

Les principaux changements dans la profession infirmière depuis vingt ans.

Propos d'infirmières

Fabienne Midy

Juin 2003

Mémoire dans le cadre d'une formation en sociologie.

N'ayant pas suivi les procédures de relecture et de validation en vigueur dans l'institution, ce document ne reflète que l'opinion de son auteur et ne saurait engager le CREDES.

Introduction	3
Caractéristiques des professionnels interrogés	3
Les questions de l'entretien	4
L'amélioration du matériel et des techniques de soin a apporté un plus grand confort pour le professionnel et une meilleure qualité des soins pour le patient	4
Le premier progrès concerne l'utilisation d'un matériel stérile et jetable, qui a permis un gain de temps considérable en supprimant les procédés de stérilisation	5
Le second progrès concerne le matériel de manutention (lits électriques) et de prévention (matelas anti-escarres) qui permet d'offrir des soins de meilleure qualité, tout en soulageant l'infirmière de tâches physiques lourdes	5
Le troisième progrès concerne les technologies nouvelles, qui ont permis d'automatiser et de sécuriser certains actes	5
La réduction des durées de séjour hospitaliers, le manque d'effectifs et l'augmentation du travail administratif, ont au contraire pesé sur la charge de travail	6
Les durées de séjour sont réduites	6
Il existe une pénurie de professionnels infirmiers	7
Les procédures écrites ont été développées : contrainte ou progrès ?	8
Les rapports avec les autres professionnels ont-ils évolué ?	9
Le premier type de discours continue de décrire un défaut de reconnaissance de la part des médecins	9
Le second type de discours reconnaît une dynamique de changement dans les mentalités	10
Le troisième type de discours inscrit l'infirmière dans un rôle de collaboratrice, et le soin dans une perspective collective	10
Le travail avec les aides-soignantes est par contre peu évoqué	11
Le rôle infirmier : comment a-t-il évolué ?	12
Un premier point de vue : une profession à fort degré de technicité et qui se spécialise	12
Un second point de vue : un recentrage sur le patient	13

Quelle vision de l'avenir ont les infirmières ? _____	13
Le pessimisme est généralement lié à une fragilisation ressentie de l'identité de la profession ____	14
L'optimisme est généralement lié au sentiment inverse que l'identité propre de l'infirmière est reconnue _____	15
Les spécificités de l'activité en libéral _____	17
La prise en charge du patient est ressentie comme différente par les infirmières qui travaillent en libéral _____	17
La rémunération est différente _____	17
L'organisation de la prise en charge de la dépendance à domicile cristallise tous les espoirs et toutes les peurs pour la profession _____	18
Conclusion _____	20

Introduction

Ce document analyse les propos recueillis par Lidy Arslan et publiés dans l'ouvrage «*Les infirmières* », collection *Si c'était à refaire*, éditions Seli Arslan, 2002, Paris.

L'ouvrage restitue des entretiens réalisés auprès d'infirmiers et infirmières libéraux ou hospitaliers. A partir de ce matériau brut, nous proposons une analyse transversale et thématique des propos tenus par les professionnels interviewés.

Effectifs infirmiers en France

	Source	Date	Effectifs
Effectifs totaux	ADELI	2002	410 859
Effectif libéraux	SNIR	2001	48 575

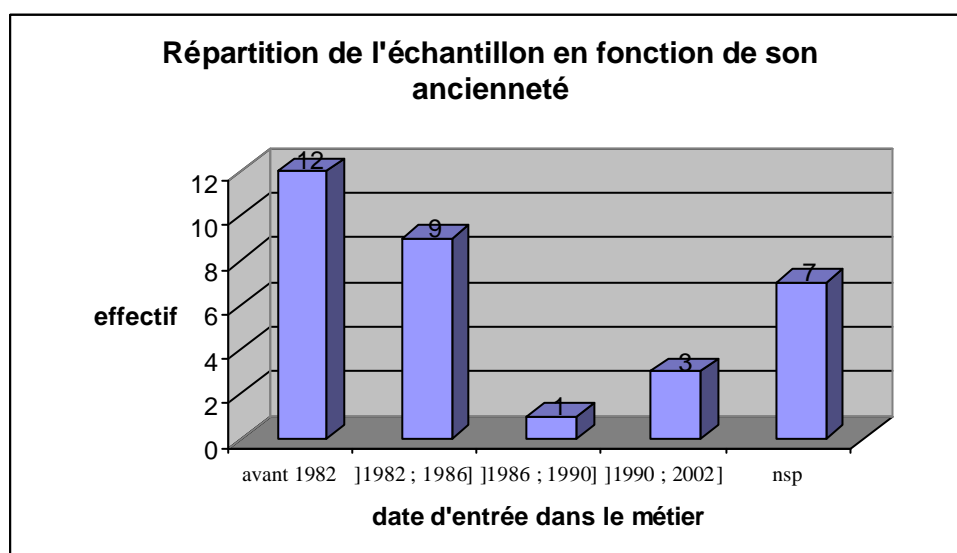
Source : Eco-Santé 2002

Caractéristiques des professionnels interrogés

L'ouvrage offre un échantillon de 36 témoignages, dont trois infirmières travaillant à l'étranger¹. Sur les 33 témoignages analysés, on compte 6 hommes (18%), ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale d'environ 15%.

Les infirmiers libéraux sont peu représentés ; trois infirmiers ont une activité libérale dont un à mi-temps, son autre mi-temps étant dispensé à l'hôpital. Parmi les infirmiers hospitaliers, la moitié sont cadres (12). Plusieurs spécialités sont représentées : infirmières scolaires, infirmières puéricultrices, infirmiers psychiatriques. On trouve également une directrice de maison de retraite, une directrice d'un service de soins infirmiers à domicile, et une infirmière devenue psychothérapeute.

La majorité des professionnels interviewés ont une longue expérience de la profession ; nous connaissons la date d'entrée dans un service hospitalier (quel que soit leur métier d'alors, 6 ont commencé comme agent hospitalier ou comme aide soignant.) pour 25 d'entre eux.



¹ Les entretiens menés auprès d'infirmières travaillant à l'étranger ne sont pas inclus dans l'analyse.

Les questions de l'entretien

Les questions portent sur le parcours professionnel de chacun avec les difficultés rencontrées, les bons et les mauvais souvenirs... Elles abordent également la question de la formation, de l'épuisement professionnel, ou de l'existence d'un parcours idéal. Comme l'indique le titre de ce papier, nous nous concentrerons ici sur ce qui touche les changements intervenus au cours de ces vingt dernières années.

« Dans la mesure où la formation a beaucoup changé, le rôle et la manière de travailler de certains ont aussi changé. De toutes façons, tout à changé : la médecine, les techniques, les prises en charge, la société. Les infirmières ont sans doute réfléchi au changement de la société, et elles l'on suivi » (p.265).

Nous décrivons successivement les changements que nous avons pu repérer dans les discours analysés : évolution du matériel et de la technologie, de la charge de travail, des rapports avec les médecins et avec les aides-soignantes, et du rôle infirmier. Nous verrons que certains de ces changements sont présentés comme apportant une amélioration pour le professionnel en facilitant par exemple certains soins ; d'autres, au contraire, sont vécus comme des contraintes.

Pour chacun des thèmes évoqués dans ce papier, nous avons retenu l'ensemble des citations qui s'y rattachent, en nous efforçant de présenter l'étendue des avis défendus.

