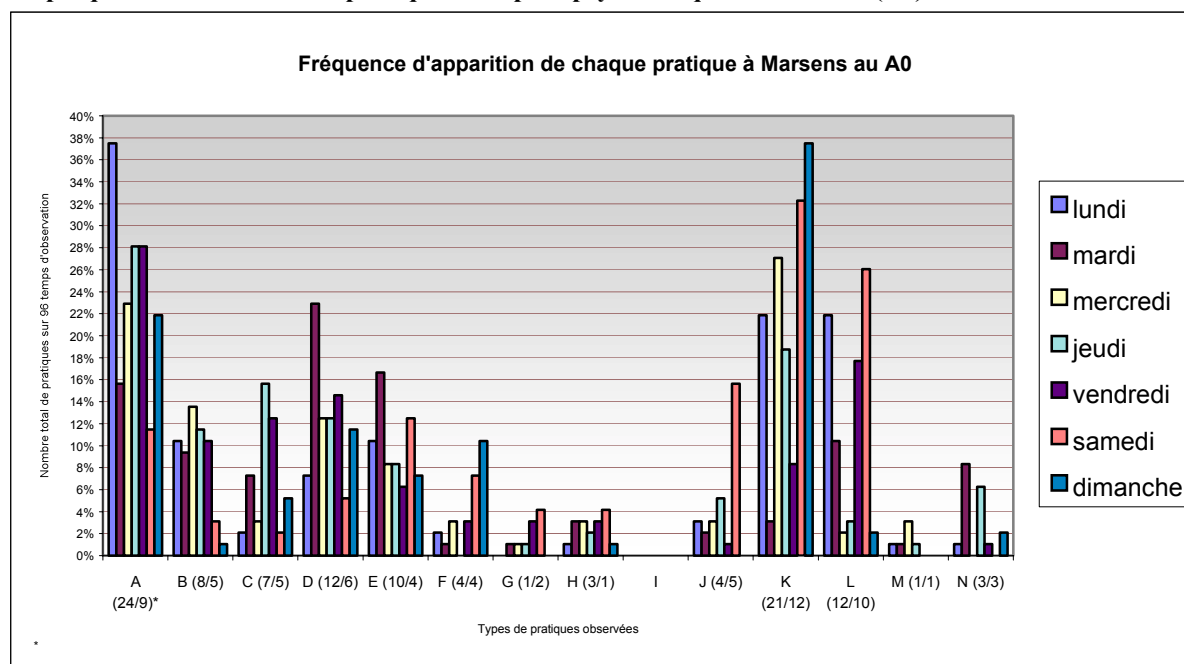
* Ecart-type A = 15%

A) Pratique de gestion de l'information	F) Pratique hôtelière	K) Pratique professionnelle de la relation
B) Pratique de récolte d'information	G) Pratique d'hygiène collective	L) Pratique technologique du soin
C) Pratique d'ordre et de discipline	H) Pratique de réapprovisionnement	M) Pratique de formation
D) Pratique de régulation	I) Pratique d'élimination	N) Pratique d'inactivité
E) Pratique de déplacement	J) Pratique d'assistance	

Graphique 6: Une semaine de pratique à l'hôpital de Delémont (F4)

* Moyenne A = 31%

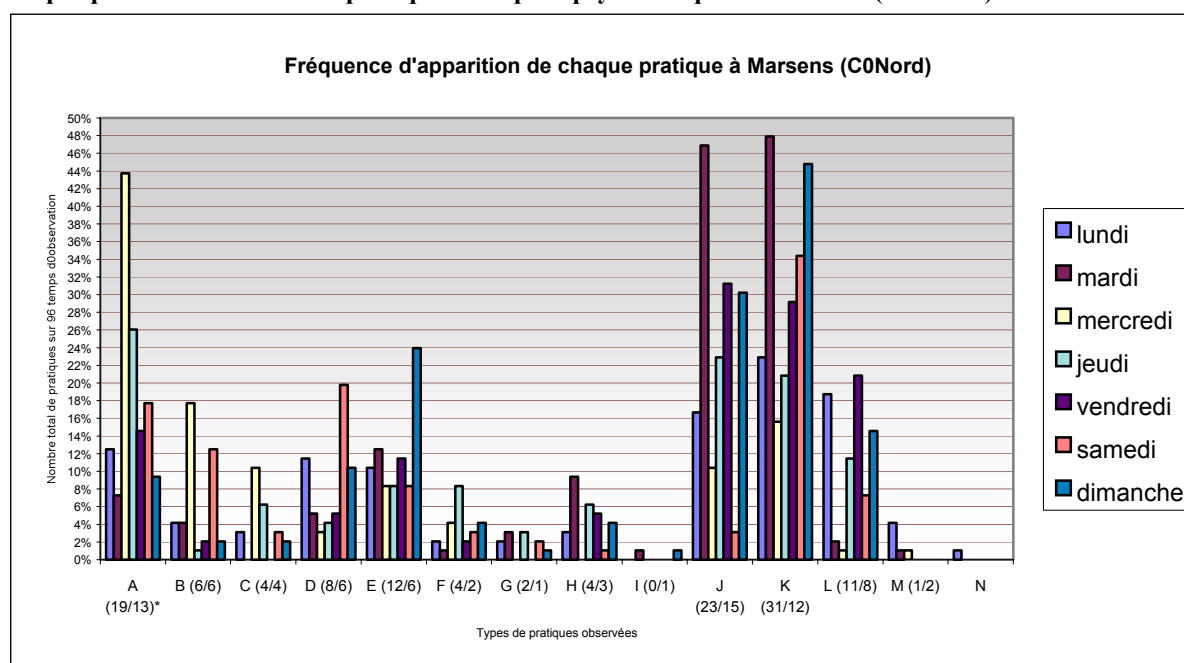
* Ecart-type A = 5%

Graphique 7: Une semaine de pratique à l'hôpital psychiatrique de Marsens (A0)

* Moyenne A = 24%

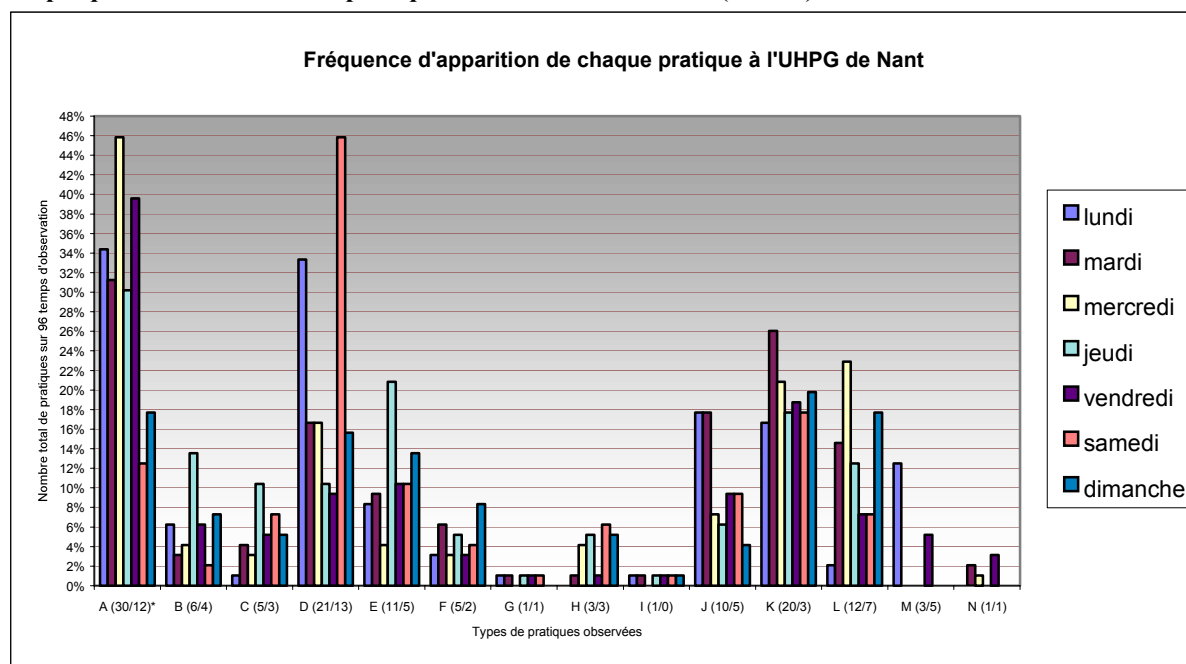
* Ecart-type A = 9%

A) Pratique de gestion de l'information	F) Pratique hôtelière	K) Pratique professionnelle de la relation
B) Pratique de récolte d'information	G) Pratique d'hygiène collective	L) Pratique technologique du soin
C) Pratique d'ordre et de discipline	H) Pratique de réapprovisionnement	M) Pratique de formation
D) Pratique de régulation	I) Pratique d'élimination	N) Pratique d'inactivité
E) Pratique de déplacement	J) Pratique d'assistance	

Graphique 8: Une semaine de pratique à l'hôpital psychiatrique de Marsens (CO nord)

* Moyenne = 19%

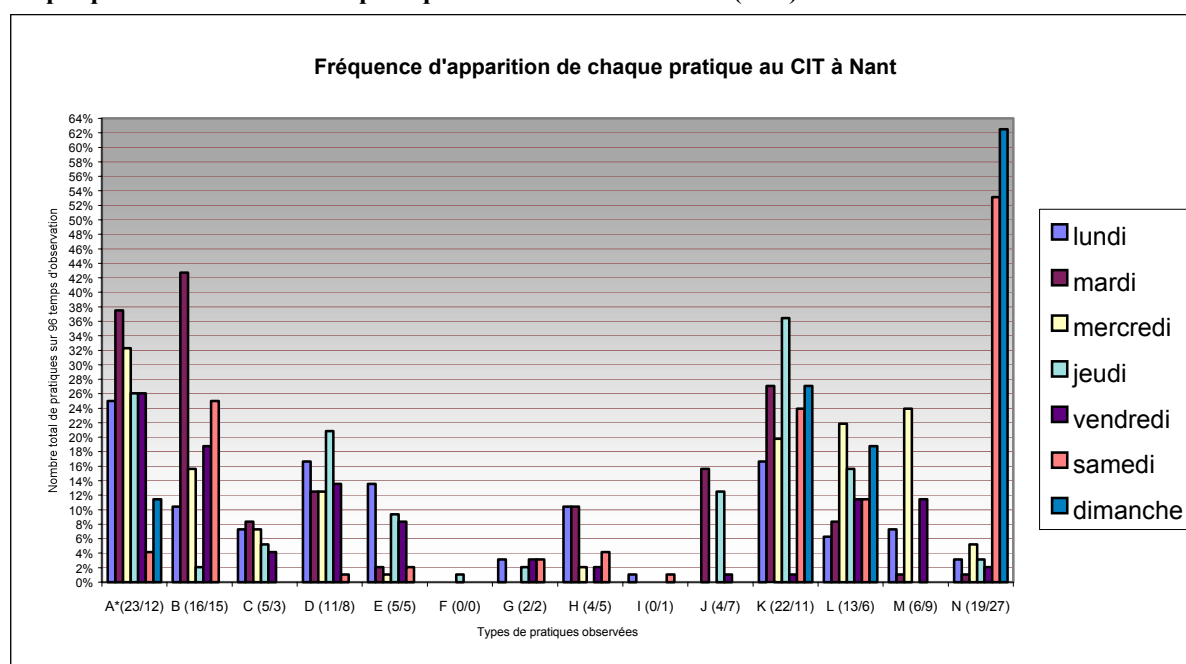
* Ecart-type = 13%

Graphique 9: Une semaine de pratique à la Fondation de Nant (UHPG)

* Moyenne A = 30%

* Ecart-type A = 12%

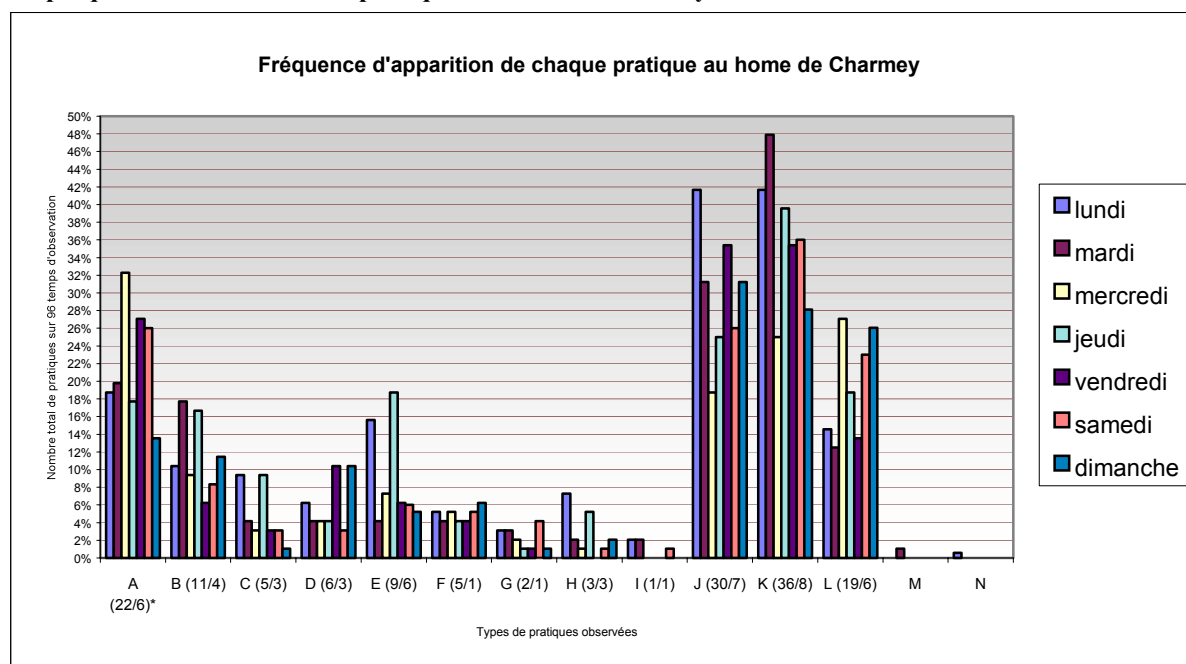
A) Pratique de gestion de l'information	F) Pratique hôtelière	K) Pratique professionnelle de la relation
B) Pratique de récolte d'information	G) Pratique d'hygiène collective	L) Pratique technologique du soin
C) Pratique d'ordre et de discipline	H) Pratique de réapprovisionnement	M) Pratique de formation
D) Pratique de régulation	I) Pratique d'élimination	N) Pratique d'inactivité
E) Pratique de déplacement	J) Pratique d'assistance	

Graphique 10: Une semaine de pratique à la Fondation de Nant (CIT)

* Moyenne A = 23%

* Ecart-type A = 12%

Graphique 11: Une semaine de pratique au home de Charmey

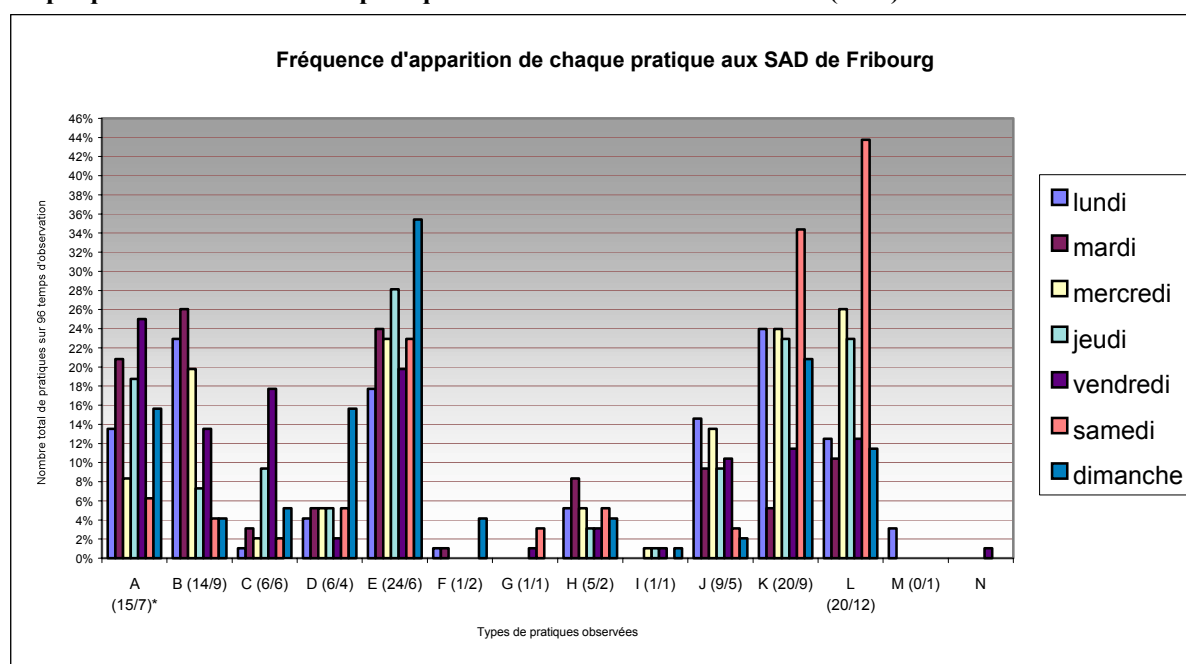


* Moyenne A = 22%

* Ecart-type A = 6%

A) Pratique de gestion de l'information	F) Pratique hôtelière	K) Pratique professionnelle de la relation
B) Pratique de récolte d'information	G) Pratique d'hygiène collective	L) Pratique technologique du soin
C) Pratique d'ordre et de discipline	H) Pratique de réapprovisionnement	M) Pratique de formation
D) Pratique de régulation	I) Pratique d'élimination	N) Pratique d'inactivité
E) Pratique de déplacement	J) Pratique d'assistance	

Graphique 12: Une semaine de pratique aux services de soins à domicile (SAD)



* Moyenne A = 15%

* Ecart-type A = 7%

Pratiques significativement différentes P < .05			Pratiques significativement non différentes P > .05		
A	Gestion de l'info	F (9 ;60) = 2.637; P =.012	B	Récolte d'informations	F (9 ; 60) = 1.441; P =.192
K	Relation	F (9 ;60) = 6.797; P = .000	L	Technologie du soin	F (9 ; 60) = 1.478; P = .177
J	Assistance	F (9 ;60) = 10.962; P = .000	C	Ordre et discipline	F (9 ;60) = 1.170; P = .33
D	Régulation	F (9 ;60) = 2.160; P = .038	G	Hygiène collective	F (9 ;60) = 1.980; P = .057
E	Déplacement	F (9 ;60) = 8.780; P = .000	H	Réapprovisionnement	F (9 ;60) = .837; P = .585
F	Pratique hôtelière	F (9 ;60) = 3.575; P = .001	N	Inactivité	F (9 ;60) = 2.016; P = .053
M	Formation	F (9 ;60) = 2.173; P =.037			
I	Elimination	F (9 ;60) = 3.018; P = .005			

Tableau 9: Résultats des 14 pratiques et comportement de celles-ci à l'ANOVA⁸⁵

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
HCFR E2	1	3	10	5	6	9	11	12	13.5	7	4	2	8	13.5
HCFR C2	1	6.5*	13.5	3	5	11.5	11.5	10	13.5	8	4	2	9	6.5
NANT CIT	1	4	9	6	8	14	12	10.5	13	10.5	2	5	7	3
NANT UHPG	1	7	8	2	5	9	12	10	13.5	6	3	4	11	13.5
MARSENS A0	1	6	7	3	5	9	12	11	14	8	2	4	13	10
MARSENS C0	3	7	9.5	6	4	9.5	11	8	13	2	1	5	12	14
DELEMONT F4	1	5	9.5	2	7	8	11	9.5	14	3	6	4	13	12
DELEMONT F5	1	6	10	5	7	8	11	9	14	3.5	2	3.5	13	12
CHARMEY	3	5	9	7	6	8	11	10	12	2	1	4	13.5	13.5
SAD	4	5	8	7	1	10	11.5	9	11.5	6	2	3	13	14

Tableau 10 : Indication des rangs pour chaque pratique

* le 6.5 signifie que deux pratiques se partageait le 6e et le 7^e rang

N.B. Pour les personnes intéressées les résultats bruts de notre étude sont reportés sur un tableau général qui constitue notre base de données (compilation des données/**Annexe 11**).

⁸⁵ Pour l'analyse de la variance (comparaison de plusieurs moyennes) communément appelée "**anova**" nous avons utilisé le test (*F*) de Fischer-Snedecor. Celui-ci calcule le rapport de la variance intergroupe sur la variance intragroupe.

Selon Guégen (1997), la **variance** qui est un indice de dispersion, résulte de la somme des carrés des écarts à la moyenne. La variance intragroupe est la variance moyenne obtenue à l'intérieur des groupes alors que la variance intergroupe est la variance de la différence entre la moyenne générale des groupes et les moyennes respectives des groupes. Le seuil de significativité, fixé à .05 représente la **probabilité** (*P*) que notre résultat est à 95% non dû au hasard. Le **degré de liberté** (ddl) est composé de deux nombres et sert de dénominateur dans le calcul de la variance. Dans notre recherche ce degré de liberté est de (9; 60).

