

LE TRAVAIL DES AUXILIAIRES-INFIRMIERS DANS UN HÔPITAL UNIVERSITAIRE AU BRÉSIL: LA QUESTION DE LA RECONNAISSANCE DU MÉTIER

LAERTE IDAL SZNELWAR,

Departamento de Engenharia de Produção Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, Av. Prof. Almeida Prado, trav. 2 n° 128, CEP 05508-900, São Paulo, Brasil.
laertes@usp.br

SEIJI UCHIDA

Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getúlio Vargas,

Résumé

À partir d'une demande formulée par la Direction du Service Infirmier d'un Hôpital Universitaire au Brésil liée à des préoccupations sur les impacts provoqués par des changements organisationnels il a été proposé la constitution d'un groupe de travailleurs en vue de construire un espace de parole. Les résultats nous montrent des questions fondamentales à propos de ce type de travail : être auxiliaire-infirmier pourrait être compris, vu, apprécié comme une profession de support, d'aide, où l'application de procédés consacrés devrait être suffisante pour accomplir les tâches de manière satisfaisante. Toutefois ce que les aides-infirmiers savent et font dans la réalité n'est pratiquement pas reconnu. Il nous semble qu'un premier pas a été fait par le simple fait d'avoir créé un espace de libre circulation de la parole pendant les séances, vu que pour ces travailleurs sortir de l'anonymat, de l'ombre, est une question cruciale.

Mots clés : Aides-infirmières (ers) ; métier, reconnaissance

WORK AS NURSE – AID IN UNIVERSITARY HOSPITAL IN BRAZIL: THE QUESTION OF PROFESSIONAL RECOGNITION

Abstract

Answering to a request made by the direction of the nurses' service in an university hospital in Brazil concerning the impacts of organizational changes made at these institutions, a methodology of study based on the creation of a « space of speech » has been proposed. The results show important questions linked to this type of work. Being nurse-aid could be understood, seen, appreciated as a support profession. A simple application of procedures would be enough to accomplish the tasks. However what they actually know is not recognized. Applying this methodology and creating a space based on freedom to express their thoughts about their working life can be considered as a first step. For this people ... is a crucial question.

Key words: Nurse-aid; profession, recognition

INTRODUCTION - DEMANDE INITIALE

Le premier contact a été établi par la Direction du Service Infirmier d'un Hôpital Universitaire au Brésil dont les préoccupations étaient liées aux impacts provoqués par des changements organisationnels introduits dans l'institution qui avaient des retombées significatives pour le travail des infirmières (iers) et pour celui des auxiliaires-infirmières (iers) - cette dernière catégorie possédant un niveau d'études secondaires. Il s'agit d'un hôpital lié à l'enseignement universitaire et attaché au réseau public (gratuit) de soins à la population - une référence pour une ample population, englobant une partie importante de la province. Parmi les objectifs de la Direction de l'hôpital, imposés par le Gouverneur de l'État et par l'Université, il y avait la réduction significative des coûts opérationnels déterminée par des questions budgétaires. Parmi les mesures d'impact, celles qui préoccupaient le plus étaient : l'élimination des heures supplémentaires qui faisaient déjà partie des moeurs et avaient été incorporées aux budgets des familles ; certains changements dans la distribution des activités ; et la démission du personnel sous contrat temporaire. En plus, il y avait eu une incorporation des tâches qui, auparavant, étaient à la charge des « aides-soignants », catégorie professionnelle, d'un niveau d'études primaires, en voie d'extinction dans le pays.

Dans ce contexte de forte tension institutionnelle, la Direction voulait avoir des échos de l'insatisfaction créée par les changements cités. Dans un autre sens, d'autres actions avaient été adoptées, comme par exemple des cours visant la qualification professionnelle et des échanges avec d'autres services. La question soulevée par la Direction était liée à l'efficacité de ces actions: seraient-elles suffisantes pour compenser le préjudice dû aux actions précédentes ?

Cette demande nous a paru un peu ambiguë. En premier lieu, la Direction voulait avoir davantage de données à propos de l'insatisfaction des travailleurs. En deuxième lieu, il n'était pas évident qu'elle soit capable de les écouter, vu qu'elle n'était jamais parvenue à faire circuler la parole librement dans l'institution ; donner la parole aux subordonnés serait un véritable changement dans les rapports sociaux.

