

Etude
sur l'image que la profession « Infirmière » a d'elle-même

menée pour
le Service de la Santé publique
de l'Etat de Vaud

Lausanne, le 30 juin 2005

TABLE DES MATIERES

RESUME

1. INTRODUCTION.....	1
2. MANDAT ET MÉTHODOLOGIE	2
2.1. MANDAT	2
2.2. MÉTHODOLOGIE	2
3. PROFESSION « INFIRMIÈRE » : ÉCUEILS TERMINOLOGIQUES ?	3
3.1. INFIRMIÈRE, SOINS ET SOINS INFIRMIERS	3
3.2. LES ENSEIGNEMENTS DE L'INSTABILITÉ SÉMANTIQUE	5
4. L'IMPOSSIBLE IDENTITÉ INFIRMIÈRE ?	5
4.1. LES INFIRMIÈRES : LE POIDS DU PASSÉ.....	6
4.1.1. <i>Une profession de femmes</i>	7
4.1.2. <i>La vocation</i>	8
4.1.3. <i>L'aide et le don</i>	9
4.1.4. <i>L'affranchissement du médecin</i>	9
4.1.5. <i>Les infirmières et les autres professions de la santé</i>	11
4.2. LES SOINS ET LA SOCIÉTÉ	12
4.2.1. <i>Les soins infirmiers : la part cachée de la vie</i>	12
4.2.2. <i>Les conditions de travail</i>	13
4.2.3. <i>Les soins : la part hors « norme » de la société</i>	15
4.3. L'IMPASSE IDENTITAIRE ?	16
5. LES PORTE-PAROLE DE LA PROFESSION.....	17
5.1. L'ASI	17
5.2. LA FORMATION	19
5.2.1. <i>... en profonde mutation</i>	19
5.2.2. <i>HES : valorisation pour la profession mais pas forcément pour les infirmières en activité ?</i>	20
5.2.3. <i>Le discours des écoles</i>	21
6. LES POUVOIRS PUBLICS, LA PROFESSION INFIRMIÈRE ET LES SOINS INFIRMIERS EN SUISSE	22
6.1. ... AU NIVEAU FÉDÉRAL.....	22
6.2. ... AU NIVEAU VAUDOIS.....	24
7. CONCLUSION.....	25
7.1. QUELQUES PISTES DE RÉFLEXIONS.....	25
7.2. QUELQUES PISTES D'ACTION	27
7.2.1. <i>... concernant la formation</i>	27
7.2.2. <i>... concernant les conditions de travail</i>	27
7.2.3. <i>... concernant la représentation des infirmières</i>	29
7.2.4. <i>... concernant le discours des porte-parole</i>	29
7.2.5. <i>... concernant la visibilité des soins infirmiers et des infirmières</i>	29
7.2.6. <i>... concernant le niveau politique</i>	31

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées en entretien

Liste des abréviations

Bibliographie sélective

RESUME

Comme d'autres pays, la Suisse connaît depuis plusieurs années une situation de pénurie en personnel dans les professions de la santé, notamment dans la profession « infirmière ». Dans le canton de Vaud, différentes mesures visant à valoriser ces professions ont été prises au début des années 2000 pour pallier cette situation. Mais ces mesures ne semblent pas encore avoir porté pleinement leurs fruits, les infirmières continuant d'avoir un point de vue désabusé sur leur profession, au point de déconseiller aux jeunes de choisir cette profession.

L'étude mandatée par le Service de la santé publique en 2005 sur l'image que la profession infirmière a d'elle-même pose l'hypothèse que le débat identitaire en cours dans la profession constitue une impasse, enfermant la profession dans un registre « doloriste », le discours sur le « manque de reconnaissance de la profession » devenant un des traits identitaires de la profession. Dans ce contexte, il est rappelé que différents éléments contribuent à ce malaise identitaire et au manque de visibilité de la profession. Ainsi, la profession souhaite affirmer son identité en ignorant une partie de son histoire (les femmes guérisseuses indépendantes) et en s'opposant aux images véhiculées par son histoire plus récente (la bonne sœur, l'auxiliaire du médecin). D'autre part, l'image que la société a encore souvent de l'infirmière (auxiliaire du médecin) ne correspond pas à la pratique des infirmières. Parallèlement, il faut constater qu'une partie du travail assumé par le passé par des infirmières est actuellement assurée par de nouveaux professionnels de la santé, l'infirmière jouant un rôle d'intermédiaire, de pivot, de coordination, peu visible. L'objet des soins infirmiers (corps, accompagnement à la mort, dans une optique non strictement médicale, i.e. non uniquement de lutte contre la maladie) est en effet peu visible, car occulté par notre société. De plus, les soins infirmiers sont dispensés à des personnes situées en marge de la « norme » de la société, à savoir à des personnes qui se sont – momentanément ou définitivement – pas productives, et qui ne sont pas liés à des groupes d'intérêts « productifs ». Par ailleurs, la reconnaissance et l'affirmation de la pénibilité du travail et de la pénurie sans que le travail même de l'infirmière ne soit pleinement reconnu donne une image négative de la profession, qui contribue au malaise.

Le discours des porte-parole de la profession peut contribuer au sentiment de « malaise » ressenti par les professionnels, parce que les associations professionnelles jouent à la fois le rôle de défenseurs de la qualité de la prestation (discours valorisant) et celui de syndicat (mise en avant des aspects négatifs, pénibles de la profession). D'autre part, les écoles sont les lieux qui contribuent à et véhiculent la discussion identitaire mentionnée plus haut. Enfin, la valorisation de la formation infirmière qui accède au niveau HES pose la question de la valeur des infirmières qui n'ont pas suivi une telle formation, les mutations dans ce domaine comme pour tout changement étant génératrices d'incertitudes. Cette situation renforce le sentiment de manque de reconnaissance pour les professionnelles en activité.

Sur le plan politique, un discours ambivalent, séparant infirmières et soins infirmiers, est tenu : reconnaissance de la nécessité de valoriser les infirmières pour pallier la pénurie, non reconnaissance, sur le plan du financement, des aspects « non strictement médicaux » des soins, sur fond de volonté de maîtrise des coûts de la santé. La non reconnaissance sociale de l'importance des soins infirmiers que traduit la tendance à les exclure du système de financement de l'assurance maladie, invalide, nous semble-t-il, beaucoup des mesures visant à valoriser la profession. Le fédéralisme suisse, et la répartition des compétences pour ce qui touche à la profession infirmière et aux soins infirmiers entre Confédération (formation professionnelle, financement des soins) et cantons (système de santé, organisation de la

profession) exige une action globale et concertée aux différents niveaux. Dans le canton de Vaud, la crise des finances publiques et les mesures prises dans ce cadre (diminution des annuités, contribution de solidarité, coupure de certains pans du programme de promotion des professions de la santé tels que ceux visant à faciliter la conciliation d'une vie professionnelle et familiale) ont eu une incidence négative sur la perception qu'ont les professionnelles à l'égard des mesures de valorisation de la profession (revalorisation salariale, amélioration des conditions de travail).