Le 1^{er} "ddl intergroupe" = Nombre d'échantillons - 1.

Correspond dans notre recherche à (10 lieux d'observation - 1). Au total (10 - 1 = 9)

Le 2^{ème} "ddl intragroupe" = (Effectif total - 1) - (Nombre d'échantillon - 1).

Correspond dans notre recherche : (10 lieux d'observation x 7 jours - 1) **moins** (10 lieux d'observation - 1), soit (70 - 1 = 69) **moins** (10 - 1 = 9). Au total : (69 - 9 = 60).

La fréquence d'apparition des pratiques classées par ordre d'importance (tableau 8, p. 52) nous servira de guide pour présenter les sous chapitres suivants.

- Gestion d'information (pratique A) et récolte d'informations (pratique B)

Nous commencerons par la pratique de gestion de l'information (pratique A) qui représente en moyenne 26% du temps d'une infirmière et nous la compléterons par la pratique de récolte d'information (pratique B) qui, si elle n'occupe que le 7^{ème} rang avec une moyenne de 10%, fait, elle aussi, partie d'un ensemble plus grand que l'on pourrait nommer pratique de traitement de l'information.

Rang	Institution	Moyenne	écarts-type
1	HCFR E2	34%	8%
2	Delémont D5	34%	15%
3	Delémont F4	31%	5%
4	Nant UHPG	30%	12%
5	HCFR C2	27%	11%
6	Marsens A0	24%	9%
7	Nant CIT	23.5%	12%
8	Charmey	22%	6%
9	Marsens C0	19%	13%
10	SAD	15.5%	7%

Tableau 11: Pratique A selon sa fréquence d'apparition dans les 10 services observés

Rang	Institution	Moyenne	écarts-type
1	Nant CIT	16%	15%
2	SAD	14%	9%
3	HCFR E2	12%	6%
4	Charmey	11%	4%
5	Delémont F4	11%	7%
6	Delémont D5	11%	5%
7	Marsens A0	8%	5%
8	HCFR C2	8%	5%
9	Marsens C0	6%	6%
10	Nant UHPG	6%	4%

Tableau 12: Pratique B selon sa fréquence d'apparition dans les 10 services observés

Rang	Institutions	Moyenne
1	HCFR E2	46%
2	Delémont D5	45%
3	Delémont F4	42%
4	CIT	39.5%
5	UHPG	36%
6	HCFR C2	35%
7	Charmey	33%
8	Marsens A0	32%
9	SAD	29.5%
10	Marsens C0	25%

Tableau 13: Pratiques A et B cumulées selon la fréquence d'apparition dans les 10 services observés

La moyenne de ces 10 institutions pour les pratiques "A" et "B" représente 36% de l'activité soignante avec un écart-type de 7%.

Contrairement aux représentations courantes que l'on peut avoir de l'infirmière, à savoir une infirmière au chevet des patients et une exécutante d'ordres médicaux, force est de constater que l'activité soignante se présente sous d'autres formes.

De fait, la pratique qui occupe le plus l'infirmière lors d'une journée de travail est celle du traitement de l'information. En moyenne, elle passe 36% de son temps à gérer de l'information (colloque, visites médicales, écritures, téléphones, informations diverses,...) et à en récolter auprès des patients, de leurs familles, des médecins, des autres collègues, des services annexes, etc.

Si la pratique de traitement d'informations n'est pas significativement différente par rapport aux 10 institutions observées ($F(9;60)=1.696$, $P=.110$), on remarque cependant de hauts scores au HCFR (E2: chirurgie) et à Delémont (F4: service de chirurgie; D5: Service de médecine). Que recouvre donc ces chiffres ? Pourquoi l'infirmière consacre-t-elle autant de temps à cette activité ? Y a-t-il beaucoup de transmissions post-opératoires, post urgences, post-soins intensifs dans ces services ? Les téléphones avec le bloc opératoire, les services annexes (physiothérapie, ergothérapie, services de radiologie, etc.) sont-ils fréquents ?

Les informations données au patient, à sa famille ou les écritures dans les dossiers de soins (kardex), les feuilles d'observations et autres supports écrits toujours à actualiser en fonction de la dynamique institutionnelle sont-ils très nombreux ? Faut-il encore considérer d'autres éléments ? Par exemple le fait que les patients demeurent peu longtemps et que tous les jours il faut recommencer une pratique d'accueil, d'informations, de démarches administratives, des récoltes de données et autres anamnèses.

L'information circule-t-elle correctement ou passe-t-on des heures en colloque à transmettre le rapport aux personnes travaillant à temps partiel, aux collègues de l'autre service qui viennent en remplacement, aux nouveaux médecins, chirurgiens, personnel entrant en fonction, stagiaires ?

Nous relèverons encore qu'il y a un peu moins de pratique de traitement de l'information au C0 à Marsens (service de psychogériatrie) et aux soins à domicile (SAD). Pour le premier, ceci s'explique peut-être par un roulement moindre des patients et une visite médicale n'ayant lieu qu'une fois par semaine. Quant au second, les raisons sont à chercher au niveau de l'absence de visite médicale, de la rareté des colloques, de la répartition du travail sur un mode d'attribution individuelle et de patients demandant souvent des soins sur une longue période.

À Marsens, au A0 (service d'admissions psychiatriques), il est surprenant de constater un chiffre de 32% dans la mesure où on pourrait s'attendre à un score plus élevé du fait qu'en psychiatrie il semblerait qu'il y ait de nombreux colloques, de nombreuses informations récoltées, retranscrites et retransmises à qui de droit. D'un autre côté, on pourrait postuler que ces soignants travaillent à un fort pourcentage, qu'ils ont une manière de gérer l'information (tenue des dossiers, colloques pluridisciplinaires) qui leur permet au maximum d'éviter les répétitions d'informations.

Si on est moins étonné du score du CIT (39.5%) c'est parce que ce service est une unité spécialisée de soins intensifs psychiatriques ambulatoires pour patients en crise.

Une équipe pluridisciplinaire de douze personnes prend en charge environ vingt personnes en même temps. Les entretiens avec les patients, leur famille et les proches sont les moteurs de la dynamique de travail.

L'intervention de crise se base souvent sur leurs informations. Il s'agit en effet de comprendre parfois les enjeux qui se jouent dans la crise et qui peuvent amener une personne soignée à des gestes de désespoir (tentative de suicide chez un adolescent par exemple). Dans le cadre des consultations menées par les infirmières, il est normal que la part de la pratique de récolte

d'informations soit élevée dans la mesure où les informations servent de base pour déterminer le traitement à instaurer, si possible avec l'adhésion du patient et le soutien de son entourage. Les compétences réclamées aux infirmières dans cette récolte d'information sont élevées car elles doivent également dans leur approche se montrer très professionnelles pour établir une alliance avec la personne soignée qui souvent n'a pas envie de parler avec un "psy".

Maintenant lorsqu'on observe la pratique du traitement de l'information sous l'angle plus pointu des variables: pratique de gestion de l'information (A) et pratique de récolte de l'information (B), on constate que la première varie beaucoup non seulement au niveau des 10 institutions ($F(9;60) = 2.637; P = .012$) mais aussi au niveau de chaque institution (remarquez les écarts-types) alors que la seconde ne change pas de manière significative ($F(9;60) = 1.441; P = .192$) mais varie beaucoup pour le CIT (patients nouveaux, situations plus complexes, avec de nombreuses données à récolter, nombreux entretiens au sein de l'équipe pluridisciplinaire). Pour le SAD la même variation est constatée. On suppose qu'il y a de nombreux contrôles médico-délégués, et des bilans de santé réguliers.

Quels sont les facteurs qui créent cette variation dans la pratique de gestion de l'information ? Qu'y a-t-il de plus ou de moins, quels jours, à quels moments et pourquoi ? Face à ces nombreuses questions qui ne trouvent réponses que sous forme d'hypothèses, les chercheurs regrettent de n'avoir pas eu plus de temps pour coder plus finement cette activité et préparer les observateurs. Bien qu'excessivement complexe, il est vrai qu'il aurait été fort intéressant de pouvoir décrire de manière détaillée cette pratique dans le sens où elle représente une part importante de l'activité soignante.

De plus, la question de recherche parlait de mesurer combien de temps passe l'infirmière à rendre service au SC1, SC2 et SC3 mais, devant la complexité du codage du traitement de l'information et en lien avec la méthode d'observation choisie (saisir en quelques secondes le type d'activité faite par l'infirmière), nous n'avons pu atteindre cet objectif dans le sens où il aurait fallu, bien souvent, avoir accès aux réflexions de l'infirmière pour savoir si la culture à laquelle elle faisait référence pour traiter son info était plutôt de type "SC1", "SC2" ou "SC3" (parfois, les 2 ou les 3 en même temps)

En outre, il devient évident avec les résultats ci-dessus qu'il aurait peut-être été judicieux de choisir différemment les lieux observés pour mieux comprendre les variables créant les différences de pratiques entre services mais nous devions d'une part, nous adapter aux capacités financières et logistiques des institutions (il aurait été impossible de prendre par exemple 3 services de médecine, 3 services de chirurgie, ... dans une même institution) et d'autre part, l'idée de la recherche se voulait dans un premier temps plus descriptive qu'analytique: elle concernait plus l'activité soignante dans sa globalité indépendamment de la culture qui habite les spécialités médicales. Il n'empêche que d'autres recherches pourront se faire sur ce thème et il est à parier que le traitement de l'information fera l'objet de plusieurs études dans les années qui viennent.

En résumé, si nous ne pouvons dire précisément le pourcentage de temps passé à faire telles ou telles actions dans la pratique de traitement de l'information, nous connaissons tout de même les éléments qui la composent. Nous savons également qu'elle représente une part non-négligeable du travail de l'infirmière dans toutes les institutions observées. Au début de cette étude, nous avons postulé qu'une partie de la complexité du rôle de l'infirmière était justement due à ce traitement d'information.

En effet Bancel-Charencol L., Delaunay J.-C, et Jogleux (1999) renforcent ce point de vue. Selon ces auteurs, c'est toujours l'utilisateur des prestations qui fournit l'information nécessaire à

la conception et à la production du service et vu l'étendue du réseau relationnel d'une infirmière au sein des institutions de santé, ces sources d'information sont multiples parfois contradictoires, hybrides, hétérogènes ou polysémiques (*supra*, p. 24).

De fait, chaque bénéficiaire des prestations qu'il appartienne au "SC1", "SC2", ou "SC3", lui-même membre de groupes sociaux différents dans leur rapport au système d'offre sanitaire est susceptible d'interactions informationnelles avec la soignante.

Chaque source pouvant être spectacle, savoir scientifique exprimé par le corps médical, savoir d'expérience exprimé par la personne soignée et son entourage, savoir professionnel ou scientifique exprimé par les membres de l'équipe, ou savoir administratif, organisationnel ou institutionnel exprimé par le système de santé au travers de ces multiples institutions, on comprend mieux que les échanges puissent être complexes et générer de l'agressivité ou de la frustration.

Il faut encore savoir que les infirmières et infirmiers sont au cœur d'activités investies par des relations de propriété, de pouvoir et de hiérarchie entre individu et entre groupes. Le rapport social de service véhicule, sous diverses formes, des rapports représentatifs de l'organisation et de la structure hiérarchique de la société (Delaunay, Gadrey, 1987).

Debray (1991, p. 238) présente aussi cette idée dans la notion de médiasphère qu'il définit comme un espace-temps relationnel ayant pour armature un certain outillage communicatif. Cet espace-temps fixe une hiérarchie de lieux et de milieux de sociabilité intellectuelle, le lieu dominant étant le lieu de la plus forte communication publique (ou professionnelle) et donc de la plus grande concurrence entre producteurs de messages, là où l'acoustique et la visibilité sociales est la meilleure, et donc la plus efficace. Ce qui veut dire, que l'infirmière dans sa position d'intermédiaire culturelle, devra développer des stratégies relationnelles lui permettant non seulement de communiquer avec des patients dépossédés de certains pouvoirs du fait de leur maladie, mais aussi de communiquer avec le corps médical qui occupe, comme chacun le sait, une position "haute" dans le système de santé.

La formation prépare t-elle l'infirmière médiologue de santé à produire des messages entendus et compris par tous ces interlocuteurs ?

En ce moment où la formation des infirmières est sur le point de se développer en Haute école spécialisée (HES), cette recherche montre sous un jour nouveau le travail d'une médiologue de santé. Si la dimension "traitement de l'information" est déjà travaillée dans les formations actuelle, ce point sera encore à développer dans le futur. On n'insistera jamais assez sur la complexité du rôle professionnel où il faut dans le même temps gérer un grand nombre d'informations de qualité variée en provenance d'interlocuteurs de statut et de culture différente et dans un contexte de relation où les enjeux de pouvoir ne sont pas à négliger.

D'ailleurs Porat (in Delaunay et Gadrey 1987, p. 147) dans le cadre de l'économie de l'information développée aux Etats-Unis constate que les infirmières passent 60% de leurs temps dans des occupations de nature "informationnelle". Sous ce terme cet auteur désigne tout ce qui est échange de symboles. Cela semble correspondre à ce que nous, nous avons nommé "traitement de l'information", "relation professionnelle", "ordre et discipline" et "régulation". Si nous additionnons les scores de ces différentes pratiques nous obtenons 72%.

Nous pouvons adhérer à cette manière de classer et pourrions prendre appui sur ce chiffre pour valoriser l'aspect "informationnel" du travail de l'infirmière.

De plus, comme le relèvent Bancel-Charensol, Delaunay et Jougoux (1999) à propos de la société agricole, l'on est passé en quelques décennies d'une société de l'effort physique et du travail direct sur la matière à une société de l'effort mental et de la charge nerveuse, où

l'information tient une grande place. Il en est de même pour l'activité de service réalisée par les infirmières et infirmiers.

Mais nous préférons conserver notre typologie qui met en évidence, sous des facettes plus fines, une activité soignante traditionnelle définie en 14 pratiques. Nous conserverons donc sous l'étiquette "traitement de l'information" uniquement les pratiques "A" et "B".

- Pratique professionnelle de la relation (K)

Cette pratique qui occupe également beaucoup l'infirmière vient en seconde position avec 20% de fréquence d'apparition. (L'écart - type est de 8% ce qui veut dire qu'elles varient passablement selon les institutions).

Rang	Institutions	moyenne	écarts-type
1	Charmey	36%	8%
2	Marsens C0	31%	12%
3	CIT	22%	11%
4	Marsens A0	21%	12%
5	SAD	20%	10%
6	UHPG	20%	3%
7	Delémont D5	18%	8%
8	HCFR C2	12.5%	5%
9	HCFR E2	11%	6%
10	Delémont F4	10%	3%

Tableau 14: Pratique professionnelle de la relation (K)

Elle représente en moyenne un cinquième du temps de travail journalier d'une infirmière. La pratique professionnelle de la relation s'étend de la relation de civilité à la relation d'aide en passant par l'écoute active est le plus souvent, 79% du temps, (100% - 21% de pratiques non associées) effectuée en simultanéité avec d'autres pratiques comme par exemple, la pratique d'assistance (39%), la pratique technologique du soin (22%), la pratique de récolte d'information (7%) et la pratique du déplacement (4%).

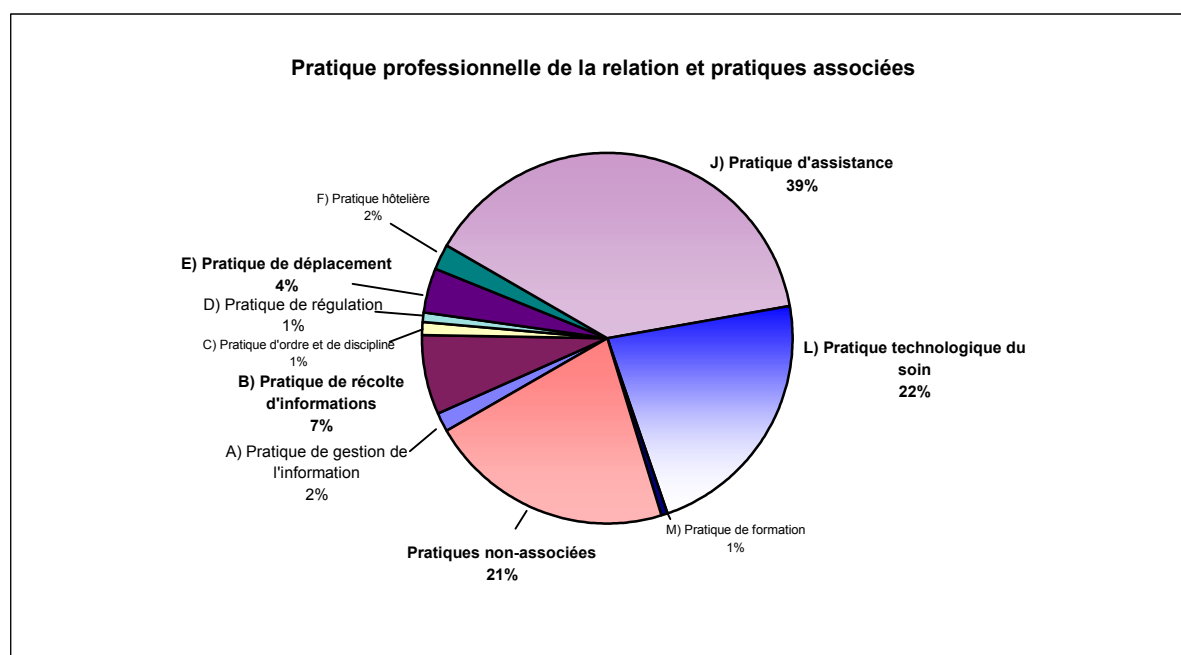


Schéma 4: Pratique professionnelle de la relation associée à...

Nombre de pratiques relationnelles associées	Lieux observés										Total
	E2	C2	CIT	UHPG	A0	C0	F4	D5	Charmey	SAD	
A) Pratique de gestion de l'information	6	4	0	0	2	0	1	0	6	3	22
B) Pratique de récolte d'informations	12	18	13	3	7	14	1	3	10	14	95
C) Pratique d'ordre et de discipline	1	0	0	0	9	3	0	0	1	1	15
D) Pratique de régulation	0	0	0	7	2	0	0	0	0	0	9
E) Pratique de déplacement	3	1	2	9	2	16	4	1	16	0	54
F) Pratique hôtelière	8	4	0	2	2	1	4	0	9	1	31
G) Pratique d'hygiène collective	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
H) Pratique de réapprovisionnement	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	4
I) Pratique d'élimination	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
J) Pratique d'assistance	16	19	26	53	9	126	36	54	160	24	523
L) Pratique technologique du soin	17	34	53	20	22	16	14	41	34	49	300
M) Pratique de formation	3	2	0	0	2	0	0	0	0	2	9
N) Pratique d'inactivité	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NBRE TOTAL DE PRATIQUES RELATIONNELLES	75	84	146	132	143	207	67	118	245	137	1354
Total des pratiques associées	71	82	94	96	57	176	61	99	237	94	1067
Nb de pratiques relationnelles non-associées	4	2	52	36	86	31	6	19	8	43	287

	E2	C2	CIT	UHPG	A0	C0	F4	D5	Charmey	SAD
% des pratiques associées	95%	98%	64%	73%	40%	85%	91%	84%	97%	69%
% pratiques relationnelles non-associées	5%	2%	36%	27%	60%	15%	9%	16%	3%	31%

Tableau 15: Détails des associations avec la pratique professionnelle de la relation

N.B. Lecture du tableau, exemple: Colonne E2, "6" veut dire, que dans ce service, la pratique professionnelle de la relation est associée 6 fois avec la pratique de gestion de l'information, "12" veut dire, qu'elle est associée 12 fois avec la pratique de récolte de l'information etc.

Il est plus fréquent de voir une infirmière qui fait des choses pour et autour de son patient tout en l'écoutant, le réconfortant, l'aidant à cheminer dans la compréhension de ses sentiments, de ses difficultés, qu'une infirmière statique, assise ou debout offrant le même type de service (21% de "relation exclusive"). En chirurgie au E2 (11%), C2 (12,5%) et F4 (10%), cette pratique pose question dans la mesure où elle a une faible fréquence et elle est très souvent associée à d'autres activités telles que l'assistance et la technologie. Si la première se combine plus facilement avec la relation d'aide, on sait qu'il n'est pas toujours facile de coordonner un geste technique et une attention portée à autrui.

Que ressentent les patients de ces services ? Qui les rassure, les encourage, entend leurs souffrances ? Les réponses sont certainement colorées par la qualité des soignants qui pour certains, associent brillamment écoute empathique et gestes divers.

A Charmey, le score de pratiques non-associées est tout aussi faible mais il faut le nuancer avec le score total élevé de cette pratique et le type de patients en charge.

En psychiatrie, en particulier au A0 et au CIT, le fort pourcentage de "relation exclusive" s'explique par le nombre d'entretiens formels et par la mission de l'institution qui fait de l'entretien et de la relation un outil privilégié du soin (*care* SC3) et du traitement (*cure* SC2).

