

RECHERCHE

ENTRE CONSULTANCE ET PARTENARIAT : UNE RELATION À DÉFINIR

Recherche phénoménologique portant sur la consultance infirmière en soins palliatifs au centre hospitalier universitaire vaudois

Fabienne TEIKE-LÜTHI, Infirmière clinicienne, consultante en soins palliatifs. CHUV, Lausanne.
Serge GALLANT, infirmier-enseignant, MSc. Education. CHUV, Lausanne.

RÉSUMÉ

Introduction : Dans certaines situations, les propositions des infirmières consultantes en équipe mobile intra-hospitalière de soins palliatifs dans un centre hospitalier universitaire ne sont pas suivies. Contrairement à une idée reçue, le partenariat entre l'infirmière de première ligne et la consultante ne va pas de soi. Cette recherche a pour but d'explorer les phénomènes influençant le choix des infirmières de première ligne, d'adhérer ou non aux propositions faites par leurs pairs des soins palliatifs.

Méthode : Étude phénoménologique sous forme d'entretiens d'explicitation auprès d'infirmières de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV). Nombre d'entretien déterminé par la saturation des données. Analyse de contenu thématique, horizontale ayant permis d'explorer le concept du partenariat au travers de cinq indicateurs : expérience d'altérité ; transparence ; communication ; temps ; espace d'appropriation du projet.

Résultats : Les résultats démontrent une asymétrie identitaire et relationnelle et la nécessité de créer un lien de confiance entre les professionnelles.

Conclusion : Les recommandations principales pour l'optimisation de la pratique de l'infirmière consultante sont de : considérer le temps de consultance comme un espace de clarification mutuelle de l'identité professionnelle ; clarifier sa relation au client prioritaire, à savoir l'équipe de première ligne et non le patient.

Mots clés : Partenariat – Consultance – Soins palliatifs – Soins infirmiers

ABSTRACT

Aim : The goal was to explore the factors that influence adherence by internal medicine nurses (IMNs) to recommendations provided by a palliative care consult nurses (PCN) in a Swiss teaching hospital.

Method : A qualitative phenomenological approach was applied. Following convenience sampling, IMNs were interviewed one-on-one (semi-structured questions).

Two conceptual frameworks (Zay *et al* 1997; Sauve 2001) were used as a starting point for data coding. New categories and themes then emerged.

Results : Data saturation was achieved after 5 interviews. 5 categories emerged, including alterity; transparency; communication; time; and sense of ownership. Adherence requires a personal rapport and trust between the IMNs and PCNs. A focus on supporting the IMNs rather than focussing only on the patient enhances adherence.

Conclusions : Our PC team needs to review its model of consultation, possibly adopting one that focuses more on supporting the primary teams. Formal and informal strategies to improve the rapport with IMN will be sought. Awareness by the PCN of the inferiority felt by the IMNs may enhance rapport building.

Key words: Partnership – Consult – Palliative care – Nursing

INTRODUCTION

La consultation infirmière dans un domaine spécialisé de soins est une pratique qui se développe en parallèle des nombreuses spécialisations médicales.

Au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), une équipe mobile interdisciplinaire de soins palliatifs a pour principale mission d'apporter aux équipes soignantes des connaissances utiles à la prise en soins optimale du patient lorsque l'arsenal thérapeutique se révèle impuissant à le guérir.¹

Au-delà de cette mission formalisée, l'infirmière consultante de soins palliatifs (ICSP) souhaite développer une relation partenariale avec l'infirmière de première ligne (IPL). Ce partenariat « apprenant » suppose que l'ICSP, experte en soins palliatifs et l'IPL, experte en connaissance globale du patient, co-construisent le projet de soins avec le patient bénéficiant de soins palliatifs.

Pourtant, le partenariat, qui bénéficie d'abord au patient palliatif, n'est pas un type de relation qui va de soi.

Cette recherche veut, d'une part, identifier les phénomènes influençant la prise en compte par les IPL des propositions de soins formulées par les ICSP et, d'autre part, contribuer à la conceptualisation du travail de consultation infirmière pour l'équipe mobile de soins palliatifs.

MÉTHODOLOGIE

La recherche qualitative vise à comprendre le sens que des personnes élaborent face à des événements auxquels elles sont confrontées (Corbalan, 2000, p. 14). Il s'agit aussi d'une recherche phénoménologique dont l'intention est de mettre en évidence les représentations qui guident l'action des IPL lorsqu'elles interagissent avec les ICSP.

