

L'Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte
(DUPA)
Service des soins infirmiers
Site de Cery – 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication :
Service des soins infirmiers
Prix Fr.- 2

Infirmiers-cliniciens dans le DUPA

Sommaire

Comité de rédaction, éditorial.

Serge Boulguy, infirmier spécialiste clinique à Belle-Idée, Genève: D'une rive à l'autre ou les tribulations d'une fonction infirmière pas tout à fait comme les autres.

Didier Camus, infirmier-clinicien du DUPA: Entre gestion et clinique?

Jérôme Pedroletti, infirmier-clinicien du DUPA: Infirmiers-cliniciens, métis? métèques?

Pierre El Korh, directeur des soins à Prangins : L'infirmier spécialiste clinique, parlons-en.

Editorial

D'une clinique de plus en plus complexe à des professionnels de plus en plus spécialisés, d'un infirmier clinicien à l'infirmier consultant en passant par l'infirmier spécialiste sans oublier l'infirmier expert, nous avons pu nous rendre compte qu'il n'est pas facile de définir le rôle spécifique de l'infirmier clinicien et ce qui le différencie sur le terrain des autres spécialistes.

Si les postes d'infirmiers cliniciens ne sont pas remis en question et que, bien au contraire, ils répondent aux besoins des équipes soignantes, par contre, de par sa qualité de personne ressource auprès de ces mêmes équipes, de par son rôle de superviseur à celui d'animateur en passant par des rôles de questionneur, d'organisateur, d'innovateur, de catalyseur, sans oublier son activité dans la recherche en soins infirmiers, l'infirmier clinicien peut aussi venir rompre une certaine quiétude ou nous ébranler quelque peu dans notre savoir-être et notre savoir-faire. En effet, même si nous sommes d'accord de le percevoir entre autres comme un agent de changement possible dans notre pratique

quotidienne parfois statique voire même engluée et que nous lui reconnaissons cette opportunité, n'est-il pas non plus aussi considéré comme un contrôleur, un parleur, un déstabilisateur, un fouineur et même dans notre for intérieur comme un rival potentiel.

Toutes images dont vous pourrez évaluer la pertinence à la lecture de cet écrit monopolisé par quatre infirmiers cliniciens dont la seule diversité des points de vue est peut-être un gage de crédibilité de leur rôle.

Le comité de rédaction

D'une rive à l'autre ou les tribulations d'une fonction infirmière pas tout à fait comme les autres

«D'une rive à l'autre ou les tribulations d'une fonction pas tout à fait comme les autres», ce titre s'est imposé un peu par défaut lorsqu'on m'a demandé d'intervenir sur le thème de l'infirmier clinicien¹ en psychiatrie et d'essayer d'en broser le portrait. Dans une profession où la notion d'identité apparaît souvent comme un ouvrage sans cesse remis sur le métier, cette fonction semble en être le paradigme et porte en elle encore beaucoup d'interrogations et de discussions tant au plan de sa définition que de son champ d'intervention.

Il y a peu, les revues infirmières et plusieurs ouvrages se faisaient l'écho des débats qui agitaient la profession sur l'identité infirmière, le rôle «propre», la spécificité des soins infirmiers, etc. Ce débat qui semblait stérile à certains me semblait traduire un moment de l'évolution des soins infirmiers, moment où un métier reposant sur un ensemble de savoir-faire devient une profession qui s'interroge sur ses pratiques et son champ d'exercice. Ce questionnement ne datait pas d'hier mais il touchait là au cœur même de l'activité infirmière.

Nous pouvons considérer trois aspects des soins infirmiers: l'administration (gestion et management), l'enseignement (formation de base et post graduée) et la clinique. Chacun de ces aspects a connu une évolution parallèle et en même temps singulière. L'administration des soins bien qu'encore tenue par certains liens à la tutelle médicale a cependant développé ses propres normes de conduite et sa propre politique de soins. Aujourd'hui, le management est assuré par les infirmier(e)s eux-mêmes et les nominations ne sont plus faites sur la seule base de l'ancienneté mais traduisent les attentes institutionnelles en matière de management des équipes. L'enseignement est également l'affaire des soignants. Les programmes se sont étoffés, la durée des études s'est allongée, le niveau s'est élevé et des matières autrefois bannies ont été intégrées à la formation (que l'on se souvienne des réticences médicales à voir les formations infirmières se développer notamment en psychiatrie². Des formations postgraduées ont vu le jour et certaines, en collaboration avec des facultés, ouvrent sur des reconnaissances universitaires.

Bien sûr il y aurait beaucoup à dire sur ces deux premiers aspects et les notions de pouvoir et de savoir restent des problèmes d'actualité (cf. le débat autour des H.E.S dans lesquelles seule la formation

¹ Le masculin est employé par défaut

² Cf. en France Le colloque de Sèvres, 1958, où certains psychiatres adhéraient aux propos ainsi tenus sur la formation des infirmiers: " Enfin, nous arrivons au problème de la compréhension qu'un personnel perpétuellement exposé et payant de sa personne peut avoir des mécanismes psychologiques et surtout des relations qu'il a avec les malades [...] je crois que la prise de conscience de ce caractère ne peut en rien aider le personnel infirmier à mieux soigner les patients; bien au contraire, une telle connaissance rendrait rapidement la situation insupportable..."

d'infirmière «ouvre» sur une possibilité de sortie anticipée avec un diplôme ad hoc). Cependant que ce soit à l'intérieur même de la profession ou en dehors, leur existence ou leur légitimité s'imposent d'emblée. L'administration parce que le nombre des soignants et la complexité des structures de soins nécessitent la mise en place d'une organisation et de son management. L'enseignement parce que les exigences actuelles de la profession reposent sur le développement d'acquisitions et de compétences reconnues et validées. A l'intérieur de chacun de ces domaines, les fonctions et les rôles sont clairement établis (hiérarchiques et en rapport avec un domaine de responsabilité circonscrit dans la gestion; par domaine de connaissances et de compétences dans l'enseignement). Il n'en va pas du tout de même dans la clinique.

Effectivement la situation dans la filière clinique est plus complexe, voire confuse par endroit, sans doute en lien avec les réalités multiples de l'exercice de la profession sur le terrain. De plus, si tous les soignants ne peuvent se prétendre enseignants ou cadres de gestion, tous peuvent se proclamer cliniciens (au sens d'une pratique au «lit» du patient - *klinikos* en grec signifie *être couché*). Alors qu'est-ce qui caractérise cette fonction de clinicien? A la question, «qui êtes-vous?», la réponse «responsable d'équipe» ou «enseignant» ne nécessite pas d'informations complémentaires pour se forger une représentation de l'activité exercée. Ce qui n'est pas le cas de l'infirmier clinicien; votre interlocuteur vous demandera souvent des précisions: «qu'est-ce que c'est?», «en quoi cela consiste? », etc. Ces questions reflètent la méconnaissance des professionnels et du public à l'endroit de cette fonction. Il faut dire également que sa dénomination varie selon les endroits (infirmier clinicien, infirmier spécialiste clinique, infirmier expert, infirmier consultant...). Pour y voir un peu plus clair, il est utile de regarder comment cette fonction a émergé et les vicissitudes de son développement.

