

Représentations croisées de la fonction d’infirmière coordinatrice dans un service d’hépatologie : une recherche ethnosociologique

Jean-Manuel Morvillers, Docteur en sciences de l’éducation

Université Paris XIII, France

Nathalie Goutté, Doctorante

Université Paris VII, France

Résumé

L’étude présentée ici est une ethnosociologie d’une unité de soin hospitalier reposant principalement sur des entretiens semi-directifs avec des professionnels de santé, mais aussi des patients (N=26), ainsi qu’une observation du terrain. Le but de cette recherche était de comprendre l’intérêt de la mise en place d’une nouvelle fonction infirmière : celle d’infirmière « coordinatrice » (IC) en hépatologie, d’en analyser le cœur d’exercice et l’impact sur les patients et les soignants. Les résultats montrent que les facteurs clefs de la réussite d’un tel projet sont 1) une organisation des soins qui a dû aménager un nouveau paradigme, puisque les IC ne sont plus dédiées au lit du malade, mais à un suivi ambulatoire 2) une implication forte de ces IC dans le projet médical et auprès des patients et 3) une grande autonomie dont doivent faire preuve ces IC. Celle-ci est en lien direct avec un niveau d’expertise requis.

Mots clés

IMPLICATION, INFIRMIÈRE, MALADIE CHRONIQUE, ETHNOGRAPHIE, *CARING*

La fonction d’infirmière coordinatrice

Notre étude va s’intéresser ici à un exercice singulier, celui dit « d’infirmière¹ de coordination » (IC), dans un service d’hépatologie d’un hôpital français. Il s’agit d’explorer le contenu de cette fonction dans ce service : quelles en sont ses particularités, notamment du point de vue des qualités ou compétences? Qu’elle en a été sa genèse? Qu’elles en sont les représentations pour les différents acteurs concernés?

Origine de la commande

Depuis plusieurs années maintenant, l'un des chercheurs de cette étude travaille sur la question de l'implication. Étant lui-même soignant, il lui semblait que cette part psychique que l'on met dans les actes, dans son cas, de soin, était au tout premier plan dans la relation au patient (Morvillers & Lobrot, 2013). C'est dans ce contexte que se réalise la rencontre avec la deuxième chercheuse. Elle, puisque c'est une chercheuse, est aussi soignante, mais ses spécialités sont, d'une part l'hépatologie et d'autre part l'épidémiologie. Elle exerce la fonction d'infirmière « coordinatrice » (IC) au sein du pôle digestif de l'hôpital B. Ce concept d'« implication » intéresse cette chercheuse car elle pense qu'il est central dans le travail qu'elles exercent, elle et ses collègues « infirmières coordinatrices », au sein de leur service. Et parce que cette fonction apparaît à ses yeux comme peu valorisée, non reconnue, elle invite le premier chercheur à effectuer une étude qui aura pour but de montrer toutes les compétences et qualités déployées par ces infirmières.

Pour cette chercheuse, un modèle de reconnaissance existe, il s'agit de celui d'infirmier(e) praticien(ne), qui bénéficie de plus d'autonomie dans l'exercice de leur fonction. Mais en 2013, année où se déroule notre étude, ce statut, contrairement à d'autres pays, n'est pas encore reconnu en France (Bonnell, 2014).

De ce fait, la commande de cette étude de terrain avait pour objectif de démontrer l'intérêt d'un exercice dans une organisation de soin particulière, en vue de le faire reconnaître sur le plan de l'hôpital-institution et même au-delà.

Après avoir présenté la méthodologie retenue, nous présenterons le terrain de l'étude, les résultats obtenus, une discussion à partir de ceux-ci, les limites de notre recherche, et enfin notre conclusion.