MÉTHODE

Population et échantillon

La population infirmière étudiée travaille dans un service de médecine du CHUV depuis un à sept ans. Le choix du service s'explique par le nombre plus élevé de consultations qui y est réalisé annuellement par l'équipe mobile de soins palliatifs.²

La Direction des Soins ayant donné son aval pour le projet de recherche, cinq infirmières y ont participé, sur une base volontaire. Les personnes sollicitées ont reçu des informations écrites leur indiquant les objectifs de la recherche et les modalités de leur participation. La confidentialité leur a été assurée.

Recueil des données

Dans le but de s'intéresser aux conditions du partenariat, du point de vue des IPL, l'entretien, « instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal » (Blanchet, 1992, p. 25) a été retenu comme méthode de recueil d'informations. Afin d'éviter un discours trop attendu de la part des IPL (le prescrit), l'entretien d'explicitation de l'action fût privilégié, espérant ainsi accéder à ce que Vermersch appelle une *parole incarnée*. Ce type d'entretien suppose une démarche permettant d'accompagner une personne dans l'exploration d'un moment singulier afin de l'aider à prendre conscience des représentations qui ont guidé son action. Ce choix paraît d'autant plus pertinent que selon Zay (1994) : « ce ne sont ni les mots, ni le formalisme des statuts qui peuvent expliciter la nature du partenariat mais seulement l'analyse des pratiques là où elles se donnent à voir, en institution ou sur le terrain ».

Chaque entretien a débuté par cette phrase inaugurale : « durant ces dernières semaines, vous vous êtes occupées d'un patient pour lequel l'équipe mobile de soins palliatifs a été sollicitée. Les infirmières de cette consultation ont fait des propositions. Racontez-moi comment vous avez pris connaissance de ces propositions et ce que vous avez décidé d'en faire ». Les relances utilisées correspondent à ce que Vermersch (1994, p. 137) appelle les *questions descriptives* (par exemple « comment vous y êtes vous pris pour... comment avez-vous reconnu que c'était évident... »). Elles avaient pour but d'aider la personne interviewée à évoquer son action.

Les cinq entretiens se sont déroulés entre octobre et décembre 2005. Chaque entretien, d'une durée moyenne de 45 minutes, a fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une retranscription intégrale.

Une analyse thématique horizontale a été réalisée. Ce type d'analyse « relève les différentes formes sous lesquelles le même thème apparaît d'un sujet à l'autre » (Blanchet et al., 1992, p. 98). Pour les dimensions du concept de partenariat, la saturation des données a justifié l'arrêt des entretiens. L'analyse de contenu des entretiens a pu être validée par deux cadres infirmiers experts du domaine des soins palliatifs : une enseignante et une gestionnaire.

¹ L'équipe mobile de soins palliatifs du CHUV est intervenue auprès des équipes de première ligne pour la prise en soins de 519 patients en 2005.

² 223 nouvelles demandes de consultation pour les services de médecine interne en 2005.

ENTRE CONSULTANCE ET PARTENARIAT : UNE RELATION A DÉFINIR

RECHERCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE PORTANT SUR LA CONSULTANCE INFIRMIÈRE EN SOINS PALLIATIFS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS

Cadre théorique : le partenariat

L'hyperspécialisation des disciplines médicales et infirmières favorise une expertise ciblée au détriment, parfois, d'une vision globale du patient. Pour pallier ce déficit, le système de santé engagé dans une logique de l'efficacité, promeut le développement d'une vision communautaire de réseaux coordonnés et de partenariats actifs. Le concept du partenariat, exposé ci-dessous, a été retenu comme cadre d'analyse des données.

Malgré une pratique informelle vraisemblablement plus ancienne – nous pensons ici aux notions de collaboration puis de coopération (étroitement liée à la résolution de conflit) – le partenariat est un concept récent. Il n'apparaît dans le *Petit Robert* qu'en 1987, tout d'abord comme descripteur du mot *partenaire*.

Ce n'est qu'en 1996 qu'un paragraphe le définit comme «association d'entreprises, d'institutions en vue de mener une action commune». L'origine du mot partenaire est anglo-saxonne (*partner*), mais vient initialement d'une altération du vieux français «*parcener*» (du latin «*partitio*») signifiant partage, division. L'origine conflictuelle de ce mot a progressivement laissé la place à la notion de relation entre des protagonistes.