Les extraits analysés peuvent à tort présenter la profession infirmière de manière extrêmement négative. Il ne s'agit en fait que d'un artefact. L'entretien posait explicitement la question des contraintes, alors qu'il n'y avait pas de question sur les avantages de la profession. Par contre, les infirmiers et infirmières interrogés ont raconté certains de leurs meilleurs moments. Cela permet de se rendre compte de la richesse et de la dimension humaine de ce métier.

Nous analyserons finalement les passages où les infirmiers et infirmières donnent leur avis sur l'avenir de la profession. Nous verrons que la plupart des infirmiers et infirmières interrogés ont une conscience aiguë des changements présents et à venir. Face à cette situation, certains sont pessimistes et d'autres optimistes.

Au fil de l'analyse, nous développerons la thèse selon laquelle, ces changements importants se traduisent par une interrogation profonde sur l'identité de la profession.

L'amélioration du matériel et des techniques de soin a apporté un plus grand confort pour le professionnel et une meilleure qualité des soins pour le patient

Une phrase, issue de l'entretien d'une infirmière diplômée en 1980, pourrait résumer ce point.

« En quinze ans, il y a eu une explosion technologique extraordinaire au niveau des soins qui a contribué à l'amélioration de certaines tâches très répétitives, très fastidieuses, que les soignants n'ont plus à faire aujourd'hui... » (p.30)

Le premier progrès concerne l'utilisation d'un matériel stérile et jetable, qui a permis un gain de temps considérable en supprimant les procédés de stérilisation

« Il y a eu les consommables, les jetables ; la facilitation des protocoles et de l'utilisation de certains antiseptiques. Tout ce qui est à usage unique est venu vraiment révolutionner le travail de l'infirmière au quotidien... (...) Il y avait notamment ces fameux tambours dans lesquels on mettait des compresses, (...) ; après la stérilisation, on devait vérifier, avec des réactifs si celle-ci avait fonctionné ou pas. Réaliser ce travail prenait un temps infini... Quand on allait faire un soin à un malade, on était obligé de prendre les compresses nécessaires avec la pince-langouette dans le gros tambour stérile. On ne pouvait pas partir à l'autre bout du service sans le tambour. Aujourd'hui, l'organisation du travail est bien différente ; quand l'infirmière arrive au chevet du patient, elle a un petit paquet de compresses dans une enveloppe stérile : elle en prend pas toute la quantité nécessaire pour le service. (...) Et puis, on prend moins de risque (avec les piqûres, tous les objets coupants...) ! Sur ce plan là, les techniques ont considérablement amélioré le travail au quotidien. » (p.30-31)

« Il y a trente ans, quand j'ai débuté : on pliait les compresses, on faisait des cylindres de compresses, on les stérilisait, on coupait des cotons, on faisait toute la stérilisation, alors que maintenant tout est à jeter et à usage unique » (p.218).

Le second progrès concerne le matériel de manutention (lits électriques) et de prévention (matelas anti-escarres) qui permet d'offrir des soins de meilleure qualité, tout en soulageant l'infirmière de tâches physiques lourdes

Cela permet aussi d'améliorer la qualité des soins offerts, comme le précise une infirmière, cadre dans un service de réadaptation.

« Je pense que nous avons bénéficié de grandes avancées au niveau du matériel de prévention, par exemple tout ce qui facilite la manutention ; nous avons aussi du matériel de prévention, comme le matelas anti-escarre, de nouveaux produits pour les pansements, etc. Tout cela est très très bénéfique pour la qualité des soins (p.166) ».

Le troisième progrès concerne les technologies nouvelles, qui ont permis d'automatiser et de sécuriser certains actes

« Les technologies nouvelles, les scopes, les appareils à dialyse, les scanners, l'imagerie, les diagnostiques qui sont faits aujourd'hui très rapidement et permettent de mettre en place des antibiothérapies, des traitements... : tout ça a une incidence directe sur les soins. Qu'il s'agisse des cathéters, des prélèvements veineux... » (p.30).

« Peut-être le matériel, qui est devenu beaucoup plus sophistiqué, aussi bien en réanimation qu'au bloc opératoire, et qui nous a facilité la vie, ne serait-ce que pour prendre la tension. C'est devenu plus simple : tout s'affiche sur un écran (p.66) ».

Tout cela concourt à une amélioration des conditions de travail.

« On a beaucoup progressé. (...) Je peux dire que nos conditions de travail sont tout à fait confortables » (p.101).

Le secteur libéral et le soin à domicile ont également bénéficié de l'amélioration du matériel. On a ainsi assisté ces dernières années au développement des alternatives à l'hospitalisation, ou à l'institutionnalisation, des personnes dépendantes et des patients souffrant de problèmes psychiatriques².

« Les avancées technologiques ont beaucoup apporté au travail. J'ai [vu] arriver les matelas anti-escarres, ce qui fait qu'actuellement je ne vois plus d'escarres parmi les gens que je soigne à domicile. (...) Ils ont aussi la possibilité d'avoir un lit électrique, ce qui facilite beaucoup notre vie et celle de la famille. (...) Il y a aussi tout ce qui existe dans le domaine des pansements proposés par les laboratoires. Le problème est qu'ils sont très mal remboursés » (p.75-76).

« Le matériel a beaucoup évolué, par exemple le matériel d'incontinence ; maintenant, pour la prise en charge à domicile, nous avons très facilement des lève-malades, des outils qui mettent en sécurité les gens et nous permettent à nous de ne pas nous user prématurément. Cela permet aussi d'accompagner longtemps à domicile des personnes qui deviennent très dépendantes : même une aide-soignante seule peut continuer la prise en charge » (p.123).

Concernant le maintien à domicile des personnes âgées, de nouveaux moyens ont été mis en place. Les lacunes évoquées concernent le financement de cette prise en charge, comme dans le témoignage précédent qui regrettait un remboursement insuffisant.

« Il y a une évolution dans les possibilités de prendre en charge des personnes à domicile. Comme elles sont de plus en plus solvables, différents moyens ont été mis en place – comme l'emploi familial ou le service mandataire – qui relevaient auparavant du rôle de l'aide ménagère classique et qui étaient pris en charge par les caisses de retraite. Mais ils ne présentent pas les mêmes avantages pour les salariés ni pour les personnes âgées, qui deviennent employeurs de leurs employés. La récente apparition de l'A.P.A. entraîne des mouvements de contestation dans ces services » (p.121).

La réduction des durées de séjour hospitalier, le manque d'effectifs et l'augmentation du travail administratif, ont au contraire pesé sur la charge de travail

Une infirmière, ayant principalement travaillé en bloc opératoire résume ainsi les contraintes nouvelles perçues par les infirmières.

« Beaucoup de choses ont changé (...) : le travail administratif a été augmenté en raison de la traçabilité ; les jours de présence des patients ont diminué, d'où un nombre d'entrées et de sorties difficile à gérer sans personnel supplémentaire ; puis il y a eu les 35 heures de nuit, qui ont augmenté notre amplitude horaire » (p.174).

Les durées de séjour sont réduites

La réduction des durées de séjour est une conséquence des progrès techniques opératoires, y compris l'anesthésie, et post-opératoires. Une infirmière évoque également des objectifs financiers : « Maintenant on nous parle de budget, on ne parle plus des patients (...) C'est la rentabilisation à tout prix » (p.213).

