

Quel chemin de distinction ?

Envoi

Emmanuel De Loeul,
journaliste.

Le métier d'infirmier, particulièrement en soins de santé primaires, est-il reconnu (à sa juste valeur), autonome (dans ses pratiques comme ses réglementations), valorisé (dans l'esprit des patients et le portefeuille des praticiens), bref, bénéficie-t-il d'une légitimité pleine et entière ?

Les contributions variées de ce premier numéro de Santé conjugué consacré aux soins infirmiers n'apportent aucune réponse définitive. Mais des perspectives sont tracées, à partir desquelles il est possible de dégager de nouvelles questions pour avancer dans le débat. Parmi les sujets qui mériteraient un éclairage et qui n'ont été qu'abordés ici - voire à peine cités - citons le projet de création d'un ordre des infirmiers, les enseignements concrets à tirer du mouvement des sages-femmes, les sources de financement, la formation continuée, les rapports entre infirmiers et assistants sociaux, kinésithérapeutes, etc., ... La matière ne manque pas pour un potentiel futur numéro de Santé conjugué.

Un métier qui se reprofile

Sur quoi s'appuyer pour légitimer une profession en constante évolution depuis sa création mais en même temps encore prisonnière de représentations et de pratiques « ancestrales » ?

En termes d'actes, dans le cadre de la distinction entre actes techniques et actes relationnels, le métier d'infirmier en soins de santé primaires semble pencher plutôt en faveur du second ; ou, plus précisément, entend privilégier l'abord des premiers à travers un souci prégnant des seconds. Sur la distinction entre actes délégués (par le médecin) et actes spécifiques (acquis relativement récent), y aurait-il lieu de s'affranchir de la tutelle des médecins, présents dans la commission fédérale régissant les seconds ?

En termes de fonctions ou de rôles, Jean Macq souligne l'émergence, au niveau international, de trois profils professionnels pour l'infirmier de première ligne : une fonction clinique polyvalente, une fonction de coordination et d'organisation de soins, et des fonctions plus spécialisées ciblant des groupes cibles spécifiques. Comment ces trois profils contribuent-ils à la définition d'une identité propre mieux délimitée du métier d'infirmier ? Quel rapport entretiennent-ils avec la quête d'autonomie et de légitimité accrue des infirmiers ?

En termes d'approche du patient, les infirmiers se sont jusqu'ici posés en pionniers ou garants d'une vision globale, holistique, dans la mesure où leur travail s'exerce dans une proximité particulière avec les patients et se situe à la croisée des chemins entre le médical et le soin (care), avec des connotations de social, de relations humaines, de ressenti (feeling). Le développement de nouveaux métiers tels qu'aide-soignant et aide à domicile redéploie cet enjeu et le replace dans la complémentarité et la concertation entre tous les professionnels concernés un jour ou l'autre par un patient donné. Ici, l'interdisciplinarité est une ressource au service d'une ambition, pas seulement une proposition éthique.

Tactique et stratégie d'émancipation

La tension – parfois féconde, parfois antagonique – entre représentation professionnelle et représentation syndicale s'exprime dans des rapports de force à géométrie variable selon les époques. Comment cette tension pourrait-elle mieux contribuer à une plus grande autonomie des infirmiers, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres pays ou au regard du parcours qu'a connu la profession de sages-femmes, par exemple, en Belgique ?



L'histoire de ces dernières est particulière en ce qu'elles sont passées par des statuts très variables, plus ou moins dépendants d'autres professions, avant l'ultime assaut, en 1990, arrachant aux infirmiers un monopole sur certains soins. L'achèvement de l'entreprise de distinction de la profession des sages-femmes s'est fait par accaparement progressif d'un ensemble de soins homogènes autour de la grossesse et de l'accouchement. Mais ne s'est-elle pas, de ce fait, trop éloignée de la profession d'infirmier ?

La situation des infirmiers est différente. Les enjeux sont plus nombreux et plus intriqués. Il y a bien sûr une recherche de plus grande maîtrise autonome de certains actes médicaux, à tout le moins ceux confiés par prescription. Mais il y a aussi une interrogation sur la place à faire aux aides-soignants – voire, aux aides à domicile – qui s'exprime plus en termes de délestage et/ou de délégation d'actes. De ce point de vue, les sages-femmes étaient plus proches de la situation actuelle des aides-soignants, lorsqu'elles n'étaient qu'assistantes de gynécologue et confinées aux soins quotidiens et nourriciers des nouveaux-nés.

