

LES LEVIERS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS¹

Introduction et contexte

Les résultats d'une recherche appliquée sur la formation continue des soignantes (PIGUET, 2002) montre le rapport étroit existant entre le développement d'une approche professionnelle centrée sur la santé (et non sur la maladie) et les pratiques autoformatives des soignantes. Le sentiment d'efficacité personnelle qui s'est développé chez les soignantes concernant leur rôle autonome², dans le maintien de la santé du patient questionne les ressorts de la professionnalisation des soignantes.

Question

Ce questionnement et la nécessité pour les soignantes de développer ce rôle autonome afin de répondre aux besoins en santé, toujours plus aigus de la population aujourd'hui, nous a amené à rechercher les ressorts de ce développement par une enquête auprès des soignantes d'un CHU³ en Suisse romande (1951 soignantes).

Hypothèse

Suite aux résultats de la recherche qualitative évoquée ci-dessus et réalisée auprès de 7 soignantes, nous posons l'hypothèse qu'un sentiment d'efficacité personnelle et collective chez les soignantes influence leur positionnement soignant⁴, incontournable dans la gestion de la santé publique (Société Française de Santé Publique, 2002), et leur pratique autoformatrice⁵, indispensable à l'accès de nouvelles compétences dans un milieu en constante évolution aussi bien technologique, qu'informationnel, que relationnel et humain.

¹ Par soignantes, nous entendons des infirmières diplômées formées en 4 ans ;

Au vu de la proportion de femmes exerçant cette profession, nous choisissons d'utiliser le féminin qui vaut également pour le masculin

Le terme de « soignante » sera préféré à celui d' « infirmière » communément utilisé pour nommer/qualifier celles qui soignent aujourd'hui et ceci au vu de leur signification étymologique ; en effet, **Infirmière** – enfermerier (ancien français de 1278) veut dire mauvais et malsain et se rapporte à la maladie alors que le terme **soignante** renvoie à une compréhension plus large du « prendre soin de » qui se rapporte à la vie. Les soignantes sont d'abord des professionnelles de la santé de par leur formation dans ce domaine en relation étroite, il est vrai, avec les professionnels de la maladie que sont les médecins. Ce rôle cependant se rapporte à plusieurs professions (professeurs, policiers, avocats, postiers, ...), et demande donc à être précisé. (Nadot, 2002)

² Ce rôle décrit dans 4 fonctions sur 5 prescrites par les prescriptions professionnelles en Suisse ("Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers, à l'usage des écoles reconnues par la Croix-Rouge suisse," 1992) renvoie à un exercice où la soignante doit prendre des responsabilités, dans le champ de ses compétences, avec comme perspective de promouvoir, maintenir et rétablir la santé des personnes dont elles s'occupent.

³ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois à Lausanne

⁴ identifié au travers de 4 indicateurs issus du modèle de médiologue de la santé de Michel Nadot : le service rendu à l'institution, le service rendu au corps médical, le service rendu au patient et enfin la fonction d'intermédiaire culturelle entre les 3.

Orientation des différentes activités de la soignante, quelle que soit leur nature, vers la santé (prévention, promotion et accompagnement vers le recouvrement) et non vers la maladie

⁵ C'est-à-dire : l'ensemble des activités cognitives développées (insitu et en continu) par la professionnelle en vue d'augmenter ses connaissances et compétences face à une ou plusieurs situations professionnelles rencontrées

Enquête

Un questionnaire, construit à partir des trois groupes de variables de l'hypothèse : *le sentiment d'efficacité, la pratique autoformative et le positionnement professionnel*, cherche à mesurer l'impact du sentiment d'efficacité personnelle et collective des soignantes sur leur pratique autoformative et sur leur positionnement professionnel.

Nous choisissons de présenter ici les résultats concernant le positionnement professionnel des soignantes pour s'interroger sur les conditions et les perspectives de son développement.

Le positionnement soignant

Un modèle de référence

Le positionnement soignant est précisé à l'aide d'un modèle de pratique soignante, « *médiologue de santé* » (NADOT, 1992), qui considère que la soignante offre ses services à 3 systèmes culturels distincts : l'*institution*, le *corps médical* et le *patient* lui-même occupant de surcroît une fonction d'intermédiaire culturelle. Ces différents services/fonction sont utilisés comme indicateurs du positionnement professionnel.