Différentes pistes d'action sont présentées pour pallier certains aspects de la situation actuelle et contribuer à améliorer, à terme, l'image que la profession a d'elle-même. Ces pistes concernent la formation, les conditions de travail, la représentation des infirmières, le discours des porte-parole de la profession, la visibilité des soins infirmiers et des infirmières ainsi que l'action au niveau politique. Ces pistes sont les suivantes :

- > Informer les infirmières en activité sur les conséquences concrètes de l'arrivée des premières infirmières HES
- > Promouvoir des formations de base et continues conjointes entre infirmières et médecins
- > Développer la formation de base et continue professionnels infirmiers sur les différents aspects anthropologiques et historique de leur profession
- > Prendre des mesures pour favoriser la conciliation entre vie professionnelle et vie sociale et familiale des infirmières
- > Evaluer à intervalles réguliers l'adéquation de la rémunération des infirmières et publier une comparaison des salaires infirmiers avec ceux d'autres professions
- > Evaluer l'efficacité et l'efficience des activités perçues comme « chronophage » par les infirmières telles l'encadrement des stagiaires
- > Contribuer à diffuser des concepts tels que celui des « *Magnet Hospitals* »
- > Créer un espace de dialogue autorités / infirmières spécifiques aux infirmières
- > Suggérer à l'ASI, tant au niveau vaudois qu'au niveau national, d'étudier la possibilité de mieux distinguer ses actions politiques et ses actions de nature syndicale
- > Suggérer aux écoles vaudoises formant les infirmières de revoir leur discours public pour déterminer dans quelle mesure certains messages pourraient contenir des éléments contribuant au malaise de la profession
- > Appuyer les mesures prises par les institutions de la santé, les associations professionnelles, les instituts oeuvrant dans le domaine de l'économie de la santé pour développer des systèmes d'information sur les soins infirmiers
- > Rendre visible l'existence d'infirmières et des soins infirmiers utilisant les termes « infirmières » et « soins infirmiers » dans les textes officiels
- > Soutenir l'organisation d'événements pour assurer la visibilité des soins infirmiers et une meilleure connaissance de l'activité infirmière
- > Encourager les infirmières à présenter de manière systématique leur profession
- > Encourager les alliances avec d'autres organisations ou professions ayant des caractéristiques similaires ou oeuvrant dans des domaines proches pour accroître la visibilité et la reconnaissance de l'importance des soins infirmiers
- > Soutenir les mesures renforçant le lobbying défendant les soins infirmiers auprès des politiques.

1. Introduction

Comme d'autres pays, la Suisse connaît depuis plusieurs années une situation de pénurie en personnel dans les professions de la santé, notamment dans la profession « infirmière ». Dans le canton de Vaud, différentes mesures visant à valoriser ces professions ont été prises au début des années 2000 pour pallier cette situation. On peut ainsi relever en 2002 la re-classification salariale des fonctions soignantes diplômées, en 2003 une amélioration des conditions de travail¹ liée au fait que la nouvelle loi sur le personnel de l'Etat (Lpers) a été appliquée – partiellement dans les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (EMS) - au secteur sanitaire subventionné. Le fait que la formation des professions de la santé, et notamment des infirmières – tout du moins en Suisse romande – est désormais dispensée au niveau HES est également souvent considéré comme étant un facteur contribuant à la valorisation de ces professions.

En mai 2004, le Conseil d'Etat décidait de lancer un programme de promotion des professions de la santé, destiné à améliorer l'attractivité des conditions de pratique et l'image de ces professions dans le but d'augmenter l'intérêt des jeunes en quête d'un choix professionnel, de faciliter la réinsertion des soignants qui ont cessé leur activité et de fidéliser le personnel en place.

En effet, comme le relève un rapport réalisé pour le Conseil international des infirmières en 2004, *« la « pénurie » n'est pas uniquement une affaire de chiffres ou de conformité à un modèle économique. Il s'agit de choix et de décisions collectives et individuelles. Dans ce cas, il ne manque pas d'infirmières aptes à exercer leur profession, mais d'infirmières acceptant de travailler dans les conditions existantes. C'est pourquoi la recherche de solutions doit prendre en compte la motivation des infirmières. Il s'agit de trouver des arguments pour les faire entrer sur le marché de l'emploi infirmier et y rester. Il s'agit aussi de convaincre les infirmières exerçant d'autres professions de revenir dans leur secteur d'emploi originel. »*²

Ces différentes mesures visant à inciter les jeunes à choisir la formation d'infirmière ne semblent pas encore avoir porté leurs fruits. En effet, *« si l'on prend toutes les professions infirmières et les sages-femmes – c'est-à-dire y compris les filières offertes en HES et les aides soignantes mais sans les ASSC [assistants en soins et santé communautaire] – on constate une légère baisse sur cinq ans, les chiffres passant de 17'296 en 2000 à 16'749 en 2004 »*³.

La profession « infirmière » semble en effet continuer⁴ d'avoir « mal à son image »⁵, et de nombreux professionnels semblent avoir un « point de vue désabusé » de leur profession, au

¹ Cinquième semaine de vacances, compensation majorée du travail de nuit, divers congés

² Buchan J. et Calman L. (2004) p. 20

³ Croix-Rouge suisse (2005) p. 5

⁴ Cette situation n'est pas nouvelle. En 1971 la directrice de l'école de perfectionnement de Zürich « émet l'idée que la recherche ou l'action pourrait combler l'insatisfaction professionnelle qui est une des premières raisons d'abandon de la profession », voir in Unité de recherche et de développement. Ecole romande de soins infirmiers de la Croix-Rouge Suisse. Centre de formations interdisciplinaires post-diplômes (2002) p. 35

⁵ Swissinfo Isabelle Eichenberger, « Le métier d'infirmière sous le signe de la pénurie », 12 mai 2004, disponible en juin 2005 sur www.tsr.ch

point de « *déprécier ouvertement leurs conditions de pratique* » et de « *déconseiller aux plus jeunes de s'engager dans la voie des soins malgré les améliorations qui ont été apportées* »⁶.

2. Mandat et méthodologie

2.1. Mandat

Fin décembre 2004, le Service de la santé publique, dans le cadre de son programme de promotion des professions de la santé, a mandaté la soussignée pour dégager une série d'éléments explicatifs permettant de mieux comprendre l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même et ce que dénote le discours « négatif » de la profession sur elle-même. Il s'agit aussi de déterminer si, et comment, il existe des mesures permettant d'améliorer l'image que la profession a d'elle-même et de modifier son discours de sorte qu'il soit plus positif et valorisant. Le présent document contient les résultats de cette étude.

Le déroulement de cette étude a été piloté par Mme Josiane Antille, adjointe au Service de la santé publique de l'Etat de Vaud, qui a validé les différentes phases de travail.

2.2. Méthodologie

A la lecture de l'abondante littérature sur la profession « infirmière », on est rapidement frappé par la récurrence de trois termes pour qualifier le monde infirmier, à savoir « malaise », « invisibilité »⁷ et « silence »⁸. Il est également évident que « malaise », « invisibilité » et « silence » ne sont pas des caractéristiques du monde infirmier vaudois, ni suisse, mais de la profession dans le monde entier⁹.

Partant de ces constats, nous avons formulé une série d'hypothèses qui portaient plus particulièrement sur

- > l'identité de la profession ;
- > les porte-parole de la profession.

Dans ce contexte, étaient également abordés la place de l'infirmière et des soins infirmiers dans le système de santé ainsi que les conditions de travail en Suisse et dans le canton de Vaud.

Sur cette base, nous avons procédé à l'analyse de données récoltées lors de :

- > une série d'entretiens qualitatifs, entre février et avril 2005, auprès de responsables d'institutions sanitaires, de responsables de formation en soins infirmiers, d'associations professionnelles et de personnel infirmier, en tant qu'« experts » de la profession infirmière et des soins infirmiers;

⁶ Service de la santé publique (2004) p. 16

⁷ On peut relever ici par exemple que 2005 a été proclamée par l'Association suisse des infirmiers et des infirmières (ASI) année de la visibilité des soins.

⁸ En Suisse, en 1972 déjà, il s'agissait, pour les infirmières, de se sortir de l'étiquette de « *profession du silence* » (déclaration de principes de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés (ASID). Depuis plusieurs années, une journaliste américaine, Suzanne Gordon plaide pour que les infirmières sortent de leur silence. Voir notamment Gordon S. (2000).

⁹ Il est également intéressant de noter que ces termes caractérisent d'autres professions du secteur santé-social, qui ont la même filiation historique que les infirmières, comme les assistants sociaux ou les éducateurs de la petite enfance, qui estiment aussi ne pas être reconnus pour leur travail.

- > trois séances de groupe avec des infirmières, qui se sont tenues dans le canton de Vaud entre avril et juin 2005, dans un hôpital, dans un centre médico-social (CMS) et dans un EMS¹⁰ ;
- > une lecture plus en profondeur de la littérature et de la documentation disponible.

Les différentes personnes rencontrées, lors des entretiens et lors des séances de groupes, nous ont fourni la matière, les documents et les références qui nous ont permis de dégager les éléments caractérisant plus particulièrement la situation dans le canton de Vaud, et de formuler les propositions concrètes figurant dans ce document. Qu'elles en soient ici vivement remerciées.