Deux visions du concept de partenariat s'opposent : la première voudrait qu'à partir de l'hétérogénéité la possibilité du conflit soit reconnue et nécessite la construction d'un compromis entre les partenaires (Zay, 1997, p. 15) ; la seconde, plus idéale, suppose une entente préalable et une égalité des différents acteurs. (Landry in Maroy, 1997, p. 30).

Au-delà de ces différences, relevons que tout type de partenariat constitue une pratique en construction permanente et suppose le développement d'un objectif commun.

Indicateurs du partenariat

Dans le langage courant, la notion de partenariat semble aller de soi pourtant les indicateurs nécessitent ici d'être exposés. Sauvé (2001, 2002, p. 29) classe le partenariat en différentes catégories, elles-mêmes composées d'un certain nombre d'indicateurs. Cinq d'entre eux, apparaissant pertinents pour notre analyse, seront exposés ici : l'expérience d'altérité, la transparence, la communication, le temps et l'espace d'appropriation du projet.

L'expérience d'altérité est la reconnaissance de l'autre et passe par la clarification identitaire réciproque. Loin d'un état stationnaire, l'expérience d'altérité suppose un processus pouvant être potentialisé par le partenariat. Autrement dit, c'est parfois grâce à l'autre et à son regard que la clarification identitaire pourra se réaliser.

Comme le dit Delors (1996, in Sauvé, p. 30), il importe «*d'envisager le partenariat comme un contexte de développement de sa propre identité personnelle, professionnelle ou institutionnelle, en saine interaction avec l'autre, le partenaire*».

La transparence implique que chaque partenaire clarifie ses intentions, ses attentes, ses possibilités, ses limites et ses difficultés dans le projet à co-construire.

La communication, comme vecteur de transparence, permet aux partenaires de valider et d'enrichir, de façon itérative, les décisions prises et les actions menées. La communication dont il est question ici devrait permettre de créer un climat de confiance et de construire au sein du projet, une culture, une vision et une signification communes. Contribuant à l'expérience d'altérité, la communication est diffusion et circulation de l'information mais aussi terrain d'apprentissage commun, ce que Bruxelles (2001-2002, p. 38) appelle le «*partenariat apprenant*».

Afin que les indicateurs susmentionnés puissent opérer, **le temps** est nécessaire pour respecter le rythme de chacun, aller à la rencontre de l'autre et faire les éventuelles mises à niveau nécessaires lorsqu'il y a incompréhension. Le temps permet «*le déploiement d'un processus de réflexion partagée au cœur de l'action commune*» (Sauvé, p. 32).

Le partenariat n'est pas fusion. Pour développer un sentiment d'appartenance et d'engagement, un équilibre entre la construction du projet commun et la créativité individuelle doit être trouvé. Cet équilibre est défini comme étant **l'espace d'appropriation du projet**. (ibid)

Comme le lecteur l'aura remarqué, le concept du partenariat n'est pas consolidé. A défaut d'être mutuellement exclusifs, ses indicateurs se superposent partiellement autour du facteur principal qu'est l'expérience d'altérité, ce qui constitue une faiblesse théorique.

RÉSULTATS

L'expérience d'altérité

Concernant l'expérience d'altérité, l'Infirmière de Première Ligne (IPL) s'exprime sur sa propre identité et sur celle qu'elle attribue à l'Infirmière Consultante de Soins Palliatifs (ICSP).

Bien qu'elle perçoive l'ICSP comme étant co-responsable de la prise en soins du patient, l'IPL se considère comme étant l'intermédiaire privilégiée de celui-ci. Experte du quotidien du patient, c'est à l'IPL que ce dernier «fait des confidences qu'il n'exprimerait pas forcément au médecin ou à d'autres personnes».





Les connaissances en soins palliatifs de l'ICSP lui confère un rôle de formateur aux yeux de l'IPL. L'expertise attendue concerne d'abord les actes médico-délégués. En premier lieu, l'IPL s'interroge sur les propositions médicalementes faites par le médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs. Les propositions amenées par l'ICSP, relevant du rôle autonome de l'infirmière, sont considérées comme des «petites choses», essentielles pour le patient, mais pour lesquelles l'IPL «manque de temps».

Reconnue pour ses compétences dans l'accompagnement du patient souffrant, l'ICSP est également identifiée comme personne ressource dans le soutien de l'IPL, pour qui, côtoyer le corps souffrant et douloureux du patient constitue un stress important. Les principales sources de tension sont la relation avec le patient en situation de crise et l'impuissance à le soulager. L'IPL est alors tentée de fuir mais, ne pouvant se soustraire à la relation avec le patient, elle déploie des stratégies pour faire face à ses sentiments de culpabilité et d'impuissance. Le partage avec l'ICSP est une des stratégies qui lui permet de «se dire» et de se sentir comprise.