En plus, au premier contact avec le groupe d'auxiliaires-infirmiers, une demande, jusque-là invisible, a surgi. Pour eux, la question de la reconnaissance était centrale, leur travail professionnel étant jusqu'alors méconnu.

Il n'y avait pas, de la part de la Direction, un véritable engagement dans le sens de faire suivre cette étude de changements dans les conditions de travail ni dans le contenu des tâches. Le contrat établissait simplement qu'à partir des résultats obtenus par le Groupe d'Expression créé pour l'occasion, il y aurait une possibilité de discuter des actions capables d'améliorer le travail, sans toute fois remettre en cause les options stratégiques de l'institution.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée a été basée sur la constitution d'un groupe de travailleurs en vue de construire un espace d'échange entre ceux-ci et les intervenants. À partir des discussions réalisées avec les responsables de la Direction du Service Infirmier, nous avons demandé à ces derniers de proposer aux différents groupes d'auxiliaires-infirmiers, liés à des Services différents de l'hôpital, de choisir des représentants pour faire partie du groupe.

La formation des intervenants était diverse et, en vue de notre proposition, complémentaire. L'un est médecin ergonomiste et l'autre psychologue spécialisé en psychanalyse. Nous avons donc proposé la création d'un groupe basé sur une écoute des intervenants et sur la restitution, aux participants, de leur parole. Le thème central proposé était une discussion à propos de leur travail, en utilisant comme repères leurs actions et leur vécu.

Le groupe a été constitué de 20 personnes et nous avons fait 4 séances de 3 heures chacune, suivies d'une séance de validation des résultats et du document final. Au début de chaque séance, les participants recevaient une copie contenant le résultat de la séance précédente. Ce document contenait une transcription réalisée à partir du registre fait par écrit pendant les séances.

Une remarque nous semble importante à signaler : il s'agit du fait que la Direction Générale de l'hôpital avait autorisé, à cette époque-là, la constitution d'un groupe de formation et que certains des constituants du groupe avaient été convoqués à un cours. Cet obstacle a dû être contourné pendant la séance de départ où il a été nécessaire de fournir des explications concernant les objectifs du travail et de remettre en débat la question du volontariat. La majorité parmi les présents a confirmé leur participation au groupe, d'autres se sont retirés. À la fin des travaux un document écrit et validé par le groupe a été remis à la Direction de l'hôpital.

RÉSULTATS

Les principales questions et caractéristiques discutées par le groupe pendant les séances sont ici présentées sous forme de liste:

- satisfaire les exigences techniques et humaines du travail de soins ;
- travailler avec empressement et attention ;
- complexité de l'organisation du temps : chacun exige les choses à sa manière et au moment qui lui convient, médecins aussi bien que patients;
- devoir accomplir toutes les tâches qui sont exigées par ce poste ;
- tenir compte de l'énorme variabilité des circonstances ;
- travailler avec l'imprévu, l'impossibilité d'anticiper les changements d'état des patients, les problèmes avec les équipements, les interférences causées par les collègues et les supérieurs hiérarchiques ;
- commencer la garde et travailler d'un trait ; faire tout le travail ;
- avoir une considérable capacité d'adaptation et de création de stratégies opérationnelles particulières ;
- faire des choses qui ne font pas partie de ses attributions ;
- devoir suivre un procédé qui pourtant est incorrect, telle qu'une prescription mal faite;
- évaluer l'état des patients, son rôle devant cependant se limiter à l'application de procédés préalablement définis ;
- procéder à un constant pilotage : la conduite d'actions particulières qui exigent une vigilance continue, des évaluations constantes ;
- écouter et parler avec les patients à propos de leur maladie, de leurs perspectives, de la vie et de la mort ;
- parfois, faire face à la menace ou même à la violence effective, ce qui est le cas assez souvent avec les patients en détention ;
- parfois, transgresser les règles pour satisfaire le désir d'un patient moribond ;
- garantir la sécurité des soins apportés aux malades.