Comme dans beaucoup d'institutions, le premier acte de soins de type SC3 indépendamment de toute prescription médicale est une entrée en relation verbale ou non verbale.

En ce qui concerne le SAD, le fait d'entrer dans l'intimité de personnes souvent isolées et avec qui un lien s'est créé au fil des visites ainsi que la mission de soutien de ce service (conseils au patient, le cas échéant aux intervenants non professionnels pour les soins) compte certainement dans le pourcentage assez haut de cette pratique de la relation.

Si on revient aux scores globaux, que penser de cette pratique professionnelle de la relation (K) avec une moyenne de 20% ? Est-ce beaucoup ou peu ? Si on prend en considération le point de vue des patients et que l'on songe à ces 20% qui se répartissent entre plusieurs patients, on peut se dire que finalement, chaque patient dispose d'un temps relativement court pour rencontrer, échanger avec une infirmière.

Si, de plus, dans cette pratique nous avons codé des actes relationnels allant de la civilité à la relation d'aide, il se peut que nous ayons saisi en majorité des actes de civilité ! Encore une fois, on voit que la manière de coder ne nous permet pas d'analyser plus finement les données et qu'une recherche ultérieure sera la bienvenue pour savoir de quoi cette pratique est précisément faite. Il est certainement plus complexe de mener ce que Watson nomme "l'art des soins transpersonnels"⁸⁶ (Bécherraz, 2001, p. 144), une relation d'aide ou une écoute active⁸⁷, que de dire bonjour et sourire à son patient. De plus, lorsque l'infirmière fait un pansement sans parler ou se préoccuper manifestement de la personne soignée, nous avons codé uniquement la variable pratique technologique du soin. On peut donc aussi penser qu'un groupe de patients voit un peu plus souvent l'infirmière que les 20% trouvés, même si dans le pire des cas, elle n'adresse pas la parole à ces derniers lors d'un acte technique.

Si ces résultats ne peuvent donner lieu à des affirmations, ils remettent toutefois en cause les représentations que l'on peut se faire de l'infirmière au chevet de son patient. De fait, si l'infirmière consacre 20% de son activité à la pratique professionnelle de la relation, relation de type SC3, cela veut aussi dire qu'elle passe 80% de son temps pour rendre service à d'autres bénéficiaires (l'institution et son fonctionnement, le corps médical et la dynamique propre du Collège des médecins ou même les services rendus à des tiers).

Si ces 20% peuvent déjà paraître significatif pour les professionnels eux-mêmes, il est certain que les patients préfèrent penser que l'infirmière est là pour leur accorder plus d'attention pouvant aller jusqu'à une disponibilité totale.

A regarder de plus près les scores par institutions, on voit que notre moyenne cache des réalités bien différentes.

Ainsi, le score de Charmey (36%) est significativement différent de tous les autres à l'exception de Marsens C0 (31%) et de Nant CIT (22%). Pour le C0, il se distingue des 3 services suivants: HCFR E2, HCFR C2 ainsi que de Delémont F4.

Nous observons que les deux unités qui obtiennent les scores les plus élevés dans la pratique relationnelle de la relation (K) soit Charmey et le C0 ont la particularité de prendre en charge des personnes âgées souvent mal orientées, souffrant de troubles psychiques ou

⁸⁶ L'art est basé sur la perception subtile à travers l'écoute, la vue ou l'intuition, des sensations et des sentiments de l'autre. Les indicateurs en sont parfois imperceptibles: une modification du ton de la voix, un mouvement de paupière, ou un geste inhabituel.

⁸⁷ On peut définir l'écoute active comme l'attention portée aux réponses verbales et non verbales de la personne soignée en vue de leur accorder un sens (Dallaire, 1999).

psychiatriques divers et exigeant une présence quasi permanente d'une infirmière pour les activités de la vie quotidienne.

La perte de reconnaissance des objets usuels (savon, appareils ménagers, habits, ustensiles de cuisine, etc.), du temps, de l'espace, de la signification du langage courant, et de la réalisation des actes de la vie quotidienne, demande aux soignants un temps important pour aider la personne soignée à garder le plus longtemps possible les acquis et les repères identitaires et spatio-temporels qui ont fait l'objet d'un apprentissage au cours du développement de la vie ordinaire.

Ce n'est un mystère pour personne. Les personnes soignées qui demandent, d'une manière générale, le plus d'attention, de patience, de temps et de compétences relationnelles sont les personnes atteintes psychiquement. Les troubles psychiques et ceux de la sénescence à savoir la désorientation temporo-spatiale, les fugues, la déambulation, l'agressivité, l'agitation, les activités automatiques de recherche, les stéréotypies d'attitude et de langage (Cf. Nadot, 1979) ont un prix et usent le personnel soignant.

Etonnamment, l'UHPG qui prend en charge une clientèle identique, n'a pas un score aussi élevé (20%) mais son mandat institutionnel est assez différent de celui d'un lieu de vie, dans la mesure où d'une part le patient est sujet à une observation diagnostic en vue d'une orientation ultérieure et de ce fait, est laissé faire un maximum seul pour voir ce dont il est capable. D'autre part, celui-ci participe à de nombreuses activités hors du service (ergothérapie, groupes, sorties, etc.).

On peut également être surpris du score des services de psychiatrie, comme celui de Marsens A0 (21%), du CIT (22%) ou encore de l'UHPG (20%). La relation étant l'outil privilégié du soin, pourquoi ne passe-t-on pas plus de temps à l'utiliser ?

La gestion de l'information (A) à l'UHPG ferait-elle concurrence à la pratique professionnelle de la relation au détriment de cette dernière? Autrement dit préfère-t-on être dans le bureau à faire des écritures ou parler avec les collègues plutôt que se confronter à l'autre souffrant de maladies mentales ? On peut le regretter car l'élément inter-humain ou intersubjectif, c'est-à-dire cet "entre deux", cet aspect microscopique de la médiation de santé (Nadot, 2001) est le lieu des interactions de soins, là où passe un courant⁸⁸ sous-jacent porteur de croissance et de guérison (Bécherraz, 2001, p. 121).

Face à ces résultats, un élément est encore intéressant à noter: cette pratique professionnelle de la relation varie énormément d'un jour à l'autre (voir certains écarts-types dans les tableau 14).

Au SAD par exemple le mardi on a 5% de pratique professionnelle de la relation et le samedi cela monte jusqu'à 34.4%. Au CIT on a le vendredi 1 % et le jeudi 36.5%. Comment expliquer ces variations ? Correspondent-elles aux besoins des patients, à la charge de travail, à la philosophie du soignant ? Lorsqu'on a été revoir les grilles, on constate qu'au CIT, le vendredi, la personne qui a codé un massage thérapeutique fait pendant 50' l'a mis uniquement sous technologie du soin. On regrette cet incident mais on comprend bien que sur 50 personnes quelques interprétations particulières peuvent avoir lieu. On a de la peine à croire qu'il y aurait des massages thérapeutiques en santé mentale qui ne soient pas relationnels.

Bien que le personnel soignant soit confronté depuis longtemps avec ce type d'activité, il n'a pas toujours eu les moyens d'expliquer la nature de cette pratique aux décideurs du domaine de la santé et des assurances sociales. Alors que l'on est d'accord aujourd'hui d'investir

⁸⁸ Dans nos travaux, nous nommons ce courant: "symbolique médiologique" (Nadot, 1993-2001)

massivement dans la technologie, les moyens à disposition pour supporter des charges affectivement lourdes font encore défaut.

Au 18^e siècle, la relation soignante bien que non conceptualisée était déjà présente. Car la relation à l'autre est un paramètre essentiel de la fonction de soins (Cosnier, 1993). La communication interindividuelle de face à face se fait par des échanges où les productions verbales, les modulations vocales, les mimiques, les gestes, les regards se combinent à part variable et selon des règles associatives et séquentielles pour constituer un énoncé total. Selon les circonstances, le toucher, les odeurs intervenaient dans les situations rapprochées qui sont justement le lot quotidien des situations de soins. Le cadre de cette relation (aménagement spatial et temporel) et les caractères personnels et sociaux des partenaires donnaient déjà lieu à une ritualisation de la relation comme premier acte de soin. Accompagnant cette relation, et l'on dira "en concurrence" avec elle, les efforts physiques étaient importants. Ces derniers n'ont pas complètement disparus aujourd'hui mais ont été supplantés par une augmentation des informations de toutes sortes à prendre en compte. Le monde de la santé s'est complexifié aussi bien au travers d'une évolution spatio-temporelle et technologique que par l'information générée par cette évolution. L'on doit prendre en compte cette donnée.

- Pratique technologique du soin (L)

Rang	Institution	moyenne	écarts-type
1	Charmey	20%	6%
2	SAD	19.5%	12%
3	HCFR C2	18%	7%
4	HCFR E2	16%	5%
5	Delémont D5	15%	4%
6	Nant CIT	13.5%	6%
7	Nant UHPG	12%	7%
8	Delémont F4	12%	5%
9	Marsens A0	12%	10%
10	Marsens C0	11%	8%

Tableau 16: Technologie de soins (L)

Il s'agit de la troisième pratique par ordre d'importance. Elle représente 15% du temps de travail d'une infirmière. Cette pratique assez homogène ne présente pas de différences significatives entre les institutions ($F(9; 60) = 1.478$; $P = .177$). Ce résultat est contre-intuitif dans la mesure où en chirurgie par exemple, on imagine souvent que cette pratique constitue une part très importante du travail de l'infirmière.

A notre surprise, c'est dans un établissement pour personnes âgées (Charmey, 20%) que ce score est le plus élevé. Cela s'explique par l'organisation du travail : de fait, une infirmière se charge de tous les soins sur prescription médicale, notamment de la préparation des médicaments et de leur distribution le soir pour l'ensemble de l'institution.

Le score des soins à domicile (SAD, 19.5%) est moins surprenant. Dans ce service, une grande part de l'activité est rythmée par ce type de pratique.

Ces résultats nous montre une activité soignante (15%) bien loin des représentations stéréotypées de l'infirmière technicienne. L'image paramédicale de l'infirmière "piqueuse" ou "panseuse", presque exclusivement occupée à des actes médicaux délégués est en contradiction avec ce que nous mettons en évidence dans cette recherche.

Alors que les représentations sociales et les médias valorisent l'activité paramédicale de l'infirmière en maintenant l'acteur dans une sorte de "para-discipline" imaginaire, les seuls 15%⁸⁹ attribué à la pratique technologique des soins, ne semblent pas de notre point de vue, mériter la dénomination "paramédicale", même si l'on rajoute à ces 15% une partie des informations collectées ("B8") à l'usage du corps médical.

Du reste comme le relève Renault, cet affreux mot "paramédical" occulte complètement la dimension hospitalière de la profession. L'activité paramédicale de l'infirmière ne représente qu'une partie des soins, ceux qu'elle accomplit sur prescription médicale. Si le rôle paramédical remplit la totalité de l'activité infirmière, que reste-t-il des fondements de son identité professionnelle (*in* Moreau, 1991, p. 21) ?

L'on peut poursuivre la réflexion en questionnant l'art. 7 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins du 29 septembre 1995 (OPAS). En effet, selon ce texte (**Cf. Annexe 10**), sont admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins⁹⁰ les fournisseurs de prestations (...) c'est-à-dire les personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical ainsi que les organisations qui les emploient.

Entendons par "personnes", lettre "c": les infirmières et infirmiers.

Du point de vue du législateur, le rôle professionnel comprend:

- a) des instructions et des conseils;
- b) des examens et des soins;
- c) des soins de base;

En fait, la totalité de ce rôle semble dépendre d'une prescription médicale. Grand en est notre étonnement.

Nous avons déjà exposé le rôle joué par un système culturel dans l'orientation de l'action humaine (*supra.*, p. 18). Avec l'article 7 de l'OPAS, le rôle professionnel de l'infirmière qui comprend trois fonctions différenciées se trouve réduit à une seule fonction (les prestations de soins). Le tout orienté exclusivement par la culture médicale et des valeurs d'ordre économiques qui semblent habiter les concepteurs de l'assurance obligatoire des soins. Tout se passe comme si la totalité de la culture permettant la réalisation de l'action professionnelle de l'infirmière devait dépendre exclusivement de la prescription et du mandat médical⁹¹.

Dans ce cas, la prescription de l'action portée par les textes prend beaucoup plus de place en regard de l'action réalisée sur le terrain. L'on s'approche de l'utopie car l'action prescrite n'est

⁸⁹ 20% au Centre Hospitalier Universitaire de Québec (1'100 lits).

⁹⁰ Il s'agit ici des soins à domicile, ambulatoires ou dispensés dans un établissement médico-social. Pour les hôpitaux et autres institutions, seul est mentionné l'obligation de disposer du personnel qualifié nécessaire (LAMal, 1994, RS 832.10, art. 39.b). (**Cf. Annexe 9**)
 Personnel qualifié nécessaire à quoi ? Suivant la traduction que fait le lecteur, l'action soignante devrait être nécessaire: "au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution de mesures médicales de réadaptation" (art. 39.1), "couvrir les besoins en soins hospitaliers" (art. 39d), "à prodiguer des soins ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée" (art.39.3). Si pour le médecin, traiter une maladie aiguë ou appliquer des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée est quelque chose de clair, les prestations de service offertes par les infirmières pour aider à vivre ces personnes sont beaucoup plus complexes et d'une autre nature. Elles sont de l'ordre du service rendu, c'est-à-dire d'agir utilement au regard des besoins de l'autre. Seulement dans le cas de l'infirmière, les besoins de l'autre se conjuguent souvent au pluriel: les besoins de la personne soignée et de ses proches, les besoins du corps médical et les besoins de l'institution.

⁹¹ Nicole Rousseau (1997) aurait-elle raison lorsqu'elle écrit que la professionnalisation des soins aurait dû conduire à l'autonomie mais, ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire n'ont encore réussi à redonner aux soignantes leur indépendance perdue au fil des siècles?

pas réalisable comme telle. L'action se détache du texte légal et le sens donné par les acteurs eux-mêmes se distance de ce qui est prescrit.

Si le législateur semble s'être soumis à ses propres représentations sociales, il est cependant à cent lieues des pratiques et traditions habitant le champ des pratiques de soins et d'assistance⁹². Seul le point "b" (examens et soins) qui comprend 12 rubriques, du reste non exhaustives, fait partie de la culture déléguée par le corps médical aux infirmières⁹³. C'est cette partie du rôle professionnel qui représente le 15% de la pratique technologique liée aux traitements "*Cure*" dans notre étude.

Le point "a": "évaluation des besoins du patient et de son entourage" et "conseils au patient ainsi que le cas échéant, aux intervenants non professionnels pour les soins" relève de deux finalités, et de deux cultures (SC2 ou SC3).

- La culture "SC2" en vue d'informer le médecin de l'état de santé du patient et de l'effet de la thérapeutique prescrite.
- La culture "SC3" afin d'établir entre le prestataire (médiologue de santé) et le bénéficiaire de la prestation (personne soignée) les médiations de santé nécessaires à procurer un certain réconfort, une certaine sécurité, une certaine sérénité, un maintien ou le développement d'une plus grande autonomie personnelle, c'est-à-dire aussi quelques bénéfices en terme de qualité de vie.

En reprenant le détail de la pratique technologique (F) nous constatons qu'elle est en moyenne plutôt homogène sur l'ensemble des institutions, elle varie pourtant passablement dans quelques lieux notamment à Marsens au A0 et au SAD.

Le premier passe de 2% le mercredi à 26% le samedi. Ce 2% semble étonnant mais le temps de cette journée paraît avoir été passé en relation et en traitement de l'information. A-t-on eu plusieurs admissions ou de nombreux entretiens, ou encore un colloque d'importance avec le corps médical? Aucun commentaire particulier sur les feuilles qui accompagnaient la grille d'observation, ces interrogations resteront donc en suspend. Par contre, par rapport au score du SAD qui passe de 10% le mardi à 44% le samedi, on est appelé à se demander ce qui justifie ce score? Une réponse plausible est à chercher le samedi: un effectif réduit entraîne souvent une modification de l'organisation du travail qui donne la priorité aux traitements (*cure*) plutôt qu'aux soins (*care*).

⁹² Ces mauvaises interprétations ne sont probablement pas les bévues personnelles de personnages importants. L'on pense plutôt aux séquelles de l'idéologie du 19^e siècle, qui nous a fait croire que notre sort dans l'espace social dépendait essentiellement, sinon exclusivement, de nos qualités personnelles - que c'est nous comme individus, et non les conditions sociales dominantes, qui donnons forme à nos existences. Les qualités personnelles attribuées de manière stéréotypées aux infirmières (femmes, dévouées, à la vocation innée pour les soins, maternelles/maternantes, prédestinées à des besognes domestiques et d'éducation, soumises à la science plutôt que productrices de savoirs, etc.) n'influencent-elles pas les représentations?

⁹³ D'abord par les médecins eux-mêmes (19^e siècle), puis par les manuels qu'ils ont écrits (20^e siècle) et ceci selon le principe ERR (Extraction, Réduction, Reproduction de la réduction) mis en évidence et développé par Nadot N. en 1999 (p. 147).

- Pratique d'assistance (J)

Rang	Institution	moyenne	écarts-type
1	Charmey	30%	7%
2	Marsens C0	23%	15%
3	Delémont D5	15%	5%
4	Delémont F4	12%	4%
5	Nant UHPG	10%	5%
6	SAD	9%	5%
7	HCFR E2	8%	3%
8	HCFR C2	6.5%	3%
9	Marsens A0	4%	5%
10	Nant CIT	4%	7%

Tableau 17: Pratique d'assistance (J)

Cette pratique, significativement différente selon les lieux observés ($(F 9 ; 60) = 10.962$; $P = .000$), représente 12% de l'activité journalière de l'infirmière. Elle consiste pour 10% du temps à assister le patient et sa famille, pour 1% à assister le médecin et pour le pourcentage restant à aider une collègue.

Comme pour la pratique de la relation, deux services se distinguent de l'ensemble. Il s'agit de Charmey (30%) et de Marsens C0 nord (23%). Le home de Charmey est significativement différent de tous les services à l'exception de Marsens C0. Quant à ce dernier, il est significativement différent de tous les autres services sauf de Charmey et de Delémont D5 et F4. Si l'on se réfère au test *Hierarchical Cluster Analysis* (**graphique 13, p. 89**), on remarque que ces 2 services se ressemblent et se distinguent de tous les autres. La prise en charge de personnes âgées souffrant de troubles physiques et psychiques demande de nombreuses interventions directes et la présence soutenue d'infirmières en ce qui concerne les gestes de la vie quotidienne. Il est aussi plaisant de remarquer que, dans ce genre d'institution, l'infirmière ne passe pas l'entier de son temps, assise à un bureau comme certains le pensent.

Nous noterons aussi la forte variation de cette pratique à Marsens au C0 (écart-type à 15, le pourcentage d'assistance variant de 3% à 40% au cours de la semaine). Trois éléments peuvent être évoqués pour expliquer ces variations:

- la variable "horaire" (davantage d'assistance sur les horaires du soir)
- la variable "patient" (l'infirmière observée peut s'occuper de patients avec des degrés de dépendance différents)
- la variable "infirmière observée" (la perception de la nécessité d'assistance varie également selon la conception du rôle professionnel)

L'UHPG à Nant se démarque une fois de plus des 2 autres services de gériatrie, psychogériatrie puisque l'infirmière consacre seulement 10% de son temps à cette activité. L'explication de ce score est certainement dépendante du type de mission de ce service : pour rappel, l'observation diagnostique des patients en vue d'une orientation ultérieure pousse les soignants à laisser faire ces derniers un maximum seuls pour voir ce dont ils sont capables.

Si le score peu élevé du SAD (9%) ne porte pas à commentaires dans la mesure où les activités d'assistance sont déléguées le plus souvent à des infirmières-assistantes, des aides soignantes ou des auxiliaires de santé CRS, il est plus étonnant de voir qu'à Marsens au A0, dans un service d'admission accueillant des personnes souffrant de graves troubles

psychiatriques, seul 4% du temps est consacré à cette activité. Dans un tel lieu, prendre soin du corps de l'autre, l'aider dans ses activités quotidiennes nous semble un moyen privilégié pour créer le lien et de favoriser un espace d'échanges nécessaire au travail de la relation et à la construction du sens.

Le résultat du CIT 4%, quant à lui, s'explique par la mission de ce service qui est de type soins intensifs en psychiatrie ambulatoire et qui reçoit des patients relativement autonomes allant des adolescents aux personnes adultes.

En chirurgie, au E2 (8%) et au C2 (6.5%) les petits gestes qui consistent à aider à se laver, à se raser, à se mobiliser, à s'installer pour le repas prennent peu d'importance. Comment s'arrangent les patients qui viennent d'être opérés d'une tumeur au larynx, d'une cholécystectomie ou d'une prostatectomie pour accomplir ceux-ci ? Pourquoi les infirmières ne consacrent-elles pas plus de temps à cette activité d'assistance ?

Nous savons que dans ces deux services, le personnel est en sous effectifs et le roulement des patients est important, les nouvelles techniques opératoires et les pressions sur les coûts de la santé réduisent de plus en plus la durée du séjour hospitalier. Les infirmières travaillent dans l'urgence et parent au plus pressé. La priorité devient alors d'assurer les traitements médico-délégués et la transmission des informations.