La méthode retenue par le premier chercheur est de type ethnosociologique (Lapassade, 1991) et institutionnaliste (Lourau, 1971). L'ethnosociologie, du fait que le terrain était constitué par une petite communauté : un service hospitalier où exercent moins de trente professionnels et dans lequel le chercheur devait être attentif aux relations entre les différents acteurs, notamment ces infirmières dites « coordinatrices » avec tous les autres professionnels et aussi avec les patients au profit desquels est organisée l'activité. L'Analyse Institutionnelle apparaissait également comme une référence importante du fait que la fonction infirmière au centre de l'étude était alors novatrice, dans une phase encore instituante et en pleine phase de recherche d'institutionnalisation. De plus une attention particulière devait être portée aux phénomènes pouvant relever de l'« économique », du « libidinal » et de l'« idéologique » selon les clefs de l'Analyse Institutionnelle. En tout premier lieu, l'important était d'essayer, par des présences itératives de quelques heures par semaine dans ce service de soin, de repérer l'organisation du travail, la qualité des interactions entre les acteurs, les activités exercées par chacun des membres de

l'équipe pluridisciplinaire, et d'obtenir des informations auprès des acteurs-clefs. Le tout, sur une durée de quatre mois, à raison de deux heures environ par quinzaine. Ont donc été interrogés selon la technique de l'entretien compréhensif (Kaufman, 2004) : neuf médecins (hépatologues, réanimateurs et un chirurgien « transplanteur »), six infirmières coordinatrices, trois infirmières non coordinatrices, deux cadres de santé et six patients. Les entretiens étaient constitués autour de quelques questions clefs : « qu'est-ce que vous savez de l'émergence de la fonction d'IC? »; « quels types de collaboration avez-vous avec les IC? »; « d'après vous quelles sont les qualités nécessaires pour exercer cette fonction? ». Les entretiens avaient une durée de vingt à quarante minutes, tous réalisés *in situ*, sur le temps de travail (par exemple sur le temps de la consultation médicale avec un rendez-vous convenu à l'avance). Ils ont été enregistrés avec l'autorisation des personnes interrogées, ont fait l'objet d'une retranscription mot à mot, avec notation des aspects qualitatifs (sourire, rire, temps de pause marquant la réflexion ou l'évitement; et autres expressions d'émotion).

Une analyse de ces entretiens de type inductif a été produite (Glaser & Strauss, 2010). Nous nous sommes aidés pour ce faire du logiciel *NVivo 10*. Nous avons regroupé les thèmes abordés dans les propos des acteurs d'abord en sous-catégories, puis en quatre grandes catégories. Deux de ces grandes catégories seront particulièrement développées en présentant notamment les propres paroles des acteurs.

La deuxième chercheuse, que l'on peut qualifier ici d'*autochtone*, au sens donné par l'ethnosociologie, a facilité l'acceptation du premier, au sein du groupe, et le contact avec les acteurs. Le groupe avait été informé que l'étude portait sur les IC. Il y a eu également de très nombreux entretiens entre les deux chercheurs pour permettre au premier de mieux comprendre l'implicite des situations. Il s'agissait dans ce cas, d'entretiens que l'on peut qualifier d'approfondis (Beaud & Weber, 2010). La participation active de l'informateur-autochtone à cette recherche permet de l'inclure comme co-productrice de la recherche comme a pu le faire Maurizio Catani avec Mohamed (Mohamed & Catani, 1973). Le fait que l'étude soit monocentrique favorise, on le sait, l'effet « unité », mais dans le sens où l'aspect institutionnel n'était *a priori* pas à négliger, on peut penser que cette méthode nous prémunissait de sa dilution.

L'interprétation des données (entretiens et observations) qui faisait suite à une induction analytique s'est enrichie d'une analyse déductive, selon les recommandations de J.-C Kaufman (2004) et en nous référant ici, aux théories déjà présentées plus avant.

Résultats

Description du terrain

Les recherches menées sur l'institution, à commencer par son histoire, montrent que ce service d'hépatologie est devenu l'un des Centres de référence en France dans sa

spécialité. Cela signifie qu'il est reconnu comme disposant de compétences de très haut niveau par les services de tutelles sanitaires. Tous les médecins qui exercent dans cette unité sont des spécialistes reconnus au niveau international. Ils sont professeurs des universités et praticiens hospitaliers : PU-PH sous son acronyme, qui représente une très haute valeur institutionnelle, une consécration pourrait-on dire. Delà, ce service est régulièrement consulté, parfois depuis les pays étrangers, pour des demandes d'expertises sur toutes les pathologies du foie. Et les premières interlocutrices de ces demandes, sont les IC.

D'autre part, d'un point de vue épidémiologique, la prévalence des maladies du foie est en très forte croissance et les prises en charge sont complexes, du fait notamment des nombreuses co-morbidités (Lim, Goutte, Gervais, Vullierme, Valla, Degos, & Farges, 2012). La charge de travail s'est donc particulièrement accrue ces dernières années et risque de s'accroître encore, alors que les moyens humains, notamment en médecins, sont en stagnation.