A la tentation d'accaparement s'ajoutent, pour les infirmières, un enjeu de renoncement à certaines fonctions mais aussi d'approfondissement de compétences liées à des fonctions émergentes. Ces deux dynamiques se rejoignent à travers les enjeux de la collaboration interprofessionnelle : plus il y a de professions spécifiques autour du patient, plus la nécessité de piloter l'interdisciplinarité et les fonctions de coordination se font cruciales. Quitte à y introduire une dose de délégation ? Au risque d'une marginalisation de la polyvalence ?

Maisons médicales : si paradigmatiques que ça ?

En quoi la formation et le métier d'infirmier en soins de santé primaires pourraient-ils tirer parti de l'expérience particulière des infirmiers en maison médicale pour faire face aux enjeux actuels et d'avenir ?

En maisons médicales, l'égalité fonctionnelle entre médecins et infirmiers est plus poussée qu'ailleurs. En général, l'évolution des fonctions des infirmiers les pousse toujours plus à coordonner des soins et des intervenants divers autour d'un patient. Ces deux constats conjugués mèneraient-ils à un rééquilibrage des relations de pouvoir (symbolique et managérial) entre médecins et infirmiers, en particulier à travers des organisations telles que les maisons médicales ? A quelles conditions leur mode d'organisation interdisciplinaire, autogéré, tendant vers l'égalité des professionnels peut-il être constitutif d'un paradigme de l'évolution souhaitable de la profession d'infirmier qui soit légitime et acceptable dans d'autres contextes ?

Rose-Marie Laurent laisse entendre qu'au croisement entre actes techniques et actes relationnels, un champ spécifique s'ouvrirait qui pourrait contribuer à une plus grande légitimation et autonomisation du métier d'infirmier. Le modèle dont il s'agirait alors de s'inspirer est celui de la santé communautaire, largement illustré dans les témoignages d'infirmiers actifs en maisons médicales.

Pourtant, à l'évolution des besoins, il est répondu aujourd'hui par une diversification des fonctions plutôt que par un accroissement de la polyvalence des professionnels du soin, notent S. Lebegge et E. Peters. Cela se marque dès la formation par un succès croissant des spécialisations au détriment de l'approche généraliste. L'approche généraliste, combinée à la « santé communautaire » privilégiée par les maisons médicales serait-elle plus ou moins incompatible avec la tendance dominante à la diversification ? Il faudra sans doute aussi répondre à cette question afin d'éclairer les choix stratégiques en matière d'émancipation professionnelle des infirmiers.

Formation et actions

Rien d'étonnant à ce que le débat sur la formation initiale reflète les enjeux identitaires des infirmiers en soins de santé primaires. Elle est même au cœur de la stratégie d'émancipation professionnelle dans la mesure où elle doit permettre aux professionnels en soins infirmiers de mieux relever les défis des patients de demain (actes et connaissances techniques) et de l'organisation des soins de demain (compétences de coordination). Rehausser le niveau de la formation quitte à la prolonger d'un an, c'est aussi rester à la pointe et ne pas laisser émerger d'autres métiers qui seraient concurrents ?

Miguel Lardennois met ainsi en évidence les grandes catégories de compétences qui, à son sens, doivent être au cœur de la future formation : au-delà d'une adaptation aux besoins évolutifs des patients (maladies chroniques, gériatrie, polymédication), il s'agit surtout d'apprendre à planifier (un ensemble de soins), à coordonner (plusieurs professionnels) et à déléguer (certaines fonctions, notamment dans les soins à domicile). C'est aussi une occasion de revaloriser le métier d'infirmier, donc de renforcer sa légitimité et son autonomie.

Mais la formation peut-elle tout ? Non, susurrent quelques voix discordantes, chacune à sa façon.

Pour Walter Hesbeen, l'éthique du soin quotidien semble relever plus d'une sorte d'introspection existentielle personnelle que d'une éthique collective d'équipe ; que dire dès lors de sa transmissibilité dans le cadre d'une formation institutionnalisée ?

Pour Marika Denil, afin que la formation initiale actuelle telle qu'elle l'expérimente soit encore plus pertinente, il s'agirait d'en mettre à jour certains contenus avant d'envisager d'en réformer la nature et le statut. Cette tempérance est-elle compatible avec l'ambition d'émancipation professionnelle ?