Nous n'insisterons jamais assez sur la nécessité de revendiquer du temps pour ce type d'activité accompagné de la relation car l'aide à la vie est une des pierres angulaires de la profession infirmière.

Il est d'ailleurs interpellant de voir que dans les textes de l'OPAS (Cf. **annexe 10**), les soins dits "de base" dépendent d'une prescription médicale alors qu'ils sont composés de soins qui sont "à la base" de la discipline des pratiques soignantes (Cf. lexique, "J" pratique d'assistance). Ces soins se donnent depuis des siècles à l'initiative et sous la responsabilité de celle que l'on nomme aujourd'hui "infirmière" et en France, le décret 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels des infirmières françaises semble assez clair sur le sujet: *"Dans le cadre de son rôle propre l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions suivantes: identifier les risques, assurer l'information, le confort et la sécurité de la personne en comprenant en tant que besoin, son éducation et celle de son entourage..."* (Magnon, 2001, p. 118).

L'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI, 1995) mentionne elle aussi, cette fonction autonome du rôle: *"L'infirmière exerce un rôle autonome... et un rôle délégué (...). L'infirmier(ère) est responsable des soins qu'il(elle) donne de son propre chef et qu'il(elle) délègue"* (in Vollenweider, 2001).

Pour quelles raisons les assurances sociales et autres caisses maladies ne peuvent-elles pas prendre en charge des prestations de santé en l'occurrence, la pratique d'assistance (J), sans se trouver obligées de subordonner ces dernières à une prescription médicale ?

Que devient l'aide à la vie de type "SC3" prodiguée depuis des siècles⁹⁴ par les différentes catégories de soignants ? La préservation de la santé serait-elle soumise à une sorte

⁹⁴ Si, comme le relèvent Dallaire et Blondeau, (1999, p. 189) l'histoire de l'évolution du savoir infirmier n'est pas seulement une suite d'événements à mémoriser, et que cette évolution doit être comprise en profondeur, intériorisée comme une aventure historique, c'est-à-dire comme une culture, il faudrait aussi arrêter de faire remonter la naissance de la discipline à la multiplication des communautés soignantes chrétiennes et à la vocation (Ibid. p. 102). Les ancêtres de la médiologie de santé ne sont pas les infirmières religieuses. Les communautés soignantes chrétiennes avaient leurs actions pilotées par des théories de soins issues de la théologie. Mais simultanément à ces communautés chrétiennes, des communautés soignantes laïques avaient

d'impérialisme médical ? Les politiciens et autres dirigeants des systèmes de santé ne se rendent-ils pas compte des souffrances engendrées par la non reconnaissance ou la banalisation des pratiques d'aide à la vie et de réconfort⁹⁵.

Alors que dans les métiers du bâtiment, n'importe quel ouvrier en possession d'un certificat fédéral de capacité (CFC) peut envoyer sa facture aux entrepreneurs ou aux architectes qui requièrent un service, une infirmière possédant un diplôme professionnel supérieur ne serait pas en mesure de chiffrer le coût de sa prestation.

La profession serait-elle passée en deux siècles du "service rendu" aux êtres humains à l'asservissement médico-économique? Quelle valeur donner au service rendu à la personne soignée? Quelle valeur donner au service rendu au corps médical? Quelle valeur donner au service rendu à l'institution afin qu'elle puisse fonctionner ? Entre "rendre service à" et "être au service"⁹⁶ de", entre servir et être asservi, se trouve toute l'ambiguïté constitutive du rapport social de service (Delaunay, Gadrey, 1987). Soigner ne revient-il en fait, qu'à un rapport de dépendance et de domination?

Si tel est le cas, on peut comprendre une partie des dysfonctionnements du système de santé et des revendications manifestées par les infirmières lorsqu'elles descendent dans la rue pour demander plus de reconnaissance à leur travail et au contexte dans lequel il se déroule. Le "ni bonnes, ni nonnes, ni connes" des manifestations françaises de l'automne 1991 (Walter 1992, Delomel, 1999) est l'expression de la dénonciation de clichés qui ont la vie dure et de la non reconnaissance⁹⁷ de cette position éminemment complexe d'intermédiaire culturelle qu'occupent les médiologues de santé.

Faut-il rappeler qu'à l'époque où la "clinique" n'avait pas encore fait son entrée dans les hôpitaux, la réfection des lits, les soins d'hygiène corporelle, le relation individualisée à l'autre, les pratiques de réconfort, l'accompagnement en fin de vie, l'entretien aussi bien de la vie que de la raison de vivre, l'aide pour s'alimenter ou se dévêtir etc., étaient une prérogative des soignantes⁹⁸. Les soins de base (ceux qui sont à la base et qui constituent les fondements de la profession infirmière) font aujourd'hui partie de la fonction indépendante du rôle professionnel⁹⁹. Même si aujourd'hui, les infirmières délèguent une partie de ces soins aux

leurs actions guidées par le bon sens et le sens commun. Pourquoi s'en tenir aux premières (religieuses et femmes consacrées et laissez pour compte les dernières, les gouvernantes des malades et leurs servantes, ces vulgaires dévouements auxquels personne ne dresse d'autels ? (De Gasparin 1860 in Nadot, 1994, p. 87).

⁹⁵ En dehors de la pénibilité physique, c'est avant tout l'absence de reconnaissance de ce que font et de ce que sont les infirmières qui engendre la souffrance (Bécherraz, 2001). On ne parle pas ici de la reconnaissance affective ou hagiographique (quel beau métier vous faites!!), mais de la reconnaissance sociale de l'exigence scientifique (formation) et des compétences requises par l'aide à la vie dans un milieu singulier.

⁹⁶ Le "service" des malades semblait mieux reconnu au 18^e siècle, tout du moins, au sein des établissements hospitaliers. Pour preuve: *"On tachera toujours de prendre pour le service des malades tout ce qui se présentera de mieux à ces égards et comme la Chambre de direction invigilera sur tout, elle devra particulièrement être attentive sur la façon de gouverner les malades, elle ordonnera aussi les moïens qu'elle jugera les plus propres et les plus convenables"* (Hôpital laïc de la ville de Fribourg, 1759, in Nadot, 1993, p. 127).

⁹⁷ Dénoncée à l'envi par les médias depuis des années (Cf. Blanchard 2001, Goumaz 2001, etc.).

⁹⁸ A titre d'exemple: *"La gouvernante des malades aidée de sa servante aura soin de tenir ses chambres fort propres de même que les malades"* (1744, Nadot, 1993).

⁹⁹ Tout ce qui n'est pas précisé comme faisant partie du rôle délégué, fait partie du rôle autonome (ASI in Vollenweider, 2001). C'est de cette pratique qu'émerge cette "nouvelle science" annoncée au Congrès International de la bienfaisance à Chicago en 1893 (Nadot, 1993, p. 376) et dont la plupart des réflexions scientifiques sur l'action (parfois nommées théories de soins) a servi à conférer un sens durable à cette dernière.

auxiliaires qu'elles forment, leur responsabilité vis-à-vis de ces pratiques demeure entière. Malheureusement, pour une grande partie d'entre-elles, les soins de base restent mineurs et annexes. Ce sont des soins dévalorisants, ce qui rejoint parfaitement l'opinion du profane qui, en plus, plaint celles qui y sont obligées, car il estime que c'est un travail pénible, triste et souvent répugnant (Delomel, 1999, p. 212).

Les difficultés actuelles liées à la non reconnaissance des pratiques de soins semblent encore amplifiées par la LAMal contrairement à l'avis de la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss. Celle-ci prétend que les difficultés actuelles des soins ne viennent pas de cette Loi, mais de la "dureté des temps". Cet argument est un peu léger car la dureté des temps invoquée aujourd'hui n'a rien à envier à la dureté des temps des siècles passés dans le domaine de l'aide à la vie. Celles que l'on nomme aujourd'hui "infirmières", exercent depuis longtemps leurs fonctions au sein d'un univers complexe.

Même si certaines pratiques d'assistance (aider à être propre et à protéger ses téguments, par exemple) relèvent pour une partie des soignants d'une activité triviale, qui s'effectue principalement auprès de grands malades ou de vieillards et qui consiste avant tout à nettoyer, enlever les souillures, il n'en demeure pas moins que les compétences requises sont importantes car ces activités sont des déclencheurs privilégiés et impitoyables du rapport de soi à soi en ce qu'il interroge l'origine et le destin de tout homme (Delomel, 1999, p. 213).

Il serait probablement opportun, comme le recommande la motion Joder (ATS, 2001, ASI 2002, p. 42, Journal actualités, 2002, p. 2) au Conseil national, que l'on indique dans la LAMal que le but des soins est d'aider à vivre toute personne empêchée de mener sa vie en dépit des conditions adverses qui l'affectent. Il faudrait un jour reconnaître que dans notre pays, il y a des personnes qui pour des raisons diverses, n'arrivent pas à faire face aux conditions adverses qui menacent le bon déroulement de leur vie. Cette reconnaissance serait en faveur de la promotion de la santé.

Les hôpitaux auraient quant à eux, l'obligation de prouver que les dotations correspondent bien à l'effectif nécessaire pour mettre en œuvre l'ensemble des 14 variables du référentiel professionnel de médiologie de santé.

Est-il possible en connaissance de cause et en dehors de toute caricature ou clichés de fixer des priorités budgétaires et politiques tenant mieux compte de l'espace-temps et du contexte institutionnel et humain dans lequel se donnent les soins ?

De quelle aide à la vie aura besoin l'humain de demain lorsqu'il ne pourra plus faire face - seul - aux conditions adverses qui menacent cet équilibre précieux qu'est la vie?

- Pratique de régulation (D)

Rang	Institution	moyenne	écarts-type
1	Nant UHPG	21%	13%
2	HCFR C2	18%	18%
3	Delémont F4	14%	4%
4	Marsens A0	12%	6%
5	Delémont D5	11%	1%
6	Nant CIT	11%	8%
7	HCFR E2	10%	8%
8	Marsens C0	8%	6%
9	Charmey	6%	3%
10	SAD	6%	4%

Tableau 18: Pratique de régulation (D)

	E2	C2	CIT	UHPG	A0	C0	F4	D5	Charmey	SAD	Total
Pause	75%	93%	85%	85%	81%	70%	98%	95%	86%	82%	87%
SC1	4%	2%	8%	9%	11%	25%	2%	0%	10%	8%	7%
SC2	3%	1%	4%	1%	1%	5%	0%	0%	0%	5%	1%
SC3	18%	4%	3%	6%	7%	0%	0%	5%	5%	5%	5%

Tableau 19: Détails de la pratique de régulation

Cette pratique présente des différences significatives entre les institutions ($F(9;60) = 2.160$; $P = .038$). Elle correspond à 12% du temps journalier d'une infirmière. Comme on peut le remarquer avec le tableau ci-dessus, le temps de pauses représente 87% auxquels s'ajoutent 7% pour de la supervision ou de la gestion de conflits avec des membres de l'institution ou des services annexes, 1% pour des discussions avec le corps médical et 5% avec les patients ou leur famille.

Si on observe les moyennes du tableau 17, on constate que la réalité est très différente d'un service à l'autre. Dans certains cas, Nant UHPG (21%), HCFR C2 (18%), la pratique de régulation prend beaucoup de temps mais lorsque l'on va voir dans le détail, on remarque, à l'UHPG, que le score du lundi reflète le temps passé en supervision et le score du samedi correspond aux 4 heures supplémentaires récupérées par l'infirmière observée.

Au C2, le haut score du dimanche s'explique par l'absence de patients durant les premières heures de la journée. L'infirmière observée a profité de ce temps pour allonger sa pause.

Même si légalement l'infirmière a droit à 15 minutes de pause par jour, on constate que, dans chacun des services, ce temps réglementaire est largement dépassé. Ceci se comprend lorsqu'on connaît la réalité professionnelle de l'infirmière: la charge cognitive et affective engendrée par les situations complexes et les interactions multiples exigent des temps de recul, d'arrêts nécessaires à un travail de qualité¹⁰⁰. Il est quelque part heureux que ce temps soit dépassé puisque durant la pause, les conflits se préviennent ou se gèrent et les situations difficiles sont évoquées. On peut tout de même regretter qu'il n'y ait pas davantage d'espace et de temps consacrés officiellement à ce genre d'activité. Il n'est plus à démontrer que cette pratique permet d'une part d'augmenter la qualité des interventions professionnelles et d'autre

¹⁰⁰ D'autres travaux en ergonomie, notamment le travail de Estryn-Béhar (1991) soulèvent la pénibilité de l'activité soignante et mentionnent aussi la charge nerveuse importante du personnel qui, par les pauses et autres espaces et temps de parole, trouve sur son lieu de travail, la possibilité de récupérer de l'énergie.

part, d'éviter l'apparition du syndrome d'épuisement des soignants¹⁰¹. Quant on connaît les problèmes de recrutement et de "burn-out" dans cette profession, on se demande pourquoi cette pratique de régulation n'est pas plus valorisée par les professionnels eux-mêmes et davantage défendue auprès des politiciens et des responsables d'établissements. Même en psychiatrie où on pouvait s'attendre à des scores plus élevés la supervision prend peu d'importance.

Si on regarde plus particulièrement les scores bas, on voit que Charmey et Marsens C0 se distinguent à nouveau de l'ensemble. Cela ne traduit pas forcément l'absence de conflits ni l'absence de situations difficiles mais davantage une pratique de la relation, d'assistance et de technologie du soin absorbante. De fait, les infirmières ne peuvent guère s'arrêter pour "souffler" et disposer d'un temps de recul suffisant car elles sont constamment sollicitées par les dépendances multiples et la perte d'autonomie des personnes dont elles s'occupent ?

Pour le SAD, le faible pourcentage observé ne reflète pas tout à fait le temps réellement consacré à cette activité puisque le temps de déplacement (24%), permet un espace de récupération et de réflexion. De fait, l'infirmière est seule et peut par exemple, au volant de sa voiture, penser à ses patients, regarder le paysage et même écouter de la musique.

- Pratique de déplacement (E)

Rang	Institution	moyenne	écarts-type
1	SAD	24%	6%
2	Marsens C0	12%	6%
3	Nant UHPG	11%	5%
4	HCFR C2	10%	4%
5	Marsens A0	10%	4%
6	HCFR E2	10%	4%
7	Charmey	9%	6%
8	Delémont F4	8%	5%
9	Delémont D5	6%	3%
10	Nant CIT	5%	5%

Tableau 20: Pratique de déplacement

Cette pratique représente en moyenne 11% du temps de travail d'une infirmière et est significative à l'ANOVA F (90:60) = 8.78, P = .000). Nous signalons que dans notre manière de coder, nous avons retenu uniquement les déplacements d'une certaine importance, d'un lieu à un autre. Par exemple de la chambre du patient à la salle de séjour, une promenade

¹⁰¹ Mucchielli (1994), à propos des problèmes institutionnels parle de management hyper-affectif (lorsqu'un responsable cherche à être aimé par ses subordonnés) et de dévouement paradoxal comme des comportements favorisant des dysfonctionnements hospitaliers. Ces comportements lorsqu'ils existent viendront se surajouter à la charge de travail déjà lourde. Si l'on pense que parfois, on a essayé d'appliquer des techniques et des méthodes industrielles à l'organisation du travail à l'hôpital, l'activité soignante dans certains établissements, n'a rien à envier selon Estryn-Béhar (1991, p. 59) "au Charlie Chaplin des *Temps modernes!* Un film tourné en 1936". On peut dès lors comprendre le besoin de récupérer un peu d'énergie pour retrouver celle nécessaire à la production en vue de répondre aux exigences de la tâche.

Comme le relève Cosnier les situations d'interaction mettent en jeu des processus d'identification "introjective" et l'empathie qui accompagne la relation ne peut être qu'éprouvante. Les défenses les plus communément élaborées par les soignants pour leur auto-protection sont alors, du côté psychique, l'isolation affective et la rationalisation, et du côté comportemental l'évitement et la formalisation, l'ensemble poussant au règne de la pensée "opératoire" (au sens des psychosomaticiens) facilité par le développement idéologiquement très investi aujourd'hui par la technologie (1993, p. 31). Ces propos mettent bien en évidence la nécessité de temps de pause et de supervision dans les équipes de soins.

accompagnée dans le parc de l'institution, les trajets multiples dans les corridors ou encore du bureau au laboratoire. Cette variable peut donc être influencée par différents éléments: l'architecture du bâtiment (ouvrage monobloc ou pavillonnaire comme à Nant), la longueur des couloirs comme à Marsens au C0, l'emplacement des unités, comme en chirurgie à l'HCFR où les salles d'opérations sont éloignées du service, où encore comme à Nant au CIT qui fonctionne sur le modèle d'un cabinet de consultation (deux appartements réunis sur un même palier au sein d'un immeuble locatif).

Le SAD est la seule institution qui se différencie significativement de toutes les autres à $P = .000$. Cela reflète bien la réalité des infirmières de ce service qui se rendent quotidiennement aux domiciles des personnes dont elles s'occupent et qui passent en moyenne 24% de leur temps sur les routes. Ce résultat témoigne bien des déplacements importants qu'effectue une infirmière au quotidien. Ceux-ci sont en outre souvent associés à d'autres pratiques telles que la pratique d'assistance, de relation et de traitement de l'information.

- Pratique d'ordre et de discipline (C)

Cette pratique qui ne se différencie pas significativement d'une institution à l'autre, équivaut à plus de 4% d'une journée de travail, soit précisément, 3% de son temps consacré à planifier des activités avec les collègues, à déléguer et à superviser le travail des aides et 1% à gérer le temps et l'espace des personnes soignées et des visites.

Par expérience, nous avons pourtant l'impression que ces temps de planification, de coordination et d'évaluation sont plus fréquents que ceux que nous avons pu relever dans nos grilles. Nous pouvons faire l'hypothèse que ceux-ci sont si brefs (des instants dans le couloir) qu'ils ne sont pas bien captés par notre style d'observation (espace de 5 minutes entre deux observations) et qu'une partie de la coordination des ressources humaines se fait également pendant les temps de pause.

Nous pouvons aussi penser que, dans les équipes observées, le personnel connaît bien son travail et que beaucoup de choses se font de manière naturelle, sans trop de commentaires.

Cette moyenne de 4% étant faible, nous choisissons de ne pas commenter dans le détail les résultats du tableau 8. Nous ferons de même pour certaines pratiques au score peu élevé dans la suite de ce travail.

- Pratique hôtelière (F)

Rang	Institution	moyenne	écarts-type
1	HCFR E2	7%	4.8%
2	Delémont F4	6%	3%
3	Charmey	5%	0.8%
4	Delémont D5	5%	4%
5	Nant UHPG	5%	2%
6	Marsens A0	4%	3.5%
7	Marsens C0	3.5%	2.5%
8	HCFR C2	3%	3.7%
9	SAD	0.9%	1.5%
10	CIT	0.1%	0%

Tableau 21: Pratique hôtelière

Avec une moyenne de 4%, cette pratique (repas, lits, activités ménagères, etc.) est significativement différente selon les institutions, ($F(9;60) = 3.575$; $P = .001$). Le CIT de Nant est le service dans lequel le score est le plus faible : seulement 0.1% de temps est consacré à cette activité mais ceci s'explique par le type de mandat de cette institution; les clients viennent sur rendez-vous et ne demeurent pas dans l'unité au-delà du temps de consultation. Il n'y a donc, d'une manière générale, ni repas à distribuer, ni lits à refaire, ni linges à changer ou thé à servir.

Au SAD (0.9%), cette pratique est également quasi inexistante dans la mesure où celle-ci est effectuée par d'autres types de professionnels (aides familiales, aides soignantes, auxiliaires de santé CRS etc.).

On peut se réjouir de constater que l'infirmière consacre dans les autres services un temps non négligeable à ce type d'activité qui, si elle n'est pas "glorieuse" témoigne toutefois de l'attention portée à l'autre dans ses besoins prioritaires.

Même si l'infirmière médiologue de santé en délègue une grande part aux assistantes en soins et au personnel d'intendance, cette pratique qui se nommait au 18^e siècle, pratique du service "à" et "de" table, requiert un contrôle professionnel du service et de la bonne exécution de ce qui est délégué.

- Pratique de réapprovisionnement et de rangement (H)

Cette activité logistique indispensable à la production des prestations soignantes qui comprend notamment les inventaires, et le stockage approprié des objets et leur ordonnancement représente en moyenne 4% du temps d'une infirmière. Avec un écart-type de 1% cette pratique se révèle homogène. Elle a son importance et se réalise sur l'air du "ça va sans dire". On peut cependant penser aux conséquences négatives qu'elle provoque lorsqu'elle est négligée: que faire avec un local du matériel où on ne retrouve plus rien, particulièrement dans des situations d'urgence, avec une armoire à linge non réapprovisionnée pour le week-end alors que la buanderie de l'établissement ne travaille pas, avec une pharmacie dans laquelle on aurait oublié de renouveler des substances de première importance, avec un bureau dans lequel on aurait pas réapprovisionné le stock des formulaires ? Pensons encore à ce qui peut se passer s'il vient à manquer de cartouches d'encre pour l'imprimante du service ou de mouchoirs et serviettes en papier dans les chambres de malades.