D'une rive à l'autre commence de l'autre côté de l'Atlantique, aux Etats-Unis. Dès le début du siècle, De Witt cité par R. Poletti écrivait que «des spécialisations étaient nécessaires afin de répondre aux défis posés par la civilisation présente et la science moderne qui demandent une grande perfection dans chacun des domaines de travail inconnu à ce jour...»³. Cependant, en dehors des formations orientées vers l'enseignement ou l'administration, jusqu'aux années 50 il n'existait pas de formation post graduée dans le domaine clinique. A cette époque, des infirmières ont clairement exprimé et argumenté leur point de vue quant à l'importance de ce type de formation. En 43, Frances Reiter⁴ définissait trois aspects de la pratique clinique:

- 1) la compétence clinique basée sur une compréhension approfondie des actions effectuées;
- 2) une expertise clinique permettant la coordination et la prise de responsabilité nécessaire à la continuité des soins;
- 3) la capacité de collaborer, en faisant preuve de maturité, avec le corps médical.

L'intérêt pour ce type de professionnelle résidait notamment dans le fait que:

- les clients/patients étaient soignés en grande partie par des personnes peu expérimentées;
- les professionnelles avec la formation du niveau le plus haut n'étaient plus «au lit du malade»;
- la complexité croissante des soins infirmiers décourageait de nombreux jeunes diplômés qui ne recevaient pas le support nécessaire dans leurs premières années de pratique;
- personne n'avait la qualification et le mandat de faire de la recherche clinique en soins infirmiers, condition *sine qua non* de la progression de cette discipline.⁵

C'est Hildegard Peplau qui, en 1954, proposa la première un programme de maîtrise en collaboration avec une université préparant les infirmiers à la fonction de spécialiste clinique en psychiatrie. De nombreux programmes virent le jour par la suite mais avec des titres différents (clinicienne, spécialiste

³ Poletti R., *Evolution mondiale et historique d'une fonction*, in **Objectif Soins**, mars 1992.

⁴ Cité par Poletti R., *ibid.*.

⁵ Poletti R., *ibid.*

clinique, etc.). Pour mettre fin à cette confusion, l'Association américaine des infirmières décida que seule la maîtrise universitaire pouvait donner le titre de spécialiste clinique. Mais c'était sans tenir compte du développement parallèle de programmes de formation menant à des certifications dans un certain nombre de spécialités. Une nouvelle forme de confusion apparaissait entre les cliniciennes d'un côté et les infirmières spécialisées de l'autre.

L'arrivée en Europe de ces filières cliniques n'a pas simplifié les choses. Chaque pays a traité à sa manière la question. Certains pays comme l'Angleterre ont proposé des filières cliniques universitaires sur le modèle américain. D'autres comme l'Allemagne ou le Portugal ont ignoré ces formations. La France, l'Espagne ou la Suisse ont développé des modèles spécifiques qui tendent à se rejoindre aujourd'hui. En Suisse, l'ESEI propose depuis 86 un programme préparant à la fonction de clinicien. Par la suite, un second niveau a été organisé débouchant au terme de deux années de formation au diplôme de spécialiste clinique. Enfin, une maîtrise en soins infirmiers correspondant à un troisième degré a vu le jour en collaboration avec l'université Webster.

Actuellement il existe donc en Suisse des personnes qui ont suivi une filière clinique. Cependant se pose la question de la cohabitation avec les formations spécialisées. Celles-ci sont en relation avec un domaine médical (diabétologie, réanimation, spécialisation en santé mentale et psychiatrie...), avec des domaines spécifiques (santé publique, hygiène, qualité des soins...) ou avec un âge de la vie (puériculture, personnes âgées). Quelles relations et quelles différences entretiennent ces fonctions? Comment les situer les unes par rapport aux autres? Sans doute serait-il vain d'entrer dans des polémiques stériles qui chercheraient à délimiter de manière rigide le territoire des unes et des autres. Elles ont beaucoup de points communs dans l'exercice du rôle (expertise dans un domaine de soins, enseignement, développement de programmes, éventuellement recherche...). La différence réside peut être dans la spécificité attachée à un domaine précis des soins du côté des spécialisations alors que la filière clinique puise également ses repères dans les modèles infirmiers. Cette dualité pourrait être comprise comme les deux pôles de l'identité infirmière suivant en cela les propositions de J-L Gérard. Celui-ci perçoit l'identité comme «la dynamique d'un entre-deux complémentaires et antagonistes à la fois».⁶ Nous aurions d'un côté un processus d'**identification** qui répond à la question «qui suis-je ?» par l'affirmation «je suis comme...». Cet axe suppose la recherche de ce qui est commun aux différentes pratiques infirmières quel que soit leur lieu d'exercice, c'est à dire ce qui serait de l'ordre d'une spécificité infirmière. D'un autre côté, nous aurions un pôle « d '**identisation** »⁷ qui à la question «qui suis-je?» répond «je suis différent de...». Ce registre est celui de la spécialisation et des particularités qui s'y rattachent. Reprenant ces deux pôles nous pourrions dire que du côté **identificatoire** nous avons la conception globale de l'homme, de la santé, de la maladie, la conception des soins ainsi que la réglementation de la profession. Le pôle **identisant** met en évidence les techniques de soins, la particularité des pathologies, le terrain d'exercice et les aspects réglementaires particuliers. Ainsi nous pourrions comprendre les différences entre ces deux formations (clinique et spécialisation) comme l'expression de cette bipolarité. D'une rive à l'autre représente pour moi cette tension des contraires qu'il s'agit d'intégrer tel le pont qui relie les deux rives.

D'une rive à l'autre évoque encore la position particulière de l'infirmier clinicien (i.e. spécialiste clinique) dans l'organisation institutionnelle. Souvent en position staff, cadre non hiérarchique, il est à la fois dehors et dedans. Ses activités doivent s'inscrire tant dans les attentes générales de sa direction des soins (philosophie et politique de soins) que répondre aux besoins des équipes avec lesquelles il

⁶ Gérard J-L., *Infirmiers en psychiatrie: nouvelle génération*, Lamarre, Paris, 1993, page 111.

⁷ Néologisme de Tap P. cité par Gérard J-L, *ibid.* page 110.

collabore. Il doit savoir s'impliquer dans certaines situations sans se substituer aux équipes ni aux responsables d'équipe. A lui d'établir des ponts entre ces positions in et up.