La conséquence d'une durée de séjour plus courte est un taux de rotation des patients plus important.

² Propos d'un cadre infirmier psychiatrique : « La plus belle chose que j'aie pu rencontrer, c'est la création, dans les années 80, de tout ce qui est alternatif à l'hospitalisation (p.116) »

« Certains services sont confrontés à des durées moyennes de séjour de plus en plus courtes (...) qui dit sortant dit entrant » (p.32).

Nicole Bénévise fait ainsi ce calcul : dans un service de 20/25 lits avec des durées moyennes de séjour de trois jours, l'infirmière s'occupe de 30/35 malades par jour.

Cela concourt à intensifier le travail de l'infirmière de deux manières : d'une part, les patients ne sont gardés que pendant la période aiguë, qui demande donc le plus de soins et de surveillance ; et d'autre part, cela multiplie le nombre d'entrées et de sorties, ce qui augmente le travail administratif.

« Les interventions très importantes de l'époque sont devenues quantité négligeable. On n'opère plus les mêmes choses. Il y a des choses que l'on n'opère plus du tout, on n'opère plus de la même façon, etc. ; la technique est extraordinaire. La médecine a également beaucoup changé. [Cela a changé le travail infirmier], par exemple, sur le plan technique, pour l'appendicite, les gens restaient dix-quinze jours. On avait le temps de faire connaissance. Il y avait deux-trois jours un peu lourds parce qu'il fallait surveiller la veille, le jour et le lendemain de l'opération, et après les choses suivaient leur cours. Maintenant, pour une appendicite, on reste hospitalisé trois jours. (...) La charge de travail est la même — au bout de trois jours, les gens s'en vont ; il faut à nouveau préparer le dossier, les mêmes examens, les mêmes surveillances pour d'autres patients. Donc, le travail administratif des transmissions a triplé ou quadruplé » (p.248).

Ce phénomène est présent également dans les services de réadaptation.

« Autrefois, nous avions les patients sur un laps de temps très long ; aujourd'hui, les patients sont pratiquement en phase aiguë, ce qui suppose qu'on s'adapte en permanence » (p.164).

Outre la charge de travail, la plus souvent évoquée par les infirmières interrogées, l'une d'elles évoque l'impact que cela peut avoir sur la manière dont on élabore la prise en charge des patients.

« Il va falloir apprendre à s'occuper différemment des patients ; comme les séjours sont de plus en plus courts, l'approche du patient va être différente » (p.213).

Il existe une pénurie de professionnels infirmiers

Parmi les contraintes, les problèmes d'effectifs que connaît actuellement la profession— 15 000 postes hospitaliers seraient actuellement vacants—, ajoutent à la charge de travail des infirmières présentes.

« Il me semble qu'on a des difficultés avec l'administration. (...) Je pense qu'ils nous comprennent, mais je ne sais pas s'ils ont les moyens de faire ce qui serait bien pour le patient. Les plus grosses difficultés sont tout de même liées au manque de personnel, au fait de pouvoir travailler dans de bonnes conditions » (p.59). Cela fait dire à cette infirmière, ancienne aide-soignante, que la principale contrainte du métier, c'est « surtout le manque de personnel (...) Cela signifie plus de pression parce qu'on est obligée d'être encore plus vigilante » (p.208).

Outre la pénurie, on voit au travers du prochain témoignage que le problème des effectifs se décline également en termes d'absentéisme et de difficultés à trouver des remplaçants.

« Le métier d'infirmière a beaucoup évolué. Je pense que les jeunes infirmières n'ont plus du tout la même perception des soins que celles qui sont arrivées il y a quinze-vingt ans. Les difficultés ne sont pas les mêmes. Nous avons un travail relativement confortable, même si à l'époque, nous protestions aussi ; mais les conditions de travail étaient à mon avis plus favorables que maintenant. Par exemple, nous étions beaucoup plus à l'aise sur le plan des effectifs, de l'absentéisme et du remplacement » (p.203).

Les 35 heures ont parfois été évoquées comme l'une des causes de cette surcharge de travail, mais assez peu (deux fois : par l'infirmière cadre en service de réadaptation et par l'infirmière conseillère technique en PMI).

« Depuis un ou deux ans, on est assommé par toutes sortes de réflexions, que l'on doit mener en même temps. On s'occupe de trop de dossiers ce qui nous empêche d'être sur le terrain : il y a le problème des trente-cinq heures, de l'organisation de la charge de travail, de l'accréditation » (p.162).

« Ce sont les trente-cinq heures. On a réduit la durée du temps de travail, mais on n'a pas fait d'embauches. Actuellement, les professionnelles sont de plus en plus poussées à accomplir des tâches, comme des bilans de santé, au détriment des visites à domicile et de tout ce qui concerne la naissance et la périnatalité » (p.196).

Les procédures écrites ont été développées : contrainte ou progrès ?

Lorsque les procédures écrites sont perçues de manière négative, c'est en premier lieu l'impression de perdre du temps qui est mise en avant. Selon une infirmière diplômée depuis 1973, le temps que les infirmières ont gagné grâce au matériel jetable et stérile, elles le perdent en procédures écrites.

« je crois que les infirmières passent [ce temps] en écriture, en remplissant des dossiers, à prouver ce qu'elles font. Nous avons beaucoup moins de temps d'écriture » (p.218). Or, selon une autre infirmière, ce temps devrait être consacré au patient. « L'administration est aussi une contrainte à mes yeux, parce que si le suivi du dossier du patient est nécessaire, il est quand même moins important que la présence auprès du patient » (p.150).

On voit par ailleurs dans le premier témoignage qu'il y a derrière cette procédure écrite un ressenti de la nécessité de se justifier, de devoir prouver quelque chose. On retrouve cette perception dans les deux témoignages suivants.

« Jusqu'à il y a quelques années, les infirmières faisaient leurs soins mais ne se justifiaient pas, elles n'écrivaient jamais. (...) chaque infirmière doit noter les soins qu'elle a faits, en précisant la date et l'heure, et elle doit s'identifier. (...) On nous bombarde de vigilance..., et on se demande combien de temps il nous reste à consacrer aux malades » (p.99).

« Maintenant, il y a une telle charge de travail, une telle charge de soins dans les services qu'on a l'impression qu'il faut que l'on prouve ce que l'on fait pour pouvoir avoir plus de personnel, et, surtout avoir plus de considération pour ce que l'on fait. Notre profession avait une tradition orale, alors que maintenant on nous demande de quantifier, de mesurer notre travail et de rendre des comptes. (...) Ce sont des choses qui prennent beaucoup de temps aux infirmières, au détriment du relationnel, du moins, c'est ce qu'elles disent toutes » (p.219).

Au contraire, certaines infirmières présentent ces procédures comme positives pour la profession.

« Il y a eu beaucoup de petits changements qui étaient nécessaires pour évoluer comme la mise en place de procédures et de protocoles écrits » (p.159).

En particulier, les deux témoignages suivants montrent que les procédures écrites, par la rigueur qu'elles imposent, ont permis à la profession de progresser dans sa dimension diagnostique. D'autant que cette évolution s'est accompagnée de la même formalisation au niveau de la formation.

« La réflexion à laquelle oblige les transmissions ciblées, les diagnostics infirmiers. (...) Ce sont de bons outils parce que les diagnostics infirmiers permettent de voir rapidement la problématique du patient, et que les transmissions ciblées donnent des transmissions concises et justes » (p.225).