- Pratique d'hygiène collective (G)

Cette activité qui prévient les infections nosocomiales, est appelée communément mesure d'hygiène "hospitalière" (lavage des mains, désinfection des objets et les locaux, etc.), et correspond en moyenne à 2% du temps d'une infirmière. Cette pratique est souvent incluse dans le groupe générique "soins de base" et ne date pas d'aujourd'hui¹⁰².

Même si les services hospitaliers de l'HCFR E2 et C2 ainsi que de Delémont F4 et D5 ont des moyennes supérieures (3%), nous ne constatons aucune différence significative entre les lieux observés, $F(9;60) = 1.980$; $P = .057$.

Ce score de 2% nous semble faible dans la mesure où nous avons l'impression que ces petits gestes d'hygiène ont lieu plus souvent (passage d'un spray déodorant ou désinfectant, lingette humide sur une table de nuit, essuyage rapide du sol en cas de liquides ou de matière renversées etc.). Comme ceux-ci prennent peu de temps, nous pouvons imaginer à nouveau que notre façon d'observer ne permet pas leur saisie.

- Pratique d'élimination (I)

Cette activité, la moins pratiquée par l'infirmière dans tous les services observés (1%), n'en demeure pas moins indispensable au déroulement de la vie et au bon fonctionnement des institutions. En effet, l'infirmière (mais surtout le personnel d'assistance aux soins) doit quotidiennement éliminer les déchets divers, composants organiques, matériel, linges ou encore documents usagés.

C'est à l'HCFR C2 et E2 avec une moyenne de 2% que l'on trouve les résultats les plus hauts. Ces deux scores sont à l'origine des différences significatives que l'on observe à l'ANOVA, $F(9;60) = 3.018$; $P = .005$. Là aussi, un contrôle professionnel du service ou de la bonne exécution du travail est nécessaire pour que les odeurs désagréables ou la vue des composants organiques n'incommodent pas les patients, les visites et le personnel et pour que les règles d'asepsie soient respectées

¹⁰² Au 18^e siècle, la gouvernante des malades et sa servante devaient *"avoir soin de tenir sa chambre fort propre et d'ôter trois fois l'année, les garnitures de lits, de les battre ou faire battre, et bien nettoyer afin qu'il ne s'y engendre aucun insecte, et d'exposer au soleil aussi souvent qu'il se pourra les couvertures matelassées"* (1744, in Nadot, 1993, p. 61).

- Les pratiques "F", "G", "H", "I", "J" ou les soins dits "de base":

Ces pratiques correspondant à 21% du temps de travail d'une infirmière sont souvent perçues par celles-ci comme moins prestigieuses que les soins dits techniques ou paramédicaux et de ce fait sont parfois laissées de côté. Si la pénibilité de ces basses besognes¹⁰³ ne fait aucun doute, s'en désintéresser est réducteur de la représentation du rôle professionnel.

L'activité soignante n'est pas composée que de "nobles choses". Elle n'est pas uniquement le lieu d'exposition d'actes de bravoure ou de choses extraordinaires. Le spectacle humiliant donné par la dégradation difficilement supportable des corps et des fonctions mentales est indissociable du contexte du soin.

L'abandon de ces pratiques à du personnel sans qualifications ne doit pas faire oublier les valeurs culturelles et instrumentales qui guidaient les actions traditionnelles de l'aide à la vie. Ces activités font encore partie de la responsabilité professionnelle de l'infirmière "médiologue de santé" et si ce n'est pas elle-même qui exécute l'action, elle a le devoir de superviser le travail délégué¹⁰⁴ à ses assistantes (aide-hospitalière, aide-infirmière¹⁰⁵, aide soignante, infirmière-assistante et autres employées spécialisées en santé).

C'est d'ailleurs dans celles-ci que s'est forgée la notion relativement floue de "soins de base" ou de "soins de base généraux"¹⁰⁶. Peu consciente de l'histoire de leur discipline, les infirmières ont parfois écarté ces pratiques et comme l'a rappelé à plusieurs occasions Collière (1994, p. 20), assujetties par des valeurs issues de l'hégémonie de la conception médicales des soins, ont considéré l'aide à la vie comme quelque chose d'insignifiant, alors que cette activité est vitale (...). La conception mécaniste des soins dominera alors leurs pratiques.

Les activités comprises dans les variables "F", "G", "H", "I" et "J" sont aussi des activités dévalorisées parce que perçues comme "domestiques". Elles ne semblaient pas à la hauteur de l'engagement et des espérances des femmes bourgeoises qui cherchaient à s'introduire dans l'activité soignante au milieu du 19^e siècle. Jusque dans les années 1970, la gestion de l'économie domestique était supposée se réaliser sans connaissances particulières autres que ménagères. De là, à considérer l'infirmière comme une "bonne", il n'y avait qu'un pas. Très souvent, ces représentations étaient fabriquées par les représentants des cultures dominantes qui cherchaient à contrôler, à tour de rôle, le champ des pratiques soignantes. Durant plus d'un siècle, l'action soignante oscillera entre le prestige des activités médicales scientifiques et les activités domestiques et logistiques vulgaires. A Paris, Bourneville opposera l'infirmière plébéienne à la garde-malade d'origine bourgeoise (Diébolt, 1990) et en Suisse, dans les

¹⁰³ Prenant aussi en compte le regard social sur l'activité, regard qui souvent, mène à la dévalorisation de cette dernière. Les soins de base ne bénéficient pas d'une considération très positive dans le milieu soignant et apparaissent souvent comme une tâche difficile qui provoque des résistances et qui, finalement, revient à ceux qui ont commis l'irréparable ou n'ont pu faire autre chose (Dalomel, 1999).

¹⁰⁴ Ce sont quand même des infirmières qui ont appris aux aides à faire les actes paraissant les plus simples de l'art de soigner. Délégant leur propre culture au personnel auxiliaire, certaines infirmières ont confondu transmission et dépossession culturelle. Lorsque l'on délègue sa culture à d'autres l'on reste propriétaire de ce que l'on délègue. Dans toute délégation, ce qui se délègue n'est pas un acte isolé, mais la culture qui en permet sa réalisation. Celle ou celui qui délègue, garde la contrôle et la responsabilité de droit (et non de fait) des décisions. L'exécution d'une action déléguée est un service rendu à celui qui a le pouvoir de la déléguer. L'infirmière est bien placée pour le savoir. Qu'elle se souvienne des actes délégués par le corps médical dans le passé au travers de ces fameux manuels écrits par les médecins "à l'intention des infirmières".

¹⁰⁵ Qui se dénommait aussi "petite servante" en 1759 ou "sous-infirmière" à l'hôpital de fribourg en 1771 ou "servante de la gouvernante" à l'hôpital de Genève en 1744 (Nadot, 1993, p. 77, 123, 180).

¹⁰⁶ Cf. Vollenweider, art. 7 de l'OPAS du 29 septembre 1995 (état au 16 février 1999).

années 1960, il faudra avoir fait une école ménagère pour prétendre être candidate à une école d'infirmières. Avec cet héritage, l'on ne s'étonne plus aujourd'hui du peu d'attrait de cette profession et de sa difficulté à produire et à diffuser sa propre culture scientifique.

Les compétences requises pour les pratiques "F", "G", "H", "I" et "J" ne sont pas innées et n'appartiennent pas à l'éducation ordinaire, fut-elle féminine. Tout cela s'apprend. Au moment où l'on pense développer des Hautes Ecoles Pédagogiques, il ne viendrait à l'idée de personne de dire, que pour être "instituteur", "professeur de degré secondaire supérieur" ou "formateur d'adulte" il suffit de savoir lire, écrire et compter. Il en est de même pour l'activité soignante considérée dans ce qu'elle a de plus humble. Toute action, en apparence simple pour l'observateur, l'est moins dès le moment où la réflexion se porte sur l'action et prend en compte simultanément le contexte de l'action, ses modalités et ses finalités.

Les recherches fondamentales menées antérieurement au sein de la discipline des pratiques de soins évoquaient déjà cette situation (Nadot, 1993, p. 155). Pour rappel, mentionnons qu'on n'a pas toujours à l'esprit, que si nous avons été éduqués à faire notre toilette quotidienne, faire celle de nos enfants est déjà moins évidente. Et lorsqu'il s'agit de laver¹⁰⁷ des personnes inconnues, de plus dépendantes et souffrantes, l'acte devient nécessairement plus complexe.

La toilette complète d'une personne âgée désorientée dans le temps et dans l'espace et incapable de faire seule le moindre acte de la vie quotidienne, requiert un ensemble d'habiletés souvent hors de portée du profane en ce domaine. Comme le relève très justement Delomel (1999), "être mouillé", "se mouiller", c'est gênant et même insupportable. D'une manière générale, la toilette, dévoile les effets dégradants de la maladie (et notamment les souillures incontrôlables). Elle provoque de nombreuses réactions à travers lesquelles on relève l'atteinte à la dignité humaine, ce qui dépasse les "simples" problèmes de pudeur et d'intimité. À cause de la souffrance et des renoncements qu'elle occasionne, la maladie aiguë ou chronique affecte totalement la personne, qui prend soudain - ou peu à peu - conscience de sa condition et de sa vulnérabilité. Elle l'accapare, même pour un problème objectivement banal. La personne malade a tendance à se centrer sur elle-même et à ne plus assumer ses rôles habituels. Son corps ou l'organe malade devient le centre de ses préoccupations. Et dans le cadre d'une toilette, activité objectivement banale pour un observateur profane, le soignant, quel que soit son statut, est mis à contribution dans une recherche de sens et d'espoir. Il se doit alors de mobiliser des compétences relationnelles. Ces dernières ne sont pas innées et comme le dit Cosnier, les communications interindividuelles ne peuvent plus être considérées sous l'étiquette d'un humanisme respectable "allant de soi" et découlant du "bon cœur" professionnel des soignants, mais plutôt comme un paramètre essentiel de la fonction de soins; paramètre incontournable dont vont dépendre entre autres la réussite ou l'échec des moyens mis en œuvre (Cosnier, 1993, p. 17).

En conclusion la relation à l'autre et les pratiques d'assistance exigent des compétences qui sortent de l'ordinaire et ne relèvent pas de l'art du bavardage, du dévouement ou de la simple compassion. Tout ceci s'apprend et a un coût. Les directeurs d'établissement comme les instances de tutelle ainsi que les économistes de la santé seraient bien inspirés de prendre en compte cette donnée.

¹⁰⁷ Aider à faire sa toilette (pratique "J/SC3").

- Pratique de formation (M)

Avec un score moyen de 2.4% et un écart-type de 2.6%, cette pratique qui permet à la profession d'assurer, de contrôler et de renforcer la transmission de sa culture aux étudiantes et aux membres de l'équipe soignante présente une différence significative, $F(9;60) = 2.173$; $P = .037$. Celle-ci s'explique d'une part, par la présence de personnes en formation au moment de l'observation (c'est le cas du E2 avec 7% et du CIT avec 6%) et d'autre part, par le fait que l'infirmière observée les avait en référence.

Cette activité déjà en vigueur au 18^e siècle existait donc bien avant la naissance des écoles. On sait même que le 13 avril 1760, on demandera à la "musshafera" ou gouvernante des malades de l'hôpital laïc de la ville de Fribourg, de rester au travail quelques mois après avoir donné son congé *pour instruire celle qui devait la remplacer* (Nadot, 1993, p. 144).

- Pratique d'inactivité (N)

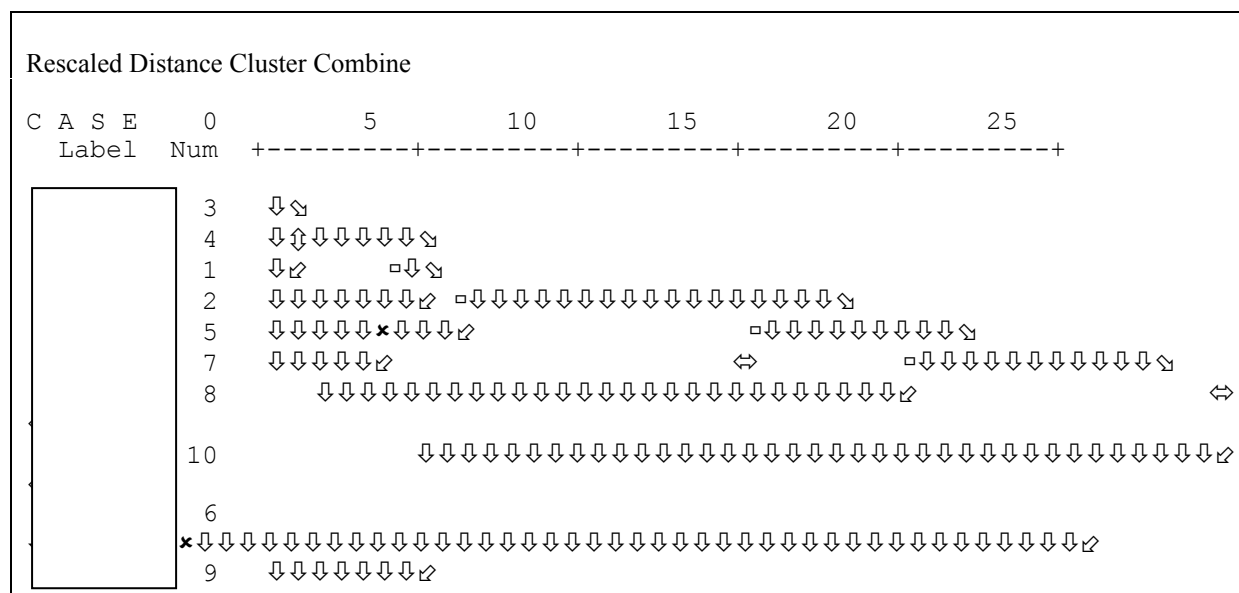
Provenant de dysfonctionnements techniques, humains, institutionnels, ordinaires ou extraordinaires, cette pratique d'inactivité est non significative d'un point de vue statistique et représente 4% du temps journalier d'une infirmière. Le résultat le plus élevé concerne le CIT de Nant avec une moyenne de 19% et un écart-type de 24%. Ce score surprenant est dû à une gestion libre et spontanée du temps le samedi et le dimanche. Ces jours là, l'infirmière est venue le matin pour assumer une activité planifiée et n'ayant rien d'autre de prévu l'après-midi a fermé le centre et est resté de "piquet" chez elle.

En ce qui concerne le score de l'HCFR C2 (moyenne de 8%, écart-type de 20%) il s'explique par l'absence de patient une grande partie de la journée du dimanche.

- Analyse hiérarchique des regroupements.

Pour appréhender autrement les résultats des différents lieux observés, nous présentons dans le graphique ci-dessous, un regroupement permettant de saisir de façon claire "qui ressemble à qui" et "qui se différencie de qui".

Les tableaux de la page 57-58 traitent également de ce sujet et montrent l'activité globale de chaque institution comparée à celle qui lui est la plus proche.



Graphique 13: Hiérarchical Cluster Analysis, Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)

N.B: L'ordre d'apparition des services dans le cadre à gauche est un indicatif de proximité tandis que les lignes horizontales, s'exprimant sur une échelle allant de 0 à +25, sont révélatrices de l'intensité des différences. Si on lit le tableau avec ces 2 marqueurs, on constate:

Comme nous l'avions déjà noté lors de l'analyse détaillée des résultats, Charmey et Marsens C0 se ressemblent et se distinguent fortement des autres lieux observés. Pour l'explication de ce regroupement, prière de se référer à la page p. 77.

Le CIT et le SAD peuvent se traiter ensemble par rapport à leur particularité. S'ils ne se ressemblent pas dans leur dynamique de travail, ils se différencient tous deux de tous les autres services. Le CIT se caractérise par un pourcentage élevé de pratiques d'inactivité, de pratiques de formation et de pratiques de récolte d'informations. Le SAD se distingue surtout dans sa pratique de déplacement et de technologies de soins et son faible traitement de l'information. Ces résultats ne nous surprennent guère puisque, comme déjà expliqué, chacun de ces services a une structure et des missions particulières.

Curieusement, par contre, les services Delémont D5 (médecine), Delémont F4 (chirurgie), HCFR E2 (chirurgie), HCFR C2 (chirurgie), Marsens A0 (admission psychiatrie) et à Nant l'UHPG (unité hospitalière de psychogériatrie) sont assez semblables.

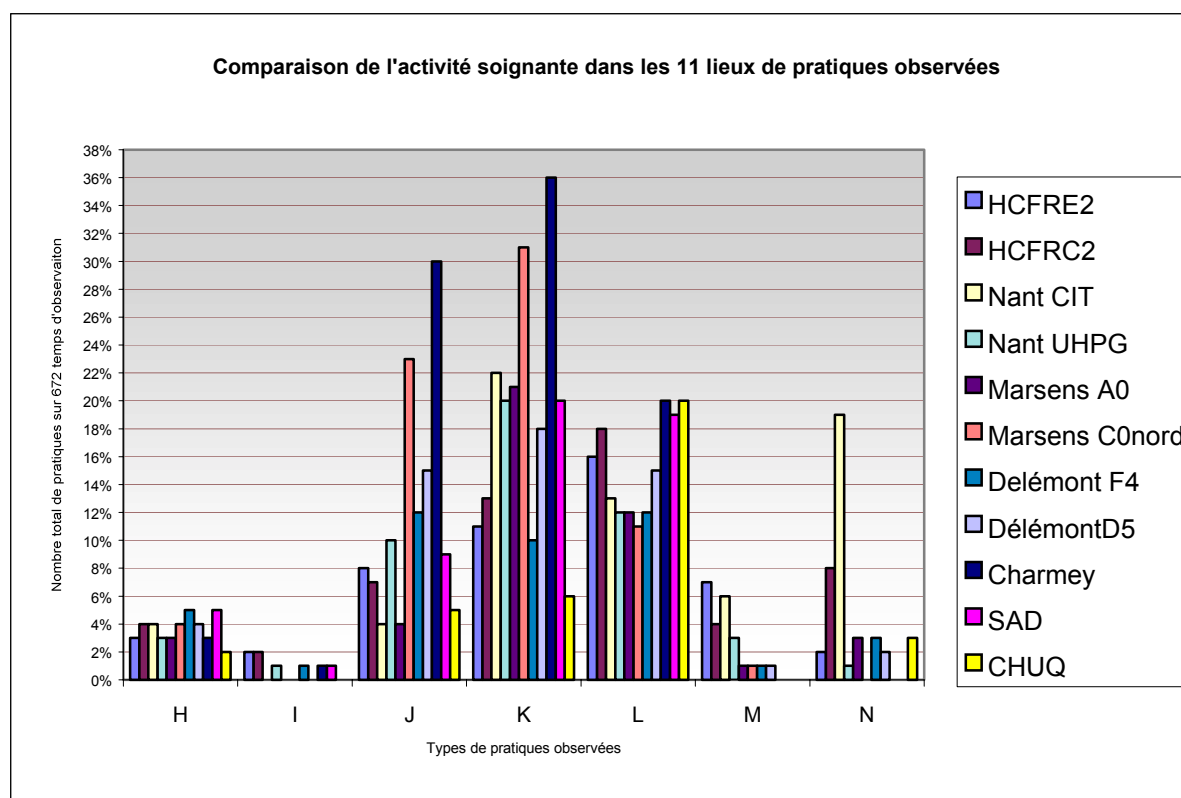
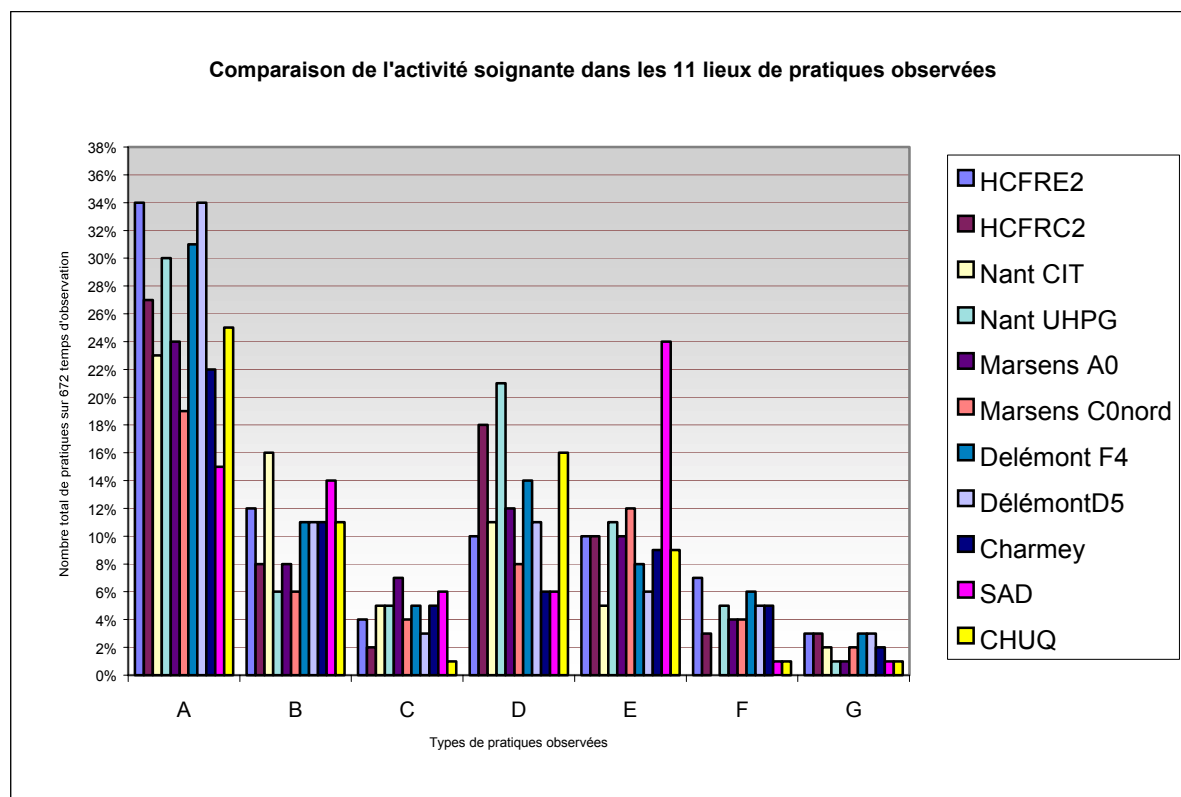
De fait, intuitivement ou influencé par les clichés et stéréotypes marquant l'histoire de la discipline des soins et de la formation depuis 1924¹⁰⁸, on a souvent l'impression qu'une infirmière en psychiatrie ne fait pas la même chose qu'une infirmière en médecine ou en chirurgie. Dans la réalité des chiffres pourtant, ce ne sont pas ces facteurs liés à la spécialité médicale qui semblent influencer l'ensemble du rôle.