Ces tribulations entre deux rives (culture américaine vs culture européenne, spécificité infirmière vs spécialisation, position in et up) conduisent à deux remarques. D'abord l'importance pour les institutions de bien définir les fonctions et les rôles qui y sont attachés. Ensuite pour le clinicien la nécessité de trouver son autonomie c'est à dire ses propres normes de conduite dans ces entredeux. Avant de terminer, il est sans doute utile de répondre à la question «en quoi ça consiste infirmier clinicien?» Ce à quoi nous pouvons répondre que l'infirmier clinicien essaie d'être une personne de ressources pour les équipes, l'institution mais aussi le patient et sa famille. Ses champs d'intervention sont la clinique bien sûr mais aussi le soutien aux équipes, l'enseignement et la recherche.

Serge Boulguy

Entre clinique et gestion?

Introduction

« C'est quoi un infirmier clinicien ? »

Combien de fois cette question nous a-t-elle été posée?

A l'instar de ce qui existait dans d'autres endroits en Suisse romande (au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois à Lausanne ou aux Hôpitaux Universitaires Genevois), la direction des soins infirmiers du DUPA fit à son tour cette modification structurelle il y a trois ans, réalisant là une petite révolution dans une institution familiarisée jusque là avec les filières hiérarchiques classiques. La période d'instauration de cette fonction (entre Orchidée en 1995 et la restructuration du DUPA en 1998), pouvait sembler à certains paradoxale compte tenu des efforts demandés depuis quelques années déjà aux gens de terrain. Même si le financement de ces deux postes s'était fait sans prélever les postes infirmiers des unités de soins, une crainte demeurait: n'allions-nous pas «*déshabiller Paul pour habiller Jacques ?*», ou, autrement dit, rajouter des postes de cadres intermédiaires au détriment des infirmiers dans les unités de soins?

Dans son article *D'une rive à l'autre*, S. Boulguy a repris l'historique de ces postes. Rajoutons simplement que les objectifs recherchés par leur mise en place étaient, devant l'augmentation de la complexité des soins et de la technologie, devant le désir proclamé de prendre davantage en compte les besoins du patient et de sa famille, de «*changer les soins sans augmenter le nombre d'infirmières, malgré les contraintes du type manque de temps ou d'outils cliniques*». ⁸

Le choix de départ de ne pas être incorporé dans une équipe mais d'être plutôt à l'extérieur d'elle, en position «méta», nous différençia totalement de nos collègues somaticiennes du CHUV (travaillant pour 10% comme clinicienne, le reste du temps comme infirmière, voire comme ICUS) et nous approchait davantage des spécialistes cliniques genevois qui avaient, de par leurs expériences et leurs formations, plusieurs années d'avance sur nous.

⁸ Pierrette Proulx et Linda Ward, *L'infirmière clinicienne : Perspectives et réalités*. Soins Formation -Pédagogie - Enseignement. n° 4 - 4e trimestre 1992, p. 3

Aujourd'hui, après trois années de pratique, il nous paraissait important de faire le point sur notre pratique dans le DUPA, d'évaluer la pertinence de ces postes et tenter d'en mesurer, au niveau institutionnel, les plus-values éventuelles. Pour ma part, je questionnerai en particulier cette frontière, entre gestion et clinique, limite qui n'est pas sans poser à certains moments beaucoup de questions.

Rappel

Rapidement, la direction des soins a mis à notre disposition de réels moyens pour l'exercice de notre rôle. Nous avons pu disposer d'un bureau équipé d'un ordinateur et d'un téléphone mais aussi et surtout d'une autonomie maximum. Tout cela, beaucoup de nos collègues pouvaient nous l'envier et en questionner le sens: «Pour quoi faire, que font-ils, qu'en font-ils ?».

Bien que nous ne figurions pas dans la hiérarchie, nous nous sommes retrouvés logés dans le couloir de la direction des soins, alimentant peut être de manière analogique, l'idée que les cliniciens n'étaient en fait que «*les hommes du Président*».

Nommés dans cette fonction, nous allions nous atteler avant toute chose à la création d'un cahier des charges, censé préciser les limites de notre rôle. Dans celui-ci, nous avons élaboré les différentes propositions possibles, points d'ancrage qui nous semblaient essentiels.

De ce cahier des charges devaient ressortir les axes clés:

- Activités au sein des unités:
 - proposition d'espace, de moments à fin de supervisions cliniques dans des situations de soins complexes ou de situations de crise; rôle de conseiller auprès des équipes, des référents, des étudiants et des patients comme de leur entourage.
 - pratique soignante comme référent (soins directs)
- activités transverses au sein du DUPA.
- activités de formation
- activités de recherche, tant dans le domaine des soins infirmiers qu'à un niveau pluridisciplinaire.

Après nous être répartis les différentes sections du DUPA un contrat de collaboration a été passé, pour chaque unité, entre l'ICUS (représentant de l'équipe de soins) et le clinicien, contrat devant être régulièrement évalué. Si le principe d'une co-responsabilité avec l'ICUS a été retenu, la responsabilité de l'information des équipes et de la gestion des effectifs relevaient par contre uniquement de la filière hiérarchique.

En plus du travail avec les équipes de soins, nous allions travailler sur des mandats annexes, qu'il s'agisse de recherche (tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du DUPA) ou de l'élaboration de protocoles ou d'outils cliniques (protocole contention).

Quelque soit notre fonction (ICS, clinicien, ICUS ou infirmier), nous avons devant nous un nouveau rôle à apprendre, un apprentissage nécessaire pour tout le monde.

3 ans plus tard : Un clinicien. c'est quoi?

Un tiers? Un diplomate? Un traducteur? Un tisseur de réseau? Ou un poste de cadre (déguisé) en plus? (la liste n'est pas exhaustive).

S'il m'est encore aujourd'hui difficile de définir le clinicien sinon autrement que par les tâches qu'il accomplit (définition qui varie au fur et à mesure de la pratique et des contrats passés avec les équipes), l'expérience rassemblée au cours de ces trois ans m'a surtout permis de définir (par défaut) le clinicien, d'abord et avant tout, comme un révélateur de changements, ce qui déjà pourrait peut-être expliquer certaines des difficultés rencontrées surtout au début, difficultés énoncées ci-dessous.

Les phénomènes de résistances aux changements.

«Tout changement significatif dans un système social suppose le passage au moins provisoire d'un état d'équilibre à un état de déséquilibre. Etant donné que les systèmes auraient une tendance naturelle à rechercher un état d'homéostasie...La résistance au changement peut donc être considérée comme réaction légitime, voire fonctionnelle... A la limite, on devrait peut être s'inquiéter s'il ne s'exprimait pas de résistance »⁹

L'institution comme une véritable tour de Babel¹⁰

Comme pour chaque institution, les notions de temps, de territoire et de pouvoir étaient importantes et dépassaient parfois l'enjeu du soin. Les options prises étaient-elles viables dans ce contexte?

La restructuration du DUPA, si elle a pu favoriser une meilleure expertise pour les soignants, n'a pu contribuer à supprimer les logiques de territoire. La spécialisation des sections (de par les différents programmes et modèles utilisés), plutôt qu'elle soit perçue comme une richesse, s'est parfois transformée en concurrence ou en certitudes autoproclamées d'être dans le vrai, rendant plus difficile encore le liant nécessaire à un bon fonctionnement institutionnel. Un strict problème de management? Dans ce contexte, la transversalité, en rajoutant de l'information mais aussi de la complexité, allait à l'encontre du discours ambiant et ne pouvait qu'accentuer dans les équipes l'impression de «danger» que nous pouvions représenter.