3. Profession « infirmière » : écueils terminologiques ?

Tenter de comprendre l'image qu'une profession a d'elle-même implique de circonscrire son objet d'étude, soit en l'espèce d'appréhender ce qu'est la profession infirmière et son domaine de pratique, les soins infirmiers. Deux constats s'imposent d'emblée :

- > d'une part, l'origine étymologique du terme infirmière – qui renvoie à ce qui est faible, mauvais, malsain – n'est pas porteuse d'un sens valorisant, au point que certains suggèrent de recourir à une autre terminologie pour nommer celles que l'on connaît comme les infirmières¹¹ ;
- > d'autre part, il existe depuis de nombreuses années une forte volonté de la profession de préciser la définition des soins infirmiers, car « *si nous ne pouvons nommer les soins infirmiers, nous ne pouvons pas les contrôler, ni les financer, ni les enseigner ou faire de la recherche dans ce domaine. Sans définition, il n'est pas possible de les ancrer dans la législation et dans la politique* »¹².

Mais l'abondante littérature sur la profession laisse apparaître que « *la définition de l'infirmière connaît plusieurs interprétations... [et que]... la définition du « domaine de pratique des infirmières » est également instable* »¹³.

Les différents écueils terminologiques sur lesquels on vient s'achopper lorsque l'on cherche à savoir ce qu'est une infirmière et ce qu'elle fait nous paraissent porteurs d'enseignements dans le contexte de la présente étude et permettent de dégager des premières pistes concernant le « malaise » de la profession.

3.1. Infirmière, soins et soins infirmiers

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit une infirmière comme « *une personne ayant suivi une formation de base aux soins infirmiers et autorisée, dans son pays, à prodiguer des soins infirmiers dans tous les contextes pour la promotion de la santé*¹⁴, la

¹⁰ Il avait initialement été prévu de mettre en place un groupe de travail composé des personnes rencontrées en entretien pour élaborer et discuter de propositions d'action. Il a été estimé, en cours d'étude, préférable de collecter des données supplémentaires auprès d'infirmières du terrain.

¹¹ Voir les travaux de Michel Nadot, Doyen et professeur à l'École du personnel soignant à Fribourg qui propose de nommer les infirmières « médiologues de la santé », la soignante se situant au cœur de trois systèmes (personne soignée, corps médical, institution) jouant un rôle d'intermédiaire culturel.

¹² Citation de Norma Lang, membre de l'International Classification for Nursing Practice Programme du Conseil international des infirmières, mise en exergue du document « Orientation stratégique » de l'ASI en 1998

¹³ Buchan J. et Calman L. (2004) p. 10

¹⁴ Pour l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁴. In Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet

prévention de la maladie, les soins et le rétablissement des personnes physiquement et mentalement atteintes »¹⁵.

Pour l'ASI, qui représente les infirmières en Suisse, « *les soins infirmiers s'occupent des conséquences de problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités. Les soins infirmiers contribuent à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et améliorer leur santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne »¹⁶.*

Selon la définition développée à l'Institut des sciences infirmières de l'Université de Bâle et à l'Hôpital cantonal bâlois, les soins infirmiers « *visent à promouvoir et à maintenir la santé, à prévenir l'altération de la santé et à soutenir les personnes face à leur traitement et aux conséquences des maladies et des thérapies afin d'assurer aux personnes concernées les résultats de traitement et d'accompagnement les meilleurs possibles, ainsi que la qualité de vie la meilleure possible à toutes les étapes de la vie jusqu'à la mort »¹⁷.*

La loi vaudoise sur la santé publique (art. 124), quant à elle, reprenant presque mot à mot les cinq fonctions infirmières selon les prescriptions de formation de la Croix-Rouge suisse de 1992, définit l'infirmière comme « *une personne formée pour donner professionnellement les soins ci-après :*

- a) soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne;*
- b) accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie;*
- c) participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques;*
- d) participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale;*
- e) contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession et collaboration à des programmes de recherche concernant la santé publique.*

L'infirmière donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où elle agit sur délégation du médecin ».

En France, l'infirmière est définie comme suit par le code de la santé publique (article L4311-1)¹⁸ : « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ».*

1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948

¹⁵ Cité in Buchan J. et Calman L. (2004) p. 9

¹⁶ ASI.- 1998.- Orientation stratégique.- Berne : ASI.

¹⁷ Traduction ASI, cité in Wandeler E. Blanc J. (2004) p. 18, annexe 1 de la prise de position conjointe des fournisseurs de prestations sur le financement des soins ASI, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées représenté par CURAVIVA - Association des homes et institutions sociales suisses et H+ Les Hôpitaux de Suisse (2004).

¹⁸ Définition reprise en juin 2005 sur le site www.infirmiers.com

Enfin, il faut relever la définition de l'infirmière que l'on trouve dans le dictionnaire Petit Robert, édité en 2004 et selon laquelle l'infirmière est une « *personne qualifiée qui assure la surveillance des malades, leur prodigue des soins et leur administre des médicaments, sous la direction des médecins ou en appliquant leurs prescriptions* »¹⁹.

3.2. Les enseignements de l'instabilité sémantique

Ces écarts terminologiques ne sont pas anodins, le langage étant producteur de sens et de pratiques. Ainsi, de l'écart entre ces différentes définitions, on peut mettre en lumière les éléments suivants :

- > Depuis une trentaine d'années, on constate un glissement progressif sur le plan sémantique de l'« infirmière » aux « soins infirmiers », dans le cadre du processus de professionnalisation et de valorisation de la profession, visant à mettre en avant non ce qu'est une infirmière mais ce qu'elle fait (définitions OMS, ASI).
- > Le recours au qualificatif « infirmier » pour les soins prodigués par une infirmière n'est cependant pas systématique lorsqu'il s'agit de définir le rôle et les compétences de l'infirmière (loi vaudoise). On peut d'ailleurs relever ici que si le Rapport du Conseil d'Etat vaudois au Grand Conseil sur la politique sanitaire de mars 2004 contient 603 fois le terme « soins », l'expression « soins infirmiers » n'apparaît que deux fois...
- > Indiquer que l'infirmière est une personne qui prodigue professionnellement des soins peut laisser penser que ces soins peuvent être dispensés de manière non professionnelle par d'autres. On rejoint ici le débat sur la tendance, dans le cadre des discussions liées aux coûts de la santé, à redonner aux familles la charge de certains soins assumés par des professionnelles, tendance considérée comme « dévalorisante » par les infirmières.
- > La distinction entre les soins donnés par l'infirmière de façon autonome et l'action de l'infirmière sur délégation du médecin s'inscrit dans les discussions sur le « rôle propre » de l'infirmière souvent considéré par opposition au « rôle médico-délégué ».
- > La définition donnée par le dictionnaire, qui reflète le sens commun et limite l'activité de l'infirmière aux actions menées auprès des malades, sous la supervision des médecins, témoigne de la méconnaissance de la société à l'égard des activités des infirmières et des soins infirmiers.

4. L'impossible identité infirmière ?

Ces difficultés à définir les infirmières et leur champ de pratique, les soins infirmiers, posent le problème de leur identification, première étape du « parcours de la reconnaissance »²⁰. Depuis de longues années, ces difficultés identitaires sont au cœur des discussions au sein de la profession, ainsi que le reflète une abondante littérature, sans que les effets des pistes étudiées ne semblent se faire sentir. On continue en effet de parler de manque de reconnaissance et d'invisibilité. On peut même se demander si, dans certains cas, on n'a pas « *prescrit le symptôme* »²¹, et ce, dans un contexte sanitaire en mutation (vieillesse de la population, réduction de la durée d'hospitalisation, environnement multiculturel, fossé informationnel entre deux types de patients, les uns très bien informés et exigeants, les autres appartenant à des groupes marginaux, progrès de la médecine posant des problèmes

¹⁹ Le nouveau Petit Robert.- 2004 - Dictionnaire de la langue française.- Paris : Le Robert.