Comme tous les services, qui prennent en charge des pathologies chroniques, la consultation externe représente le plus fort de l'activité, alors que l'hospitalisation reste l'exception. Ce qui a une influence au niveau de l'organisation des soins, car on retrouve une équipe infirmière dédiée « au lit du malade » et une autre équipe infirmière dédiée, quant à elle, au suivi de la file active ambulatoire. C'est dans cette dernière que l'on trouve nos infirmières dénommées sur le terrain « coordinatrices ».

Cette fonction de coordination était dévolue, pour des raisons pragmatiques, à des cadres infirmiers, notamment de blocs (lieux de la transplantation).

Aujourd'hui, cette coordination purement organisationnelle, qui reste importante, est parfaitement rôdée, et il est demandé bien davantage à la fonction de coordination, étant donnée l'évolution du contexte de santé publique, avec une augmentation très importante des besoins, notamment dans la spécialité qui nous concerne. D'autres tâches ont été ajoutées, qui modifient le profil de recrutement des soignants « coordinateurs ». On peut même affirmer que la coordination proprement dite, est devenue une fonction parmi les autres de ces soignants et non plus, la fonction principale. Ce qui fait reconnaître aux médecins que la dénomination « infirmière coordinatrice » ne correspond plus à la fonction actuelle. Mais, comme dans beaucoup d'autres domaines, le cadre institutionnel accuse un retard par rapport aux réalités du terrain et aux avancées pratiques mises en place. La dénomination subsiste donc toujours aujourd'hui même si elle est reconnue comme obsolète par les acteurs du service.

Origine de la fonction

Ce sont les médecins qui détiennent la source la plus étayée de l'origine de la fonction d'IC. Leur discours est le suivant : « les soins aux malades hépatiques graves se sont

standardisés. Il y a quelques années encore, la greffe était un acte difficile avec beaucoup d'incertitudes, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui ».

Cette évolution a eu plusieurs conséquences. La première c'est qu'à cette époque il y avait une « attention médicale très soutenue et directe auprès des patients ». Il n'y avait pas ou peu d'intermédiaire entre le médecin et son patient. On « transplantait » peu et donc il y avait peu de patients post-transplantation par service. Les médecins leur dédiaient une grande partie de leurs soins. Aujourd'hui ce n'est plus vrai. De quelques dizaines de transplantations par an, le service est passé à plus de 100. Actuellement, le taux de survie est de 70%, dix ans après la transplantation. La file active des patients s'est donc considérablement amplifiée en quelques années, et ce, alors que dans le même temps, aucun autre poste médical n'a été créé.

Si dans les premiers temps de la transplantation, était apparu le besoin de mettre en place une coordination non médicale, c'était pour répondre avant tout à la nécessité d'organiser entre eux, des professionnels de différentes spécialités (radiologues interventionnels, chirurgiens, oncologues, anesthésistes, réanimateurs, hépatologues) – qui de plus, n'exerçaient pas dans un seul et même lieu, mais qu'il fallait réunir physiquement autour d'un même objectif : réaliser dans les meilleures conditions possibles, des transplantations hépatiques. Parmi ces équipes, il y a en effet, les professionnels qui vont prélever le greffon en amont de la transplantation, ceux qui vont le transplanter, et ceux qui vont faire le suivi pré et post opératoire. Évidemment, le temps est ici un facteur déterminant à prendre en compte.

Le Tableau 1 ci-après résume les éléments principaux qui précisent l'exercice de la fonction des IC aujourd'hui et ce qui l'entoure.

Dans ce qui suit, vont surtout être présentées les « activités » des IC et les « représentations des qualités » des IC.

Les Activités des IC

Les cinq IC interrogées distinguent cinq formes principales dans leurs activités :

Tout d'abord, la partie gestion administrative qui peut être vécue souvent comme un secrétariat spécialisé, et dont les limites sont parfois floues avec la fonction de secrétariat médical. Certaines infirmières regrettent que cette activité prenne déjà beaucoup de place dans l'exercice et qu'elle a tendance à se développer, évidemment au détriment des autres missions. Dans les activités administratives, nous incluons tout ce qui concerne la réception des examens, des bilans, l'organisation et la participation aux staffs pluridisciplinaires. Le temps de travail imparti à cette tâche est estimé suivant les IC, en fonction de leur spécialité (transplantation ou autre), entre 25% et 50%.