Dans les équipes :

Au travers des différentes réunions organisées avec les équipes de référence pour définir et évaluer la collaboration, il m'apparut que les visions du rôle et les attentes de chacun pouvaient être complètement opposées, parfois même contradictoires, rendant, à la base, le challenge impossible à tenir. La nécessité qu'une équipe précise et coordonne ses attentes/besoins, si elle me concernait au plus haut point, ne m'incombait pas dans la pratique. Parfois, l'information sur le cahier des charges et les contrats passés avec les ICUS n'était pas toujours connue, ce qui ne pouvait qu'accentuer cette incompréhension.

Ressenti à certains moments comme persécuteur (sic), la méfiance à l'égard de cette fonction ne faisait qu'accentuer la difficulté légitime de parler de ses prises en charge sans se sentir en faute, incompétent, voire dépossédé de sa référence.

A l'opposé, certains collègues pouvaient attendre des interventions avec le clinicien des solutions

⁹ Cours Veska *Résistance aux changements* 1993 p.121 et 122

¹⁰ « Toute le monde se servait d'une même langue et des mêmes mots ». Ainsi commence dans la Bible (Genèse, chapitre 11, 1-9) l'histoire de la tour de Babel: Un jour, les hommes décidèrent de construire une ville, Babel, comportant une tour gigantesque qui atteindrait le ciel. Lorsque Dieu vit leur orgueilleux projet presque achevé, il constata que désormais plus rien n'empêcherait les hommes de faire tout ce qu'ils voudraient. Dieu décida alors de brouiller leur langue et ainsi, de les faire se disperser sur toute la terre. C'est ainsi que la Bible explique la diversité des langues utilisées par les humains et, par là-même, les incompréhensions et les rivalités qui en découlent.

magiques. La déception pouvait être grande, augmentant alors le mécontentement...

Les limitations du rôle de clinicien (propositions d'espace ou de sujet de débats sans avoir la possibilité d'organiser, et souvent d'anticiper, tant au niveau de l'effectif, du lieu et du temps) pouvaient parfois rendre caduque certains points contractualisés avec les ICUS.

Trop souvent, le problème de la faisabilité était renvoyé, certains rendez-vous reportés «sine die» ou les bonnes conditions de débats pas toujours réunies.

Parfois un paradoxe : un clinicien sans patient ?

«Pour s'acquitter adéquatement de cette tâche, l'infirmière clinicienne se doit avant tout d'être une intervenante de terrain: c'est au cœur de l'action, avec les unités de soins qu'elle est en mesure d'identifier les besoins et les problèmes... Il est difficile d'amener des changements et de servir de rôle-modèle sans avoir démontré ce que l'on sait faire »¹¹

Le choix pris à l'intérieur des équipes dans lesquelles je travaille de ne pas être référent de patients m'amena, à certains moments, à me sentir éloigné de la pratique. J'enviais parfois ces cliniciennes d'outre atlantique...

Alors, être clinicien du dedans et/ou clinicien du dehors? Là encore, de nombreuses questions (avantages/inconvénients) nous étaient posées. Devions-nous, pouvions nous prendre des patients en référence, voire en co-référence? Et dans ce cas là, n'allions-nous pas perdre cette vision «méta» ?

Il fallait donc parfois accepter d'être considéré uniquement comme un théoricien, soit disant enfermé dans une tour d'ivoire et entendre, dans la rubrique des pensées du jour «Il y a ceux qui savent et qui font et ceux qui ne savent pas et font faire».

Où se trouvait alors le rôle de personne ressource du clinicien au service des unités?

Conclusion

A l'heure où les systèmes de santé sont de plus en plus confrontés aux enjeux économiques, tout soignant, quelque soit sa fonction, a le devoir de s'interroger sur les plus-values éventuelles que tel changement structurel implique. Nous devons donc nous interroger sur la pertinence de notre poste, et, en réponse, sur leur pérennité dans le DUPA.

Le changement de paradigme (de l'horizontalité dans la verticalité) n'est pas, nous l'avons vu, sans susciter peur et résistance.

De mon point de vue, l'infirmier clinicien est un élément important dans le dispositif de soins.

Néanmoins, certaines conditions doivent être réunies pour dépasser ces difficultés institutionnelles et mieux intégrer cette fonction dans le quotidien des équipes.

Didier Camus

¹¹ Pierrette Proulx et Linda Ward, *L'infirmière clinicienne: Perspectives et réalités*. Soins-formation-Pédagogie-Enseignement. n° 4- 4e trimestre 1992, p 6

«Errant dans les forêts sans industrie, sans parole, sans guerre et sans liaison, sans nul besoin de ses semblables comme nul désir de leur nuire, peut-être même sans jamais en reconnaître un individuellement, l'homme sauvage, sujet à peu de passions et se suffisant à lui-même, n'avait que les sentiments et les lumières propres à cet état.»

Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes,
J.J. Rousseau, 1755.

Infirmiers-cliniciens : métis ?

Métèque ?

Introduction

Après trois ans de pratique, il semble intéressant de faire un premier bilan de la présence de deux infirmiers-cliniciens à Cery.

Cette double nomination délibérée de la direction infirmière dans un souci de modifier les conditions du débat clinique, accompagnée d'une formation à l'ESEI¹², et d'un support logistique extra-divisionnaire (bureau personnel dans le service des soins infirmiers, autonomie par rapport aux hiérarchies infirmières des sections) doit être l'objet d'une présentation critique.

Nous nous proposons de le faire ici de façon singulière afin de mettre en exergue non ce qui nous identifie mais plutôt ce qui nous différencie. Au piège de l'« être clinicien », nous préférons développer les modalités concrètes de nos insertions dans les domaines cliniques les plus variés.

Métis

Commençons par une histoire, métaphore nécessaire dans un champ clinique qui, englué dans une quotidienneté étouffante, manque souvent de cette ressource.

Il était une fois un enfant dont la naissance à Genève s'était accompagnée du décès de sa mère. Son père s'était absenté quelques années du foyer familial et n'y était revenu qu'un an avant sa naissance. Homme décrit comme volage, il n'avait pas trouvé, au décès de sa femme, les moyens de s'occuper de son fils qui très tôt fut confié à sa sœur. Cet enfant grandit en taille et en intelligence. Fêru de musique, il écrivit un opéra *Le devin du village* - qui, beaucoup plus tard, sera traduit en créole et joué à Port-au-Prince - et rédigea une nouvelle notation musicale. Plus tard, il devint écrivain et se fit remarquer par un rapport intitulé: *Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes*. Son postulat affirmait que l'homme était bon à l'origine mais que la civilisation l'avait perverti. Il s'agissait alors pour lui de partir à la recherche de ce bon sauvage qu'il pensa découvrir dans la Caraïbe de l'époque, nous étions en plein Siècle des Lumières, juste avant la Révolution de 1789. Cet enfant dont la fin de vie fut aussi perturbée que son début s'appelait J.J. Rousseau (1712 -1778).^{13 14 15}

¹² ESEI, Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier de la Croix-Rouge, Av. de Valmont 30, 1010 Lausanne.