La transparence

L'IPL n'a pas l'intention de devenir une experte en soins palliatifs. A ce titre, elle souhaite qu'à travers ses transmissions ciblées l'ICSP traduise son expertise en recommandations opérationnelles, pragmatiques et succinctes. D'une certaine façon, l'IPL attend de l'ICSP une communication qui contribue à la continuité des soins tout en lui «facilitant son travail quotidien».

Mal à l'aise pour soutenir psychologiquement le patient palliatif, particulièrement lorsqu'il s'agit d'évoquer les questions de souffrance et de mort, l'IPL n'entend pas développer cette compétence et attend une suppléance de la part de l'ICSP.

La communication

L'IPL précise que «connaître» préalablement l'ICSP lui permet d'anticiper le mode de communication qui caractérisera l'échange. Un a priori positif est déterminant sur son ouverture à entrer en co-élaboration. A contrario, un a priori négatif représente un terrain favorable aux résistances.

Le scénario habituel de la consultation veut qu'après s'être entretenue avec le patient, l'ICSP transmette oralement à l'IPL ses premières observations et recommandations. Durant cet échange, l'IPL préfère d'abord être entendue sur ses observations cliniques et sa propre planification des soins. Ce n'est qu'après avoir exposé son analyse de la situation qu'elle se rend disponible aux apports de l'ICSP. L'IPL s'attend alors à retrouver dans le discours de l'ICSP les préoccupations qu'elle-même a identifiées pour le patient. Si tel est le cas, l'IPL accorde davantage de crédibilité aux propositions faites par l'ICSP.

Si elle n'est pas en accord avec les propositions qui lui sont faites, l'IPL se sent mise sous contrainte, mais n'exprime pas ce désaccord à l'ICSP.

Le temps

Pour l'IPL, son propre rapport au temps diffère de celui de l'ICSP. L'IPL considère que l'ICSP maîtrise la gestion de son agenda et dispose de suffisamment de temps alors qu'elle même dit en manquer. Malgré sa «course contre la montre», l'IPL «fait l'effort d'aller à la rencontre» de l'ICSP. Pour ce faire, elle doit s'extraire de ses préoccupations temporelles et organisationnelles, pour se recentrer «uniquement sur ce patient».

Si l'IPL dit avoir peu de temps pour prendre soins des patients palliatifs, elle exprime cependant que sa présence auprès du patient donne plus de crédibilité et «d'objectivité» à ses observations qu'à celles de l'ICSP.

L'entretien avec le patient, mené quotidiennement par l'ICSP représente un investissement temporel trop important compte tenu de l'intérêt que l'IPL y trouve. Par conséquent, elle participe rarement à cette rencontre.

L'espace d'appropriation du projet

Lorsque la proposition de soins amenée par l'ICSP «fait sens» pour l'IPL, celle-ci la suit. Pour qu'elle y trouve du sens, l'IPL doit valider le recueil de données et l'analyse qu'en fait l'ICSP et y reconnaître des éléments du discours du patient.

L'expérience positive de mise en application des recommandations faites pour d'autres patients palliatifs est un élément déterminant pour que l'IPL s'approprie les propositions de l'ICSP.

Néanmoins, l'IPL considère que le patient palliatif «ne relève pas de son domaine». L'IPL, qui travaille dans un service de soins à visée curative, doit prioritairement intégrer des données en lien avec cette conception du soin et avec l'organisation qui en découle. Le patient palliatif n'entre pas dans la dynamique du quotidien de l'IPL et la met dans une position difficile à tenir entre un idéal de prise en soins (care) et les limites imposées par un service de soins aigus (cure).

DISCUSSION

Si l'expérience d'altérité permet aux partenaires de reconnaître leur identité propre, nos résultats démontrent que l'ICSP n'est pas identifiée comme une experte en soins infirmiers palliatifs mais plutôt comme une experte de la traduction de la prescription, voire de l'intention médicale. D'une certaine façon, l'ICSP n'est plus reconnue comme membre de la «tribu infirmière». Ses propositions axées sur le rôle autonome sont par conséquent dévalorisées, négligées et considérées comme des petites choses pour lesquelles l'IPL n'a plus le temps.