« J'ai le sentiment que, par rapport à la prise de conscience du jugement clinique infirmier, des choses ont été formalisées au cours de ces dix dernières années au niveau de la formation des élèves infirmières, de la formation continue, de notre structure de pensée et du passage à l'écrit. On avance très doucement, mais je pense que l'on a fait un grand pas en avant » (p.256).

Les rapports avec les autres professionnels ont-ils évolué ?

L'essentiel des témoignages qui abordent les rapports avec d'autres catégories de professionnels susceptibles de prendre en charge le patient concerne les médecins. Toute l'histoire de la construction de la profession infirmière est marquée par la référence au monde médical. Longtemps perçues comme des exécutantes, elles n'ont eu de cesse de gagner leur indépendance, en particulier par le développement du rôle propre infirmier légalisé depuis 1978. Au travers des discours, les rapports entre les deux professionnels restent difficiles à définir : tout dépend des personnes et des services.

Le premier type de discours continue de décrire un défaut de reconnaissance de la part des médecins

Deux infirmières ne semblent pas croire à un changement dans les mentalités, au contraire.

« Je me dis que, si on a embauché des infirmières ne parlant pas notre langue, c'est qu'on a encore voulu prendre des gens techniquement performants, que notre rôle s'arrête encore et toujours là. Ca m'a mise en colère » (p.55).

« C'est difficile à une période où on sent bien que le pouvoir médical est en train de reprendre la main, dans un champ où il ne s'était pas du tout investi, la gériatrie, et où les infirmières se retrouvent reléguées à des fonctions plus ou moins d'exécution » (p.134).

Selon une infirmière de l'hospitalisation à domicile, les médecins supporteraient en effet mal la volonté des infirmières de s'imposer en tant que professionnelles autonomes du soin.

« Je crois (...) que les infirmières de l'HAD sont assez mal perçues par les médecins hospitaliers. Ca se ressent tout à fait avec certains médecins prescripteurs de l'HAD qui nous confient des patients : ils ne supportent pas que nous changions un protocole sans en référer à eux —alors que le protocole d'un pansement est bien du ressort de l'infirmière—; en fait, ils supportent assez mal notre capacité d'autonomie » (p.16).

Le second type de discours reconnaît une dynamique de changement dans les mentalités

Selon cette infirmière, les choses changent sous l'impulsion des jeunes médecins.

« Nous sommes les exécutants (...). Il y a trois catégories de médecins. Il y a les anciens, vraiment très...vieux. Ils ont beaucoup d'ancienneté, et quand ils travaillent avec de nouvelles infirmières, ils vont les tester, et parfois manquer de respect... Nous sommes les exécutants : « vous faites ça, et c'est tout ! » (...) Dans la deuxième catégorie, l'ancienneté des médecins est limitée disons à cinq-dix ans, et il est quand même possible de discuter avec eux. (...) Enfin, il y a les nouveaux praticiens, qui sont plus ouverts et qui demandent pas mal de renseignements aux infirmières » (p.109).

Autre signe que certaines infirmières ont ressenti un changement : elles parlent d'image d'Epinal ou au passé de ce manque de reconnaissance.

« J'espère avant tout que va disparaître l'image d'Epinal du médecin avec l'infirmière qui est là pour le seconder, cette image de hiérarchie, du médecin tout puissant ayant une infirmière à son service. C'est un métier qui exige de plus en plus de compétences, et les missions du médecin et de l'infirmière devraient être totalement complémentaires » (p.18).

« Les conditions de travail et l'absence de reconnaissance me mettaient parfois au bord de l'écoeurement » (p.136).

Les choses changent, entre autre, parce que les infirmières ont évolué et ont manifesté une volonté forte de faire reconnaître leur rôle propre par les médecins. Les témoignages suivants montrent que certaines infirmières se sentent encore dans la position de devoir prouver quelque chose.

« Reconnaître le travail infirmier, tous les jours... Je pensais à toute la complémentarité du travail infirmier-médecin, à toute la zone de collaboration qu'il y a entre eux, à toute la place que l'infirmière a à prendre. Cette place de collaboration est-elle reconnue par l'autre ? Cette zone commune est-elle reconnue par l'autre ? Tout ce qu'elle apporte en dehors du rôle prescrit, est-ce que c'est reconnu par l'autre ? [L'autre, c'est-à-dire le médecin ?] Oui, c'est encore le médecin dans la tête de l'infirmière ; malgré tout ce qu'on peut faire, c'est encore le supérieur hiérarchique, c'est encore le prescripteur » (p.54).

« Nous sommes sans arrêt obligées de nous battre pour faire reconnaître que ce que nous proposons s'appuie sur une analyse infirmière bien spécifique et qui est commune à toutes mes consœurs : la démarche de soins, l'analyse des besoins, la planification, l'évaluation, etc. » (p.135).

Le troisième type de discours inscrit l'infirmière dans un rôle de collaboratrice, et le soin dans une perspective collective

« J'estime que [la hiérarchie médicale] n'existe pas, car [les médecins] sont nos collaborateurs » (p.36).

Le changement semble s'être produit dans de nombreux secteurs, comme en témoignent ces deux infirmiers travaillant dans le secteur psychiatrique pour l'un et dans le secteur des soins de réadaptation pour l'autre.

« J'ai connu l'époque où les médecins qui passaient ne nous adressaient jamais la parole. Ils passaient tout droit comme font les carabins quand ils font leur tour. (...) Ca a changé avec l'arrivée d'un autre chef de service. Avant (...) celui qui s'adressait aux infirmiers, c'était le surveillant, ce n'était pas le médecin...chacun sa place. *[Et ça a changé ?]* Complètement. (...) Maintenant, les infirmiers en psychiatrie n'hésitent plus à interpeller le médecin quand il faut, sans passer par la hiérarchie » (p.93).

Seul le témoignage d'une infirmière cadre en soins de réadaptation présente une collaboration qui dépasse le seul secteur médical.

« Il y a aussi l'ouverture vers les autres professionnels du milieu de la réadaptation. Il y a quelques années, nous étions des exécutantes de soins, tandis que maintenant, nous participons à des projets avec d'autres professionnels : des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des assistants sociaux, des orthophonistes, des neuropsychologues... nous parlons de continuité, de complémentarité. (...). Autrefois, [les médecins] passaient matin et soir ; maintenant ils participent à notre quotidien. Nous nous projetons en équipe pluridisciplinaire (...)» (p.165-166).

Ce changement pourrait être le fait d'une meilleure formation, et d'une reconnaissance de leur expérience ainsi que de la spécificité de leur compétence.

« Oui, je pense [que la mentalité des médecins a changé]. Les infirmières se sont rebiffées, elles suivent des formations plus longues, elles argumentent... » (p.68).

« Chacun d'entre nous dans cet hôpital a des histoires de vie de malades qui sont passionnantes et qui nous confortent dans l'idée que nous, infirmières, nous sommes un peu plus avancées dans notre jugement clinique, ce qui nous permet de nous positionner par rapport au corps médical » (p.256)

Le travail avec les aides-soignantes est par contre peu évoqué

Les deux témoignages qui s'y réfèrent n'évoquent pas les rapports avec les aides-soignantes, comme cela a pu être le cas avec les médecins ; c'est ici le contenu des deux métiers qui est questionné. Le travail de l'aide-soignante et de l'infirmière ne sont pas présentés ici comme complémentaires. Les deux témoignages revendiquent des actes traditionnellement réalisés par les aides-soignantes pour revenir à la notion de prise en charge globale du patient.