¹³ Docteur Jacques Borel, *Génie et Folie de J.J. Rousseau*, Librairie José Corti, 1966.

¹⁴ Voir aussi pour comprendre le recours des philosophes des Lumières à la figure du Caraïbe, Bernard Stiegler, *La technique et le temps, la faute d'Epiméthée*, Galilée, 1994, pp. 121-143. «Les Caraïbes sont cette figure mythico-réelle ; référence évidemment problématique, puisque Rousseau se défend par ailleurs de fonder son discours dans une réalité de fait. Mais si le Caraïbe n'est pas un simple fait, et Rousseau ne fait pas appel à lui comme preuve: il y trouve la source d'une inspiration, le Caraïbe a une vertu anamnétique et maïeutique; figure déjà corrompue de l'origine, il la suggère cependant sans jamais la donner à voir ».

¹⁵ Enfin se souvenir que le mot «cannibale» est originaire de la Caraïbe et qu'il était dérivé d'une mauvaise prononciation des mots de la langue vernaculaire par les Espagnols. Les Caribéens étant friands de ceux qui les avaient précédés sur ces îles, les Arawaks. In : Sybille de Pury, *Traité du malentendu*, Les empêcheurs de penser en rond, 1998, p. 108.

J'ai suivi cette piste vers les Antilles et je suis tombé non pas tant sur le bon sauvage, cher à Rousseau, que sur le métis.¹⁶ De Glissant à Chamoiseau, les Martiniquais, en passant par Frankétienne l'Haïtien, toute la littérature caribéenne contemporaine cherche dans les articulations des langues, le créole et le français, à définir le métissage. Ne plus s'identifier au seul Africain comme l'avait fait Aimé Césaire, mais intégrer dans des interfaces multiples les influences des Taïnos, des Amérindiens, des Libanais, des Syriens, etc.

Rousseau cherchait, pour des raisons personnelles, le bon sauvage, je découvrais un univers caractérisé par les modulations existentielles de mélanges multiples. Le métis ne se définit pas par son essence mais plutôt par la multiplicité des générations qui l'ont engendrées. «Pensez! C'est que, ici, on a de tout. Des Blancs et des Noirs bien sûr, mais aussi des Asiates, des Syriens, des Indiens-Coolies, des Nordiques charmés et même des restes de Peaux-Rouges! S'il y avait cent dix-neuf races au lieu de trois, on les aurait toutes ici, contentes, à essayer des cocktails de sang, des mélanges et des assortiments. Pays? Non. On peut pas dire. C'est plutôt une occasion, une chance, un bon numéro plusieurs fois gagnant, du transmue, transforme et transfuse quoi!». ¹⁷ Comme l'écrit Chamoiseau, le métis n'est pas homme de continent mais homme d'archipel. S'il veut intégrer quelque chose d'identitaire il ne peut le faire qu'à partir d'une "pensée archipélique", non dogmatique, ouverte puisque son origine même pose problème.

Nous savons que Rousseau complète sa théorie du bon sauvage, par une pédagogie qui conseille une confrontation directe et exclusive des enfants à la nature vécue comme non polluée par la civilisation.¹⁸ Le fondement de sa conviction l'entraîne vers un modèle unique d'éducation des enfants. Son souci pédagogique associé au développement de son délire paranoïaque n'est d'ailleurs pas sans susciter quelques questions dont les éducateurs peuvent encore s'inspirer.

Au contraire, la voie du métis ouvre à l'expérimentation, à la valorisation des interfaces, à la mise en réseaux et au travail du hasard et de la surprise. Pas de modèles dont découleraient des pédagogies arrêtées et obligatoires, fût-ce au prix de ne pas définir la voie du salut pour les soignants et les institutions qui les abritent.

En un mot, si l'on file la métaphore pour l'infirmier-clinicien, il n'a pas de solution avant que les gens qui doivent l'élaborer ne se soient rencontrés. C'est du moins le principe. Chacun abrite un petit Rousseau, un petit maître, fort de convictions universelles qu'il se propose de faire admettre aux autres qui de nature sont, comme chacun en convient, plutôt réticents. De surcroît quand les cadres d'exercice de votre profession vous laisse une certaine latitude personnelle, il est spontané de penser que les autres doivent avoir les mêmes idées que vous sans intégrer la chose la plus élémentaire qui veut que les cadres d'émergence d'une pensée déterminent, en partie du moins, la pensée elle-même. C'est vrai pour soi et pour les autres, première relativité qui n'autorise aucune disqualification des interlocuteurs. C'est au titre imaginaire que ce voyage peut être utile, signalant les bornes et les écueils des pensées continentales, bloc contre bloc. J'ai préféré le louvoiement nécessaire à une progression contre le vent, au risque, il est vrai, d'avoir à remettre en question quelques principes, l'éthique n'est pas faite pour les chiens.

Cadres de travail

La difficulté est de définir des cadres qui analogiquement sont pertinents avec les principes qui les sous-tendent. Les règles définies avec les autres doivent être respectées par celui qui en convient avec

¹⁶ Pour la genèse du peuplement des îles caraïbes à travers les textes anciens, voir Patrick Chamoiseau, Raphaël Confiant, *Lettres créoles*, Gallimard, 1999.

¹⁷ Salvat Etchard, *L'Homme empêché*, Mercure de France, 1977, in *Lettres Créoles*, p. 227.

¹⁸ J.J. Rousseau, *L'Emile ou de l'éducation*, GF Flammarion.

eux.

De façon un peu expéditive l'on pourrait avancer que dans la sphère psychiatrique l'on dit tout sur tout n'importe où. Je vous renvoie à ces cautions théoriques qui, depuis belle lurette, peut-être même à l'origine, nous rendent responsable de la globalité du patient.¹⁹ L'approche bio-psycho-sociale, certains ajoutent spirituelle, peut en être le paradigme si ceux qui la portent, la comprennent dans une dimension causaliste. Ces théories de soins dont l'histoire reste à écrire, poussées par une spécialisation qu'elles refusent, opèrent un glissement sémantique d'une conception des soins à une prise en charge de la santé.

Double escroquerie:

-intellectuelle, puisqu'elles ne font pas le lien entre les systèmes de soins et leurs discours, poursuivant, en le disant parfois,²⁰ cette vieille assimilation religieuse du soin et du salut, accréditant l'idée ahistorique d'un soin destiné à une essence humaine supposée.²¹ Comment penser le soin après l'eugénisme nazi?²² Comment penser la pandémie du SIDA indépendamment du financement, ou pas, de ses thérapies?

