

Réflexivité et formation soignante

L'apport de l'anthropologie dans les formations soignantes apparaît bien souvent insignifiant. Cependant, les étudiants, en grande partie formés au travers de leurs expériences en milieu hospitalier, ont besoin d'outils pour aborder leur pratique de façon réflexive.

Catherine Thomas
Anthropologue

EN tant qu'anthropologue, j'enseigne les sciences humaines et sociales, et plus particulièrement l'anthropologie de la santé à de futurs professionnels de santé : infirmier·e·s, sages-femmes, assistant·e·s de soin en gérontologie.

Les retours divers qui m'ont été faits à ce sujet sont, semble-t-il, révélateurs de la disparité des programmes proposés dans les formations de santé en France. En effet, la place offerte aux sciences humaines et sociales dans ces filières est assez hétérogène et reflète peut-être en partie le degré d'intérêt des formateurs pour l'intégration d'un savoir pluridisciplinaire extérieur à leur pratique (Girier, 2012).

Du côté des cadres-formateurs rencontrés, beaucoup sont enthousiastes à l'idée d'apporter des outils de réflexion et d'analyse supplémentaires à leurs étudiants : « L'objectif, c'est de les aider à élaborer une pensée critique sur la pratique, de leur donner une ouverture d'esprit ». Parmi les professionnels de santé, les avis sont variés, parfois empreints de curiosité, parfois d'incompréhension : « De l'anthropologie ? Et vous leur parlez de quoi ? », « Mais vous n'êtes pas vous-même de la santé ? ». Ces interactions amènent à se reposer la question de sa propre légitimité sur ce terrain.

L'apport théorique aux étudiants

Dans certaines filières, on peut noter une méconnaissance de la part des étudiants concernant l'histoire de leur profession.

Dans le cas des étudiantes sages-femmes, les grandes étapes qui jalonnent l'histoire de la naissance en France, de la professionnalisation à la standardisation de l'accouchement en structure, en passant par la psychoprophylaxie, les cliniques ouvertes, l'hypermédicalisation systématique, sont ignorées.

Ce faisant, l'état actuel de la théorie et de la pratique leur apparaît comme un ensemble de données atemporel, non identifié comme le fruit d'une longue évolution des pratiques et de politiques de santé successives qui ont imposé une certaine forme de prise en charge uniformisée. Conséquemment, les demandes des femmes pour une démedicalisation peuvent être considérées comme un phénomène « nouveau », re-

mettant en question les avancées techniques, présentées par leur formation comme plus sécuritaires. L'enseignement proposé permet de réintégrer la pratique contemporaine de l'obstétrique dans le continuum d'une histoire globale de la naissance façonnée d'évolutions, de dominations réelles et symboliques, d'idéologies biomédicales et féministes et de revendications socioprofessionnelles.

Cependant, peu d'écoles apportent ce type d'éclairage. Dans l'ensemble des filières, les interventions qui semblent particulièrement appréciées sont celles qui abordent la transculturalité dans les soins. En effet, les étudiants sont « confrontés » à une patientèle multiculturelle et livrent des « rapports d'étonnements » sur des questions de communication, de refus de soin ou leurs soucis de « bien faire » avec des patients de cultures autres. Loin de vouloir « apporter des recettes », comme le soulignait déjà Françoise Loux, l'anthropologie met à disposition des outils d'observation, de compréhension, d'analyse. Il s'agit avant tout de se rapprocher du vécu et du point de vue des patients, tous plus ou moins étrangers au monde hospitalier et ce quelle que soit leur culture. Pour cela, il est nécessaire de prendre conscience de son propre habitus, des processus de socialisation, de catégorisation qui fondent notre regard sur « l'autre ». Comme le développe avec justesse Zahia Kessar, dans un article intitulé « La formation en anthropologie à l'hôpital », les difficultés relationnelles sont plus majoritairement dues à la présence de préjugés qu'à l'absence de savoirs relatifs à la culture de l'autre. De plus, le manque de temps à consacrer à la relation et à l'écoute des patient·e·s renforce les incompréhensions, les malentendus, trop souvent relégués à une problématique « culturelle » lorsqu'elle est avant tout individuelle.