ENTRE CONSULTANCE ET PARTENARIAT : UNE RELATION A DÉFINIR

RECHERCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE PORTANT SUR LA CONSULTANCE INFIRMIÈRE EN SOINS PALLIATIFS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS

De ce fait, l'IPL attend qu'une grande partie du soutien psychologique offert au patient palliatif soit pris en charge par l'ICSP durant l'entretien auquel elle-même ne souhaite finalement pas participer.

Ce constat est inquiétant pour plusieurs raisons. En déléguant à l'ICSP l'activité de soutien au patient, l'IPL, contrainte par le temps, assume que cette activité puisse être moins importante que les actes médico-délégués pour lesquels elle souhaite être formée. Elle se prive ainsi d'une spécificité du rôle infirmier et l'accompagnement du patient palliatif devient l'affaire de la consultante. En conséquence, cette situation conduit l'ICSP à devoir «jongler» entre deux postures (soigner et consulter) et entre deux clients (le patient et l'IPL).

Ces premiers éléments mettent en évidence que la relation entre les deux professionnelles infirmières ne peut être considérée comme un «*partenariat apprenant*» (Bruxelle, 2001-2002, p. 38) ou comme un partenariat de «*développement mutuel*» (Sauvé, 2001-2002, p. 25). La relation correspond davantage au partenariat qualifié d'instrumental ou utilitaire³.

Partant des représentations identifiées chez les infirmières de première ligne, la suite de la discussion met l'accent sur les recommandations -et conditions qui en découlent- que l'équipe de soins palliatifs peut mettre en place pour favoriser un partenariat de développement mutuel.

Recommandation I : **considérer la consultation** **comme un espace de clarification** **mutuelle de l'identité professionnelle**

Le travail représente un espace-temps identitaire par excellence puisqu'il représente un lieu «*où les individus peuvent se sentir reconnus et valorisés et où peuvent se négocier et se gérer des appartenances identitaires*» (Robitaille, 1998). La relation qui s'établit entre l'ICSP et l'IPL est donc un élément constitutif de leur identité professionnelle.

Il y a différents enjeux identitaires dans le lien interpersonnel. L'un d'eux consiste à garder la face ou d'être respectable, pour être respecté, tout en se préservant d'une certaine forme d'intrusion d'autrui, c'est à dire en défendant son territoire (enjeu territorial). Ce lien, et le regard de l'autre sur soi, est important pour compléter son image de soi mais n'est pas dénué de tout danger. En effet, le risque existe de perdre la face par le rejet de l'autre, d'être envahi de manière insupportable, voire d'être assimilé à l'autre.

Certains travaux issus de l'école de Palo Alto⁴ exposent que le type de relation qui se développe entre deux personnes se structure en fonction de la position respective qu'elles adoptent. Pour Cicurel (2005, p. 7), «*on distingue dans l'interaction une « place haute » et une « place basse », par exemple celle que le médecin a face au malade, l'employeur face à l'employé. Mais le statut ne confère pas une « immunité » totale. Au cours du déroulement interactionnel, les partenaires occupent des places qui varient en fonction de ce qui est dit ou en fonction des effets produits par la parole*». Ce rapport de place engendre trois types de relations : symétriques ; asymétriques complémentaires ; asymétriques ou hiérarchiques.

Nos observations nous amènent à dire que la relation actuelle entre l'IPL et l'ICSP est asymétrique. L'ICSP, de par son statut, est d'emblée en position haute, ce qui engendre chez l'IPL plusieurs tentatives pour la ramener en position basse. Par exemple, lorsque l'IPL revendique une posture d'intermédiaire privilégiée du patient, lorsqu'elle demande à l'ICSP de reconnaître la pénibilité de son quotidien professionnel ou lorsqu'elle attend que l'ICSP formule une analyse compatible avec son propre regard sur la situation.

De plus, le patient palliatif est emblématique pour la consultante alors qu'il est *anecdotique* (au sens de sa rareté) pour l'infirmière de première ligne. La différence des niveaux de compétence, conséquents à cette situation, ne met pas les deux professionnelles sur un pied d'égalité. Dans ce cas, les savoirs et les valeurs sous-tendant le projet de soin conseillé par «l'experte» peuvent générer des attitudes de rejet de la part de la «généraliste».

Ce rapport de place peut cependant à nouveau s'inverser. Pensons par exemple aux moments durant lesquels l'infirmière de première ligne demande le soutien de la consultante pour faire entendre sa propre souffrance. Ces rapports de place ne sont pas identifiés, encore moins discutés, et chacun des protagonistes se contient pour éviter ce que Goffman appelle la «*guerre froide*» (1973). Afin d'agir sur ces rapports de place au lieu d'en être chargé, nous pensons que la position haute de départ de la consultante lui confère une responsabilité supplémentaire dans la création des conditions favorisant le partenariat.