-morale puisqu'elles disqualifient ceux-là mêmes qu'elles sont censées représenter. «Combien de professionnels de la santé ne sont-ils pas, pour des raisons diverses, des techniciens parfois très spécialisés, mais centrés sur la tâche à effectuer, sur l'acte à poser? *Ils ne sont pas inhumains* pour autant et peuvent même s'avérer être des professionnels chaleureux et des collègues sympathiques. Néanmoins, l'attention qu'ils portent à la personne se résume en fait à une attention portée au corps de celle-ci. Ils font des soins mais ne prennent pas soin; *ils ne sont pas soignants,...*»²³ (Les italiques sont de notre fait).

L'infirmier-clinicien s'appuyant sur la confusion ambiante des registres pourrait, généralement rien ne l'empêche, intervenir sur tout et partout, confirmant à l'envers une position d'expert supposé; un de plus dans une clinique universitaire déjà fort encombrée.

Au contraire la gageure, pour lui, est de spécifier l'articulation des lieux et des discours et donc de ne s'autoriser à parler que là où cela s'est contractuellement décidé.

Tous les matins, la clinique ambulatoire ou hospitalière donne l'occasion à chacun de développer son point de vue. Telle agitation nocturne, tel refus de traitement, tel absence lors d'un rendez-vous, questionne. Avoir une idée, même erronée, n'est pas très difficile. Le pari est de lier une intervention à sa capacité d'être mise en œuvre dans un cadre contractuellement intégré. Sinon, se taire. Il m'arrive très fréquemment d'être le mutique de service puisque rien de ce que je pourrais avancer là n'aurait d'efficacité assumée en commun avec une équipe.

Position périlleuse car il est assez naturel de penser que celui qui se tait n'a rien à dire ou tout au contraire, ce qui est pire, qu'il n'en pense pas moins. Cette négociation qui lie le droit à la parole au lieu et au temps de son expression est l'enjeu moteur de toute collaboration si infime soit-elle. C'est l'un des enjeux des contrats.

Position stratégique puisqu'elle oblige, pas souvent, l'ensemble des acteurs à se poser ces questions

¹⁹ Voir l'article, « La pratique soignante: une rencontre et un accompagnement », de Walter Hesbeen dans *Perspective Soignante* n°1. « Les professionnels ont néanmoins une responsabilité accrue dans le «prendre soin du monde» » p. 43. (c'est moi qui souligne)

²⁰ Michel Fontaine, « Philosophie et pratique soignante », *Perspective Soignante* n°2, Seli Arslan, 1998. Dans cet article, l'auteur s'appuie sur l'un des plus grand théologien du Moyen Âge, Thomas d'Aquin, pour défendre une pratique soignante contemporaine qu'il appelle de ses vœux.

²¹ A titre de question, Mehdi Belliadj Kacem, *Esthétique du chaos*, Tristram 2000, p. 313 : «Il n'y a plus de destin historique après Auschwitz ; il n'y a plus de destin subjectif après Hiroshima».

²² Giorgio Agamben, *Ce qui reste d'Auschwitz*, Bibliothèque Rivages et Payot, 1999.

²³ Walter Hesbeen, *ibid.*, p. 25.

simples: Comment rendre pertinent ce que je dis? Quelles sont les conditions pour rendre efficace ce qui est énoncé par chacun?

Position intenable souvent et c'est bien la preuve qu'il y a quelque chose d'irréductible dans la communication sans d'ailleurs qu'il soit nécessaire d'en sacraliser l'importance et donc de faire de cette irréductibilité l'essence d'un rôle tenu par un expert. C'est parce qu'elle est partagée par tous que personne ne peut se targuer d'occuper une place transcendante à son égard. C'est le fantasme de l'analyste qui croirait maîtriser l'inconscient de ses patients et qui oublierait sa propre capacité à rêver, à dire ou faire des lapsus. Aporie fréquente des discours fermés et des pratiques substitutives. A oublier cela on définit facilement un discours du maître, on essentialise l'expert et en même temps on stérilise le champ clinique.

Position de déséquilibre qui ne rend jamais totalement satisfait et donc qui oblige, non à résoudre, mais à penser et à construire des profils plus adaptés de communication.

Position incertaine puisque le contrat quel qu'il soit est toujours transitoire, toujours remis en cause particulièrement quand il institue une interrogation permanente des pratiques quotidiennes. Cela oblige à une grande fidélité aux contrats passés.

La clarté de la position de l'infirmier-clinicien me semble indispensable et il a quotidiennement fort à faire pour respecter ses propres principes. C'est toutefois à ce prix qu'il peut faire entendre que la parole du patient n'est recevable qu'à condition d'en désigner très clairement les conditions d'assignation. Nous avons tous en tête des discours magistraux, séduisants mais qui sont incapable de modifier le champ clinique. Sans faire de procès posthume à L. Binswanger,²⁴ je suis resté un peu interloqué quand un vieil infirmier qui avait travaillé dans sa clinique de Kreuzlingen en 1936 m'avait dit que la seule consigne qu'il avait reçu de cet éminent phénoménologue était de travailler une heure par jour avec le malade. De façon plus contemporaine, combien de discours systémiques, analytiques se tiennent dans des lieux où rien n'est en place pour qu'ils soient pertinents pour le patient. Dire cela m'oblige à lier dans ma pratique avec les équipes infirmières, mon discours et sa possibilité de mise en acte. Il va sans dire que ce précepte ne peut fonctionner qu'à titre d'utopie pratique. Et le coup de balai quotidien devant ma propre porte s'avère une mesure de salubrité que je ne pourrais assumer sans être supervisé.

Rencontres

Depuis avril 1997, date du début de notre entrée en fonction, la clinique a connu la réorganisation et cela a modifié quelques éléments de notre insertion.

Pour rappel, j'étais assigné à titre expérimental aux divisions hospitalières de Campanule et d'Erable. Dans mon souci de clarifier les rôles, nous avons, avec les équipes, contractualisé nos relations. Le but était de définir le plus précisément possible à un moment donné les fonctions de l'infirmier-clinicien. Cela me paraissait devoir éviter les confusions de rôles avec les ICUS, cela inaugurerait un repérage possible d'une articulation entre un discours et ses conditions contractualisées d'émergence. Je garde un souvenir un peu caricatural de ma position dans cette phase inaugurale bien que probablement elle constituait un passage obligé dans la définition des places de chacun devant l'arrivée d'un rôle nouveau.

A partir d'avril 1998 et selon un partage que nous avons assumé, je suis répondant de la section «E. Minkowski» (Section des troubles du spectre de la schizophrénie), de la STP (section des troubles de la personnalité), de la Calypso (division de sevrage aux opiacées) et de la réhabilitation (section qui gère sur le site hospitalier un hôpital de jour, des ateliers occupationnels et d'ergothérapies qui

²⁴ L. Binswanger est l'un des créateurs du courant de la psychiatrie phénoménologique.

accueillent des patients ambulatoires et des patients hospitalisés).