²⁰ voir Ricoeur P. (2004), pp. 43 - 105

²¹ Patenaude J. et Xhignesse M. 2003 p. 82

éthiques²², crise des finances publiques, etc.). Il nous paraît donc utile dans le cadre de cette étude portant sur l'image que les infirmières ont de leur profession d'aborder deux des traits identitaires de la profession, à savoir sa filiation historique et l'objet de ses pratiques.

4.1. Les infirmières : le poids du passé

Les infirmières semblent porter leur histoire comme on porte une « croix ». « *Vous savez d'où l'on vient ?* », cette phrase prononcée par l'une des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude alors qu'il s'agissait de définir ce qu'est une infirmière nous paraît ainsi caractéristique. On considère généralement que l'un des éléments constitutifs de l'identité d'un groupe est notamment la croyance en une origine commune²³. Cette origine commune, pour les infirmières, est le plus souvent liée à la figure féminine emblématique de la « bonne sœur » qui serait l'« ancêtre » des infirmières actuelles. Mais « cette ancêtre » qui apparaît tant dans la littérature sur les infirmières que lors des entretiens et des séances que nous avons menés, est une figure non valorisée et même rejetée puisque les infirmières revendiquent le fait de n'être « *ni bonnes, ni nonnes* »²⁴.

On peut relever qu'un détour par l'histoire de la profession montre que l'origine de la profession remonte bien avant la bonne sœur puisque « *avec l'alimentation à laquelle elle est liée, la pratique des soins est sans doute la plus vieille pratique de l'histoire du monde* ».

Selon Collière, on peut ainsi historiquement distinguer trois phases dans l'histoire de la profession avant l'époque actuelle :

- > « *identification de la pratique des soins à la femme, depuis les temps les plus reculés de l'histoire de l'humanité, jusqu'à la fin du moyen âge pour la société occidentale ;*
- > *identification de la pratique des soins à la [femme] – consacrée, depuis la fin du moyen âge jusqu'à la fin du XIX^e siècle pour la France ;*
- > *identification de la pratique des soins à la [femme] – infirmière auxiliaire médicale, du début du XX^e siècle jusqu'à la fin des années soixante »*²⁵

Ainsi, la pratique des soins a toujours été assurée par les femmes, dans un premier temps, autour du corps, et de ce qui permet de le restaurer, l'aliment. Par la suite, avec, en Europe, la montée du christianisme, s'installe une nouvelle conception des soins, qui « *dénie l'interrelation corps-esprit en donnant la suprématie de l'esprit, et en reléguant le corps impur, source de fornication et de maléfice* »²⁶. « *Les soins ne s'adressent qu'au corps souffrant... Les soins deviennent une compensation à un manque, à une détresse* »²⁷ Les soins sont assurés par des femmes consacrées, ils s'adressent aux pauvres, aux indigents – ce qui renvoie à l'origine étymologique de l'infirmière – , et pour « *servir les pauvres* », il faut « *rester pauvre parmi les pauvres... faire abstraction de soi* »²⁸. Parallèlement, des femmes guérisseuses craignant d'être accusées d'hérésie continuent de prodiguer des soins dans le silence. Puis on assiste au XIX^e siècle à une modification des pratiques, liée aux progrès de la science. « *Centrés sur le malade et son entourage, les soins vont prendre en compte la*

²² Ces différents éléments sont notamment cités dans le rapport de l'OFFT sur la revalorisation du statut des personnels soignants, août 2003 (postulat 02.3211).

²³ Voir notamment Weber Max.- 1971.- Economie et société. Paris : Plon

²⁴ Saliba J. Bon-Saliba B. Ouvry-Vial B. (1993)

²⁵ Collière M.F. (1982) p. 34

²⁶ Idem p. 51

²⁷ Idem pp. 64 - 65

²⁸ Idem p. 67

maladie »²⁹, et le médecin, qui utilise des techniques de plus en plus élaborées, vient à s'assurer de l'aide d'un personnel, dit paramédical, parmi lequel l'infirmière joue une très grande place.

Dans le discours actuel des infirmières que cela soit dans la littérature, dans celui des personnes rencontrées en entretien, ou lors des séances de groupe menées dans le cadre de cette étude, on retrouve trace de cette histoire, vécue comme un poids.

4.1.1. Une profession de femmes

C'est un truisme que de dire que la profession infirmière est une profession de femmes, et la situation ne semble pas évoluer beaucoup : ainsi, en Suisse, selon les statistiques de la Croix-rouge suisse (CRS), en 2004, les hommes forment 13% de l'effectif des étudiants actuellement en « formations soins » reconnues par la CRS, sages-femmes non comprises. Il faut dire que la profession infirmière est, avec l'enseignement, en Suisse comme dans les autres pays, l'une des premières formations ouvertes aux femmes dans le courant du XIX^e siècle, le pédagogue Pestalozzi « *considérant les valeurs de la maternité et du sens commun comme des facteurs de stabilisation de la société* »³⁰. On le voit, on considère ainsi que c'est par nature que la femme est apte à être infirmière ou enseignante, et ce sont les vertus dites féminines qui sont valorisées. « *Ce que les femmes font se trouve ainsi enfoui, écrasé dans ce qu'elles sont* »³¹, rendant ainsi invisible le travail effectué, ce qui est l'une des causes du manque de reconnaissance dont souffre le travail féminin. La valorisation même du travail féminin pourrait se retourner contre la profession infirmière. Ainsi, pour les experts mandatés par le Conseil international des infirmières considèrent que la difficulté d'augmenter le nombre d'infirmières entrant sur le marché de travail peut s'expliquer par le fait que « *d'autres opportunités de carrière s'ouvrent en effet aux jeunes femmes, traditionnellement les plus intéressées par la profession infirmière* »³²

De fait, dans le cadre du processus de professionnalisation et de valorisation de la profession infirmière, on peut constater une tendance très nette consistant à parler des soins infirmiers plutôt que des infirmières. Comme nous le disait à ce sujet une des personnes rencontrées en entretien, « *l'infirmière n'est pas toujours aussi convaincue que cela qu'elle a des tâches importantes, essentielles, aussi utiles, et c'est vrai qu'on a décidé d'affirmer peut-être aussi de marteler cette importance auprès des professionnels pour qu'ils doutent un peu moins* ».

Cette volonté de valoriser ce que font et non ce que sont les infirmières se retrouve également au niveau de la formation professionnelle où « *ce sont les compétences qui, depuis 1992, délimitent la formation de généraliste niveau II et non plus le rôle professionnel* »³³. Mais la valorisation des tâches et des compétences n'a pas que des avantages, puisqu'« *un glissement de la notion de rôle professionnel vers la notion de compétences liées à la tâche entraîne la possibilité pour un professionnel d'assumer plusieurs tâches simultanément (donc plusieurs rôles) pouvant se révéler incompatibles* »³⁴.

« La femme... »

²⁹ Idem p. 76

³⁰ Sutter Eva et al. (2001) p. 3

³¹ Molinier P (2003) p. 83

³² Buchan J. et Calman L. (2004) p. 21

³³ Unité de recherche et de développement. Ecole romande de soins infirmiers de la Croix-Rouge Suisse. Centre de formations interdisciplinaires post-diplômes (2002) p. 68

³⁴ Patenaude J. et Xhignesse M. (2003) p. 82

La profession infirmière est une profession de femmes : comme le faisait remarquer la journaliste Suzanne Gordon le 20 juin 2005 à une assemblée d'infirmières au CHUV, les infirmières ont grandement contribué à l'émancipation des femmes, c'est en effet l'une des premières professions hors du foyer que les femmes ont pu assumer dans notre société. Les infirmières sont aussi les descendantes des guérisseuses, qui détenaient un savoir essentiel à la survie de la société.