Ces distinctions datent d'une époque où c'était le statut et le rôle du soignant qui constituait son identité alors qu'aujourd'hui, avec la médiologie de la santé, c'est l'identité de la discipline qui détermine l'identité de celui qui s'y réfère. Les luttes intestines anciennes devraient s'atténuer. Il n'y a pas encore si longtemps, les écoles de soins se distinguaient les unes des autres avec des uniformes, des bonnets ou des broches significatives du diplôme obtenu. C'était alors l'identité de l'école et ses caractéristiques qui servaient de moyens d'affirmation de soi et d'appartenance. À cette époque où l'enseignement de l'histoire de la discipline n'était pas au programme, Magnon nous rappelle que les infirmières en soins généraux, pauvres en apprentissage de la relation soignant-soigné d'après les infirmiers de secteur psychiatriques, reprochaient à leur tour à ceux-ci leur formation insuffisante en technique de soins (2001, p. 112).

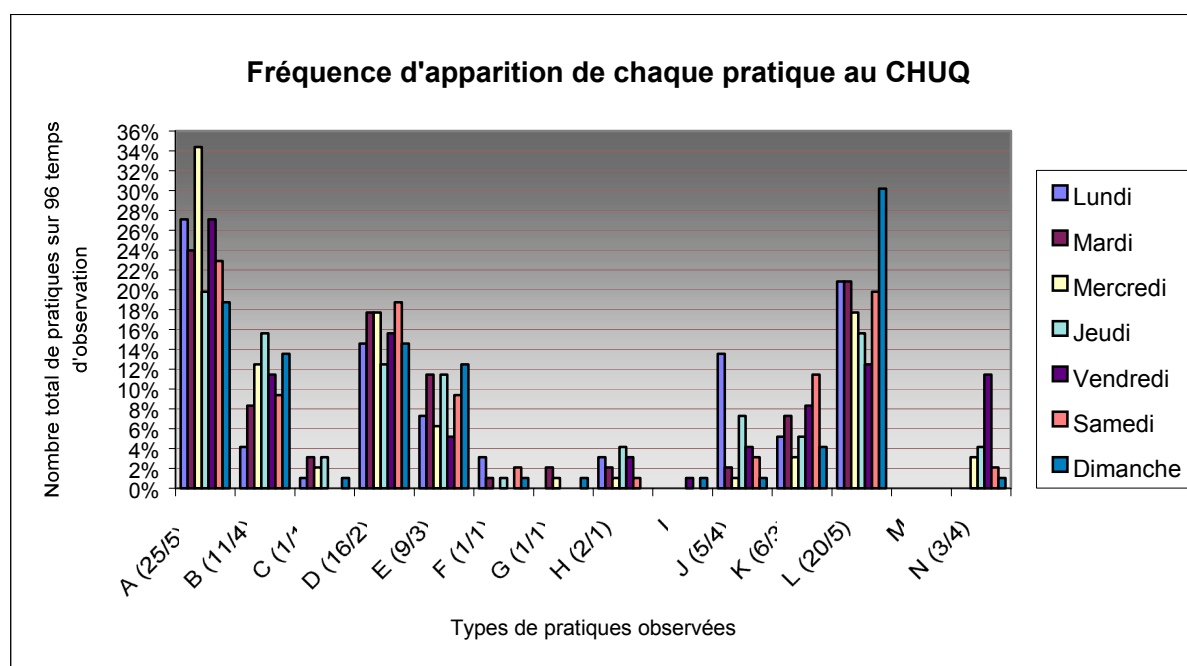
¹⁰⁸ Date à laquelle les soignants travaillant dans les hôpitaux psychiatriques seront exclus de l'Alliance suisse des gardes malades. Leur formation sera alors orientée selon les normes et les valeurs de la Société Suisse de Psychiatrie (composée de médecins psychiatres) dès 1929 (Nadot, 1993, p. 401-402).

3.6 Particularités des résultats au Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ)

Afin de mieux visualiser l'activité soignante au CHUQ, nous exposons un schéma d'ensemble pour les 11 institutions sur lequel le CHUQ apparaît en jaune.



Graphique 14: Comparaison de l'activité soignante dans les 11 institutions



Graphique 15: Une semaine de pratique au Centre hospitalier universitaire de Québec

* Moyenne A = 25%

* Ecart-type A = 5%

Rappel des légendes concernant les pratiques

A) Pratique de gestion de l'information	F) Pratique hôtelière	K) Pratique professionnelle de la relation
B) Pratique de récolte d'information	G) Pratique d'hygiène collective	L) Pratique technologique du soin
C) Pratique d'ordre et de discipline	H) Pratique de réapprovisionnement	M) Pratique de formation
D) Pratique de régulation	I) Pratique d'élimination	N) Pratique d'inactivité
E) Pratique de déplacement	J) Pratique d'assistance	

Si nous nous référons aux résultats ci-dessus et retournons voir les tableaux de la page 57-58, nous constatons que, ce que fait une infirmière québécoise dans un service de médecine-chirurgie de 30 lits est très ressemblant à ce que fait une infirmière suisse dans un même type de service. Il est même étonnant de voir combien son profil est proche de celui du C2 à l'hôpital cantonal de Fribourg. Ceci signifie certainement que l'activité chirurgicale entraîne un type de rôle professionnel qui consiste surtout à gérer de nombreuses informations, se déplacer pour assurer les surveillances et les traitements médico-délégués, le tout étant fortement orchestré par le rythme (planifié ou non) du bloc opératoire.

Si le CHUQ ne dépareille pas des 10 institutions suisses observées, il a quand même quelques particularités:

- Une bonne partie de la journée de travail est réservée aux pratiques de régulation (16%) puisque au Québec la pause du repas ainsi que deux pauses plus courtes sont prévues dans les 8 heures de travail par la convention collective conclue entre le syndicat des infirmières et les employeurs du secteur de la santé. (à noter aussi qu'aucun temps n'est offert ou pris pour de la supervision).

- un petit pourcentage de pratique d'assistance (5%), de pratique hôtelière (1%), de pratique de réapprovisionnement (2%) et pas de pratique d'élimination, ce type d'activités étant repris par d'autres professionnels comme l'explique Dallaire dans son rapport: les aides soignantes s'occupent d'accompagner les patients dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ), les aides-ménagères de la distribution des plateaux et de l'entretien ménager et d'autres personnes (préposés aux bénéficiaires) sont encore chargées du réapprovisionnement ainsi que de la conduite des patients vers les différents lieux de traitement ou d'investigation.

L'infirmière semble travailler au cœur d'un réseau comptant de nombreux intervenants et il est intrigant de constater que la pratique d'ordre et de discipline dans sa dimension gestion du travail ne représente que 1% de son temps journalier. Comment s'organise-t-on ? Qui délègue, qui coordonne et supervise le travail des professionnels subalternes ? A-t-on mis ce type de données dans le traitement d'information ?

- un 6% de pratique professionnelle de la relation: comme déjà expliqué, ce maigre score est dû probablement à la façon de coder: les observatrices canadiennes n'avaient pas reçu l'information qu'il était possible de cocher deux pratiques en simultanée. Dallaire mentionne d'ailleurs cette difficulté en donnant l'exemple suivant: lorsque l'infirmière commence par rassurer le patient «ça va bien aujourd'hui, ...» et enchaîne avec des explications sur ce qui va se passer dans la journée, faut-il coder pratique de la relation ou pratique des gestion de l'information?

Pour résoudre ce problème, sur le terrain, les observatrices qui n'étaient pas des infirmières, ont privilégié quand il y avait une pratique de relation et une autre pratique, de coder la seconde (technologie de soins voire information) comme si la relation était moins noble, moins à mettre en évidence. Ce choix est probablement significatif de la valeur accordée à ce qu'on voit en fonction des représentations dont on est porteur.

Un autre fait est relevé par nos collègues québécoises. Les observatrices ont perçu que le temps consacré aux patients étaient certainement supérieur à ces 6%. Avec un 19% de technologies de soins et le type de service, il est certain que l'infirmière a eu plus d'interactions avec ses patients. Les observatrices étaient encore étonnées de ce que les infirmières soient si peu dans les chambres des patients. Cet étonnement comme le dit Dallaire est sûrement à mettre en lien avec leur perception de la profession.

Enfin, nous signalons le haut score de la pratique technologique du soin (19%). Ceci s'explique certainement par le genre de service et le type d'organisation à savoir l'infirmière occupée à des tâches médico-déléguées, et les aides assurant « les soins de base » aux patients.

Au CHUQ, comme ailleurs, le temps de l'infirmière est fortement pris par du traitement de l'information (36%), une observatrice disant même : « elles passent beaucoup de temps dans la paperasse et dans la gestion d'information ». Les horaires sur 8 heures ne semblent pas réduire de manière importante cette activité. De plus, l'infirmière « court tout le temps » et « répond à beaucoup de monde » : notre manière d'observer toutes les 5' semble ne pas pouvoir capter cette dimension de simultanéité des tâches et de rapidité dans les changements de registres et de codes culturels. Une autre étude saisissant cette variation devra être menée ultérieurement si on veut réellement voir la dynamique du rôle d'infirmière.

En conclusion, cette association "Suisse - Québec" a permis de mettre en synergie des chercheurs d'horizons différents sur une problématique centrale et sensible puisqu'elle touche

à la définition même du rôle professionnel infirmier. Il est remarquable que, sans autres moyens que la messagerie électronique, l'équipe québécoise aie réussi non seulement à comprendre le cadre de référence et à mener la recherche, mais en plus, à propager le modèle conceptuel. De fait, Clémence Dallaire a intégré dans son enseignement les idées fortes liées aux 14 pratiques, à la position d'intermédiaire culturelle et à la matrice disciplinaire propre à l'histoire de la profession infirmière, et la direction des soins infirmiers du CHUQ se dit prête à soutenir un nouveau projet de recherche en indiquant dans sa lettre d'appui ce qui suit:

Compte tenu que le CHUQ répond aux besoins de clientèles présentant des problèmes de santé d'une très grande complexité, il est essentiel d'ajuster les ressources en soins infirmiers à la mesure de ces nouveaux besoins. Nous considérons que cette recherche contribuera à mieux comprendre et surtout à spécifier la nature même des soins infirmiers afin d'assurer le meilleur déploiement possible du personnel infirmier dans le système de santé (...).

Les résultats de cette étude fourniront sûrement un éclairage nouveau aux dirigeants et dirigeantes en soins infirmiers leur permettant d'accomplir la mission première de tout centre hospitalier, à savoir: la dispensation de soins infirmiers de haute qualité.

(CHUQ, 1^{er} novembre 2001).

4) Conclusion

Les principaux résultats de cette recherche sont d'ordre épistémologique, métrique, idéologique et économique.

De fait, le modèle conceptuel servant de base à la construction de la grille d'observation et prenant appui sur les traditions soignantes permet une nouvelle définition du rôle professionnel. Les 14 catégories de pratiques, les prestations de type SC1, SC2, SC3 et le rôle d'intermédiaire culturelle semblent constituer dès lors les éléments de la matrice disciplinaire des soins.

Si nous n'avons pu mesurer précisément combien de temps passe une infirmière à rendre service aux différents systèmes, nous avons tout de même réussi à montrer que la professionnelle soignante occupe une grande partie de sa journée à des activités de traitement de l'information et fait, finalement assez peu de technologies de soins, contrairement à l'image de l'infirmière "piqueuse", "panseuse", "paramédicale", véhiculée par certains. Ses activités d'assistance et de relation d'aide varient fort d'un service à l'autre et le mythe de "l'infirmière au chevet du patient" est remis en question. Les pratiques de déplacement sont fréquentes, les pauses aussi mais la supervision moins. Les activités "banales" de réapprovisionnement, d'hygiène, d'élimination, d'hôtellerie prennent peu de place mais sont néanmoins indispensables au bon fonctionnement du système de santé. Les pratiques de formation dépendent de la présence de stagiaires dans le service et les pratiques d'inactivité sont assez rares. La gestion du travail semble aisée et demande peu de temps.

Le détail des pratiques donné pour chacun des services engagés dans cette recherche est un autre élément fort de cette étude. Les directeurs d'institutions et les cadres infirmiers ne s'étaient pas trompés lorsqu'ils pensaient pouvoir exploiter ces chiffres pour mieux saisir le travail effectué par l'infirmière et proposer des mesures visant à l'amélioration des soins. Pour notre part, nous espérons que ces résultats sauront être analysés en fonction de critères déontologiques et non pas uniquement en fonction de critères économiques. En effet, notre nouvelle définition du rôle professionnel devrait permettre aux infirmières de parler plus facilement de ce qu'elles font (14 types de pratiques, 3 systèmes culturels et une position de médiologue de santé) et de revendiquer, à qui de droits, les moyens pour remplir au mieux leur fonction. Dans un monde de la santé où la réduction des coûts est un *leitmotiv* constant, il est grand temps de s'interroger sur le "devoir social" face à celui qui souffre et qui est confronté aux conditions adverses qui affectent la vie.

Si l'infirmière est une interlocutrice valable dans ce contexte, offrons-lui des conditions de travail lui permettant de jouer réellement son rôle de médiologue de santé.

La complexité du rôle, nous ne le répèterons jamais assez, vient de la diversité de tâches indissociables à accomplir dans un climat souvent stressant et hyper affectif. Offrir 14 types de prestations requérant des connaissances et des compétences différentes à des bénéficiaires ne poursuivant pas toujours les mêmes buts relève d'un exercice périlleux. Les avancées scientifiques et technologiques se faisant à un rythme soutenu, l'on ne s'étonnera plus dès lors qu'il faille envisager la formation des futurs professionnels infirmiers dans une Haute Ecole Spécialisée.

5) Recommandations

Nous ferons nos recommandations en regard des quatre champs d'activité composant notre profession. Nous inscrirons ces champs dans l'ordre historique de leur apparition au sein de la discipline soignante.

- Recommandations pour la pratique des soins

- recommandation 1

Il est indispensable que les décideurs du monde de la santé prennent connaissance de ce que recouvre réellement l'activité soignante.

L'activité soignante ne comprend pas que les soins donnés aux personnes soignées mais elle comprend aussi des prestations dont les bénéficiaires peuvent-être l'institution de soins avec l'ensemble de ses services, les collègues de travail ou le corps médical.

-recommandation 2

Il serait utile que l'infirmière prenne conscience que son activité mobilise des compétences supérieures à celles nécessaires pour soigner et cherche au-delà des théories de soins et dans la tradition disciplinaire laïque, les fondements lui permettant de conceptualiser son rôle.

Le rôle professionnel de l'infirmière médiologue de santé est composé d'un ensemble de 14 pratiques indissociables au service du maintien ou de la restauration de la santé d'une population donnée et au bon fonctionnement des institutions. Le passé de la discipline des pratiques de soins doit être connu pour développer des concepts utiles à la pratique quotidienne. Plutôt que de parler des théories de soins qui ne sont souvent que partielles, qui prennent peu en compte le contexte de l'action et sont construites à partir de théories empruntées, il est peut-être utile de partir des caractéristiques de la pratique quotidienne pour développer des théories de l'action soignante à partir de l'activité contemporaine réalisée, mais sans se couper de la tradition disciplinaire laïque.

- recommandation 3

Pour participer à des actions interdisciplinaires, l'infirmière médiologue de santé doit connaître les fondements de sa propre discipline.

L'interdisciplinarité n'a de sens que si il existe des disciplines. L'interdisciplinarité n'est pas un affichage de façade ou la simple juxtaposition de points de vue. Ce sont les 14 variables du rôle professionnel de soignant qui composent la matrice disciplinaire en tant que tout et qui constituent l'unité épistémologique de la discipline des pratiques de soins.

- recommandation 4

Il est nécessaire d'éviter les démarches de parcellisation du travail qui sont contre-productives dans le système de santé.

Il serait souhaitable de ne pas morceler l'activité soignante entre plusieurs professionnels qui s'occupent chacun d'une "portion" de la personne soignée. Il appartient à l'infirmière médiologue de santé de développer des compétences en vue d'assurer la qualité des prestations au sein des 14 variables même si ce n'est pas elle qui effectue la totalité des actions.

- Recommandations pour la pratique de l'enseignement

- recommandation 5

Utiliser le modèle conceptuel d'intermédiaire culturel en tant que théorie de l'activité soignante pour aider l'étudiante à percevoir progressivement la complexité de la réalité professionnelle.

- recommandation 6

Dans les nouveaux programme de formation HES, les contenus d'enseignement et l'étude des situations professionnelles devraient porter sur le contexte et les conditions de la communication au sein du système de santé (qui dit quoi? à qui? et avec quels effets?).

Vu l'importance occupée par la pratique informationnelle dans l'action soignante et le rôle d'intermédiaire culturel, les étudiants devront être formés aux finesses du traitement de l'information et de la médiation.

- recommandation 7

Chaque étudiant devrait avoir une bonne connaissance de l'histoire de sa discipline.

Il est important qu'il y ait un nombre suffisant de crédits ECTS accordés aux thèmes de l'histoire et de l'épistémologie de la discipline dans le nouveau programme de formation HES.

- Recommandations pour la pratique de la gestion

- recommandation 8

La dotation en personnel tient compte de la totalité de l'activité soignante et pas seulement du nombre de malades, de leur pathologie et de leur degré de dépendance.

-recommandation 9

Les directions doivent investir dans la formation de cadres de santé de façon qu'ils puissent jouer leur rôle d'appui et de soutien de la production soignante.

- recommandation 10

Les critères économiques et les politiques de santé doivent pouvoir se concevoir à partir des variables du rôle professionnel et de l'interaction entre ces variables, au lieu de continuer à utiliser des représentations fausses de l'activité professionnelle.

Faute de quoi, pensant faire des économies, le système de santé représenté par ses multiples institutions pourrait être appelé à connaître de forts dysfonctionnements que l'on pourrait chiffrer économiquement (perte d'intérêt pour la profession, manque chronique de personnel scientifiquement compétent, engagement de personnel insuffisamment formé, bricolage institutionnel coûteux, etc.).

- Recommandations pour la pratique de la recherche

- recommandation 11

En lien avec l'histoire de la discipline des pratiques de soins, il serait intéressant de voir si en d'autres coins "du Monde" le modèle conceptuel d'intermédiaire culturel peut s'appliquer à des réalités soignantes certainement fort différentes des nôtres.

- recommandation 12

Il serait urgent de rechercher le patrimoine laissé par les pratiques institutionnalisées de soins et d'assistance.

Il appartient à la profession soignante de rechercher l'histoire de la discipline des pratiques de soins pour retrouver les traces des pratiques traditionnelles de l'aide à la vie dans les hôpitaux du passé et à une époque où ces derniers n'étaient ni aux mains de la charité privée (ordres religieux soignants féminins ou masculins), ni dépendant de la médecine scientifique. Comment était pris en charge l'aide à la vie de ceux qui manquaient de forces, de biens et de santé, dans les institutions laïques hospitalières et extra-hospitalières du passé?

- recommandation 13

La description plus fine du traitement de l'information, de la pratique professionnelle de la relation ainsi que la simultanéité et la vitesse de changement des activités devraient permettre de comprendre encore mieux ce qui se joue dans le rôle de médiologue de santé et encourager la profession à revendiquer "une juste place" dans le système de santé.

- recommandation 14

Le développement de recherches qui puisent leurs cadres d'analyse dans d'autres disciplines est peut-être utile pour enrichir la compréhension des multiples problèmes posés à l'exercice professionnel, mais ces emprunts ne servent pas toujours à rendre compte des fondements de la discipline soignante et ne peuvent être utilisés au détriment des cadres de référence de cette dernière.