Vient ensuite le temps consacré aux co-consultations, c'est-à-dire les consultations réalisées par le médecin en collaboration avec l'IC. Si la majorité des

Tableau 1
Analyse des données recueillies sur la fonction d'IC

Thèmes	Catégories	Propriétés
Besoins des patients	Le Mal	Lourdes qui nécessitent des examens et un suivi régulier. La pathologie est chronique avec une prise en charge au long cours (plusieurs années). À un moment donné, le pronostic vital se retrouve engagé dans la plupart des cas.
	La Psyché	Fragilité psychologique/angoisse/questionnement/besoins d'être rassuré. Monde médical qui leur est étranger (les lieux ; le vocabulaire ; les processus). Nécessité d'une explicitation avec un vocabulaire adapté.
Activités des IC	L'expertise	5 formes principales ont été retrouvées : 1) administrative : collecte des données : examens, compte-rendus, programmation des rendez-vous 2) de gestion/coordination avec les médecins et les autres professionnels, programmation des hospitalisations 3) conseils aux patients en lien avec leur traitement (expertise) 4) <i>counseling</i> aux patients et entourage 5) de relation aux patients et leur entourage (<i>caring</i>). Auto-organisées sous forme d'une mission avec des enjeux de qualité très forte
Affects des IC	Sentiments + et -	Les IC ressentent davantage de sentiment d'utilité dans leur fonction que dans un rôle d'infirmière classique Mais aussi un sentiment d'insécurité du fait que leur statut n'est pas encore formalisé. Leur fonction pourrait être menacée. Elles éprouvent une insatisfaction à devoir assurer des tâches administratives qui relèvent, selon elles, d'une autre fonction (secrétariat surtout).
Qualités des IC	Engagement	Intense, conscient, et multidimensionnel : dans l'organisationnel ; dans le relationnel ; dans leur contribution à la réussite du projet médical.

infirmières participe à ces consultations, l'une d'elle a décidé de ne plus assister à ces consultations car elle estime que la « valeur ajoutée » à ce temps n'est pas probante et elle préfère le consacrer à ses autres activités, comme ses consultations infirmières où elle est en lien direct avec sa patientèle. Le temps estimé à cette activité représente 20%. Les consultations amènent le cas échéant vers des demandes d'examen complémentaires, des hospitalisations. C'est l'IC qui coordonne directement cette phase.

En troisième lieu, il y a le temps consacré directement au patient. L'expertise de l'IC, dans le domaine de la pathologie, joue ici un rôle important. Elle consiste en conseils aux patients sur des questions soit directement liées à leurs symptômes : « j'ai tel symptôme (douleurs, fièvre, etc.), qu'est-ce que je dois faire? », soit liées au processus de prise en charge médicale dans lequel est impliqué le patient : « qu'est-ce qui va se passer concrètement pour moi? ». Le rôle des infirmières, le plus souvent, passe par une explicitation au patient de manière à lui rendre plus compréhensible le déroulement de sa prise en charge, qui on l'a vue, est le plus souvent au long cours. Comme le dit Mme M.- C., une patiente : « quand je vois un professeur, le plus souvent je ne comprends rien. Je ne comprends pas nécessairement ce qu'il me dit ». Il faut donc que l'IC puisse reformuler et prenne le temps de répondre aux questions des patients. Les entretiens montrent que cette activité est très valorisée par les IC.

L'expertise des infirmières leur permet d'aller jusqu'à des conseils dans la prescription de bilans complémentaires ou d'ajustements thérapeutiques, car aujourd'hui, les soins pour ces pathologies sont standardisés et se présentent sous forme de protocoles et les IC agissent en collaboration étroite avec les médecins du service.

Une quatrième forme consiste dans la prise en charge de la relation avec le patient en tant que personne ainsi que celle de son entourage. Il s'agit ici d'une écoute professionnelle où l'expertise continue de jouer un rôle (*counseling*). L'IC écoute l'expression des affects notamment, qui peuvent se manifester sous forme d'anxiété ou d'angoisse, de peurs. Il faut aussi parfois gérer les émotions des proches du patient (conjoint, enfants, parents, etc.).