Il faut aussi relever que des sociologues françaises qui ont étudié le mouvement de « coordination » des infirmières de la fin des années 80 sont arrivées à la conclusion que les infirmières sont à la pointe non seulement du combat féministe, mais aussi de la quête de sens. La principale thèse de ces sociologues est que les infirmières *“veulent tout : un emploi comme un autre mais une profession différente des autres en ce sens qu'elles ne veulent rien sacrifier. Plus question d'être sous-payées et de l'accepter sous prétexte que l'on aime ce travail et qu'il est indispensable socialement. Mais pas question non plus de rabattre ses prétentions sur l'investissement dans le travail, pas question par exemple d'accepter les tentatives de rentabilisation du système hospitalier. ... S'obstiner à vouloir conjuguer travail et plaisir, ne pas vouloir renoncer à l'implication dans le travail tout en entrant en conflit ouvert sur ce travail, se battre simultanément pour que leur travail soit payé convenablement, pour qu'il soit en plus intéressant et pour que sa fonction sociale soit reconnue et développée, voilà ce qui est subversif : on veut tout à la fois un travail à forte valeur d'échange et un travail à forte valeur d'usage, et l'on refuse de négocier un aspect au détriment de l'autre.”*³⁵

4.1.2. La vocation

On l'a dit plus haut, la figure emblématique de la « bonne sœur » reste très présente, lorsque l'on parle de la profession infirmière, les professionnelles rejetant ce qu'implique, pour elles, cette filiation. Ainsi, si les infirmières que nous avons rencontrées nous disent avec fierté que *« pas n'importe qui peut travailler avec des êtres humains »*, ce type de déclaration est immédiatement suivi d'une affirmation *« mais on n'est pas les bonnes sœurs d'avant, dévouées corps et âme, on a une vie privée, une vie sociale »*. Suivent alors souvent dans le discours les revendications sur les horaires de travail, sur les conséquences de ne *« pas pouvoir avoir congé à Noël et à Nouvel An la même année »*, sur la difficile conciliation entre vie professionnelle et vie familiale, sur l'absence de crèches pour accueillir les enfants, etc...

Il nous semble en effet que l'expression d'une motivation est rendue difficile par la filiation historique avec les religieuses, comme l'illustrent les dénégations des infirmières lorsque le terme « vocation » est prononcé. Ces dénégations semblent néanmoins fondées, puisque le caractère divin de la mission de l'infirmière est encore invoqué par les politiques, y compris par ceux qui souhaitent valoriser la profession. Ainsi, dans le rapport de la commission chargée d'étudier la motion Edna Chevalley et consorts visant à valoriser la profession d'infirmière³⁶, on peut lire : *« par pénibilité il faut entendre là les atteintes essentielles à la personnalité humaine que ces travailleurs doivent accepter, c'est-à-dire les horaires irréguliers tant nycthéméraux qu'hebdomadaires et mensuels, ainsi que les chocs psychologiques répétés d'intensité variée et pour lesquels le seul rappel de la nature quasi divine de leur mission, fut-elle pleine de grandeur, n'est actuellement plus suffisante, pour permettre à ces professionnels de se reconstituer, au fil des agressions, un psychisme*

³⁵ Kergoat D., Imbert F., Le Doare H, Senotier D. (1992) p. 147

³⁶ Voir Bulletin des séances du Grand Conseil du Canton de Vaud. No 56, séance du mardi après-midi 13 février 2001

équilibré »³⁷. Dans le même débat, il a également été dit au sujet de la profession et de la valorisation pendant la formation : « *bien qu'[...] il s'agisse souvent d'une vocation plutôt que d'une profession* » et plus loin en référence à ce qui a été « *dit sur le terme de vocation, on en n'est plus là, mesdames et messieurs. Ce métier ne doit pas être vu en terme de vocation mais comme un métier reconnu et rétribué pleinement* ».

Mais il faut souligner ici que si la première signification, selon le dictionnaire Petit Robert, du terme vocation fait référence à l'« *appel de Dieu* », la vocation est aussi une « *inclinaison, penchant (pour une profession, un état)* », le Petit Robert citant comme exemple la vocation à l'enseignement et la vocation artistique. Et dans ce sens là, il nous semble que la motivation des infirmières telle qu'elles en parlent lorsqu'on cherche de manière répétée à savoir pourquoi, en définitive, elles ont choisi ce métier là, qu'elles disent pour la très grande majorité aimer, est effectivement une forme de vocation : « *Un truc que t'as à l'intérieur de toi* », « *le feu sacré* » « *il faut être faite pour ce métier* », et même : « *Il faut que cela reste une profession à vocation, c'est notre choix* »...

4.1.3. L'aide et le don

Difficile également d'exprimer sa motivation, compte tenu des soupçons qui pèsent sur les professionnels de la relation d'aide. Ces derniers auraient choisi ce type d'activités pour guérir leur propre blessure³⁸, dans une logique de réparation, et dès lors ne pourraient exercer que difficilement leur métier de manière professionnelle, puisque incapables de prendre la juste distance d'avec leurs patients. Nous avons ainsi entendu à plusieurs reprises des experts rencontrés dans le cadre de cette étude nous parler du profil psychologique des soignants comme l'une des sources possibles des « *plaintes* » exprimées par les infirmières, les infirmières étant insatisfaites par « *nature* » du fait de leurs problèmes personnels. Nous nous demandons pour notre part si ce soupçon lui-même ne contribue pas au manque de reconnaissance ressenti par les infirmières, dans la mesure où entachant de visées personnelles le don³⁹, il dévalorise le contre-don, et donc l'échange, et notamment le plaisir que pourrait éprouver une infirmière à effectuer efficacement son travail.

*« Résister, c'est cesser de se plaindre et commencer par valoriser soi-même la part affective du soin... Pour s'y retrouver dans ce boulot, il faut être un peu conne, bonne et nonne. Il faut donner de soi mais on ne peut le faire que si l'on y trouve un bénéfice. Non pas dans la technicité, mais dans ces choses non quantifiables, non rationnelles, ces choses informelles que sont l'échange, la présence, la qualité de l'attention »*⁴⁰. Lors de nos séances avec les infirmières, nous avons constaté que si certaines exprimaient sans peine le plaisir éprouvé dans leur travail, y compris dans le cas d'un accompagnement à la mort, pour d'autres, le plaisir est manifestement une question qu'il est difficile d'aborder, voire même d'envisager.

4.1.4. L'affranchissement du médecin

Après la femme guérisseuse, la bonne sœur, la troisième figure d'identification de l'infirmière est celle de l'« *auxiliaire du médecin* ». Depuis la fin des années soixante, les infirmières cherchent à s'émanciper de la tutelle du médecin et à valoriser leur profession: c'est dans ce

³⁷ Nous reviendrons plus bas sur la vision des infirmières dont, à notre sens, dénote cette citation.

³⁸ Il est probablement fait ici référence à l'archétype jungien du « *guérisseur-blessé* », selon lequel tout guérisseur a en lui une part inconsciente blessée, alors que tout patient dont s'occupe le guérisseur a une part inconsciente de « *guérisseur* ».

³⁹ Ce qui va à l'encontre également de la « *mission divine de l'infirmière* », caractérisée par l'acte gratuit...

⁴⁰ Anne Perraut Soliveres, entretien avec Libération, 2 janvier 2002, cité in De Hennezel M. (2004) p. 124

contexte que s'est développé le concept de rôle « propre », à savoir des tâches et activités que l'infirmière peut mener de manière autonome. On dit ainsi souvent que les infirmières jouent un « rôle propre » et un « rôle médico-délégué », que l'on tend parfois à opposer, pour affranchir l'infirmière de la tutelle du médecin et pour montrer l'autonomie, l'ampleur et la complexité du champ d'action et de savoir de l'infirmière⁴¹ ? Le terme « propre » signifie, selon le Petit Robert, « qualité distinctive qui appartient à une chose, une personne », et dès lors appeler « rôle propre » tout ce qui est fait de manière autonome par l'infirmière peut laisser penser que l'aspect médico-délégué n'appartient pas véritablement au rôle de l'infirmière. On relèvera ici que la journaliste spécialisée dans la visibilité des infirmières Suzanne Gordon a souligné devant un parterre d'infirmières lors de sa conférence du 20 juin 2005 au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) l'importance de ne pas opposer ces deux rôles, mais au contraire de les réconcilier dans la présentation des activités des infirmières, pour rendre visible les soins infirmiers.

Ce qu'il faut constater à ce stade, c'est qu'en Suisse, si le discours de la profession est clair concernant l'importance de ce rôle autonome, il n'est pas encore reconnu par le monde politique, du moins pour ce qui touche au financement de ces soins. Ainsi, les soins infirmiers ne sont remboursés dans le cadre du dispositif de la loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) que sur prescription médicale ou sur mandat médical.