Enfin, une série de témoignages laissent penser qu'au-delà de la formation initiale, c'est le contexte de travail (plus ou moins égalitaire, autogéré ou non, plus ou moins ouvert sur l'environnement, plus ou moins interdisciplinaire voire transdisciplinaire) qui favorise ou décourage la pleine expression des compétences et habiletés des professionnels, voire leur émancipation.

Au fait, le grand absent du débat, n'est-ce pas la – ou plutôt « les » - formation(s) continue(s) ?

Structuration des soins : quel(s) modèle(s) ?

Le modèle qui semble s'imposer est celui de la délégation puisque, note Miguel Lardennois, on comptera bientôt, en Belgique, un aide soignant pour un infirmier. De plus, dans le cas où des aides-soignants seraient intégrés aux maisons médicales (comme le souhaitent certains), les rapports professionnels avec les infirmiers s'inscriraient dans une relation d'autorité (vu l'obligation faite aux infirmiers d'exercer un contrôle sur certains actes posés par les aides-soignants).

Tout concourt à pousser les infirmiers à inscrire la prochaine étape de leur cheminement vers une plus grande autonomie dans une double distinction : en confiant des actes à d'autres professionnels, dans une logique de diversification des fonctions d'une part ; et, d'autre part, par concentration de la formation initiale en une seule filière, si possible de niveau universitaire, dans une logique encore incertaine. S'agira-t-il surtout de se hisser un peu plus vers la fonction de médecin en maîtrisant toujours plus d'actes techniques ? Ou plutôt d'approfondir et d'élargir la polyvalence autour de l'acquisition de compétences de coordination, de planification, de délégation ?

Le recours à des aide-soignants laisse le monde infirmier perplexe : aide bienvenue lorsqu'il s'agit de soulager les infirmiers de certaines tâches quotidiennes, elle les prive aussi, bien souvent – de leur propre aveu - d'une « porte d'entrée » auprès des patients. Tandis que le secteur de l'aide et des soins à domicile semble entériner la diversification des fonctions et métiers tout en appelant à une indispensable concertation et collaboration au service d'une vision globale de la personne.

Deux exceptions à la logique de diversification inspireront sans doute les tentatives de réponse à la dernière question. D'abord, lorsque la pénurie pousse à la polyvalence, comme dans le cas des infirmières praticiennes au Canada. Ensuite, la position de l'Organisation mondiale de la santé et de l'Organisation de coopération et de développement économiques - OCDE en faveur d'une mise à jour des formations d'infirmiers « de manière à élargir le spectre de leur pratique ». La réflexion pourrait se poursuivre en adoptant un point de vue méthodologiquement naïf : et si on considérait ces deux « appels » à la polyvalence aussi bien dans une perspective « par le bas » (le soin quotidien façon Hesbeen) qu'à une perspective « par le haut » (nouvelles techniques médicales et compétences managériales) ?

Bien sûr, il faudra toujours tenir compte du contexte institutionnel propre à la Belgique, qui produit plus qu'à son tour des solutions par défaut. Ainsi, par exemple, du recours croissant aux aides-soignants qui, pour certains, ne serait rendu souhaitable que parce qu'il est financé par l'Etat fédéral, permettant de compenser la trop faible couverture de certains territoires en aides familiales, (sous-) financées, elles, par les Régions.

Et revient la question stratégique : pour se distinguer et accroître la valorisation de la profession infirmière, quel chemin suivre ? Celui, par appropriation, des sages-femmes, qui ont arraché le monopole des soins périnataux aux infirmières – auxquelles elles étaient alors quasi-assimilées ? Ou, par délestage, en laissant des tâches plus « simples », devenues plus aisément transférables, à des fonctions moins qualifiées ? Et, parallèlement, pour quoi faire : arracher à leur tour des tâches jusqu'ici réservées aux médecins (perspective de plus grande maîtrise technique) ou élargir le spectre de leurs compétences « managériales » (perspective de plus grande maîtrise « sociale ») ? Ou, plus réalistement, puisque dans ce pays de compromis, il est si souvent peu question de choisir (en renonçant), quel dosage de ces deux options réaliser ? La question est particulièrement sensible à l'heure où l'on envisage de revoir la nature et le contenu du cursus de la formation initiale.