« Soigner un patient, ce n'est pas uniquement lui faire une injection. C'est prendre en compte la totalité de ces besoins vitaux. Faire le lit d'un patient, c'est aussi une occasion d'avoir un moment avec lui et de lui poser des petites questions qu'on ne lui poserait pas en lui faisant une injection » (p.64)

« Les infirmières aident beaucoup les aides-soignantes : nous estimons que les nursing font aussi partie de notre travail de base, donc nous les aidons à faire les lits, la toilette des patients, etc. (...) Les responsabilités sont différentes, il y a les gestes techniques » (p.207).

Il est important de préciser à ce niveau que ces deux témoignages offrent une vision spécifique de cette question et qu'elle n'est pas partagée par l'ensemble de la profession. En particulier, la Fédération Nationale Infirmière soutient que faire le lit doit être laissé à la charge de l'aide-soignante, sauf cas médicalement justifié comme le lit d'un brûlé ou d'un polytraumatisé. Signalons en outre que ces deux infirmières ont un profil particulier : la première est en fin de carrière, elle a obtenu son diplôme d'Etat en 1977 et la seconde a obtenu son diplôme en 1999 après avoir travaillé dix ans comme aide-soignante.

Un dernier témoignage aborde la question des rapports avec d'autres professionnels dans le cadre du maintien à domicile et explicite un problème de positionnement, qui compte-tenu de tout ce qui vient d'être dit, semble récurrent, tant à l'hôpital qu'en ville.

Une contrainte « est liée à notre positionnement par rapport aux partenaires du social. Je trouve que l'on fait un gros travail médico-social et nous avons une grosse difficulté à nous intégrer dans des politiques, des démarches » (p.187).

Il reste qu'il ne s'agit que d'une hypothèse, mais nous verrons que cette problématique du positionnement de la profession dans la prise en charge se retrouve pour expliquer la vision que les infirmières ont de leur avenir.

Le rôle infirmier : comment a-t-il évolué ?

Tous les témoignages font état d'une évolution, d'un tournant dans la façon dont l'infirmière réalise le soin auprès du patient. Les témoignages sont cependant contradictoires, ce qui laisse supposer une grande part de subjectivité et de variabilité individuelle sur la dimension technique que doit prendre le rôle infirmier. Les premiers témoignages présentés mettent en avant des gestes de plus en plus techniques et spécialisés, au détriment de la notion de prise en charge globale du patient. Cette évolution est présentée comme néfaste car elle va à l'encontre de la nature même du soin infirmier. Deux témoignages prennent le contre-pied de cette thèse : le développement de la technologie aurait permis de limiter certains gestes automatiques et répétitifs, ce qui aurait permis de mieux se concentrer sur le patient.

Un premier point de vue : une profession à fort degré de technicité et qui se spécialise

Le constat est plusieurs fois fait au cours des témoignages : « Il y a maintenant une grande technicité pour certaines de mes collègues » (p.138).

« [Les infirmières] ont tendance à revenir sur le technique qui est valorisant. Mais ce n'est pas nouveau ; elles se sont toujours senties valorisées dans l'aspect technique sur prescription médicale » (p.136).

Les raisons évoquées renvoient en fait au paragraphe précédant : la façon dont les frontières de compétence se sont redessinées, entre les différentes professions qui prennent en charge le patient, a conduit les infirmières à plus de spécialisation (par délégation d'actes techniques de la part des médecins) et à une réalisation moins globale du soin (par fractionnement de la prise en charge du patient entre les infirmières et d'autres professionnels, dont les aides-soignantes).

« Cette profession a sans cesse évolué vers des spécialisations. (...) Pourquoi ? Le médecin s'est déchargé de plus en plus d'une partie de ses tâches techniques (...) donc il a délégué de plus en plus vers les infirmières. C'est pourquoi, les infirmières n'ont plus réellement réalisé la prise en charge globale du patient (...) normalement à l'origine de la nature même des soins — en dehors du traitement. Tous ces nouveaux acteurs [les infirmières visiteuses, les assistantes sociales, les puéricultrices, les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes] sont venus peu à peu dépouiller ce qui justifiait la nature du travail des IDE » (p.32).

« Nos bases sont toujours les mêmes. On a sûrement à un moment développé plus de technique que de relationnel... J'ai l'impression que nous étions peut-être plus responsables de ce que nous faisons ; nous hachions moins nos soins, parce que nous prenions un malade au début et nous allions au bout avec lui ; nous commençons une toilette, un nursing, un massage, nous le mettions au fauteuil, le téléphone à portée de main, etc. Après, nous pouvions faire des soins un peu plus douloureux, mais ça se passait bien, parce que nous étions capables de douceur comme d'agressivité... Alors que maintenant, les toilettes sont faites par des aides-soignants, les soins par des infirmiers, les choses sont un peu plus hachées » (p.43).

La principale conséquence, et le principal regret exprimé, concernent la disparition ressentie de la notion de soin global au profit de l'acte technique.

« De plus en plus d'infirmières sont des techniciennes et se désintéressent de la vie du malade, par exemple de savoir ce qu'il a mangé, s'il a été levé, s'il a été lavé correctement, etc. C'est devenu le problème de l'aide-soignante, ce n'est plus celui de l'infirmière. On y perd en connaissance du malade ; on ne le voit que par le bout de la spécialité par laquelle on le soigne. C'est ce que je reproche aux médecins spécialistes, et je m'aperçois qu'il y a des infirmières qui rentrent dans le même travers » (p.220).

Cette tendance se retrouve, selon une infirmière, dans les programmes de formation.

« Cette tendance à l'hypertechnicité existe dans certains domaines ; on entend parler d'une diminution des sciences humaines dans les formations » (p.205).

Cependant, c'est parfois contrainte et forcée que l'infirmière accorde moins de temps au patient en dehors des actes techniques, compte-tenu des contraintes détaillées plus haut.

« J'aimerais consacrer du temps au patient, pouvoir prendre soin de lui de manière globale. Or, dans un service où il y a beaucoup de travail, je ne peux pas toujours avoir ce temps là avec le patient » (p.150).

Un second point de vue : un recentrage sur le patient

D'un autre côté, les progrès de la technologie et du matériel ont pu décharger les infirmières d'un certain nombre d'actes.

« [Les choses ont changé] au niveau de la prise en charge du patient. Avant, les soins étaient très techniques. Je me souviens de choses vraiment caricaturales qui se font sans doute beaucoup moins : la tournée de température, la tournée de tension, la tournée des injections, etc. Aujourd'hui, ça s'est beaucoup individualisé : on fait des soins à un patient. Ce n'est plus du taylorisme comme à l'époque où on rationalisait au maximum le temps passé — ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas rationalisé, mais il l'est de manière différente » (p.265).

Un autre infirmière souligne que les soins ne se sont pas uniquement focalisés sur la technique, en particulier, ces dernières années la prise en charge de la douleur a été mise en avant.

« On fait attention à la douleur physique du patient, et de plus en plus aussi à la douleur psychologique » (p.57).