On peut aussi relever qu'une étude réalisée en 2001 portant sur le stress dans les hôpitaux indique que « *selon les réponses des infirmières leur collaboration avec les médecins semble hypothéquée par l'ignorance de ces derniers concernant les responsabilités et les fonctions qu'elles assument. Elles décèlent régulièrement dans les propos qui sont tenus qu'ils les réduisent à des employés subalternes en oubliant et en ne voulant pas savoir les tâches spécifiques qui sont les leurs* »⁴². Cette étude relève aussi le rôle que jouent les infirmières dans la formation pratique des médecins débutants. Dans son rapport sur la revalorisation du statut des personnels soignants, l'OFFT relève à ce sujet que « *cette différence de position et de statut ne se reflète pas seulement dans l'organisation des tâches au quotidien, mais aussi dans la structure de gestion des hôpitaux : les soins n'y jouent parfois qu'un rôle secondaire par rapport à l'administration et au personnel médical* »⁴³.

Cette situation n'est pas caractéristique de la Suisse puisque les ministres de la santé des États membres de la Région européenne de l'OMS participant à la Conférence de Munich en 2000 ont invité « *toutes les autorités concernées de la Région européenne de l'OMS à intensifier leur action afin de renforcer les soins infirmiers et obstétricaux en donnant aux infirmières, aux sages-femmes et aux médecins la possibilité d'apprendre ensemble aux niveaux de la formation de base et de la formation de 3^e cycle et supérieure pour leur permettre de travailler de façon coopérative et interdisciplinaire dans l'intérêt des patients.* »

A ce stade, à notre connaissance, cette invitation n'a pas été suivie d'effets dans le canton de Vaud. Le programme de formation des médecins à l'Université de Lausanne, selon les informations dont nous disposons, ne semble pas non plus contenir de module présentant le travail des infirmières.

⁴¹ Ainsi par exemple on peut lire dans une étude belge sur « le concept de soi professionnel des infirmiers » que « la profession infirmière, malgré un désir évident de développer un rôle propre et autonome centré sur les besoins des patients est encore fortement influencée, à l'heure actuelle, par des dimensions médico-techniques » Darras E., Diercks de Casterlé B., Milisen K., et al. (2003) p. 69

⁴² Fischer W., Goerg D (2001) p. 25

⁴³ OFFT (2003) p. 13

Mais on relèvera ici que les relations infirmière – médecin ne sont pas toujours perçues comme problématiques. Ainsi, des infirmières rencontrées dans le cadre de la présente étude nous ont dit : « *Avant, les infirmières se sentaient inférieures au médecin, ça c'est fini, il y a ouverture des deux côtés* ». Il faut en effet relever que les infirmières, avec leur approche du patient dans sa globalité, nous semblent être des précurseurs de ce que l'on appelle la santé publique, à savoir un « *concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé* »⁴⁴.

4.1.5. Les infirmières et les autres professions de la santé

Si l'identité de la profession infirmière a, de la fin du XIX^e siècle au milieu du XX^e siècle, été étroitement liée au médecin, l'infirmière étant alors perçue comme l'auxiliaire du médecin, il faut constater que l'identité de la profession est également tributaire de son histoire récente, et notamment des relations des infirmières avec les nouveaux professionnels de la santé – physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens, etc. – qui apparaissent dès les années cinquante. Comme le souligne Nadot, « *aujourd'hui, une part non négligeable de l'activité soignante, notamment dans les centres de soins d'importance, consiste à rendre service à des services médico-thérapeutiques et médico-techniques* »⁴⁵.

Or les infirmières constatent que ces professions ont réussi à affirmer leur rôle, « *nous* », nous a-t-on dit, « *il y a un malaise, on est au milieu, on est disséminé, on est mal défini, les ergo, ils ont leur rôle autonome... chacun a ses terrains sauf nous...* ». Dans ce contexte, il faut relever que les différentes mesures envisagées ou programmes adoptés de revalorisation du statut des professionnels de la santé ne se limitent pas aux infirmières mais visent l'ensemble des personnels soignants. Il en va notamment ainsi de la décision consistant à former les infirmières au niveau HES. C'est le cas pour les infirmières en Suisse romande, et pour une petite partie des infirmières en Suisse alémanique. C'est également le cas pour les autres professions de la santé, et ce dans l'ensemble du pays. Dans ce contexte, la comparaison entre infirmières et autres professions de la santé ne semble donc pas être à l'avantage des infirmières. Cette comparaison entre les infirmières et les autres professions de la santé nous semble d'autant plus pertinente que « *nous nous identifions moins par rapport à la positivité d'une communauté d'appartenance ou d'une culture que par rapport aux communautés et aux cultures avec lesquelles nous sommes en relation* »⁴⁶.

Les infirmières sont par ailleurs confrontées à l'arrivée sur la « scène des soins » de personnel moins qualifié. En effet, certaines activités, et notamment celles liées aux « soins de base », pourtant part essentielle des soins et vitale, ont été « *abandonnées* » par des infirmières « *peu conscientes de l'histoire de la discipline* », parce que « *connotées implicitement de basses besognes* ». Ces activités ont été le plus souvent assumées par des aides-infirmiers ou des aides-soignants, ou encore par des infirmières assistantes. Ces activités entrent dans le champ de pratique des futurs assistants en soin et santé communautaire (ASSC) qui suscitent des peurs chez les infirmières qui craignent que l'on ne préfère recruter des ASSC, moins chers.

⁴⁴ Définition de l'OMS, citée sur www.promotiondelasante.ch page consultée en juin 2005

⁴⁵ Nadot M. (2002) p. 59

⁴⁶ Bayart J.F. (1996) p. 101

Or selon Nadot⁴⁷, ces activités font partie intégrantes des pratiques soignantes, de la « *matrice disciplinaire* », et ne peuvent être dissociées des autres pratiques de la profession.

4.2. Les soins et la société

4.2.1. Les soins infirmiers : la part cachée de la vie

Les soins, on l'a dit, sont l'une des pratiques sociales les plus anciennes et « *étaient le fait de toute personne qui aidait quelqu'un d'autre à assurer tout ce qui lui était nécessaire pour continuer sa vie, en relation avec la vie du groupe* »⁴⁸. Effectués à l'origine au sein du groupe – faisant partie du travail domestique –, la prise en charge des « faibles », les soins aux « infirmes » sont progressivement donnés au sein d'institutions. La religion chrétienne considère le corps avec mépris, et les soins au corps ne sont plus dispensés que dans les institutions comme « *support des soins spirituels* », au corps souffrant, par des religieuses⁴⁹. Les progrès de la médecine vont par la suite faire disparaître la souffrance et l'objet des soins, le corps – et plus particulièrement ses aspects « souillure » – vont être progressivement occultés sur le plan social. « *Les infirmières possèdent un savoir important relatif au corps et à la vie sociale – savoir construit dans le contexte d'une société au sein de laquelle les gens apprennent à cacher le corps et certaines de ses fonctions. Tant que cette conception du corps persistera il y aura des pressions sociales pour cacher les soins infirmiers et le travail des infirmières* »⁵⁰.

Cette disparition sociale de l'« objet » du champ de pratiques des infirmières nous semble être l'un des facteurs contribuant à la problématique de la reconnaissance des infirmières, de leurs pratiques et de leurs savoirs.

Tout ce qui touche aux soins du corps n'est en effet socialement pas valorisé. Il est intéressant de mentionner ici les résultats d'une étude menée en Argovie en 2002 sur le choix de la profession et l'image de la profession et de la formation en soins⁵¹. La pénibilité de la profession – définie ici comme « *maniements d'excréments et de sang, exposition au processus du vieillissement et du « mourir », à la mort et au deuil* »⁵² – vient, parmi les aspects négatifs cités par les personnes interrogées (élèves, soignants, parents d'étudiants en soins), en troisième position, après les horaires de travail et les salaires. En revanche, la catégorie « soignants en activité » prise isolément classe cette problématique en huitième position parmi les aspects négatifs. Des infirmières rencontrées dans le cadre de cette étude nous ont confirmé que l'aspect de leur travail lié aux soins au corps n'est pas particulièrement problématique pour elles : « *on n'a pas de dégoût, ça fait partie du travail ... on vient en aide à la personne et on passe au-delà, on agit* ».