Un regard réflexif sur sa pratique

En plus des cours magistraux, je suis amenée à encadrer des travaux dirigés dans lesquels j'accompagne les étudiant·e·s pour des analyses de situation de soins, à partir de cas vécus lors de leurs stages. Il s'agit ici de se décentrer, de revenir sur une situation, une rencontre, un étonnement ou une incompréhension. Certains abordent, de façon plus ou moins directe,

l'impact des conditions de travail sur la prise en charge des patients. Maxime, étudiant en première année en soins infirmiers, tente de saisir les enjeux de la relation entre le soignant, un patient et un tiers accompagnant dans un contexte d'urgence. Une nuit, laissé seul quelques instants dans le service où il effectuait son stage, Maxime est interpellé par un jeune homme dont le père est pris de douleur à la poitrine et n'arrive plus à s'exprimer distinctement. « L'interne avait été appelé pour une autre urgence, je me suis retrouvé seul avec le patient et son fils qui, paniqué, commençait à s'énerver. » Le temps qu'une infirmière arrive, cet étudiant a géré la situation au mieux malgré son manque d'assurance et sa propre inquiétude. Il a choisi de traiter l'aspect « formateur » de cet événement. Cependant, il laisse à voir un stagiaire, de première année en soins infirmiers, seul face à une situation qui le dépasse, dans un service où le manque de personnel est flagrant. Nombreux sont ceux qui relatent des situations de refus de soins, notamment dans des contextes de « démence ». Certain·e·s étudiant·e·s interrogent dans ce cas la frontière entre bienveillance et maltraitance dans les soins : « la patiente refusait la toilette [...] Elles se sont mises à deux pour la tenir » ; ici c'est l'écart entre la théorie transmise lors de la formation : « il faut respecter la volonté des résidents » ; et les discours entendus sur le terrain : « c'est pour son bien », qui nourrit les questionnements de ces futur·e·s soignant·e·s. Nous abordons alors le processus de professionnalisation au travers duquel l'idéal professionnel se confronte avec la réalité des conditions de travail et les outils nécessaires à l'évolution des pratiques.

L'analyse de ces situations laisse apparaître également leurs difficultés d'évaluation du consentement libre et éclairé : « Ensuite Mme D. s'est calmée et elle semblait satisfaite. L'infirmière m'a dit que la prochaine fois, je devais lui faire la toilette même en cas de refus » ; « dans les cas de démence, les patients sont-ils en mesure de savoir ce qui est bon pour eux ? ». En mobilisant les concepts abordés en cours, au sujet du corps, de la douleur, des représentations de la santé et de la maladie, les travaux se construisent, dans une approche à la fois phénoménologique et réflexive, autour de la subjectivité et de la singularité de chaque situation. Partant de leurs observations, de leurs ressentis, les étudiant·e·s approfondissent leurs réflexions et leurs recherches sur la relation soignant-soigné, sur le patient objet et/ou sujet de soins.

...
 Nous abordons alors le processus de professionnalisation au travers duquel l'idéal professionnel se confronte avec la réalité des conditions de travail et les outils nécessaires à l'évolution des pratiques.
 ■ ■ ■

L'anthropologie contributive

Pour l'anthropologie, « la santé constitue toujours un objet privilégié pour investir la réflexion philosophique sur l'humanité, le sens de la vie, les valeurs éthiques profondes sur lesquelles reposent les rapports sociaux dans un contexte de diversité culturelle. » (Massé, 2010). Réciproquement, l'approche anthropologique, à l'écoute de toutes les manifestations des individus, considérant « les interactions continues entre (les) dimensions biologique et politique, sociale et symbolique » (Bibeau, 2010) ouvre un espace de dialogue, de collaboration entre les chercheurs en sciences humaines et les professionnels de santé. Le croisement des regards sur l'humain et sur le soin contribuant à l'introspection nécessaire du système de santé.

L'enseignement de l'anthropologie dans les formations de la santé permet de prendre en considération les interpellations des étudiants, de les accompagner « de l'angoisse à la méthode » par le décentrage préconisé par Georges Devereux, en leur donnant des outils, non seulement d'analyse du social, mais également de leur propre positionnement personnel et professionnel. Évoquer avec eux l'évolution de leur formation, les recherches et les réflexions qui ont alimenté leur corps professionnel depuis ses débuts leur permet d'appréhender autrement les débats qui animent leurs aînés. Aiguiser son regard critique, s'autoriser à remettre en question l'organisation et la protocolisation des soins, se questionner sur le sens de la pratique, sont autant d'éléments, pouvant être discutés par le prisme de cet enseignement, qui participent à la construction de l'identité professionnelle des futurs soignants. Enfin, questionner la place qui est faite à cette discipline dans les formations, peut éclairer les considérations entourant la santé et le soin dans un univers professionnel en recherche d'outils de réflexion et de diversification des pratiques. ✍

Références

- G. Bibeau, « Quel humanisme pour notre âge biotechnologique ? », *Anthropologie et santé*, 2010.
- A. Girier (sous la direction de), *Les professionnels à la rencontre de la sociologie*, L'Harmattan, 2012.
- Z. Kessar, « La formation en anthropologie à l'hôpital », *Hommes et Migrations*, n° 1225, mai-juin 2000. Santé, le traitement de la différence, p. 112-117.
- R. Massé, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé », *Anthropologie et santé*, 2010.
- F. Loux, *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Inter Éditions, 1983.