- Le mot de la fin

En fait, comme le relevait Gilloz à l'occasion de la mise en route des nouvelles prescriptions de formation pour infirmières et des questions d'identité, *il s'agit ni plus ni moins de changer les mentalités, dans le grand public certainement, mais aussi chez les infirmières elles-mêmes et... les patients. Problèmes d'images, de mots, bref de communication, où il faudra secouer nos certitudes, remettre en question nos acquis, bref innover* (1992, p. 17).

6) Ouvrages cités

- ASI Suisse, Motion Joder acceptée, *Un pas en avant pour les soins*, Soins infirmiers, 1, 2002;
- ATS, *Le personnel infirmier marque un point au national*, La Liberté, 4 décembre 2001;
- Bancel-Charencol L., Delaunay J.-C., Jogleux M., *Une société de service, comment gérer des biens invisibles ?* Sciences humaines, février 1999, 91, pp. 36-39;
- Bécherraz M., Une phénoménologie du réconfort, Trélex/GE, Phronesis-édition, 2001;
- Bieri P., *Urgences au scanner*, Le Matin, 29 juillet 2001;
- Blanchard S., *La grande déprime des infirmières*, Le Monde, 20 septembre 2001;
- Bourdieu P., La distinction, critique sociale du jugement, Paris, Les Editions de Minuit, 1979;
- Bourdieu P., Ce que parler veut dire, l'économie des échanges linguistiques, Paris, Fayard, 1982;
- Carrere (M.) Manuel pour le service des malades, ou précis des connaissances nécessaires aux personnes chargées du soin des malades, femmes en couches, enfants nouveaux-nés, etc. (1786), Librairie Lamy, Aubenas, Imprimerie, Lienhart et Cie., 1985;
- CHUQ, Lettre d'appui et de co-commandite de la Direction des soins infirmiers à Clémence Dallaire en date du 1^{er} novembre 2001;
- Clot Y., *Psychopathologie du travail et clinique de l'activité*, Education permanente, 2001, 146, p. 35-49;
- Collière M.-F., Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers, Paris, InterEditions, 1982;
- Collière M.-F., *Difficultés rencontrées pour désentraver l'histoire des femmes soignantes*, in Walter F., Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle, Genève, éditions Zoé, 1992;
- Collière M.-F., *Virginia Henderson*, La nature des soins infirmiers, Paris, InterEditions, 1994;
- Collière M.-F., Soigner...le premier art de la vie, Paris, InterEditions, 1996, 2^e édition 2001;
- Charrère J.-J., *12 heures de stress, l'ordinaire infernal d'une infirmière*, Le Temps, 9 octobre 2000;
- Cosnier J., *Les interactions en milieu soignant* in Cosnier J., Grosjean M., Lacoste M., (sous la dir. de) Soins et communications, Approches interactionnistes des relations de soins, Lyon, Presses universitaires, 1993;
- Croix-Rouge suisse, Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers à l'usage des écoles reconnues par la Croix-Rouge suisse, Berne, 1.1.1992;
- Dallaire C. et O. Goulet (sous la dir. de) Soins infirmiers et société, Boucherville (Québec) Gaëtan Morin éditeur, 1999;

- Debray R., Cours de médiologie générale, Paris, Gallimard, 1991;
- Debray R., Manifestes médiologiques, Paris, Gallimard, 1994;
- Delaunay J.-C., Gadrey J., Les enjeux de la société de service, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences politiques, 1987;
- Delomel M.-A., La toilette dévoilée, analyse d'une réalité et perspectives soignantes, Paris, Seli Arslan, 1999;
- Delomel M.-A., *De la pudeur à l'apudeur dans la relation de soins d'hygiène*, Perspective soignante, 5; p. 14-38;
- Develay M., Savoirs scolaires et didactiques des disciplines, Paris, ESF éditeur, 1995;
- Diébolt E., *Les savoirs infirmiers*, Revue de l'infirmière, 2/janvier 1987, p. 43-46;
- Diébolt E., La maison de santé protestante de Bordeaux (1863-1934) vers une conception novatrice des soins et de l'hôpital, Toulouse, Ed Erès, 1990;
- Droux J., *Personnel soignant et médicalisation de l'hôpital: les liaisons fiévreuses*, in Walter F., Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle, Genève, 1992, p. 93-120;
- Etude-pilote sur les besoins des malades en soins infirmiers, Etude des soins infirmiers en Suisse avec l'aide de l'O.M.S, Berne, Association Suisse des Infirmières et infirmiers, Rapport janvier 1971, original en anglais, document non publié;
- Estryn-Béhar M., Guide des risques professionnels du personnel des services de soins, Paris, Editions Lamarre, 1991;
- Fernandez P., *12 heures de stress, l'ordinaire infernal d'une infirmière*, Le temps, 9 octobre 2000;
- Foucault M., Surveiller et punir, Paris, Gallimard, 1975;
- Garigio V., *Recherche infirmières désespérément ... pour salaire rétroactif*, Le Matin, 29 juillet 2001;
- Gilloz S., *L'infirmière et son identité* Journal de la Croix-Rouge suisse, mars 1992, p. 15-17;
- Gobet P. et al., Le profil de la recherche et du développement dans les hautes écoles spécialisées en santé, Rapport principal pour le Conseil Suisse de la Science, Détection avancée en politique de recherche, Berne, FER 187/1998;
- Goumaz M., *Les infirmières crient au secours*, La Liberté, 15 novembre 2001;
- Grosjean M., Lacoste M., Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital, Paris, PUF, 1999;
- Guéguen N., Manuel de statistique pour psychologues, Paris, Dunod, 1997;
- Guide des participants à DO Research, Promotion des compétences en recherche appliquée dans les

- HES cantonales, une initiative commune de la Commission pour la technologie et l'Innovation (KTI/CTI) et du Fonds national suisse (FNS), Berne, 21.3.2000;
- Guillaume-Hofnung M., La médiation, Paris, PUF, 1995;
 - Habermas J., Logique des sciences sociales et autres essais, Paris, PUF, 1987;
 - HES romande santé-social, Rapport final des filières, septembre 2001;
 - Journal actualités Formation professionnelle dans le domaine de la santé, Berne Croix-Rouge suisse, Département de la formation professionnelle, 1/2002;
 - Kolb P., *Un système de santé à réhabiliter*, La Liberté, 3 octobre 2000;
 - Les infirmières et la recherche : Principes éthiques, Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), Berne, 1998 ;
 - Les missions nouvelles de la HES, Rapports finaux des groupes de travail constitués par le Groupe de pilotage opérationnel en vue de la fixation des objectifs de développement à assigner à la HES romande santé-social, Réseau romand de formation HES des domaines de la santé et du travail social, Octobre 1999;
 - Louis-Courvoisier M., Soigner et consoler, la vie quotidienne dans un hôpital à la fin de l'Ancien Régime, Genève 1750-1820, Genève, Georg éditeur, 2000;
 - Loux F., Traditions et soins d'aujourd'hui, Paris, InterEditions, 1983;
 - Maeder Ch., Brügger U., Bamert U., Description de la méthode LEP, Relevé des prestations de soins infirmiers pour adultes et enfants hospitalisés, Saint-Gall, www.lep.ch, 2001;
 - Magnon R., Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers, Paris, Masson, 2001;
 - Moreau Ch., *L'infirmière, d'abord une hospitalière*, Revue de l'infirmière, 1991, 2, pp. 21-23;
 - Mucchielli A., *Soigner l'hôpital*, Sciences humaines, novembre 1994, 44, pp. 32-35;
 - Nadot M., Chatagny E., Civelli R., *Quelle gériatrie voulons-nous?* valorisation du travail des soignants des institutions gériatriques et psycho-gériatriques, Mémoire de fin d'études, Lausanne, Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier, 1979, in Tribune Lausanne matin, 22 novembre 1980;
 - Nadot M., *En quoi les soins infirmiers sont-ils infirmiers?* Soins infirmiers, 10/1990, pp. 15-19;
 - Nadot M., *"La formation des infirmières, une histoire à ne pas confondre avec celle de la médecine"* in Walter F., Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle, Genève, Editions Zoé, 1992, p. 153 - 170;
 - Nadot M., Des médiologues de santé à Fribourg, Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944), Université Lyon 2, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation sous la direction de Daniel Hameline, Lille, Atelier National de Reproduction des Thèses, 1993;

- Nadot M., *Une histoire oubliée: Valérie de Gasparin, grande pédagogue suisse protestante du XIXe siècle, fondatrice de la première école de soignantes laïques au monde*, Valérie de Gasparin, une conservatrice révolutionnaire, Lausanne, Coédition La Source et éditions ouverture, 1994, p. 72-99;
- Nadot M., de la tradition soignante à l'identité de la discipline, Abrégé d'histoire et d'épistémologie des pratiques de soins, Livret de cours pour étudiants de 4^e année de la section professionnelle supérieure francophone de l'EPS de Fribourg, 2001; (document non publié).
- Nadot N., *Les supports écrits dans la formation du personnel soignant*, Mémoire de licence en sciences de l'éducation, Université de Genève, 1999;
- Nyffeler R., *Lettre ouverte à la Fédération fribourgeoise des assureurs maladie*, La Liberté, 27 janvier 2001;
- Profil professionnel de l'infirmière/infirmier diplômé(e), Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et Croix-Rouge suisse (CRS), consultation sur les nouvelles formations de niveau secondaire II, Berne, 21 juin 2001;
- Rapport final établi par la C2ES2 relatif au dispositif de la formation initiale de la HES romande santé-social, 16 octobre 2001;
- Ricoeur P., Du texte à l'action, Essais d'herméneutique II, Paris, Editions du Seuil, 1986;
- Rousseau N., *A la recherche des pratiques soignantes* The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne, 1993, Vol. 89, No 1, pp. 53-55;
- Rousseau N., *De la vocation à la discipline*, les soins infirmiers dans une perspective historique, The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne, 1997, Vol. 93, No 5, pp. 39-44;
- Rousseau N., Nadot M., *La discipline infirmière, mythe ou réalité?* Premier Congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie, Soins, Hors série, Janvier 2001;
- Tissot S., Avis au Peuple sur sa santé, (1782) Paris, Quai Voltaire Histoire, Edima, Cité des sciences et de l'industrie, 1993;
- Van der Maren J.-M., Méthodes de recherche pour l'éducation, (2^e éd.), Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 1996;
- Vinck D., Pratiques de l'interdisciplinarité, Mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement, Grenoble, Presses universitaires, 2000;
- Vollenweider A.-C., La responsabilité civile à raison des actes médicaux, notamment des auxiliaires, Avis de droit de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, Conférence des Directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), Berne, juin 2001;
- Walter F., Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au 19^e siècle, Genève, éd. Zoé, 1992;
- Yvon F., *Activité réelle et réel de l'activité dans la restauration rapide* Education permanente, 2001, 146, p. 73-85;
- Zurcher C., *Les restrictions budgétaires*, La Liberté, 20 novembre 2001;

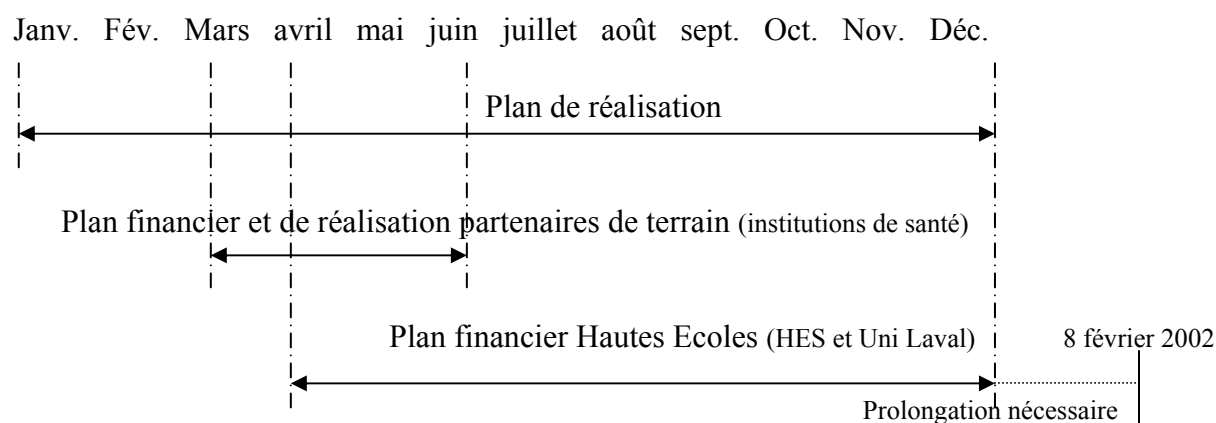
7) - Annexes

Annexe 1: Planification 2001	103
Annexe 2: Participants des institutions partenaires de terrain impliqués dans la recherche	104
Annexe 3: Les prestations soignantes à la fin du 18 ^e siècle (schéma)	106
Annexe 4: Horaires à disposition pour l'observation	107
Annexe 5: Schéma des plages horaires	108
Annexe 6: Typologie d'un programme au sein de la discipline des pratiques de soins	109
Annexe 7: Grille d'observation	110
Annexe 8: ébauche d'une grille médiométrique©	111
Annexe 9 : Art. 39 de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) 1994	112
Annexe 10: art. 7 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (1995)	113
Annexe 11: Compilation générale.....	114

Annexe 1: Planification 2001

Nous avons du adapter le calendrier en fonction du temps nécessaire à la signature des documents contractuels entre les différents partenaires de la HES et les contraintes temporelles faisant partie du processus de promotion de l'action DO-RE. Partant d'une information saisie le 12 septembre 2000, de la durée d'un projet limitée à six mois, des demandes de subsides à déposer avant le 4 mai 2001 et de la date d'achèvement des projets fixée au 1^{er} octobre 2001, il nous fallait faire preuve de diligence si nous voulions participer à temps à la promotion des activités Ra&D dans notre institution.

Nous avons établi un plan de réalisation légèrement décalé par rapport au plan financier et envisagé ce dernier selon les particularités de la recherche sur le terrain et de la recherche en laboratoire (Hautes Ecoles). Ce plan prendra néanmoins plus de six mois.



Suite à la signature des conventions avec les organes de soutien et de contrôle, les partenaires de terrain et le site fribourgeois de la HES-S2 (filiale soins infirmiers), nous prendrons le mois de mai comme date officielle de départ de l'étude. Ce qui ne sera pas de trop, compte tenu du calendrier des vacances et de la coordination à opérer entre les différentes institutions réparties sur deux continents.

Nous devons du reste, envisager une prolongation d'un mois et demi pour achever la rédaction des différents rapports, compte tenu de la charge de travail inhérente à la mise sur pied des formations HES et la charge d'enseignement des professeurs, tant du côté de la HES S2 romande que du côté de la Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec.

Annexe 2: Participants des institutions partenaires de terrain impliqués dans la recherche

Cette recherche a mobilisé 37 infirmières et infirmiers (côté suisse) formés en tant qu'observateurs et observatrices à savoir:

- Fondation de Nant à Corsier sur Vevey/VD

BANGERTER Gilles,
 BESSON Nadia,
 BUSSY Yannis,
 DAETWYLER André,
 DUPORT-MOHNLICH Florence,
 GENTON Alain,
 JOLIAT Francine,
 VAUGHAN Jonathan,
 YERLY-DUBEY Sandra.

- Hôpital régional de Delémont/JU

CHAMPAGNE Sophie,
 FASEL Paul,
 JOLIDON-ORY Sandrine,
 LOVIS-WUNDERLICH Caroline,
 REBER Edwige,
 RION Marie-Claire.

- Hôpital Cantonal de Fribourg/FR

CARON Thierry,
 PAÏVA Nathalie,
 PORTES Valérie,
 REIDY Irène,
 STAUB Paulo,
 WERRO Jocelyne.

- Hôpital psychiatrique de Marsens/FR

BAERISWYL Claudine,
 BOURQUIN Valérie,
 BUSSARD Véronique,
 FRAGNIERE Monique,
 JORDAN Didier,
 PICARD Clet.

- Services de soins à domicile de la Croix-Rouge fribourgeoise/FR

BERTHOUD Dominique,
 GUILLAUME-GRAND Claude-Evelyne,
 MAILLARD Pascal,
 PACHE Suzanne,
 PERRIN-GHEZZI Emilie,
 SCHMIDHAEUSLER Romy,
 SEYDOUX-DEVAUD Françoise.

- Home de la vallée de la Jogne à Charmey/FR

RUFFIEUX Tamara,
PYTHOUD Christiane,
WILHELM Valérie.

Canada**- Faculté de sciences infirmières de l'Université Laval à Québec**

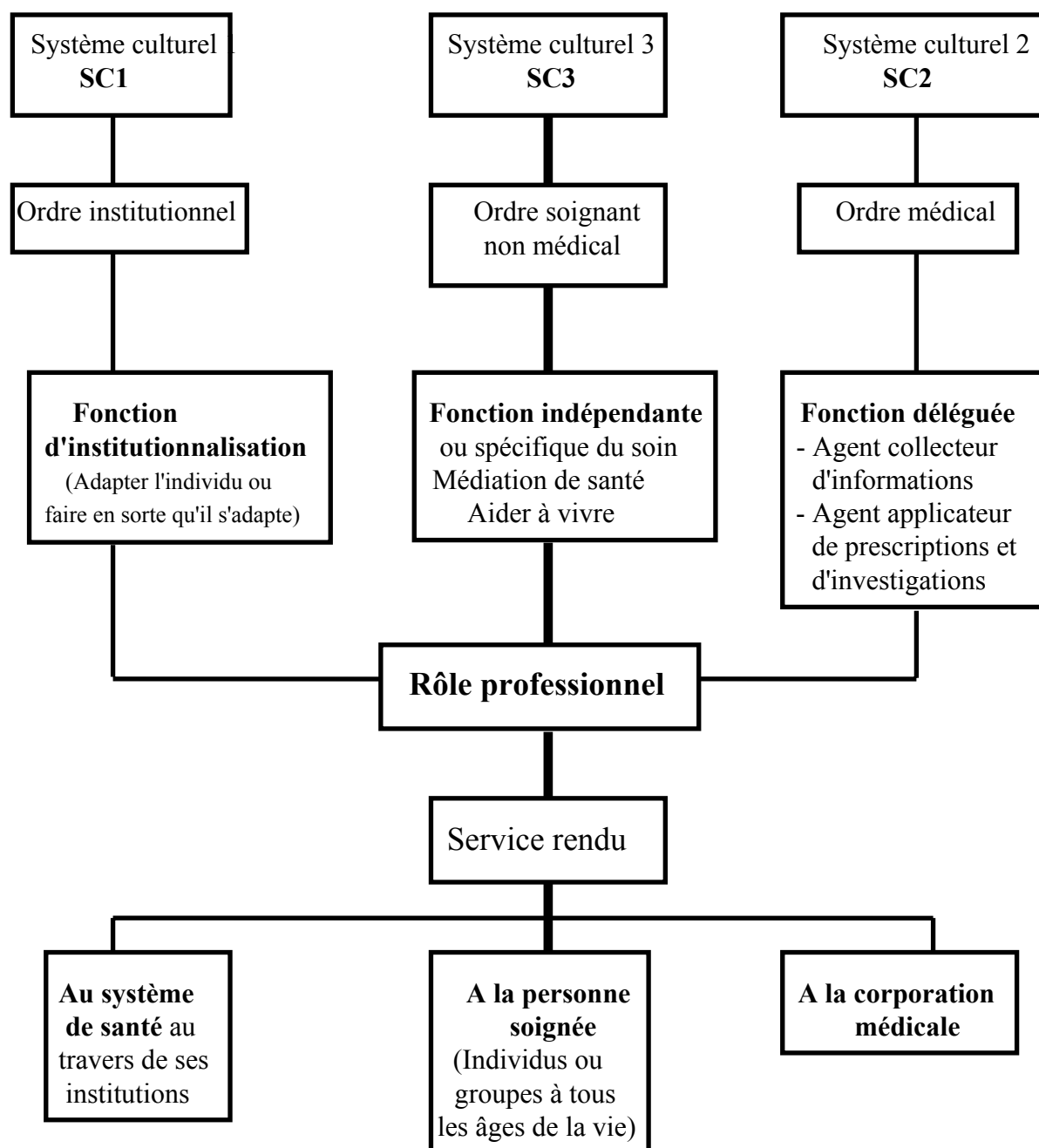
DALLAIRE Clémence,
GAGNON Johanne,
LAZURE Ginette,
ROUSSEAU Nicole.