De même que le corps n'est plus socialement accepté dans sa globalité, en Occident, la mort a également été progressivement occultée⁵³, évacuée, par la société⁵⁴ : on meurt de moins en

⁴⁷ Nadot M. 2002 p. 72-74

⁴⁸ Collière M. F. 1982 p. 23

⁴⁹ Idem p. 64. Il faut noter aussi que les personnes aisées recevaient pour leur part des soins de leur médecin à leur domicile.

⁵⁰ Lawler J.- (2002) p. 248

⁵¹ Cité in OFFT (2003) p. 13

⁵² Idem p. 14

⁵³ On notera dans ce cadre que les infirmières continuent de soigner la personne, même lorsque selon les médecins « *il n'y a plus rien à faire* »...

⁵⁴ voir notamment les travaux de P. Aries.- 1977.- L'homme devant la mort.- Paris : Points Seuil.

moins chez soi de nos jours, mais le plus souvent « à l'écart », dans des hôpitaux ou des EMS⁵⁵, et pas forcément entouré de ses proches. Des infirmières rencontrées dans le cadre de cette étude nous ont fait part des confrontations qui peuvent survenir avec les familles, qui se plaignent et qui « *reportent leur culpabilité sur les infirmières* », l'infirmière dans ce contexte se devant d'être souriante : « *On a l'image de l'infirmière à défendre* ».

Toute cette partie du travail des infirmières liée aux soins au corps et à l'accompagnement à la mort reste peu visible. D'une part, parce que comme le dit l'un des experts que nous avons rencontré en entretien, c'est que « *l'infirmière, c'est celle qui voit* ». L'infirmière est en effet le témoin de la souffrance d'un patient, le cas échéant, d'une certaine déchéance physique et psychique, d'une agonie, que les proches du patient ou du client préfèrent ignorer ou que la personne elle-même, si elle se rétablit, préférera oublier. D'autre part, parce que, comme nous l'ont expliqué des infirmières, elles ne racontent pas cette partie de leur travail par respect de l'intimité du patient, pour respecter le secret médical ou parce que, parfois, leur propre entourage préfère ne pas en entendre parler : « *J'en parle pas parce que je ressens que c'est lourd* », « *il n'y a pas de curiosité, c'est des choses qu'ils veulent pas voir* », « *on vit dans quelque chose que personne ne veut voir, qui font peur* ». Le plaisir d'un travail bien fait lorsque ce travail consiste à accompagner un être humain à la mort est également, pour certaines infirmières, difficile à exprimer, parfois même à « s'avouer ».

On peut aussi relever des propos laissant entendre qu'il pourrait exister au sein de la profession une hiérarchie perçue entre infirmières. Celles travaillant directement avec les personnes âgées et les mourants seraient moins valorisées. Ainsi, « *si vous travaillez dans un EMS, on pense que vous n'êtes pas capables de travailler dans un hôpital* », « *les [infirmières] HES ne voudront pas travailler en EMS, c'est dénigrant* ». Mais ces propos sont rapidement tempérés : « *Les jeunes préfèrent travailler dans les soins aigus, c'est plus technique... en EMS, on a plus de pouvoir, on a plus de responsabilités* ».

Les infirmières soulignent la difficulté du « relationnel » notamment lié à la mort. La mort fait partie de la formation et du travail des infirmières, les infirmières nous l'ont dit, « *on est mieux armées, mais quand même, quand il y a trop, il y a trop* ».

4.2.2. Les conditions de travail

Les conditions de travail des infirmières sont en effet réputées pour leur « pénibilité », pénibilité définie souvent, on vient de le dire, comme liée au fait que les infirmières, dans leur travail, sont confrontées à la maladie, à la souffrance, au vieillissement et à la mort. On notera ici que « *ce qui est difficile, ce n'est pas le décès mais la façon dont ça se passe* ».

La pénibilité est également définie comme liée aux horaires de la profession, découlant de la nécessaire prise en charge des patients 7 jours sur 7, et 24 heures sur 24⁵⁶. Il est intéressant de

⁵⁵ On notera ici que cette tendance est critiquée et que des mesures sont prises, par exemple le développement des soins palliatifs fondé notamment sur la « reconnaissance de l'inadéquation de l'hôpital comme lieu de décès » (voir http://www.sanimedia.ch/content/soins_palliatifs/theme_soinspalliatifs.htm, page consultée en juin 2005). On notera aussi que la tendance à faire des EMS des « lieux de vie » contribue à occulter les soins, notamment infirmiers : dans ce cadre, le passage en revue de sites internet d'EMS vaudois montre que souvent les soins sont présentés après les « animations », la « cafétéria », ce qui ne contribue pas à la reconnaissance de la prestation des infirmières.

⁵⁶ Une enquête menée en 2003 en Suisse sur l'attractivité des professions enseignantes en les comparant à d'autres métiers⁵⁶ montre que la profession infirmière est l'une des professions qui se situe tout au bas de l'échelle sociale en Suisse. La profession infirmière obtient notamment le moins bon classement pour ce qui est

noter que si les horaires sont cités par les différentes infirmières rencontrées dans le cadre de cette étude comme un aspect négatif de leur métier⁵⁷, c'est parce qu'ils les contraignent à « *une vie sociale différente* » et qu'ils rendent difficile la conciliation avec une vie familiale⁵⁸. Le travail les jours fériés, nous a-t-on dit devrait être valorisé davantage, « *le jour de Noël par exemple devrait être compensés plus qu'un dimanche* ». On retrouve ici le souci d'affirmer son droit à une vie personnelle, en dehors des malades, de ne pas être une « *bonne sœur, dévouée corps et âme* ».

Il nous paraît important de revenir dans ce contexte sur certaines définitions de la pénibilité du travail des infirmières, qui en voulant reconnaître la dureté des conditions de travail, les présentent de manière extrême⁵⁹, mettant en doute la santé mentale de celles qui exercent – ou choisiraient d'exercer cette profession. « *Par pénibilité il faut entendre là les atteintes essentielles à la personnalité humaine que ces travailleurs doivent accepter, c'est-à-dire les horaires irréguliers tant nycthémeraux qu'hebdomadaires et mensuels, ainsi que les chocs psychologiques répétés d'intensité variée et pour lesquels le seul rappel de la nature quasi divine de leur mission, fut-elle pleine de grandeur, n'est actuellement plus suffisant, pour permettre à ces professionnels de se reconstituer, au fil des agressions, un psychisme équilibré* »⁶⁰. Cette définition laisse également entendre que par le passé, la seule reconnaissance de la nature divine de la mission suffisait aux infirmières pour se remettre des chocs psychiques...

Lors de nos rencontres avec des infirmières dans un hôpital, dans un CMS et dans un EMS, nous avons été frappée par le fait qu'aucune infirmière n'a spontanément utilisé le terme « stress » comme caractérisant l'exercice de sa profession. En revanche, toutes ont souligné les problèmes liés à ce qu'elles perçoivent comme un manque de temps pour le patient, pour pouvoir donner des soins de qualité, et leur rémunération, considérée comme trop basse – nous reviendrons sur la question des salaires dans le cadre du présent rapport consacré au programme vaudois de promotion des professions de la santé. Le manque de temps pour les patients est, selon les informations récoltées, davantage dû au fait qu'en hôpital, les infirmières « *n'ont plus que des gros cas* » du fait du raccourcissement de la durée des hospitalisations, et pour les soins palliatifs, dû au fait que les patients sont hospitalisés plus tardivement.