L'infirmière s'est vu confier un rôle moteur dans cette prise en charge. En effet, une circulaire ministérielle de 1999³ incite les services hospitaliers à élaborer des protocoles autorisant les infirmières à utiliser certains antalgiques, conformément au décret de compétence de 1993.

Quelle vision de l'avenir ont les infirmières ?

Le premier point que l'on peut signaler est le nombre important de références à un changement :

- premièrement incontestable : « J'ai vraiment l'impression que la profession est en train de complètement changer » (p.18-20) ; « Je trouve qu'elle est en train de prendre un grand virage » (p.205) ;
- et deuxièmement nécessaire : « je pense qu'il va falloir repenser notre façon d'intervenir, nos différents secteurs d'activité » (p.31), « Il faut qu'elle se remette beaucoup en question je crois » (p. 78) ; « Je crois qu'on aurait besoin de se prendre un petit plus en charge » (p.227).

Face à ce changement, les infirmiers et infirmières interrogés offrent deux attitudes contraires : la première est une vision assez sombre de l'avenir ; la seconde est une vision beaucoup plus positive.

³ Circulaire DGS/DH/DAS n°99/84 du 11 février 1999

Le pessimisme est généralement lié à une fragilisation ressentie de l'identité de la profession

Cette remise en cause se manifeste de deux façons qui sont en fait très liées dans les discours : la crainte d'aller vers un métier de plus en plus technique au détriment du rôle propre et celle de voir d'autres professionnels prendre la place des infirmières.

Le premier point est donc que la profession ne doit pas se laisser enfermer dans un rôle trop technique, sur une référence médicale. Elle doit affirmer son identité dans sa spécificité, c'est-à-dire son rôle propre.

« C'est actuellement le gros souci... J'espère que la profession infirmière va perdurer malgré les contraintes économiques et qu'elle va prendre un tournant par rapport à la clinique infirmière. La profession n'est pas purement technique : elle est aussi relationnelle, ce qui doit être reconnu » (p.240).

« Je crois aussi qu'il faut que nous développons notre rôle propre. Par ailleurs, il faut arrêter de nous focaliser sur des actes techniques, qui sont des choses que les médecins nous délèguent. Il faut que nous arrivions à trouver une identité qui nous est propre, et à ne pas nous calquer sur les médecins ou sur des choses très proches du médical » (p.234)

« Je suis assez pessimiste. J'ai vraiment l'impression que la profession est en train de complètement changer. (...) on en vient de plus en plus au tout technique (...); on s'éloigne toujours plus de ce qui faisait la richesse de notre métier » (p.18-20).

« Je ne suis pas pessimiste mais, rien n'est acquis. La tendance est tout de même à nier le travail de l'infirmière — à part les actes techniques incontournables, mais l'infirmière ne peut être réduite à cela. Les infirmières sont souvent étouffées par les charges de travail. Il reste un gros travail à faire pour la reconnaissance de la profession » (p.192).

Le second point est que tant que les infirmières n'auront pas imposé leur spécificité, et donc leur légitimité, elles seront menacées par d'autres professions.

« Je pense qu'elle est en train de mourir. Les soins techniques seront davantage réalisés par les médecins, tandis que les soins de base comme le nursing, la maintenance, la surveillance de médicaments et autres seront faits par des aides-soignantes ou des auxiliaires de vie » (p.185).

« J'ai une grande crainte par rapport à la profession infirmière, parce que les aides-soignantes prennent de plus en plus de place — que nous leur avons d'ailleurs laissée — ; tout notre rôle propre fout le camp, et nous ne travaillons pratiquement plus que par délégation médicale ; nous dépendons donc du bon vouloir des médecins, qui pourront du jour au lendemain reprendre leur rôle de soins. Et puis, il y a les aides-soignantes qui revendiquent — et qui vont l'obtenir — notre rôle propre » (p.221).

« Je suis parfois inquiète. Nous sommes en train de donner certains actes infirmiers à d'autres professionnelles, et je trouve que c'est dommage que nous ne nous battions pas davantage là-dessus » (p.234).

« Je pense que c'est une profession qui doit encore militer, mais qu'elle ne le fait pas assez pour garder sa place. Il y a pénurie d'infirmières et quand il y a pénurie dans un corps de métier, on fait appel à d'autres membres de ce même corps de métier. A nous d'être vigilants. Nous pouvons être remplacés par des médecins, par des gens qui n'ont pas la même formation ni la même compétence que nous, comme par exemple des aides-soignantes. Dans le secteur libéral aussi, des auxiliaires de vie nous remplacent peu à peu ; or ils n'ont pas le même recul, la même connaissance, le même souci du patient que nous » (p.240).

La difficulté semble donc bien être celle que nous avons évoquée comme une hypothèse précédemment, quant au positionnement de l'infirmière dans la prise en charge : « Il faut que nous arrivions à trouver une identité qui nous est propre » (p.234).

Un autre sujet de pessimisme, mais qui n'est pas spécifique à la profession infirmière, c'est la crainte pour les infirmières expérimentées de voir arriver de nouvelles recrues qui ne seraient pas à la hauteur.

« Je ne sais pas, je suis assez partagée, parce que je trouve [que la profession] n'a pas beaucoup évolué. Déjà de mon temps, on remplissait les écoles d'un seul coup parce qu'on se rendait compte qu'il n'y avait pas assez d'infirmières, ce qui fait que la sélection n'est pas des meilleures à mon avis » (p. 86).

« Tantôt je suis optimiste, tantôt je trouve que nous sommes sous-employées, que les infirmières ont un potentiel qui n'est pas suffisamment exploité. (...) j'estime que les nouvelles professionnelles n'ont pas beaucoup bougé et je suis un peu déçue » (p.200).

« Difficilement. D'abord par la pénurie qui s'annonce. Je fais partie de la classe d'âge qui va arriver à la retraite sans vraiment avoir de relève. Je trouve que beaucoup de nouvelles infirmières qui démarrent sont démotivées, et très vite ; je me demande ce que ça va donner dans quinze ans » (p.221).

L'optimisme est généralement lié au sentiment inverse que l'identité propre de l'infirmière est reconnue

L'extrait suivant montre bien l'intérêt qu'il y a pour les infirmières à se distinguer de la référence médicale. « Je ne suis pas pessimiste, parce que je pense qu'il va falloir repenser notre façon d'intervenir, nos différents secteurs d'activité. (...) L'infirmière est toujours raccrochée à une spécialité, dite médicale. Elle se veut généraliste ; pourtant, elle est toujours spécialisée dans un domaine et elle revendique cette spécialité. Mais quelle spécialité ? Elle ne sait pas la nommer ; elle, elle dit les soins, mais en général, elle ne sait pas nommer sa fonction généraliste. (...) Les modèles d'identification des infirmières restent essentiellement les médecins ; les modèles d'identification ne sont pas des infirmières, des soignantes. (...) On est emporté par la vague de la médicalisation, de la technicité, de la technologie. (...) Bien sûr, il y aura encore des infirmières demain ; mais elles seront des infirmières spécialisées. Elles seront formatées encore et toujours sur le modèle médical, parce que je ne vois pas poindre pour l'instant à l'horizon d'exemples de services où les infirmières proposent une prestation où elles sont totalement autonomes. (...) Je voudrais un jour parvenir à faire la démonstration qu'on peut soigner autrement (p.31-33).

Tout va donc dépendre de la capacité des infirmières à imposer leur identité. Et pour cela, elles ont un certain nombre d'avantages qui jouent pour elles : entre autres, c'est une profession indispensable et dynamique.