DISCUSSION

En apparence, être auxiliaire-infirmier pourrait être compris, vu, apprécié comme une profession de support, d'aide, où l'application de procédés consacrés devrait être suffisante pour accomplir les tâches de manière satisfaisante. Cependant, vivre cette profession, dans cet hôpital, est bien plus complexe que cela. Nombreuses sont les questions et les défis à affronter au jour le jour, et la relation avec les autres acteurs de ce système de soins à la santé est fondamentale en tant que centre à partir duquel se construit ce qu'est être auxiliaire-infirmier. Ces acteurs sont aussi bien les collègues de travail que les patients hospitalisés et les membres de leur famille, c'est être une sorte de gardien, puisque ces professionnels sont responsables, en dernier lieu, des activités de soins auprès des patients. Quelle que soit l'erreur éventuellement commise le long de la chaîne des activités - par les professeurs, internes, infirmiers, autres auxiliaires - si celle-ci n'est pas détectée par eux, il pourra en résulter de graves conséquences pour le patient.

La relation avec les patients met en jeu toute sorte de choses. Faire un pansement fait non seulement appel à une technique mais demande également une certaine dose de psychologie, un certain détachement pour pouvoir toucher au corps de l'autre, indépendamment de l'état dans lequel il se trouve. Ce contact peut avoir lieu aussi bien lorsque cet autre est en voie d'amélioration que lorsque son état empire, qu'il est en train de mourir. Savoir si l'état de quelqu'un s'améliore ou empire, c'est être auxiliaire-infirmier. Percevoir ce qui se passe, sans pouvoir parfois expliquer pourquoi, écouter le malade, faire attention à ce qu'il dit, l'entendre dire qu'il va mourir, le croire, cela aussi c'est être auxiliaire-infirmier, même lorsque les superviseurs ou les médecins, eux, ne le croient pas. Comment savez-vous qu'il va plus mal? Qu'est-ce que ça veut dire pour vous "aller mal" ?

La reconnaissance de la compétence professionnelle devrait englober également la reconnaissance de ce savoir non officiel. Ce qu'ils savent et font n'est pratiquement pas reconnu et la majorité d'entre eux s'en ressentent. Ils font une quantité de choses dont le mérite revient à d'autres qui, eux, sont reconnus comme de bons professionnels. Être respectés en tant qu'êtres humains et en tant que professionnels est un désir qui se trouve très souvent contrarié par les attitudes des autres acteurs de ce système de santé. Être disponible, c'est aussi ne pas avoir de limites. Il faut faire face, boucher les trous, feindre qu'on fait face, travailler quand on ne se sent pas bien ou que l'on est malade, faire des heures supplémentaires absurdes, travailler dans différents secteurs de l'hôpital. Qu'est-il possible de faire ? N'y a-t-il pas de limite? Être auxiliaire-infirmier, c'est se sentir étranglé par le travail. Les relations sont ambiguës. Lors de la supervision il existe des moments de collaboration, d'orientation, d'évaluation, de dialogue ; il existe aussi des conflits, des pressions, des humiliations. Être auxiliaire-infirmier, c'est garantir la sécurité des soins apportés aux malades, c'est être témoin. La reconnaissance de la compétence professionnelle devrait englober également la reconnaissance de ce savoir non officiel.

En fait, qu'est donc l'identité de cet être auxiliaire-infirmier ? L'absence de reconnaissance de la part de ses pairs produit un vide, la sensation que, après de nombreuses années de travail dans la profession, il finit par devenir un simple objet du patrimoine de l'Université, une espèce de personnage de l'histoire de cette Université, dépourvu de sa propre identité.

La reconnaissance sociale était un thème central dans leur discours. En principe, ils doivent restreindre leurs actions au suivi des procédures pour éviter des « erreurs », en ayant très peu d'autonomie. D'après leur discours cependant la réalité serait bien différente : non seulement ils font beaucoup de choses par expérience, mais encore les procédures selon

lesquelles ils devraient agir ne sont pas claires. En plus, ils forment la dernière ligne avant les malades. Ce sont eux qui agissent et qui sont responsables de certains actes techniques et, en outre, qui « jugent » la justesse des prescriptions. Des erreurs de prescription sont détectées par eux ; l'évolution de l'état des malades est diagnostiquée, en premier lieu, par eux. Et tout cela n'est pas reconnu.