La construction de ce groupe de variables (positionnement professionnel) obligeait chacune des professionnelles à opérer des choix entre ces 3 systèmes culturels ainsi que celui de la fonction d'intermédiaire culturelle, ce qui devait permettre d'identifier le/les système/s culturel/s le/s mieux desservi/s et faire ainsi émerger la nature de la pratique soignante, son orientation en regard de la santé et son champ d'autonomie en regard de ses pratiques de formation.

Une pratique empirique

A partir de l'ensemble des questionnaires exploitables rendus (841 soit 43 %), l'analyse de corrélation (test de student à 2 degré de liberté) entre chacun des systèmes culturels et la fonction d'intermédiaire culturelle fait apparaître une relation fortement négative entre les cultures suivantes :

- institution - patient (-0.50)
- patient - intermédiaire culturelle (-0.50)
- médecin - intermédiaire culturelle (-0.33)

Il existe donc une divergence entre certains systèmes culturels entre eux (institution - patient) et entre certains systèmes culturels (patient et médecin) et la fonction d'intermédiaire culturelle. Chacun d'eux ne coexistent pas ou peu au sein de la pratique professionnelle des soignantes. Autrement dit les professionnelles privilégient bien un des systèmes culturels ou la fonction d'intermédiaire mais pas toujours le/la même en fonction d'autres paramètres (individuels et collectifs) qui restent à explorer.

Pratique soignante					
	Moyenne	Ecart-type	Min	Max	Médiane
Service des soignantes aux médecins	0.58	0.93	-2.00	2.00	1.00
Service de la soignante aux médecins	0.49	0.92	-2.00	2.00	1.00
Fonction d'intermédiaire culturelle	0.35	1.21	-3.00	3.00	0.00
Service des soignantes à l'institution	0.10	1.08	-2.00	2.00	0.00
Fonction d'intermédiaires culturelles	0.04	1.19	-3.00	3.00	0.00
Service de la soignante à l'institution	-0.27	1.08	-2.00	2.00	0.00
Service de la soignante aux patients	-0.57	1.38	-3.00	3.00	-1.00
Service des soignantes aux patients	-0.71	1.37	-3.00	3.00	-1.00
Total	<0.01	1.24	-3.00	3.00	

Au regard de ce tableau, les écarts-types élevés (0.93 à 1.37) face à la moyenne de chacun des services rendus (0.58 à - 0.71) renforcent cette affirmation.

Il apparaît donc clairement que la fonction d'intermédiaire culturelle n'est pas compatible avec le service au patient ni avec celui au corps médical. Par ailleurs, le service à l'institution apparaît également comme non compatible avec le service au patient.

Ce qui signifie que lorsque les soignantes développent cette fonction d'intermédiaire culturelle, elles ne sont pas à même d'offrir le *service* tel qu'attendu auprès du *patient*. C'est à dire de déployer leur offre particulière de *soutien*, de *relation* et de *formation* et plus spécifiquement l'accompagnement des patients dans les changements d'habitude de vie si nécessaire aujourd'hui. Elles ne sont pas à même également d'offrir leurs services particuliers au *corps médical* à savoir : *recueillir des données* et *appliquer les prescriptions des médecins*. Elles développent par contre une fonction toute aussi importante faite principalement de *traitement de l'information*, de *médiation* et de *communication*.

A contrario si elles développent le service au patient et au médecin (qui eux, pour l'ensemble de la population, ne sont corrélés ni positivement ni négativement et donc coexistent probablement), ce sera alors au détriment de la fonction d'intermédiaire culturelle.

S'il s'agit de 2 fonctions distinctes, sont-elles radicalement différentes ? ou alors sont-elles toutes deux constitutives de la profession soignante mais demandent à être clairement distinguées dans l'organisation du travail ?

Identité et formation

Ces éléments interrogent l'identité des soignantes et leur formation. En effet, au fil du temps, l'évolution extraordinaire de la médecine et l'explosion des moyens pour traiter la maladie, doublées de la complexification des soins ne permet probablement plus de considérer que chaque soignante peut raisonnablement, comme au XVIIIe siècle, répondre simultanément à l'exigence de ces 3 cultures et de surcroît exercer un rôle d'intermédiaire entre les 3.

Par ailleurs, elles ont à faire face à un environnement en continuel changement qui nécessite une formation continue et in situ. Dans quelle culture choisissent-elles alors de se former ? et par quelle(s) approche(s) le font-elles ? des questions relatives à la dimension cognitive de l'autoformation, et plus particulièrement, chez les soignantes, l'autodétermination et l'autorégulation de leur pratique de formation (CARRE & MOISAN, 2002).