Répondant signifie simplement que ces sections peuvent faire appel à l'infirmier-clinicien en cas de besoin d'utilisation de cette ressource du réseau. Ce nouveau découpage me faisait interrompre le travail entrepris avec les deux équipes nommées ci-dessus, puisqu'elles passaient sous responsabilité clinique de mon collègue. Cette extension géographique pose de multiples questions mais a mis en relief de prime abord les façons les plus diverses dont on peut accueillir ou non un corps étranger. J'y reviendrai dans le chapitre sur le métèque.

A cette date j'ai rencontré les ICUS de chaque division avec l'infirmier responsable de la section (IRS), si nécessaire, pour convenir des modalités de collaboration, étant entendu qu'il me semblait extrêmement difficile d'être présent sur tous ces fronts en restant pertinent dans le champ clinique. La variété des contacts représentait pourtant une expérience intéressante.

Depuis ce moment nous construisons, les équipes et moi, des profils évolutifs de collaboration mais aussi nous avons conclu avec certaines d'entre elles des contrats de non engagement décidés à partir du constat que les présences que je pourrais assurer à leur côté faisaient double emploi avec d'autres. C'est ainsi, par exemple, que nous avons abandonné l'idée d'une supervision de l'équipe de la Calypso à partir du moment où elle pouvait être animée de façon plus efficace par un cadre infirmier genevois, spécialiste en toxicomanie. La ventilation non extensive des horaires m'a fait abandonner certains créneaux dans certaines équipes au profit d'autres. Le fait d'avoir organisé, pour chaque section, les colloques scientifiques le mercredi matin m'a obligé à choisir, pour cette matinée-là, la section des troubles de la personnalité plutôt que la section «E. Minkowski».

Il serait fastidieux de lister mes différentes interventions, l'idée est qu'en desserrant mes a-priori originaires qui tournaient principalement autour de l'idée unique de la supervision des équipes, mon travail s'en est trouvé enrichi dans la multiplication des dispositifs (entretien avec les familles dans des cadres nouveaux, référence de patients, animation de groupes de patients, réflexion pour l'amélioration des prises en soin, etc.).

Il faudrait ajouter pour être plus complet, et cela définit le champ clinique dans toute sa richesse, que la place occupée, libérant des temps importants, m'a permis de collaborer à des recherches historiques,²⁵ de contribuer à la mise sur pied régulière des «Mercredi infirmier» et de co-assumer la publication du bulletin des services infirmiers du DUPA, *L'Ecrit*.

Métèque

«Etre au moulin ou ne pas être au four -la question mise dans le pétrin et la réponse faite dans de beaux draps.. c'est du propre et le tour est joué.» Stanislas Rodanski ²⁶

Ne pas reconnaître son métissage ou, ce qui revient au même, défendre une identité figée d'infirmier-clinicien est se mettre dans la position du métèque. Narcissisme aidant personne n'y échappe vraiment et il serait présomptueux de dire totalement le contraire.

Pourtant là où ça fait le plus mal c'est évidemment quand les portes se ferment parfois sur les doigts de l'infirmier-clinicien imprudent ou téméraire. Le refus a-priori d'occuper une fonction obligatoire a pour conséquence que la preuve à donner de son utilité est toujours de son côté. Ses interlocuteurs n'ont pas

²⁵ Claude Cantini, Jérôme Pedroletti, Geneviève Reller, *Histoires infirmières de l'hôpital de Cery, 1940 -1990*, à paraître aux éditions d'En bas, Lausanne, automne 2000.

²⁶ Stanislas Rodanski, *Ecrits*, Christian Bourgois éditeur, Paris, 1999, p. 202.

d'obligation de contracter avec lui et ce statut qui peut s'apparenter parfois à celui du paria n'est pas toujours facile à vivre.

Il faudrait développer des trésors d'ingéniosité pour que le contact opère et si le challenge en est permanent, sa difficulté même donne parfois envie de capituler.

La vie d'étranger au ban laisse des stigmates. Les questions les plus ardues sont celles qui ne reçoivent même pas l'ébauche d'une réponse possible. « La violence allusive est ici pire que la violence polémique, c'est-à-dire qu'elle n'est pas plus violente (plutôt en elle-même beaucoup moins), mais révélatrice d'une violence diffuse, omnifluente... »²⁷ Etre confronté à des questions qui nous concernent sans avoir les moyens les plus élémentaires de participer à la discussion de leur éventuelle résolution. Figures ultimes de l'impuissance. Cela vous tarade, vous retourne, vous rend étranger à l'idée, même floue, que vous avez de vous-même.

Dans le temps, il était possible de "foutre sur la gueule" de ceux qui vous traitaient de "sale youpin", de "sale bicot" ou de "macaroni", ce temps n'est plus de mise et il serait de mauvaise augure d'en défendre la cause. Pourtant que cette violence existe encore, plus ouatée certes mais aussi partagée, il faut le reconnaître afin d'en éviter les dégâts les plus pernicieux. Sauf à occuper une position christique, le constat d'une clinique qui intègre le mépris et la médisance est plutôt salutaire car il ouvre le champ d'une réalité psychique en prise avec les affres d'une transparence impossible. Il n'est pas utile d'en détailler les conduites qui vont d'une non-réponse à une salutation matinale jusqu'au compliment obséquieux qui rend muet.

Conclusion

Cela s'entend, le travail est difficile, exigeant. Il laisse peu de place à la compassion tant chantée par les thuriféraires de la relation privilégiée. Les erreurs ne sont pas pardonnées mais plutôt mises en relief. C'est le prix à payer du confort hôtelier qui nous est offert, de l'indépendance vis-à-vis des équipes qui n'ont pas de loyautés à défendre à notre égard pour continuer d'exister.

Solitudes bien tempérées par le climat général de travail qui prévaut en ce moment dans cette clinique à tous les niveaux (du simple soignant à l'équipe, à la section jusqu'à la direction des soins). Il est remarquable de noter l'évolution des mœurs en un temps relativement court, provoquée par des facteurs externes (la réorganisation de la clinique en unités spécialisées) et des facteurs internes (prise en charge par le service des soins infirmiers des conditions de son propre développement).

Misanthropie combattue par l'existence d'interlocuteurs généreux au sein de la direction infirmière et dans les équipes.

Erémisme fortement nuancé par les nombreuses rencontres qui s'y réalisent (ouverture des Mercredi-infirmier aux intervenants d'autres disciplines, émergence de nouveaux réseaux, etc.), et enfin soliloques interrompus par les recherches tout azimut qui s'y conduisent dans des domaines aussi variés que l'histoire, la violence ou les soins infirmiers.

Enfin, à la fois à titre de rappel de l'univers caribéen qui nourrissait ma première métaphore et d'avertissement permanent, je m'inspire de cet aphorisme de P. Chamoiseau, inspiré de l'œuvre de V.S. Naipaul: «Contre la Belle Cause, n'être au service de rien mais, veille aux silencieuses aliénations qu'une lucidité terrible ne parvient pas à déceler; savoir regarder, écouter, faire parler; et d'une détresse

²⁷ Mehdi Belhadj Kacem, *Esthétique du chaos*, Tristram, 2000, p. 68.

survenue en fin d'âge, faire écriture sincère»²⁸.