Dès lors, une stratégie primordiale que chaque infirmière consultante devrait connaître est celle du «tit for tat». En effet, cette stratégie apporte un éclairage compréhensif sur la relation qui existe entre deux interlocuteurs et peut désamorcer certains jeux de pouvoir.

3 Landry (in Maroy, 1997) classe le partenariat en fonction du type de relation qu'ont les différents acteurs : le partenariat utilitaire, le partenariat associatif et le partenariat apprenant. Le partenariat utilitaire caractérise le travail pour plutôt que le travail avec un partenaire.

4 Références aux travaux de G. Bateson et E. Goffman concernant principalement la communication humaine.

Relatée par Vannotti (1990, p. 304), la théorie «tit for tat⁵» (un prêté pour un rendu) provient des travaux d'Axelrod qui a travaillé autour des différentes stratégies d'échange existantes. De nombreuses stratégies ont été mises en évidence, allant de la stratégie du «gogo» (celui qui donne toujours sans rien recevoir) à celle de «l'escroc» (celui qui prend tout sans donner). Dans la stratégie «tit for tat», la réciprocité entre celui qui donne et celui qui reçoit, permet une poursuite de l'échange. *« Cette stratégie maximalise ses occasions d'échange, c'est-à-dire de faire du profit soi-même et de pouvoir faire faire du profit aux autres. Quand « tit for tat » gagne des points, elle ne gagne pas sur l'autre, elle gagne avec l'autre. Cela explique le fait que, au premier abord pourrait paraître contre-intuitif, la coopération est basée sur le profit individuel (égoïsme) de chaque échangeur à condition que ce profit soit ou devienne mutuel : de l'interaction réglée des deux égoïsmes individuels émerge, par construction, une nouvelle propriété du système, la coopération »* (Vannotti, *ibid*, p. 305).

Ce principe d'égoïsme est du reste aussi valable pour une démarche partenariale, puisque un partenariat n'est possible que si chaque partie y trouve son compte. Or, la finalité de la rencontre entre les deux professionnelles devrait viser à l'amélioration du bien-être du patient et ce, même si les visions, les approches, les différents degrés d'expertise et les conceptions de soins divergent. Il s'agit déjà là d'un élément unificateur, à la base même de la nécessité de créer le lien. Le patient peut donc être perçu comme médiateur du lien sans toutefois en faire une garantie de partenariat.

Le rapport de place «d'experte» versus «généraliste» domine également le territoire identitaire qui pourrait servir de référence commune, celle d'appartenir à la même corporation professionnelle. De plus, un frein potentiel à la co-construction identitaire peut être attribué à une représentation sociale implicite qui voudrait qu'accéder à une fonction d'ICSP constitue un privilège, qui l'éloigne forcément de l'IPL. La reconnaissance par l'ICSP de ce rapport de place la favorisant est indispensable pour qu'elle tente de réduire le fossé entre les deux professionnelles.

Kérouac (2003, p. 104) parle de la collaboration entre pairs comme de l'intra-disciplinarité. Elle comprend la consultation entre collègues infirmières et la participation de cliniciennes spécialisées à la promotion des savoirs infirmiers et au développement des connaissances. *«La collaboration intra-disciplinaire a un impact important sur la continuité et la qualité des soins : le partage de l'information permet une meilleure connaissance de la personne et de sa famille, il rehausse la qualité de communication et augmente*

le soutien parmi les collègues» (O'Connel, 2000 in Kérouac, p. 104). L'auteur souligne que bien souvent ce sont les soins liés à la technique (représentant jusqu'à 90 % du temps de l'infirmière) qui sont valorisés. Elle précise que c'est probablement en raison du caractère invisible du prendre soin que les infirmières mésestiment une grande partie de ce qui relève de leur compétence. Elles ont parfois de la peine à mettre des mots sur leur contribution et de ce fait, voient dans l'acquisition d'habiletés techniques et de surveillance physiologique une garantie de prestige professionnel.

