



Personnel soignant et patients précarisés : à quand une formation de terrain ?

On le sait, les personnes qui vivent la pauvreté ont en moyenne une moins bonne santé que le reste de la population. Par conséquent, elles sont plus fréquemment que les autres amenées à rencontrer des professionnels de la santé, que ce soit en consultation ou à l'hôpital. Le plus souvent, elles ont affaire à des hommes et des femmes de bonne volonté, mais que leur formation n'a pas préparés à comprendre des situations de vie bien éloignées des leurs. Une lacune qui engendre de l'incompréhension et peut aller jusqu'à compromettre la guérison.

Dans notre pays, infirmières, médecins, kinésithérapeutes,... reçoivent une formation de qualité.

La Belgique peut se réjouir de former et de posséder des professionnels de la santé qui comptent parmi les meilleurs au monde... mais qu'est-ce que cela veut dire exactement ? Les connaissances théoriques et techniques transmises dans nos universités, nos écoles supérieures et nos écoles techniques sont de grande qualité. La formation d'infirmière graduée¹, par exemple, est la plus exigeante d'Europe. Celle d'infirmière brevetée², tant remise en question chez nous, correspond en réalité à la majorité des formations infirmières en Europe.

Mais cette formation, si elle pousse très loin les connaissances techniques et théoriques, est-elle pour autant suffisante ? Quel type de soignants forme-t-on réellement ? Etre soignant, c'est avoir affaire non seulement à des corps malades, mais aussi à des personnes qui vivent dans un contexte particulier : aisance ou précarité financière, niveau d'instruction élevé ou illettrisme, entourage familial présent ou solitude, culture belge ou étrangère,...

Il ne s'agit pas d'infantiliser ni de déresponsabiliser les patients qui seraient moins favorisés. Pour qu'une relation thérapeutique soit réussie et donc efficace, il faut que chacun se sente respecté, compris, impliqué dans le processus de guérison. Pour cela, quand le fossé social ou culturel est grand, chacun doit, dans toute la mesure de ses possibilités, faire un pas vers l'autre pour tenter de se mettre « sur la même longueur d'onde ».

Entrer dans une autre logique

Les soignants devraient ainsi être à même d'entrer dans l'univers du patient, de comprendre ses préoccupations, ses contraintes, ses atouts et ses limites. Sinon, un

¹ Enseignement supérieur non universitaire, 3 ans, donnant accès à une spécialisation.

² Enseignement supérieur accessible à partir du secondaire supérieur professionnel. Formation axée surtout sur la pratique, ne donnant pas accès à une spécialisation ni à un emploi dans un service spécialisé.

mur d'incompréhension s'élèvera rapidement entre les deux, sapant la confiance réciproque, tellement nécessaire à la guérison. La difficulté de penser et agir en fonction du long terme quand on est en situation de survie perpétuelle, de prendre des médicaments régulièrement alors que l'on a l'esprit encombré par un tas de soucis urgents, de prendre un rendez-vous pour un contrôle dont le coût réduira d'autant le budget « nourriture »,... sont autant de sujets possibles de confrontation. S'il ne prend pas conscience de la réalité vécue par le patient, de sa conception de la maladie et de la santé, de ses priorités, le soignant aura tôt fait de taxer de négligence ou de mauvaise volonté des comportements qu'il ne comprend pas.

Mais comment un médecin, un(e) infirmier(e) ou un(e) kiné fraîchement diplômé(e) pourrait-il/elle faire spontanément cette démarche en n'ayant dans sa « boîte à outils » relationnelle que les références acquises dans son milieu d'origine, parfois bien éloigné des situations qu'il/elle sera amené(e) à rencontrer ?

Cette connaissance de la réalité vécue 'sur le terrain', c'est principalement en allant soigner les personnes à leur domicile qu'on peut l'acquérir. C'est là que l'on découvre les conditions de logement, le niveau de vie, le réseau relationnel du patient.

Formés loin du 'terrain'

Or, que constatons-nous ?

- ... que les médecins formés n'ont pas ou peu idée de ce qui se passe à domicile, des situations dans lesquelles vivent leurs patients. Ceux qui suivront une formation de généraliste le découvriront peu à peu au fil de leurs visites à domicile. Pour tous les autres, ceux qui restent à l'hôpital, la connaissance « du terrain » se limitera à ce qu'ils en savaient déjà avant, à partir des références familiales et sociales acquises hors du contexte des études.