Jérôme Pedroletti

L'infirmier spécialiste clinique*, parlons-en.

Mission - Fonctions principales

Avant de tracer l'historique de la création de ce type de poste dans les services de soins infirmiers, rappelons que chaque soignant, chaque infirmier, par la nature même de son exercice professionnel et de sa pratique quotidienne, est clinicien.

Ce qui va distinguer l'Infirmier Spécialiste Clinique c'est sa mission, ses fonctions principales.

Ayant suivi une formation approfondie en soins infirmiers il exerce auprès des personnes soignées et leur entourage en utilisant les principes de la démarche scientifique infirmière de résolution de problème.

Sa mission rejoint les principaux buts de l'exercice infirmier qui sont de:

- Préserver, maintenir et développer les ressources et les capacités à vivre de la personne soignée, quel que soit le défi imposé par le problème de santé.
- Soutenir les compétences des personnes soignées à s'actualiser comme sujets capables de décision et de choix pour vivre une vie de qualité, empreinte de sens et d'espérance en dépit de l'épreuve que constitue la maladie, et éviter ainsi le phénomène de la consommation passive.

Description des activités

Les activités de l'Infirmier Spécialiste Clinique sont décrites selon les points suivants.

La Technicité

L'Infirmier Spécialiste Clinique élabore, dans une démarche contractuelle avec les personnes concernées, des diagnostics infirmiers. Il dispense des soins infirmiers physiques, éducatifs et relationnels hautement qualifiés à des personnes et/ou des groupes présentant des problèmes complexes de santé. Il favorise chez les personnes et/ou les groupes confrontés à des problèmes complexes, le développement de réponses de santé en mobilisant leurs capacités et leurs ressources.

En fonction de son champ d'expertise, l'Infirmier Spécialiste Clinique utilise tous les aspects techniques de la profession enrichis par le support relationnel et éducatif que constitue la démarche centrée sur les ressources, les compétences et les capacités à vivre de la personne soignée.

L'Infirmier Spécialiste Clinique initie, pratique ou collabore à des activités d'études ou de recherche, approches intégrées à des programmes d'évaluations infirmières (qualité des soins, validation des

²⁸ Patrick Chamoiseau, *ibid*, p. 27.

processus...) ou de développements pluridisciplinaires autour de questions cliniques, thérapeutiques, éthiques.

L'Information

Promoteur d'évolution permanente, il participe à une transmission optimale de l'information à l'aide des moyens existants: dossier de soins, informatique, journaux d'établissements, etc...

Il s'implique dans l'adéquation des moyens d'information par l'évaluation de leur pertinence.

Il est particulièrement attentif à rendre accessible aux personnes soignées et à leur entourage, l'information dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur problème de santé.

Communication/Relation

L'Infirmier Spécialiste Clinique accompagne comme personne ressource les équipes de soins.

Il agit comme conseil auprès de la Direction des soins infirmiers en ce qui concerne la qualité des soins.

Il participe, par la publication des résultats des travaux, à la diffusion des connaissances infirmières.

Il participe à des activités organisées de représentation auprès de ses collègues, au niveau local, suisse, européen et mondial.

Contribution économique

L'Infirmier Spécialiste Clinique, dans l'exercice de sa fonction, apporte une contribution axée sur la qualité des soins au moindre coût. Parmi ces possibilités: la réduction de la durée d'hospitalisation, la diminution de la consommation médicamenteuse, les protocoles de soins allégés.

En outre, l'Infirmier Spécialiste Clinique, de par sa formation et sa pratique, sait prévenir l'usure et le burn-out du soignant, et gérer les dysfonctionnements relationnels.

En conclusion

En définitive, l'Infirmier Spécialiste Clinique se situe comme un agent de changement. Il est à la fois "dedans", par sa pratique, et "dehors", par ses compétences d'analyse et de pilotage. Et c'est dans ce mouvement que l'Infirmier Spécialiste Clinique trace une manière de faire, une manière d'être.

L'Infirmier Spécialiste Clinique se situe aussi comme un responsable porteur de sens. Et c'est dans sa capacité de s'intégrer dans les projets existants et à venir, tout en gardant une marge d'autonomie liée à son rôle, qu'il pourra tracer ses marques de soutien, de coaching et de motivateur.

Pierre EI-Korh

* Lire aussi L'Infirmière Spécialiste Clinique

Publication:

Regula Baumann (infirmière de la section «E. Minkowski») a publié «"Mes têtards", l'accompagnement d'un patient schizophrène dans ses deuils» dans la revue de la société de thanatologie, n° 116, *Etudes sur la mort, le deuil des accompagnants*, L'esprit du temps, PUF, 1999, pp. 131-153.

Jean-Christophe Miéville (IRS de la section AccueilObservation-Crise (AOC) a publié "Psychiatric emergencies: Nurses in the front line" dans *Emergency psychiatry in a changing world*, Michel Butler, Anthony Andréoli, Suzanne Lamarre, Peter Forster, Ed. Excerpta medica, Amsterdam, 1999, pp. 419-424.

Acquisition de la bibliothèque du DUPA (BPUL) :

Le groupe soignant, des liens et des repères, M. Sassolas, éd. Erès, 1999.

« Le collectif avance à l'aveuglette; il tâtonne; il enregistre la présence d'entités nouvelles, dont il ne sait pas d'abord si elles sont ennemies ou amies, si elles lui échapperont pour toujours. Faute de prévoir, il doit gouverner. Sa canne blanche à la main, il prend lentement la mesure de l'ameublement de l'univers qui l'environne et qui le menace. S'il ne sait pas sur combien d'obstacles il doit compter, il ne sait pas non plus sur combien d'objets secourables il peut s'appuyer. Comme le petit Poucet, il ne peut que garder trace de ses cheminements; il n'espère aucun autre salut que l'enregistrement des protocoles qui s'accumulent derrière lui. Errez si vous voulez, mais conservez toujours la plus stricte, la plus obsessionnelle traçabilité. L'Etat de droit dépend de cette fragile inscription des épreuves. Aucune autre lumière ne viendra plus vous secourir. Heureusement, ceux dont vous découvrez peu à peu la différence sont plongés dans la même obscurité que vous. Eux non plus ne savent pas d'un savoir certain s'ils appartiennent au même monde. Eux aussi avancent à tâtons. Ils n'ont pas encore d'essences à bords fixes, et pas non plus d'identités définitives mais seulement des habitudes et des propriétés. Rassurez-vous, ils ont aussi peur que vous! Une fois rouverte la question du nombre des collectifs, l'Autre va changer de forme. Comme l'historicité tout à l'heure, et l'extériorité auparavant, l'altérité a changé: elle s'est, elle aussi, altérée. »

Bruno Latour, *Politiques de la nature*, La découverte, 1999, pp. 275-276.