Enfin, une dernière forme d'activité, assez singulière, probablement liée à la durée des prises en charge ainsi qu'au pronostic, le plus souvent vital, amène la patientèle vers un relationnel qui tire davantage vers une dimension personnelle. Les patientes surtout, mentionnent cet aspect. Peut-être parce que les IC sont, comme elles des femmes, et que le relationnel trouve un écho particulier. Dans ce relationnel, il n'est plus question de la pathologie, mais plutôt de la vie quotidienne. Cet aspect sera développé dans le chapitre suivant.

Ce temps d'activité, pour tout ce qui concerne la prise en charge directe du patient par l'IC, est évalué par certaines jusqu'à 60% (cas de l'IC de transplantation).

C'est dire son importance. Ainsi M.- C., patiente atteinte de CHC, depuis décédée, soulignait combien il était important pour elle d'avoir « une interlocutrice » fiable. C'est-à-dire d'une part, facilement joignable et, d'autre part dont les conseils sont jugés crédibles. Ce point revient souvent dans la parole des patients. Ils ont confiance dans le professionnalisme de l'infirmière praticienne qui les prend en charge. Ils lui reconnaissent un niveau d'expertise. Il est à noter que pour M.- C., « son » infirmière coordinatrice était avant tout « La » coordinatrice. Le fait qu'elle soit infirmière n'étant pas vécu comme primordial (elle ne connaissait pas sa qualification précise). Ce qui est mis en avant c'est, nous l'avons dit, la disponibilité et le niveau d'expertise à l'œuvre dans cette fonction.

Enfin, il faut mentionner que les IC déclarent un fort sentiment d'utilité à travers l'exercice de leur fonction, beaucoup plus que lorsqu'elles travaillaient dans les unités d'hospitalisation temps plein. Si certaines IC ont conscience de se sentir valorisées, cela n'est aujourd'hui que pur « éprouvé » car, ni leur statut, ni leur salaire n'ont fait l'objet d'aucune progression. Le seul changement consenti par l'administration a été de mentionner leur fonction de « coordinatrice » sur leur fiche de salaire et encore ce changement a eu lieu durant notre enquête. L'engagement de ces infirmières renvoie à l'aspect libidinal selon une lecture institutionnaliste voire « bourdieusienne », si l'on considère qu'il s'agit de la socialisation d'un investissement dans un champ, celui des soins médicaux, qui est en train de se moduler ou de s'aménager avec une place plus importante donnée à une catégorie d'infirmières.

Ce qui est remarquable c'est que la force instituante de la fonction d'IC a surtout reposé sur le corps médical. C'est lui qui est à l'origine de la nouvelle organisation des soins. C'est lui qui connaît le profil particulier pour le recrutement des IC. Les cadres de santé et l'administration hospitalière en général, ne semblent pas avoir été forcé de proposition dans tout ce processus.

Nous sommes donc bien, en ce moment, dans des phases importantes d'évolution institutionnelle où le local (notre service d'hépatologie) rejoint le global à travers les intentions de la politique de santé en France (Martin, 2006).

Un autre volet important de notre recherche, attendu dès la commande, était l'étude portant sur les représentations de la qualité des IC.

Les qualités des IC

Nous avons posé oralement et en recherchant la spontanéité, la question des qualités « attendues » chez une IC, aux médecins, aux infirmier(e)s non IC, aux IC elles-mêmes ainsi qu'aux patients. Les réponses devaient être constituées de mots plutôt que de phrases (voir Figure 1).

Le temps est le principal terme usité par les personnes interrogées. Il rend compte de la reconnaissance de la très grande disponibilité dont les IC font preuve par opposition aux médecins. Elles reconnaissent elles-mêmes ne pas « compter leur temps ». Les termes connaissances et savoirs sont aussi souvent cités, ils renvoient à la notion d'expertise des IC.

Si dans leurs réponses, les IC mettent l'accent sur leur fonction d'écoute/de réassurance et d'explicitation, les médecins quant à eux mettent en avant à la fois leur implication dans le projet médical, ce que l'on pourrait traduire par leur manifestation à participer à la volonté de guérir en tant que partenaire des médecins, et à la fois leur haute connaissance technique et leur expérience de terrain, qui les font reconnaître par le corps médical comme des expertes et dans lesquelles ils placent toute leur confiance. En terme institutionnaliste cela signifie que ces IC adhèrent à l'idéologie médicale et le montrent par leur investissement (*libido*) comme nous l'avons mentionné plus haut.