- ... que les infirmières, les kinés... sont eux aussi quasi exclusivement formé(e)s à l'hôpital. Or, qui ressemble plus à un malade en pyjama qu'un autre malade en pyjama ? Les objets et les photos sur la table de nuit, la trousse de toilette, donnent bien quelque indication à qui veut bien les voir... Difficile dès lors, surtout lorsqu'on ne les a jamais côtoyés, d'imaginer une réalité quotidienne difficile, la précarité de certains, l'isolement, les problèmes financiers,. Comment alors entendre adéquatement les plaintes d'un malade et décoder ce qu'il veut dire ? Car le malade ne va pas livrer ses difficultés, au contraire. Pour les plus démunis, c'est un défi que d'apparaître à l'hôpital comme « tout le monde » ou comme ce qu'ils croient être ainsi : les serviettes sont neuves, le pyjama aussi... Difficile donc pour le personnel soignant de dépasser les apparences s'il n'y a pas été formé.

Comment dès lors apporter des soins de qualité centrés sur la personne, en fonction de sa situation et des conséquences futures des soins apportés ? Comment tenir compte des situations individuelles pour éviter de créer des dettes qui aggraveront encore la précarité de certains malades, par exemple en limitant les soins non remboursés et les examens qui ne sont pas indispensables ?

Notre enseignement est, comme partout, basé sur deux grands types d'apprentissages :

- les matières théoriques apprises au cours : elles consistent essentiellement en notions d'anatomie, de physiologie, de pathologie, de sciences, de théories de soins,... L'analyse sociologique est souvent réduite à un petit cours considéré par les étudiants comme peu important, d'autant plus qu'il ne représente pas à lui seul une barrière à la réussite, sauf dans les formations d'infirmière sociale, d'infirmière brevetée en santé mentale, d'aide familiale, etc.
- l'enseignement pratique au chevet de malades : les stages se passent quasi exclusivement à l'hôpital et ce dans toutes les formations supérieures et universitaires. Les quelques stages dits « extrahospitaliers » sont le plus souvent des stages en institution, excepté un stage à domicile sur l'ensemble de la formation pour les infirmières graduées et un stage chez un généraliste pour les médecins... s'ils se dirigent vers la médecine générale ! Pour tous les autres qui se dirigent vers une spécialité et un travail hospitalier, aucun stage à domicile n'est prévu.

De façon étonnante, les formations plus techniques (que l'on pourrait considérer moins poussées) comme celle d'infirmières brevetées, d'aide-soignante, sont celles qui procurent une meilleure connaissance de la réalité du terrain, de la situation de vie des personnes soignées, tout simplement. En effet, une partie significative des stages qui y sont proposés se passe hors de l'hôpital.

La formation devrait donc être beaucoup plus proche du contexte du malade pour tenir compte réellement de son environnement.

Pour cela, il faudrait :

- développer des cours de sociologie et d'anthropologie qui présentent les différentes « cultures et sous-cultures » présentes chez nous, les différents contextes de vie dans lesquels se retrouvent les malades... Ces cours devraient être accompagnés de débats en fonction de situations vécues en stages pour approfondir l'analyse de cas pratiques et développer la capacité de soigner de façon individualisée, la capacité de développer de la compassion pour l'autre, « ce malade que je prends en charge et qui est aussi totalement à ma merci, surtout à l'hôpital ! »
- inclure systématiquement, dans le programme de stages, une pratique à domicile et cela pour toutes les formations médicales et paramédicales. Ces stages devraient être suivis par des maîtres de stages au même titre que les stages hospitaliers. Ils devraient avoir lieu plusieurs fois sur la durée de la formation et être répartis sur plusieurs années.
- faire prendre conscience aux étudiants du coût des soins et des traitements – préventifs, curatifs, palliatifs – et de ce que cela représente dans le budget d'un allocataire social ou d'un ménage à revenus modestes.

- faire en sorte que la formation donnée vise à soigner non pas un malade (résoudre un problème) hors de son contexte mais dans son contexte. Cela induit qu'il faudrait d'emblée tenir compte de ce contexte et l'inclure dans « les soins ». Faire participer la famille, traiter le milieu s'il n'est pas adéquat... et pour cela travailler en équipe pluridisciplinaire : médicale, paramédicale, sociale - équipe dont doivent faire partie le malade et sa famille. Le malade vu comme un sujet et non plus comme « l'objet de mes soins ».

Christine Dubois,
Vivre Ensemble Education
Décembre 2008