La non reconnaissance est, pour les aides-infirmiers, une source de souffrance. Selon Dejours (3), la reconnaissance sociale serait fondamentale pour favoriser la construction de la santé des travailleurs, à l'aide des processus de sublimation, et pour leur identification avec le travail. La non reconnaissance du travail réel pose aussi un problème significatif en relation à la « charge de travail ». Dans la mesure où les directions des hôpitaux ne reconnaissent pas ce que font ces professionnels, des mesures comme la réduction du personnel peuvent être prises, et des conséquences négatives pour leur santé et pour la qualité des soins sont à craindre. Leur témoignage est rempli d'exemples de ce type. Quelle est la limite à atteindre ? Le travail de l'infirmier, comme souligne Moulinier (6), résulte en un effacement de son propre corps : la fatigue, la vulnérabilité, l'irritation doivent disparaître pour que sa présence soit apaisante. Depuis l'époque de ses études, il doit apprendre à « endurer la passivité ». C'est toujours un travail qui reste en-dessous, caché par rapport à l'espace public.

En ce qui concerne les compétences on rencontre la question des actions que les aides-infirmiers déploient pour garantir la qualité de la formation des étudiants, pour aider à leur préparation ; actions qui, elles aussi, passent inaperçues. Ils ne sont pas préparés formellement pour ce type de travail, cependant ils l'accomplissent, si besoin est. Un rôle de conseil, d'écoute des souffrances fait aussi partie de leur réalité, mais là encore, ils n'ont pas de préparation formelle, ni même un appui psychologique qui leur permettrait de mieux tenir.

Ce besoin de reconnaissance, central pour eux, met en jeu aussi bien un jugement de beauté de la part de leurs collègues, qu'un jugement d'utilité de la part des patients et de la hiérarchie, comme le souligne Dejours (3), mais il met en jeu également la propre reconnaissance de leur métier. Cet aspect soulève des questions de genre professionnel et de style personnel, concepts utilisés par Clot (1). La reconnaissance de leur travail et de leur savoir peut être un début de changement capable de modifier non seulement leur rapport avec le *travailler*, dans le sens proposé par Dejours (4), mais capable aussi de favoriser l'ouverture d'un processus de transformation incluant leur connaissance du réel de la situation de travail. Dans ce cas, une approche basée sur l'Analyse Ergonomique du Travail (4) aurait pu être fort utile, vu le besoin éprouvé par les acteurs de transformer en profondeur le travail. Des changements techniques et organisationnels (au niveau microscopique), relatifs à leur tâche, mais aussi des transformations à plus long terme destinées à obtenir des modifications dans les relations entre les acteurs et à placer ces questions dans un débat plus élargi, comme souligne Daniellou (2), sont toujours souhaitables. Les transformations éventuelles dépendent, en grande partie, de la reconnaissance de la valeur de leur travail. Les activités des aides-infirmiers ne devraient pas être évaluées uniquement dans une perspective économique. La question des valeurs éthiques et morales, comme souligne Zarifian (7), doit également faire partie des analyses. Ces questions sont sans cesse présentes dans les résultats de notre étude, d'une façon plus ou moins explicite.

À partir des résultats de l'étude, mais surtout par le simple fait d'avoir créé un espace de libre circulation de la parole pendant les séances, il nous semble qu'un premier pas a été fait, vu que pour ces personnes, sortir de l'anonymat, de l'ombre, était une question cruciale. En ce qui nous concerne, ce qu'il nous a été possible de faire, c'est de publier et d'introduire dans

le débat scientifique le travailler et le travail des auxiliaires-infirmiers, en respectant le compromis négocié avec eux.

RÉFÉRENCES

- (1) Clot, Y. (1999), *La fonction psychologique du travail*, PUF, Paris.
- (2) Daniellou, F. (1999), Nouvelles formes d'organisation et santé mentale, le point de vue d'un ergonome, *Arch. mal. prof.*, 1999, 60, n° 6, 529-533.
- (3) Dejours, C. (1996) Uma nova visão do sofrimento na organização in Chanlat, J.-F. (coord), *O indivíduo na organização – dimensões esquecidas*, Atlas, São Paulo, vol.1
- (4) Dejours, C. (1998), Travailler n'est pas « déroger », *Travailler*, 1998, 1 : 5 –12
- (5) Guérin, F. et all (1997) *Comprendre le travail pour le transformer*, ANACT, Lyon.
- (6) Molinier, P. (2000), Travail et compassion dans le monde hospitalier, in Fougueyrollas-Shcwebel, D., *La relation de services – regards croisés*, Cahiers du genre n° 28, Paris, L'Harmattan, pp. 49-70.
- (7) Zarifian, P. (2000), Valeur de service et compétence, in in Fougueyrollas-Shcwebel, D., *La relation de services – regards croisés*, Cahiers du genre n° 28, L'Harmattan, Paris, pp. 71-96.