Sentiment d'efficacité

D'un cercle dramatique

Ces résultats, mis en regard du malaise croissant des soignantes largement décrit et exploré (CHAVES, 2005), montrent les tensions dans lesquelles ces professionnelles travaillent. Tensions relatives à la maîtrise simultanée des différents systèmes culturels, tensions relatives aux pressions exercées par l'environnement de ces différentes cultures, tensions entre les valeurs et idéaux qui les ont conduits à choisir cette profession et la réalité vécue au quotidien (WENNER, 1999).

Ces différentes tensions produisent aussi un discours récurrent sur le manque de temps et l'impuissance à répondre aux multiples demandes dont celle de leur satisfaction et donne une image dévalorisée de la profession à l'interne comme à l'externe. De ce fait, ces tensions contribuent à alimenter un cercle vicieux et non vertueux quant à l'agentivité des professionnelles (CARRE, 2004), qu'il s'agisse du positionnement professionnel ou d'une pratique de formation tel que décrit par la théorie sociocognitive (BANDURA, 2003).

.....vers un cercle vertueux ?

Cependant, ces éléments se rapportent principalement à l'environnement des soignantes et selon la théorie socio-cognitive de Bandura ne déterminent qu'en partie l'agentivité de la personne.

Perspectives et questionnement

Une analyse plus poussée des données statistiques (actuellement en cours), par régression multiple, devrait permettre d'identifier dans cet environnement, quel est le profil des soignantes qui présentent un sentiment d'efficacité personnel et/ou collective élevé. C'est-à-dire identifier les données concernant le comportement (notamment celles relevant de la formation et celles relevant d'une activité associative) et les données concernant les facteurs personnels (attitude face à la formation, âge, sexe, année de diplôme, lieux de formation de base, niveau de formation).

Comment le sentiment d'efficacité personnelle et collective se développe-t-il ? Quel rôle joue-t-il face à chacune des différentes cultures et à la fonction d'intermédiaire entre ces cultures d'une part et face aux pratiques autoformatives d'autre part ?

Autrement dit, qui sont les professionnelles qui ont un sentiment d'efficacité élevé ? en regard duquel de ces systèmes culturels ou/et de sa fonction d'intermédiaire ce sentiment d'efficacité se développe-t-il ? En déployant quelle pratique de formation au quotidien et in situ ?

Clarifier ces questions pourraient permettre de spécifier le rôle soignant voire de l'inscrire plus clairement dans un champ d'activités soutenu et développé par une approche (auto)formative des soignantes orientée vers la santé.

Conclusion

En conclusion, ces premiers résultats ouvrent un champ d'exploration de la professionnalisation des soignantes (STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, 1994) d'une part et des leviers de son développement d'autre part au travers de la formation, de l'autoformation.

Bibliographie

- BANDURA, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (Lecomte, J., Trans. de Boeck ed.). Bruxelles
- CARRE, P. (2004, mars 2004). Bandura: une psychologie pour le XXI^e siècle? *Revue Savoirs, Hors-série 2004*, p. 9 à 50.
- CARRE, P., & MOISAN, A. (2002). *La formation autodirigée*. Paris: L'Harmattan.
- CHAVES, G. (2005). *Etude sur l'image que la profession "infirmière" a d'elle-même* (Etude). Lausanne: Service de la santé publique de l'Etat de Vaud.
- NADOT, M. (1992). *Des "médiologues" de santé à Fribourg? Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944) exposée aujourd'hui dans les écoles d'infirmières*. Unpublished Thèse de doctorat, Université Lumière Lyon 2, Lyon.
- PIGUET, C. (2002). *De l'autoformation à l'organisation qualifiante, nouvelles perspectives de développement des ressources humaines*. Lausanne: LEP.
- Prescriptions relatives aux formations de niveau diplôme en soins infirmiers, à l'usage des écoles reconnues par la Croix-Rouge suisse, (1992).
- Société Française de Santé Publique. (2002). Quelles sont les fonctions de la santé publique? *Revue de la littérature*. In Publique, S. F. d. S. (Ed.) (pp. 28). Vandoeuvre-lès-Nancy cedex.
- STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, B. (1994). *Infirmière: Genèse et réalité d'une profession* (2e ed.). Bruxelles: De Boeck.
- WENNER, M. (1999). *Comment et pourquoi devient-on infirmière?* (2 ed.). Paris: Seli Arslan.