En premier lieu, c'est une profession indispensable « Je suis optimiste. Je pense que cette profession existera toujours, qu'elle aura toujours des dysfonctionnements — rien n'est parfait » (p.67). De plus, elle occupe, et est amenée à occuper, une position particulière dans la société.

« Nous les infirmières, nous sommes en contact intime avec des réalités diverses, physiques et psychologiques ; nous sommes en quelque sorte au carrefour de la personne individuelle et de la société » (p.252).

« Je pense que [la profession infirmière] sortira un peu des structures hospitalières actuelles avec des actions d'éducation, de réinsertion... Je suis assez optimiste à ce sujet. Nous allons certainement avoir des actions pour aider la société ; nous agissons sans doute aussi à titre de conseil » (p.166).

En second lieu, c'est une profession dynamique.

« Je suis assez positive. La profession a beaucoup évolué à travers les techniques et les apports de la médecine et de la science. C'est un métier qui est toujours en route, qui n'a jamais fini d'aboutir, puisque l'être humain est toujours en route lui aussi. C'est un métier de progrès qui fait avancer, dans la mesure où l'on a compris ce qu'on y cherche, pourquoi, et que l'on est dans la relation à l'autre » (p.149).

« Je suis assez...emballée, c'est beaucoup dire, mais je suis confiante parce que c'est une profession où il y a beaucoup de dynamisme, où les gens se posent les vraies questions — par rapport à l'enseignement, je trouve qu'il y a une vitalité qui fait que la profession évolue assez rapidement » (p.250).

La formation est certainement une voie privilégiée dans le processus de construction d'une profession. Certaines professionnelles mettent beaucoup d'espoir dans une formation universitaire.

« [J'envisage l'avenir de la profession] avec un peu d'inquiétude, mais j'ai confiance. (...) J'espère qu'on aura une voie universitaire, dès la formation de base, avec des passerelles, des possibilités ; une reconnaissance financière plus importante » (p.60).

« Je crois qu'on aurait besoin de se prendre un petit plus en charge. (...) je ne pense pas [qu'il y ait danger] parce qu'on aura toujours besoin d'infirmières. Mais il est important que nous ne restions pas seules, par exemple dans notre revendication d'études universitaires. Nous avons besoin d'être soutenues, ou sinon de nous unir davantage » (p.227)

Son autre force est de constituer un groupe professionnel aujourd'hui important, qui compte plus de 400 000 professionnels⁴.

« Je pense que c'est malgré tout une profession qui a encore de l'avenir, ne serait-ce que parce qu'elle constitue un groupe important, au moins numériquement, et dont le poids peut avoir une certaine influence sur le système de santé » (p.267).

Soulignons à ce propos que les dernières projections démographiques de la DREES pour 2020 font état d'un accroissement de la densité infirmière de 24 %, si les quotas sont maintenus à leur niveau actuel⁵.

Un témoignage analyse la constitution de ce corps professionnel comme la conséquence d'une prise en conscience de la réalité de la profession infirmière, revenue de l'image de sainte-laïque.

« Nous sommes passées d'un métier dans lequel les gens s'investissaient trop et avaient davantage la notion de vocation — je n'aime pas ce mot là ; heureusement, on l'entend beaucoup moins qu'il y a vingt ans — avec beaucoup d'épuisement parce que les gens avaient un idéal très fort et se retrouvaient dans des réalités bien différentes ; à une situation où les gens veulent défendre un métier, une profession, mais pas forcément tout donner » (p.205).

⁴ Selon la base de données ADELI, on compte 196 000 médecins en 2001, dont 96 000 médecins libéraux.

⁵ Les quotas d'entrée en institut de formation en soins infirmiers ont été relevés, passant de 18 436 places en 1999 à 26 436 places en 2000.

Les spécificités de l'activité en libéral

Les témoignages qui sont recueillis dans cet ouvrage ne sont pas suffisants pour analyser le fonctionnement du monde infirmier libéral. De plus, ils ne sont pas interrogés sur les spécificités de leur mode d'activité. Cependant, on ne peut pas faire abstraction de leur particularité par rapport au mode de fonctionnement à l'hôpital. C'est pourquoi, les extraits concernant les infirmiers libéraux sont présentés ici, même s'il faut souligner la non-représentativité de leurs opinions.

Certaines contraintes dans le secteur libéral sont peu ou prou les mêmes que celles de l'hôpital : une charge de travail administrative lourde et des difficultés pour trouver des remplaçants.

« La gestion nous prend deux à trois heures par jour » (p.184)

« Ce qui me vient à l'esprit, c'est la partie administrative, tout ce qui est du domaine des relations avec les caisses. Un autre problème est celui de trouver des remplaçants pour avoir du temps libre. Si on veut travailler en regroupement d'infirmiers, c'est compliqué, parce que les renouvellements sont de plus en plus difficiles, il y a de plus en plus de cabinets qui ferment... » (p.71).

La prise en charge du patient est ressentie comme différente par les infirmières qui travaillent en libéral

« C'est vraiment une autre prise en charge, qui est aussi intéressante. On va directement chez la personne donc on n'est plus celui qui a les pleins pouvoirs. On est accueilli, et il faut s'adapter... » (p.108).

« En libéral, on ne travaille pas de la même façon qu'à l'hôpital. A l'hôpital, on est dans une équipe qui a des habitudes de service et, bien entendu, une spécialisation, comme la réa, la médecine ou la chirurgie... En libéral, on touche un peu à tout ; même si on a beaucoup de nursing, tout ce qui est à côté est plutôt diversifié : il y a du pansement, des injections, des vaccins, et évidemment des soins techniques qui sont des chimios et les perfusions de mucoviscidose » (p.183).

« Nous sommes aussi confrontées à la non-reconnaissance par nos consœurs hospitalières, qui vivent dans un autre monde que nous. L'hôpital, c'est le sanitaire et tout ce qui s'y organise en tant que tel —même si ce n'est pas bien reconnu— est bien codifié, alors que notre champ n'est pas du tout codifié » (p.137).

La rémunération est différente

Une différence majeure entre les deux modes d'exercice est bien sûr que les infirmières libérales sont rémunérées à l'acte, contrairement aux infirmières hospitalières qui sont salariées.

On constate qu'aucun témoignage ne loue les avantages de ce mode de rémunération. Par contre, une infirmière diplômée depuis 1962 décrit les contraintes liées à ce mode de paiement pour expliquer son choix de revenir à un statut salarié : « J'ai arrêté le libéral, parce que la situation était devenue impossible... Pour des raisons financières surtout. (...) Surtout pour les retards de paiement, les erreurs en permanence, les charges fiscales et sociales énormes, sans beaucoup de contrepartie. J'ai arrêté pour bénéficier du statut de salariée » (p.244).

Selon cet autre témoignage, ce mode de rémunération peut avoir des conséquences sur la charge de travail des infirmières libérales et sur la prise en charge du patient.

« Très vite on tombe dans un engrenage de toujours faire plus pour avoir plus d'argent, et puis on passe à côté du soin et de la relation. (...) Et aussi parce que c'est une profession dans laquelle il faut tout le temps se battre, tout le temps revendiquer des choses. On est très mal situé par rapport aux médecins. (...) il faut faire du rendement » (p.109).