L'analyse des entretiens va souligner un autre aspect important de ces IC, notamment dans la qualité de leurs rapports aux patients.

Entretien n°1 – D. IC en transplantation :

- Q : quelles sont les qualités pour exercer la fonction d'IC?
- D : Quelqu'un qui a une grande écoute des personnes..., de la disponibilité. C'est être capable d'entendre ce que l'autre veut me dire. Il y a quelque chose de plus important, que la personne n'ose pas dire tout de suite. Ma technique est de faire pauser cette personne de manière à aller plus profond dans cette relation. C'est important, parce que c'est souvent des patients très stressés, après le coup de massue où ils apprennent qu'ils doivent être greffés. Avec le médecin tout va toujours bien. Pour moi c'est important qu'ils se sentent pris en mains, accompagnés.
- Q : Quels sont les moments qui vous ont le plus marqué?
- D : C'est surtout au départ. J'étais seule. J'avais en charge les patients et leur famille. Le cas qui m'a le plus marqué c'est le cas d'un patient jeune qui était en attente et la famille qui venait me voir et qui me disait « faites quelque chose, ne le laissez pas mourir », je n'étais pas du tout formée à entendre cela, me dire « d'accélérer la greffe! » Et puis je me suis effondrée devant la famille. Là, c'est la famille qui m'a aidée « on ne se rendait pas compte que cela vous touchait autant. »

Les patients, quant à eux, soulignent surtout l'aspect proximité et la disponibilité : « Elle est gentille, avenante, souriante ». « Elle nous rassure, nous motive même ». « Elles nous soutiennent énormément ». « Elles savent dire les mots qu'il faut », « Nous savons que nous pouvons les appeler, elles sont facilement

joignables ». Après plusieurs années de suivi, il arrive que des patients appellent leur « coordinatrice » par leur prénom, l’embrasse. Ces dernières reçoivent parfois des cadeaux, voire des invitations à rejoindre le cercle familial (devenir marraine du dernier né) ou de manière plus dramatique assister à l’enterrement d’un patient, ce qu’il faut comprendre comme des signes de reconnaissance en écho de l’investissement ressenti. Il faut ici rappeler que les pathologies prises en charge sont des maladies très graves, avec parfois un pronostic vital engagé pour soi ou pour sa femme, son mari, son enfant.

Quand on pose la question des compétences de ces infirmières aux patients, il semble que cela aille de soi, du fait que ces infirmières sont vues comme « faisant partie du personnel hospitalier », « collaboratrices du médecin praticien hospitalier » que ces patients consultent. Mais aussi du fait que les réponses qu’elles apportent sont jugées crédibles. Selon l’expression d’un patient, elles représentent un « docteur en second ».

Entretien n°2 - M.-C. Patiente :

- Q : Et vous, cela vous arrive d’appeler l’infirmière coordinatrice?
- M.- C. : Je l’appelle aussi bien pour la prise de médicaments, comme là, j’avais vraiment très mal et le médecin m’avait dit de ne pas abuser des médicaments, j’hésite à appeler le médecin alors j’appelle N [IC]. Elle, elle se renseigne et elle me rappelle. C’est pour ça que je dis que c’est un lien.
- Q : Vous aviez un grand sourire quand vous avez dit: « je l’appelle ».
- M.- C. : Ben oui, j’ai un grand sourire parce que je l’appelle, j’ai une interlocutrice, j’ai quelqu’un. Si vous voulez, c’était en période de Noël et j’ai téléphoné à un des médecins et ça été quand même compliqué à parler avec. Il fallait que je rappelle parce qu’il n’était pas là. Et c’est normal quoi, parce qu’il y a énormément de patients. De pouvoir laisser un message en direct à quelqu’un et que l’on vous rappelle, je trouve que c’est très important...surtout quand on se sent mal...parce qu’à l’hôpital c’est différent, on est entouré, on n’a pas..., je pense personnellement pas avoir le même mal à l’hôpital que chez moi. Chez moi, je suis plus inquiète peut-être, plus peureuse.