- Assistantes de recherche:
LAZURE-DEMERS Geneviève,
BILODEAU Annie,
BELZIL Valery

Annexe 3: Les prestations soignantes à la fin du 18^e siècle (schéma)

Les prestations soignantes: un rôle professionnel d'intermédiaire culturel

Trois éléments culturels traduits dans les normes d'action des soignantes au 18^e siècle



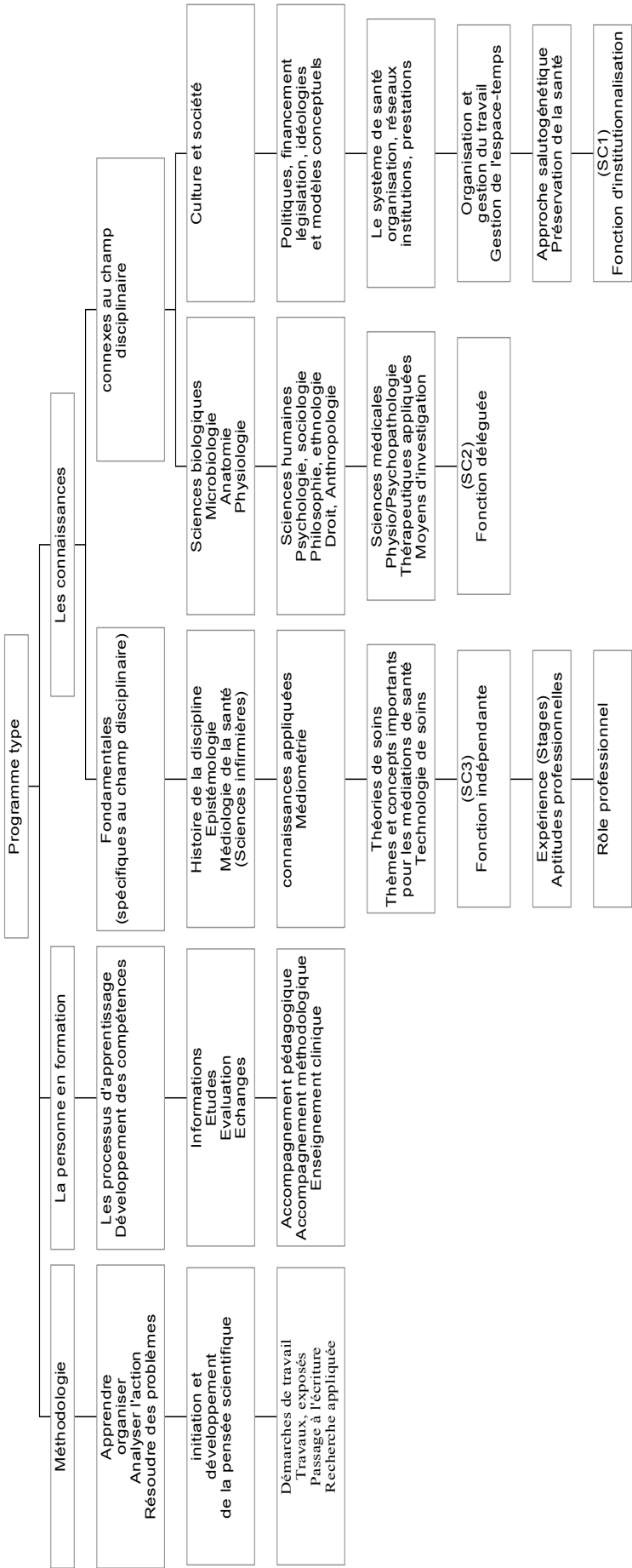
La fonction soignante dans toute son étendue

Dans ce modèle, l'infirmière est une intermédiaire culturelle entre trois systèmes de valeurs.
 Cette position et les compétences qu'elle réclame n'ont cessé de se complexifier depuis le 18^e siècle.

Annexe 4: Horaires à disposition pour l'observation

Institutions	Lundi 9 avril 2001	Mardi 17 avril 2001	Mercredi 25 avril 2001	Jeudi 3 mai 2001	Vendredi 11 mai 2001	Samedi 19 mai 2001	Dimanche 27 mai 2001
- Hôpital de Delémont	D5 7h00 - 15h30	12h45 - 21h00	7h00 - 15h30	7h00 - 12h00 15h30 - 18h40	7h00 - 12h00 17h30 - 20h45	7h00 - 15h30	7h00 - 12h00 15h30 - 18h35
	F4 7h00 - 12h00 15h15 - 18h30	7h00 - 15h30	7h00 - 15h30	7h00 - 12h00 15h15 - 18h30	7h00 - 12h00 17h30 - 20h45	7h00 - 12h00 17h00 - 20h15	7h00 - 12h00 15h15 - 18h30
- Hôpital cantonal	C2 7h00 - 15h30	10h30 - 12h25 14h00 - 19h55	7h00 - 15h30	10h30 - 12h25 14h00 - 19h55	7h00 - 15h30	10h30 - 12h25 14h00 - 19h55	7h00 - 15h30
	E2 7h00 - 15h30	13h30 - 21h55	7h00 - 15h30	13h30 - 21h55	7h00 - 15h30	13h30 - 21h55	7h00 - 15h30
- Hôpital de Marsens/FR	A0 7h00 - 11h30 14h30 - 18h00	7h00 - 11h00 11h45 - 15h45	7h00 - 10h00 16h00 - 21h00	7h00 - 11h30 14h30 - 18h00	7h00 - 11h00 11h45 - 15h45	7h00 - 10h00 16h00 - 21h00	9h15 - 11h30 14h30 - 20h15
	C0 7h00 - 11h00 11h45 - 15h45	7h00 - 11h30 17h30 - 21h00	7h00 - 11h30 14h30 - 18h00	7h00 - 11h00 11h45 - 15h45	7h00 - 11h30 17h30 - 21h00	7h00 - 11h30 14h30 - 18h00	7h00 - 11h30 16h15 - 19h45
- Fondation de Nant/VD	CIT 8h00 - 12h00 13h00 - 17h00	8h00 - 12h00 13h00 - 17h00	8h00 - 12h00 13h00 - 17h00	8h00 - 12h00 13h00 - 17h00	8h00 - 12h00 13h00 - 17h00	8h00 - 12h00 14h00 - 18h00	8h30 - 12h00 13h30 - 18h00
	UHPG 7h00 - 11h00 12h00 - 16h00	7h00 - 11h00 12h00 - 16h00	12h00 - 20h00	12h00 - 20h00	7h00 - 11h00 12h00 - 16h00	7h00 - 11h00 12h00 - 16h00	12h00 - 20h00
- Home de Charney/FR	7h00 - 11h00 12h00 - 16h00	7h00 - 12h00 16h00 - 19h00	7h00 - 11h45 17h45 - 21h00	7h00 - 11h00 12h00 - 16h00	7h00 - 12h00 16h00 - 19h00	7h00 - 11h45 17h15 - 21h00	7h00 - 16h00
- Services de soins à domicile/CRS-FR	7h30 - 12h00 13h35 - 17h00	7h30 - 12h10 14h00 - 17h20	7h30 - 12h00 14h00 - 17h35	7h30 - 12h00 14h00 - 17h30	7h35 - 12h00 13h30 - 17h25	7h00 - 15h00	7h45 - 11h35 17h30 - 20h00
- Centre hospitalier universitaire de Québec	(14 mai 2001) 8h00 - 16h00	(22 mai 2001) 16h00 - 24h00	(16 mai 2001) 8h00 - 16h00	(24 mai 2001) 16h00 - 24h00	(18 mai 2001) 8h00 - 16h00	(26 mai 2001) 16h00 - 24h00	(20 mai 2001) 8h00 - 16h00

Annexe 6: Typologie d'un programme au sein de la discipline des pratiques de soins



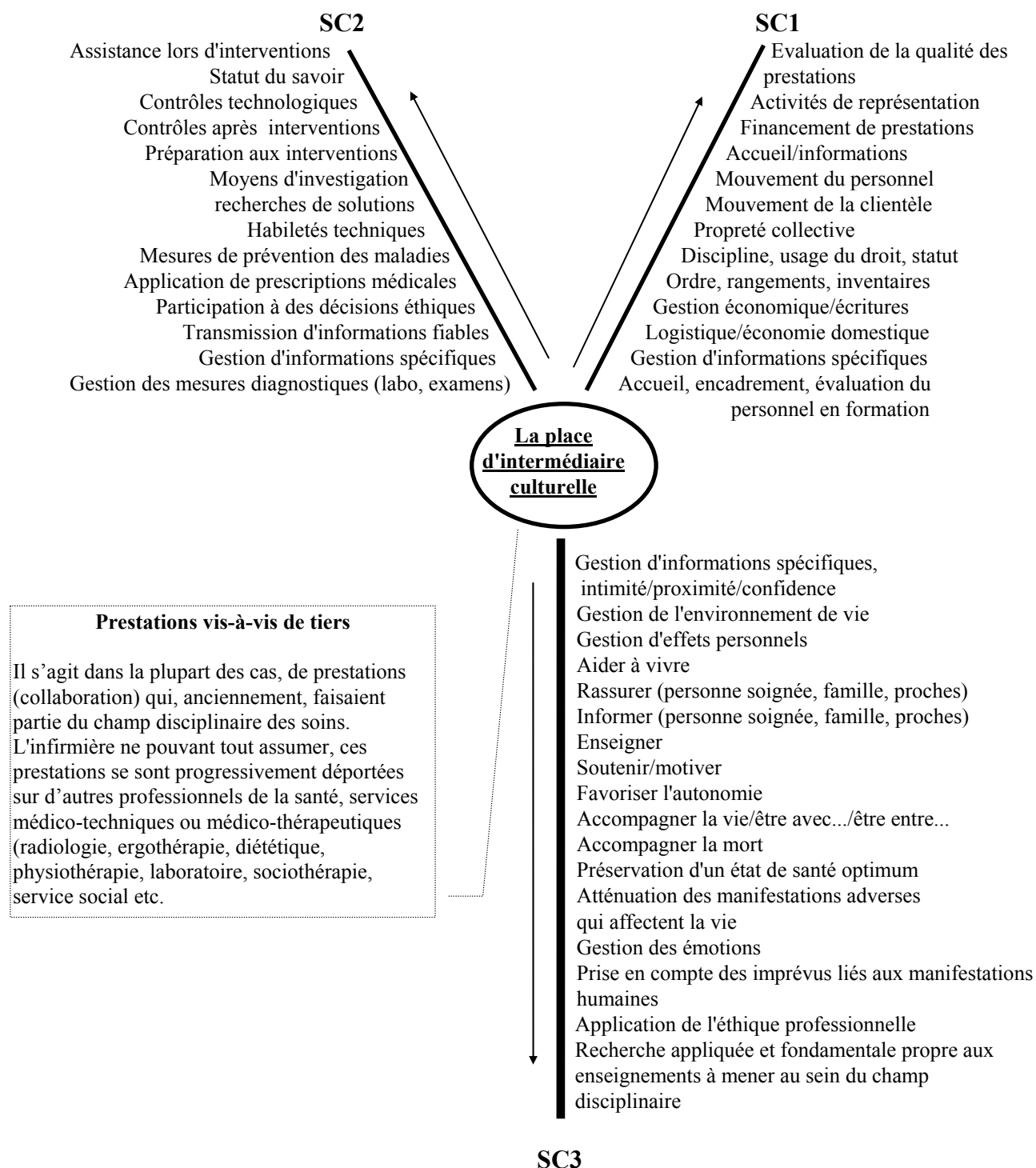
MNA/Typologie disciplinaire
2/13.2.00

Annexe 7: Grille d'observation

Annexe 8: ébauche d'une grille médiométrique©

Théorie de l'action soignante: le modèle d'intermédiaire culturel

Standardisation des traditions de soins et d'assistance



La complexité du rôle professionnel d'infirmière et d'infirmier, une activité soignante à hautes compétences qui n'a cessé de se complexifier depuis le 18^e siècle. Il s'agit d'une gestion d'informations d'un type particulier en provenance de trois sources émises par des acteurs qui tireront profit de l'information analysée, redistribuée et réutilisée.

Annexe 9 : Art. 39 de la Loi sur l'assurance maladie (LAMal) 1994

Annexe 10: art. 7 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (1995)

Annexe 11: Compilation générale

Compilation générale

Jours	Lundi 9 avril												Mardi 17 avril											
Institution	O	P	Q	R	S	T	U					O	P	Q	R	S	T	U						
Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
A) Pratique de gestion de l'information	38	30	46	32	36	12	33	24	18	13	26	308	34	30	43	18	15	7	30	36	19	20	23	
B) Pratique de récolte d'informations	21	10	8	21	10	4	6	10	10	22	4	126	12	14	10	12	9	4	3	41	17	25	8	
C) Pratique d'ordre et de discipline	5	4	1	2	2	3	1	7	9	1	1	36	3	1	2	3	7	0	4	8	4	3	3	
D) Pratique de régulation	5	6	11	11	7	11	32	16	6	4	14	123	10	3	9	18	22	5	16	12	4	5	17	
E) Pratique de déplacement	10	13	3	8	10	10	8	13	15	17	7	114	10	13	3	13	16	12	9	2	4	23	11	
F) Pratique hôtelière	4	1	2	8	2	2	3	0	5	1	3	31	2	0	4	2	1	6	0	4	1	1	22	
G) Pratique d'hygiène collective	3	1	5	9	0	2	1	3	3	0	0	27	3	1	0	3	1	3	1	0	3	0	2	
H) Pratique de réapprovisionnement	2	5	4	6	1	3	0	10	7	5	3	46	4	4	7	4	3	9	1	10	2	8	2	
I) Pratique d'élimination	1	2	0	0	0	0	1	1	2	0	0	7	1	0	0	1	0	1	1	0	2	0	0	
J) Pratique d'assistance	6	8	12	9	3	16	17	0	40	14	13	138	7	11	15	14	2	45	17	15	30	9	2	
K) Pratique professionnelle de la relation	3	12	5	6	21	22	16	16	40	23	5	169	14	16	23	13	3	46	25	26	46	5	7	
L) Pratique technologique du soin	11	22	15	11	21	18	2	6	14	12	20	152	19	23	13	11	10	2	14	8	12	10	20	
M) Pratique de formation	1	0	0	0	1	4	12	7	0	3	0	28	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	
N) Pratique d'inactivité	3	0	4	5	1	1	0	3	1	0	0	18	0	2	1	2	8	0	2	1	0	0	0	
Total	113	114	116	128	115	108	132	116	170	115	96	1323	120	118	130	114	98	136	129	160	148	109	96	

Jours	Mercredi 25 avril												Jeudi 3 mai											
Institution	O	P	Q	R	S	T	U					O	P	Q	R	S	T	U						
Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
A) Pratique de gestion de l'information	42	26	48	31	22	42	44	31	31	8	33	358	25	23	15	30	27	25	29	25	17	18	19	
B) Pratique de récolte d'informations	15	1	4	7	13	17	4	15	9	19	12	116	14	3	20	5	11	1	13	2	16	7	15	
C) Pratique d'ordre et de discipline	10	1	6	6	3	10	3	7	3	2	2	53	2	1	2	5	15	6	10	5	9	9	3	
D) Pratique de régulation	5	9	11	13	12	3	16	12	4	5	17	107	9	14	11	13	12	4	10	20	4	5	12	
E) Pratique de déplacement	8	15	5	12	8	8	4	1	7	22	6	96	15	10	7	9	8	8	20	9	18	27	11	
F) Pratique hôtelière	5	3	2	2	3	4	3	0	5	0	0	27	3	5	7	8	0	8	5	1	4	0	1	
G) Pratique d'hygiène collective	7	4	1	2	1	0	0	0	2	0	1	18	1	9	3	2	1	3	1	2	1	0	0	
H) Pratique de réapprovisionnement	2	2	3	6	3	0	4	2	1	5	1	29	2	10	0	6	2	6	5	0	5	3	4	
I) Pratique d'élimination	0	3	2	1	0	0	0	0	0	1	0	7	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	
J) Pratique d'assistance	2	5	7	6	3	10	7	0	18	13	1	72	11	5	18	14	5	22	6	12	24	9	7	
K) Pratique professionnelle de la relation	7	9	8	12	26	15	20	19	24	23	3	166	19	6	20	7	18	20	17	35	38	22	5	
L) Pratique technologique du soin	12	24	8	20	2	1	22	21	26	25	17	178	19	17	14	13	3	11	12	15	18	22	15	
M) Pratique de formation	18	10	2	7	3	1	0	23	0	0	0	64	2	15	2	0	1	0	0	0	0	0	0	
N) Pratique d'inactivité	2	1	2	4	0	0	1	5	0	0	3	18	2	0	6	3	6	0	0	3	0	0	4	
Total	135	113	109	129	99	111	128	136	130	123	96	1309	128	118	125	116	109	114	129	129	154	123	96	

Jours	Vendredi 11 mai												Samedi 19 mai											
Institution	O	P	Q	R	S	T	U						O	P	Q	R	S	T	U					
Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
A) Pratique de gestion de l'information	34	39	21	32	27	14	38	25	26	24	26	306	18	29	35	32	11	17	12	4	25	6	22	
B) Pratique de récolte d'informations	6	11	7	17	10	2	6	18	6	13	11	107	7	7	14	4	3	12	2	24	8	4	9	
C) Pratique d'ordre et de discipline	4	4	2	3	12	0	5	4	3	17	0	54	2	0	5	4	2	3	7	0	3	2		
D) Pratique de régulation	3	21	9	16	14	5	9	13	10	2	15	117	26	13	12	17	5	19	44	1	3	5		
E) Pratique de déplacement	3	6	10	3	6	11	10	8	6	19	5	87	10	5	7	1	12	8	10	2	7	22		
F) Pratique hôtelière	9	2	3	8	3	2	3	0	4	0	0	34	15	10	2	8	7	3	4	0	5	0		
G) Pratique d'hygiène collective	6	1	1	4	3	0	1	3	1	1	0	21	3	4	3	1	4	2	1	3	4	3		
H) Pratique de réapprovisionnement	4	2	5	3	3	5	1	2	0	3	3	31	3	4	2	8	4	1	6	4	1	5		
I) Pratique d'élimination	4	2	0	1	0	0	1	0	0	1	1	10	2	1	0	1	0	0	1	1	1	0		
J) Pratique d'assistance	10	2	20	11	1	30	9	1	34	10	4	132	8	7	9	17	15	3	9	0	28	3		
K) Pratique professionnelle de la relation	16	11	22	7	8	28	18	1	34	11	8	164	11	11	14	10	31	33	17	23	36	33		
L) Pratique technologique du soin	22	8	22	6	17	20	7	11	13	12	12	150	10	20	15	6	25	7	7	11	25	42		
M) Pratique de formation	17	4	0	0	0	0	5	11	0	0	0	37	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
N) Pratique d'inactivité	2	0	1	2	1	0	3	2	0	1	11	23	3	1	1	0	0	0	0	51	0	2		
Total	140	113	123	113	105	117	116	99	137	114	96	1273	125	112	119	109	119	108	120	124	146	125		

Jours	Dimanche 27 mai											Totaux		Répartition des pratiques	
Institution	O	P	Q	R	S	T	U					avec	sans	avec	sans
Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	CHUQ	CHUQ	CHUQ	CHUQ
A) Pratique de gestion de l'information	35	5	18	31	21	9	17	11	13	15	18	193	1904	1737	
B) Pratique de récolte d'informations	5	9	9	9	1	2	7	0	11	4	13	70	775	703	
C) Pratique d'ordre et de discipline	2	0	0	11	5	2	5	0	1	5	1	32	308	298	
D) Pratique de régulation	10	55	12	6	11	10	15	0	10	15	14	158	903	796	
E) Pratique de déplacement	10	8	8	6	7	23	13	0	5	34	12	126	774	713	
F) Pratique hôtelière	9	0	12	4	10	4	8	0	6	4	1	58	270	262	
G) Pratique d'hygiène collective	0	1	4	2	0	1	0	0	1	0	1	10	144	140	
H) Pratique de réapprovisionnement	0	0	6	1	1	4	5	0	2	4	0	23	265	251	
I) Pratique d'élimination	0	3	1	1	0	1	1	0	0	1	1	9	53	51	
J) Pratique d'assistance	11	6	20	12	0	29	4	0	30	2	1	115	859	828	
K) Pratique professionnelle de la relation	5	19	26	12	36	43	19	26	27	20	4	237	1397	1354	
L) Pratique technologique du soin	14	8	14	14	2	14	17	18	25	11	29	166	1134	1002	
M) Pratique de formation	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	164	164	
N) Pratique d'inactivité	0	51	0	1	2	0	0	60	0	0	1	115	272	251	
Total	104	165	130	110	96	142	111	115	131	115	96	1315	9222	8550	

A) Pratique de gestion de l'information	20.6%	20.3%
B) Pratique de récolte d'informations	8.4%	8.2%
C) Pratique d'ordre et de discipline	3.3%	3.5%
D) Pratique de régulation	9.8%	9.3%
E) Pratique de déplacement	8.4%	8.3%
F) Pratique hôtelière	2.9%	3.1%
G) Pratique d'hygiène collective	1.6%	1.6%
H) Pratique de réapprovisionnement	2.9%	2.9%
I) Pratique d'élimination	0.6%	0.6%
J) Pratique d'assistance	9.3%	9.7%
K) Pratique professionnelle de la relation	15.1%	15.8%
L) Pratique technologique du soin	12.3%	11.7%
M) Pratique de formation	1.8%	1.9%
N) Pratique d'inactivité	2.9%	2.9%

O = HCFR
 P = Hôpital Delémont
 Q = Hôpital Marsens
 R = Fondation de Nant
 S = Home de Charmey
 T = CRF
 U = CHUQ
 1 = E2
 3 = D5
 5 = A0
 7 = UHPG
 2 = C2
 4 = F4
 6 = C0
 8 = CIT