Un autre élément est déterminant dans la rémunération de l'infirmière libérale : l'existence d'un quota de coefficients attachés aux actes infirmiers⁶, ou seuil d'efficience, fixé par voie conventionnelle en 1991. La question des quotas est de nouveau trop complexe pour pouvoir être réduite à l'analyse de quelques extraits, et ce n'est pas le propos ici de discuter de cette question. L'intérêt de ces quelques témoignages est de montrer qu'il existe un débat interne à la profession pour savoir quelle est la légitimité de ces seuils d'efficience.

Les deux témoignages suivants expriment l'opinion selon laquelle ces quotas sont adaptés à l'activité de l'infirmier, même s'ils ont pu avoir pour effet pervers de conduire certains professionnels à sélectionner leurs patients.

« Il y a eu de grosses pressions, qui sont à l'origine des grèves des infirmiers libéraux contre le fameux PSI et la limitation des quotas. En ce qui me concerne, (...) j'estime qu'un infirmier libéral en ville peut parfaitement respecter les quotas » (p.71-72).

« Avec les quotas, il est plus intéressant de faire un traitement de mucoviscidose que le nursing d'une grand-mère (...). On fait une sélection; c'est-à-dire qu'on va refuser un nursing mais jamais des soins techniques (...) C'est pourquoi nous avons fixé notre quota pour les personnes âgées : on en a quatre et on n'en prend pas plus » (p.179-180).

D'autres professionnels, qui ne sont pas représentés ici, sont au contraire opposés à une politique de quotas. Ils sont à l'origine de l'avenant n°1 à la convention infirmière, publié au Journal Officiel du 03 mars 2002, qui réduit le plafond des seuils d'efficience et prévoit leur disparition à terme.

L'organisation de la prise en charge de la dépendance à domicile cristallise tous les espoirs et toutes les peurs pour la profession

L'enjeu de la prise en charge à domicile est de taille pour les infirmières libérales. « Il faudrait que les infirmières se rendent compte à quel point investir le champ des personnes âgées peut être une nouvelle manière de faire reconnaître leur rôle propre, et je crois qu'elles n'en ont pas envie » (p.136).

Le contexte démographique conduit à anticiper une augmentation des personnes âgées dépendantes qui devront être prises en charge à domicile. Quel rôle les infirmières libérales seront-elles amenées à jouer dans cette prise en charge ?

« Je suis très pessimiste [du point de vue relationnel avec mes collègues et du financement] ; quand on voit le vieillissement de la population, les énormes besoins d'accompagnement... Il faut former des gens pour accompagner ces personnes ; on a besoin d'auxiliaires de vie compétents, suivis et aidés. Les personnes âgées vont vieillir dans une solitude et des situations de détresse épouvantables. Maintenant, quelle est notre place là-dedans, à nous, infirmières ? » (p.252)

La principale peur, qui a d'ailleurs motivé en grande partie le rejet du Plan de Soins Infirmiers, est que l'on confie une partie des soins à d'autres professionnelles.

⁶ A l'origine, ce seuil prenait en compte les actes infirmiers de soin (AIS) et les actes médicaux infirmiers (AMI). Depuis 2002, seuls les coefficients AIS sont concernés.

« L'intervention auprès de la personne âgée comprend des soins au sens de soins sur prescription médicale et des soins relevant du rôle propre de l'infirmière. Mais il est écrit en toutes lettres dans le plan de soins infirmiers, que l'infirmière va passer la main à une auxiliaire de vie lorsqu'il s'agira d'un certain style de soins. Les infirmières contestent bien entendu qu'on puisse dévaloriser ce qu'elles font en le transformant en poste d'auxiliaire de vie » (p.137).

Cependant, deux infirmières suggèrent que le problème ne se pose pas en ces termes et qu'en remettant en cause le fonctionnement actuel du soin à domicile, il s'agit moins de déposséder les infirmières d'un rôle qui est légitimement le leur, que de revenir sur une dérive qui serait due à un mauvais système de cotation et de rémunération des actes.

« A mon avis, [le champ des personnes âgées] pourrait être investi mais elles ne le font pas. Les infirmières libérales s'y sont investies mais, pour beaucoup, d'une façon extrêmement maladroite, en faisant des soins qu'elles considéraient déjà comme dévalorisants mais qui leur permettaient de vivre. Et elles ont accumulé des actes, des actes, des actes... sans se rendre compte que, comme elles ne le faisaient plus bien dans une fonction de synthèse, on a considéré qu'elles pouvaient être remplacées. Je pense que c'est en partie de notre faute, et que les infirmières libérales en sont conscientes » (p.137).

« Au regard du secteur du maintien à domicile, (...) je dois dire que je suis assez pessimiste sur leur devenir. Sans vouloir être péremptoire, je trouve qu'elles font bien leur travail, mais qu'elles visent une certaine rentabilité qui les oblige à travailler un peu à la va-vite. (...) Elles sont dans un système qui les pousse à multiplier les prises en charge et qui va les bousculer. Elles refusent plus ou moins le PSI, elles sont aussi malmenées par le secteur de soins à domicile à qui on veut donner ces fameuses toilettes dites chroniques. Je pense qu'il faudrait qu'elles se recentrent un peu plus sur les soins infirmiers techniques, sur le rôle prescrit, mais ce n'est pas facile pour elles. Le secteur libéral est indispensable dans notre système de santé, mais il va être un peu malmené, je pense » (p.126).

Bref, si on suit le raisonnement à son terme, il s'agit bien là de réfléchir au positionnement de l'infirmier libéral et de son rôle. Deux thèses s'opposent ici. Comme nous l'avons vu dans un paragraphe précédant, la vision pessimiste stigmatise la crainte de voir confier des actes qui relèvent du rôle propre infirmier à d'autres professionnels.

« Dans le secteur libéral aussi, des auxiliaires de vie nous remplacent peu à peu ; or ils n'ont pas le même recul, la même connaissance, le même souci du patient que nous » (p.240).

La vision optimiste qui vient d'être présentée argue d'un recentrage et d'une revalorisation du rôle infirmier, par exemple en prenant en charge le rôle de coordinatrice des soins et de l'aide auprès du patient.

« On ne peut pas couper les personnes en rondelles, avec d'un côté le sanitaire et de l'autre côté le social. Il faut donc que l'infirmière puisse avoir le droit d'organiser des plans d'aide ; mais apparemment, elle n'en a pas trop envie » (p.138).

Il est impossible de tirer une conclusion de ces quelques extraits concernant l'activité libérale. Soulignons qu'il est dommageable que le fonctionnement du secteur libéral ait été beaucoup moins décrit et étudié que celui du secteur hospitalier, par exemple dans des domaines tels que l'économie ou la sociologie.

Conclusion

Nous avons montré —à partir d'entretiens qui n'ont pas été construits dans ce but ce qui bien sûr est une limite importante de l'analyse qui vient d'être faite— que les professionnels infirmiers ressentent fortement les évolutions qu'a connues la profession depuis une vingtaine d'années, certaines étant perçues de manière positive, d'autres de manière négative. En particulier, on observe que les différents changements constatés, mais aussi attendus, entraînent un questionnement sur l'identité de la profession. Pour certains, ce questionnement se traduit en crainte de perdre quelque chose ; pour d'autres, il s'agit de saisir l'occasion de repositionner la profession afin d'asseoir définitivement son identité indépendamment de la référence médicale.