Les infirmiers non-IC, de l’équipe, les considèrent comme des expertes qui peuvent leur donner des conseils. Ce sont d’ailleurs elles qui préparent, avec les équipes infirmières, les hospitalisations programmées. Et l’efficacité est au rendez-vous depuis l’instauration des IC : le nombre de patients perdus de vue dans la file active est descendu à 4%, ce qui statistiquement est très peu, quelle que soit la file active de patients considérée.

L’implication des IC se situe donc principalement dans 3 domaines : la compétence technique, le relationnel et enfin dans l’engagement pour la réussite du

projet médical du service, et ce, de manière intense et constante. C'est cet engagement « en acte » qui est reconnu et extrêmement valorisé par les patients comme par les médecins.

Entretien n° 3 - Dr G. hépatologue :

- Q : Est-ce que vous travaillez avec les infirmières coordinatrices?
- R : Heureusement qu'elles sont là, vous pouvez enregistrer!
- Q : Pouvez-vous m'expliquer comment cela se déroule?
- Mail, téléphone, y compris leur propre portable et le mien. Je n'ai pas d'autres moyens de les joindre ou leur 5347 (leur DCT) c'est fondamental pour quelqu'un comme moi qui ne suis pas sur place. Parce que je suis hépato dans un service de maladie infectieuse. En cas de nodule j'envoie à la greffe ou à l'hépato vasculaire. Je travaille avec les trois coordinations (greffe, carcinome hépato-cellulaire, vasculaire); c'est plus compliqué quand c'est par les docteurs. C'est un constat.

Discussion

C'est principalement la question de l'investissement de ces IC qui sera l'objet de cette discussion. Il y a en effet plusieurs lectures possibles de celui-ci en fonction de la référence théorique que l'on utilise. Ces lectures n'étant pas contradictoires.

Il a déjà été évoqué la question de l'investissement sous sa forme sociologique avec le terme de *libido* (Bourdieu, 1994) qui a l'avantage de souligner comment l'entrée dans un champ, ici purement médical, ne peut se réaliser très probablement que sous cette dimension et par l'adhésion à l'idéologique de ce même champ que l'on pourrait définir comme « la volonté de guérir, *le cure* ». Mais on le retrouve également dans le champ des sciences infirmières avec la notion de *caring* (Cara & O'Reilly, 2008; Leninger, 1969; Watson, 2012) qui concerne la prise en charge infirmière de la personne malade. La notion d'engagement (*commitment*) est reconnue comme un des six items du *caring* selon Roach (2002), qui montre que ce champ des soins requiert également un investissement personnel très fort dont l'idéologie est ici « la volonté de prendre soin, le *care* ».

Il faut souligner que cette pensée du *care* a émergé dans les pays anglo-saxons où la profession infirmière est depuis près d'un siècle, affirmée comme un champ spécifique et avec une certaine autonomie face au champ médical.

Mais, dans les deux cas, l'engagement semble une pierre angulaire qui donne une légitimité soit à l'existence d'un champ, soit d'en faire partie. Et ils semblent que les IC se situent dans ces deux champs. Au final, il apparaît que ce dispositif instituant de la fonction d'IC permet de maintenir une place au *care* dans un *cure* médical hyper-spécialisé.

Concernant cette « ouverture » du champ médical au champ infirmier, il est à noter qu'il est tout relatif et que ces champs, dans l'histoire n'ont cessé de redéfinir leurs contours. De plus, ce n'est évidemment qu'une toute petite partie du champ médical qui est concernée et, si cette forme instituante de la fonction infirmière a pu émerger, c'est grâce à l'initiative des plus hautes autorités de ce champ, de son aristocratie, et par conséquent, que les rapports de domination restent inchangés.

Enfin, une lecture psychologique de la fonction d'IC montre que le concept d'implication, telle que proposée par Michel Lobrot (Morvillers, 2005), peut s'appliquer ici dans le sens où nous retrouvons ses trois items principaux à savoir a) le plan affectif des IC est directement sollicité (voir entretien n°1); b) il y a une dimension légèrement obsessionnelle, dans le sens de la préoccupation, du temps important qui est consacré à la fonction (voir nuage de mots) et c) quand cette fonction amène à interagir de manière très fréquente avec l'objet de la fonction, à savoir la prise en charge des patients (voir entretien n°3).