Cette difficulté à nommer ses prestations de manière claire se retrouve effectivement dans le vocabulaire utilisé par l'IPL lorsqu'elle parle de son rôle autonome. Les *petites choses* que sont les soins infirmiers proposés par l'ICSP, viennent dans le discours de l'IPL au second plan, après les propositions médicales ou médico-déléguées. Hesbeen (1998, p. 40) relève qu'il est important de ne pas apporter de connotations négatives à cette expression. En effet, l'auteur voit les *petites choses* d'apparence si anodines et si simples comme étant une partie essentielle de la vie de chacun, et donc nécessaire dans la promotion de la santé de la personne. Ces *petites choses* sont un point d'ancrage salvateur, rassurant et bienfaisant, parfois même plus que pourrait l'être un acte de haute technicité. Hesbeen (*ibid*) propose de voir l'infirmière comme une *spécialiste en petites choses* qui, une fois mises en lien avec les différents éléments d'une situation de vie, sont importantes pour la personne soignée parce qu'elles *«témoignent de la grande attention que ces professionnels ont été capables de lui porter et, dès lors, du professionnalisme qu'elle requiert»*.

Pour clarifier sa différence identitaire face à l'ICSP, et sans doute pour inverser le rapport de place, l'IPL s'affirme dans une position préférentielle auprès du patient. Cela tend à démontrer que dans la relation entre ces professionnelles, l'espace de co-construction identitaire est absent. Pourtant, tel que le dit Pelletier (1997, p. 8) c'est parfois grâce à l'autre que la clarification identitaire de l'un peut se réaliser.

Considérer le temps d'interaction avec l'équipe de première ligne comme étant aussi un espace dans lequel l'identité professionnelle des acteurs se développe, suppose que ces derniers s'autorisent la remise en question des croyances, des valeurs et des pratiques. A cet égard, l'infirmière consultante profitera de son interaction avec l'infirmière de première ligne pour développer une nouvelle culture commune. Ceci implique que l'ICSP : formalise sa propre conception de soin ; favorise l'émergence de celle de l'IPL ; met en évidence les valeurs déjà partagées et utilise les différences comme opportunité de transformation pour l'une et/ou l'autre.

⁵ Cette expression peut être connotée négativement. Elle doit être prise dans ce contexte de manière positive, correspondant plutôt en anglais à «give and take».

ENTRE CONSULTANCE ET PARTENARIAT : UNE RELATION A DÉFINIR

RECHERCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE PORTANT SUR LA CONSULTANCE INFIRMIÈRE EN SOINS PALLIATIFS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE VAUDOIS

Recommandation 2 : développer la relation au « client »

Empruntant volontairement une terminologie commerciale, il nous apparaît important que l'équipe consultante identifie clairement qui est son client et définisse le type de relation qu'elle compte entretenir avec lui. Nous l'avons vu précédemment, les attentes de l'équipe de première ligne mettent la consultante alternativement dans une posture d'experte, de soignante, de formatrice ou de superviseuse.

Dès lors, le client est tantôt le patient, tantôt l'infirmière et tantôt les deux. Or, la littérature (Beaureau et col., 1993 ; Ruzsiewicz, Zivkovic 1999 ; Nectoux, Thominet, 2005) nous indique que le client prioritaire d'une équipe mobile de soins palliatifs est l'équipe de première ligne et non pas le patient. Cela n'implique pas de proscrire à l'ICSP toute interaction avec le patient, mais plutôt de l'inciter à s'y impliquer en fonction de la demande du client. Pour le moment, la demande de l'équipe de première ligne est peu élaborée et concerne surtout les besoins du patient. Par exemple, l'IPL téléphone à l'ICSP en disant « le patient a mal » plutôt que de formuler une demande pour elle-même qui serait « comment pourrais-je être plus pertinente dans mon intervention pour soulager le patient ? ».

Développer la relation à l'autre suppose que les acteurs se connaissent et se reconnaissent. Actuellement, l'ICSP consulte dans tous les services hospitaliers en fonction de sa disponibilité horaire, de l'organisation en binôme médico-infirmier et des suivis déjà en cours. De ce fait, il est possible qu'elle ne se rende pas dans un service pendant plusieurs semaines. Or l'éloignement de certaines équipes de première ligne limite indéniablement la connaissance mutuelle des protagonistes. Afin de favoriser la création et la pérennisation du lien, la mise en place d'un système de référence par service permettrait d'estomper le temps consacré à la mise en confiance des équipes de première ligne.