Nous avons pu percevoir, car cela n'a jamais été directement affirmé (peut-être parce que pas conscientisé), que cette implication fait partie des critères non visibles, mais recherchés lors des recrutements des IC, par le corps médical.

Limites de la recherche

Cette recherche, du fait qu'elle soit monocentrique, du fait également du contexte de la commande, pose la question de la transférabilité de ses résultats. Une étude sur d'autres services avec une organisation équivalente pourrait nous montrer si nous sommes dans un « effet » service ou bien si cela concerne directement la « fonction » d'IC. Enfin, le *caring* et l'implication sont deux concepts dont il faudrait clarifier les rapports.

Conclusion

Cette fonction particulière de coordination en hépatologie est née du terrain, de la volonté des médecins, du service que nous avons étudié. Pour ce faire, ces derniers ont dû changer le paradigme de prise en charge hospitalière. En cela, ils se sont montrés comme force instituante au sein de l'hôpital. Face à leur proposition, ils ont trouvé des infirmières prêtes à assumer leurs nouvelles fonctions et leurs nouvelles responsabilités. Elles répondent depuis plusieurs années maintenant aux besoins de soins en hépatologie pour une population cible, de plus en plus importante, et qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire très organisée et néanmoins, qui devait garder sa dimension humaine. C'est cette dernière que préserve la fonction d'IC.

L'engagement personnel et professionnel, l'implication de ces infirmières, est un facteur clef dans la réussite et la mise en place de ce nouveau paradigme soignant.

Note

¹ Dans l'unité de soin étudiée les IC sont toutes des femmes.

Références

- Beaud, S., & Weber, F. (2010). *Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques*. Paris : La Découverte.
- Bonnel, G. (2014). Evolvement of french advanced practice nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 26(4), 207-219.
- Bourdieu, P. (1994). *Raisons pratiques*. Paris : Seuil.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du *human caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95, 37-45.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2010). *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*. Paris : Armand Colin.
- Kaufman, J.- C. (2004). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Lapassade, G. (1991). *L'ethnosociologie : les sources anglo-saxonnes*. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Leninger, M.- M. (1969). Ethnoscience a peomising research approach to improve nursing practice. *The Journal of Nursing Scholarship*, 3(1), 2-8.
- Lim, C., Goutté, N., Gervais, A., Vullierme, M.- P., Valla, D. C., Degos, F., & Farges, O. (2012). Standardized care management ensures similar survival rates in HIV-positive and HIV-negative patients with hepatocellular carcinoma. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 61(5), 581-587.
- Lourau, R. (1971). *L'analyse institutionnelle*. Paris : Éditions de Minuit.
- Martin, J.- Y. (2006). Une géographie critique de l'espace du quotidien. L'actualité mondialisée de la pensée spatiale d'Henri Lefebvre. Article. *Journal of Urban Research*, 2. Repéré à <http://articulo.revues.org/897>.
- Mohamed, & Catani, M. (1973). *Journal de Mohamed. Un Algérien en France parmi huit cent mille autres*. Paris : Stock.
- Morvillers, J.- M. (2005). *Le journal d'exploration. Transductions*. Saint-Denis : AISF.
- Morvillers, J.- M., & Lobrot, M. (2013). *L'impact de l'implication : importance de l'engagement de soi dans l'exercice soignant et le développement de la personne. Sciences du soin*. Paris : De Boeck-Estem.

Roach, M. S. (2002). *Caring, the human mode of being : a blueprint for the health professions*. Ottawa : CHA Press.

Watson, J. (2012). *Human caring science : a theory of nursing*. Sudbury, MA : Jones & Bartlett Learning.

Jean-Manuel Morvillers, docteur en Sciences de l'éducation, cadre supérieur de santé à l'EPS Maison Blanche, chercheur associé à l'Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité, Chaire Recherche sciences infirmières, Laboratoire éducations et pratiques de santé (LEPS), (EA 3412), UFR SMBH, F-93017, Bobigny, France; membre du Résidoc. Ses thèmes de recherche concernent le soin, la psychiatrie et la santé mentale, l'implication.

Nathalie Goutté, Infirmière, doctorante en épidémiologie, Hôpital Beaujon AP-HP, université Paris VII, INSERM U773, membre du Résidoc.