Connaître l'autre suppose aussi un espace de rencontre qui favorise l'appropriation d'un projet commun. Les instants partagés entre les acteurs se déroulent le plus souvent au bureau infirmier ou dans les couloirs du service. Les notions de bruits, de stimulations multiples propres à ces lieux de passage compliquent les échanges et limitent l'interaction des deux professionnelles. Pour éviter cet écueil, il serait utile d'inviter systématiquement l'infirmière de première ligne durant la consultation réalisée auprès du patient. Cette présence, dans un environnement plus approprié, permettrait en effet d'échanger ensuite sur ce qui s'est passé durant l'entretien et non seulement d'en rapporter le contenu. Cette démarche aurait l'avantage de favoriser une meilleure connaissance des deux professionnelles tout en offrant une possibilité d'analyse partagée de la situation et d'enseignement mutuel.

CONCLUSION

L'évolution rapide des spécialisations médicales et des soins palliatifs en particulier a entraîné le développement du rôle d'infirmières consultantes pour leurs pairs généralistes. Peu d'auteurs se sont intéressés à ce nouveau type de relation au travail. Pourtant, le partenariat escompté rencontre un certain nombre de difficultés révélées par notre recherche. Ces « embûches » se cristallisent au niveau de l'identité professionnelle distincte qu'ont développé ces acteurs, pourtant issus de la même corporation. La seule posture d'expert ne suffit pas pour que l'intervention de l'infirmière consultante engendre d'emblée une démarche partenariale.

Dès lors, l'organisation du travail qui, a priori, vise à faciliter l'activité des uns, peut se transformer en terrain de bataille. L'enjeu y devient la confrontation identitaire de personnages qui ne se reconnaissent plus, partager la même histoire, au détriment, pensons nous, de la qualité des prestations soignantes. Pour éviter cet écueil nous préconisons une clarification des prestations de l'infirmière consultante et lui conférons une responsabilité particulière dans la promotion du partenariat.

REMERCIEMENTS

Cette recherche n'aurait pu se faire sans la participation des infirmières de première ligne du département de médecine et sans le soutien de l'équipe interdisciplinaire du service de soins palliatifs du CHUV. Nous tenons ici à les remercier.

BIBLIOGRAPHIE

- Blanchet, A., Gotman, A. (1992). L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris. Ed. Nathan, coll. Sociologie 128.
- Beaureau, S. et col., (1993). Rôle de l'Equipe mobile du Centre de Soins palliatifs de l'Hôtel-Dieu. Soins, 573/574.
- Bruxelle, Y. (2001-2002). Peut-on parler de partenariat apprenant en éducation à l'environnement ? *Education relative à l'environnement*, 3, 37-61.



Cicurell, F. (consulté 2005). La malice interactionnelle de Descartes dans le dialogue « la recherche de la vérité ». www.cavi.univ-paris3.fr/ilpga/ed/dr/dr/c/articles/i3.pdf.

Corbalan, J-A. (2000). Pertinence de la recherche qualitative : approche comparative de la recherche qualitative et quantitative. *Recherche en soins infirmiers*, 61, 13-22.

Goffman, E. (1973). La mise en scène de la vie quotidienne, tome 1 : La présentation de soi. Paris, Minuit. Cambridge, polity press.

Hesbeen, W. (1998). La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante. Paris. Masson.

Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Major, F. (2003). La pensée infirmière. Québec. Beauchemin.

Maroy, Ch. (1997). Le partenariat : concept ou objet d'analyse ? *Education permanente*, 131, 29-36.

Nectoux, M., Thominet, P. (2005). Aspects infirmiers du travail de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs. *Médecine palliative*, 2.

Pelletier, G. (1997). Le Partenariat : du discours à l'action. *La revue des échanges*, 14 (3), 1-10.

Robitaille, M. (1998). Identités professionnelles et travail réflexif : le cas des enseignants des Collèges d'enseignement général et professionnel. Thèse pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor en sociologie. Montréal.

Ruszniewski, M., Zivkovic, L. (1999). Résistances des équipes soignantes face aux équipes mobiles. *European Journal of Palliative Care*, 6 (1)

Sauvé, L. (2001-2002). Le partenariat en éducation relative à l'environnement : pertinence et défis. *Education relative à l'environnement*, 3, 21-36.

Vannotti, M., Real del Sarte, O. (1990). Application à la clinique du modèle de l'équilibre majorante de Piaget. *Thérapie familiale*, 11 (3), 295-308.

Vermersch, P. (2003). L'entretien d'explicitation. Issy-les-Moulineaux. ESF éditeurs.

Zay, D. (1997). Le partenariat en éducation et en formation : émergence d'une notion transnationale ou d'un nouveau paradigme ? *Education permanente*, 131, 13-28.