Différentes études cantonales, citées dans un rapport de l'OFFT sur la revalorisation du statut du personnel soignant⁶¹, ont montré que la situation du personnel soignant se caractérise par

des salaires et de la fatigue nerveuse. La profession est perçue comme peu autonome. Sont considérés comme moins autonomes que les infirmières, les assistants médicaux et les enseignants primaires. Pour ce qui est du prestige social, l'infirmière fait partie des professions les moins bien classées (un peu mieux que les assistantes médicales et les maîtresses de travail ménager. On peut relever que dans cette étude, la profession « médecin » est la profession la mieux classée pour ce qui est du salaire, des perspectives de carrière (avec les avocats), de l'autonomie, de la sécurité de l'emploi et du prestige social. Voir in Hutmacher Walo. et al. - 2004.- Images, statut social et attractivité des professions enseignantes.- disponible en juin 2005 sur www.sejb.ch/docs/pdf/Univox-Hutmacher.pdf

⁵⁷ Il faut dire ici que les infirmières peuvent désormais exercer leur profession dans le cadre des soins à domicile avec des horaires de travail plus semblables à ceux des autres professions.

⁵⁸ Certaines infirmières nous ont dit que pour les « jeunes », les horaires irréguliers pouvaient avoir des avantages.

⁵⁹ Exagérée même, diraient certains qui se demandent comment alors qualifier l'état de victimes de situations de guerre.

⁶⁰ Nous reviendrons plus bas sur la vision des infirmières que, à notre sens, dénote cette citation.

⁶¹ OFFT (2003) p. 9-10

une surcharge de travail et un stress liés à la pénurie en personnel et à des effectifs trop réduits, à l'augmentation de la demande en soins, à des coupes résultant de ce qui précède, à des exigences élevées en matière de qualification des soignants et à un très haut degré de responsabilité (modifications de l'assurance responsabilité civile professionnelle). Selon l'OFFT, « *les facteurs qui viennent d'être cités entraînent le secteur des soins infirmiers dans une spirale négative* »⁶². Les infirmières nous disent aussi être confrontées à des patients « *qui paient plus, et qui veulent plus* ». Les infirmières estiment également que la part administrative de leur travail augmente, qu'elles subissent des changements constants d'organisation, et qu'une partie de leur travail qui consiste à prendre en charge des stagiaires ou des personnes en formation n'est pas valorisée.

L'évolution du système de prise en charge de la santé, et plus particulièrement la diminution de la durée des hospitalisations, le recul de l'âge d'entrée en EMS, le développement des soins à domicile, les restrictions financières, ont en effet radicalement modifié les conditions de travail des infirmières. A l'hôpital, elles ont affaire à des patients en situation aiguë, et de moins en moins souvent, nous a-t-on dit, à des patients dont l'état est stabilisé. Dans le cadre des soins à domicile ou des EMS, les infirmières nous disent voir l'impact des restrictions financières, par exemple des modifications de remboursement de certaines prestations comme des veilles d'urgence, les soins de court séjour, etc. Les infirmières soulignent ainsi ce qu'elles ressentent comme les contradictions de la société, qui développe les soins à domicile, les soins palliatifs « *avant on se battait contre la maladie, maintenant on se demande si c'est raisonnable...* » et qui par ailleurs remet en cause le financement des soins. « *C'est une schizophrénie de la société plus que de la dévalorisation* » fait remarquer une des infirmières rencontrées dans le cadre de l'étude, « *on ne veut pas institutionnaliser les gens mais on ne veut pas payer les soins à domicile* ». Les infirmières, nous paraissent ainsi porter le poids des conséquences des restrictions financières. « *On est en première ligne pour voir ce qui se passe si l'on n'agit pas* », nous ont-elles dit, « *on se sent responsable* ». Cette situation, et ce rôle de pompiers que jouent les infirmières qui « *s'occupent de l'exclusion* », sont au « *bout de la chaîne* » comme elles disent, ne caractérisent pas uniquement la Suisse, comme en témoigne le discours d'une infirmière française : « *On ne peut pas partir du travail, parce que les gens dont on s'occupe vivent des situations humainement extrêmes et nous sommes des extrémistes de l'extrême* »⁶³.

4.2.3. Les soins : la part hors « norme » de la société

D'autres professions sont réputées également pour être caractérisées par un « malaise professionnel », et l'on dit aussi de leurs membres qu'ils se « plaignent » tout le temps. Il s'agit notamment des assistants sociaux, des éducateurs de la petite enfance et des enseignants. Il peut être intéressant de relever que toutes ces professions ont pour objet ceux qui ne sont pas dans la « norme » de la société comprise comme les personnes productives, ayant un travail⁶⁴. Ces différentes professions ont une filiation historique commune – ce sont traditionnellement des professions de femmes, descendantes de « la religieuse ». Rappelons que l'étymologie du terme « infirmière » renvoie au faible, à l'indigent, soit aux personnes situées dans les marges de la société, et pas exclusivement au malade.

On peut aussi relever dans ce contexte que pour certains, la non valorisation des soins infirmiers est liée au fait que les soins infirmiers ne sont pas « productifs » du point de vue

⁶² Idem p. 10

⁶³ Infirmière citée in Molinier P. (2003) p. 207

économique, à savoir liés à des intérêts économiques comme d'autres professions médicales ou de la santé (industries pharmaceutiques, etc).

4.3. *L'impasse identitaire ?*

La discussion sur l'identité infirmière met en lumière le paradoxe de la profession infirmière. Leurs activités sont essentielles au bon fonctionnement social mais la société actuelle occulte une grande part du champ de pratiques des professionnels infirmiers (corps, mort). Par ailleurs, les professionnels infirmiers n'acceptent pas ce que leur renvoie l'histoire de la profession – plus particulièrement tout ce qui touche à la « religieuse » et à l'«auxiliaire du médecin ». Le rejet de ces deux figures emblématiques témoigne, à notre avis, de la volonté des professionnels de s'inscrire et d'inscrire les soins dans la société. Ils refusent s d'être eux-mêmes coupés de la société (la religieuse, investie d'une mission divine mais sans vie familiale et sociale, et qui n'a plus sa place dans une société où la religion ne joue plus un rôle central), ou de n'être reconnus qu'en renonçant à la part sociale de leur pratique (« *De tout temps, les soins ont eu une fonction sociale... Dans la société occidentale, le retranchement de l'institution hospitalière de la communauté et l'exclusion sociale de ceux qui s'y trouvent, la clôture des femmes consacrées suivie de la formation des infirmière en hôpital-école, puis à la fin du XIX^e siècle les théories organicistes et de celles de l'asepsie contribuent à faire de l'action soignante une action retranchée et à la séparer de l'action sociale dans sa conception et son organisation. Il y a scission entre le sanitaire et le social, scission dont l'impact est considérable car elle permet à tout ce qui a vocation sanitaire – c'est-à-dire de plus en plus médical d'ignorer le social* »⁶⁵).

Le débat identitaire sur l'infirmière semble mener actuellement à une impasse. « *La problématique centrée autour de l'identité infirmière nous semble aujourd'hui trop étriquée et figée dans un registre doloriste pour ne pas dire plaintif... La littérature professionnelle est à cet égard impressionnante... Le débat sur notre « triste sort », parfois sur notre mal-être et notre quête de reconnaissance, nous maintient vraisemblablement dans un discours beaucoup plus idéologique que scientifique, dans une posture là encore d'allégeance et de soumission au corps médical, quand ce n'est pas dans un rôle de victime* »⁶⁶. Ce « registre doloriste » est qualifié, par certains des experts que nous avons rencontrés dans le canton de Vaud, de « *culture des lamentations* » ou de « *logique de la plainte* ». Le manque de reconnaissance devient alors un trait identitaire de la profession.

Dans ce contexte, on notera que l'on assiste même à une « institutionnalisation » de la reconnaissance comme problématique infirmière, puisque la question s'inscrit dans la formation continue. Ainsi, par exemple, le centre de formation CREP/ASI, propose-t-il, en 2005 comme cours « à la carte », un module intitulé « *si être reconnu ... au quotidien pouvait libérer la motivation, freiner le désengagement dans le travail ou l'absentéisme* »⁶⁷.

Tout devient signe du manque de reconnaissance, ainsi par exemple, des mesures d'austérité : « *Le manque de considération envers le personnel soignant (infirmier et médical) est sous-*

⁶⁴ Voir les travaux de D. Méda. Notamment in Méda D. 2004.- Le travail.- Paris : PUF. On peut aussi relever ici que tout le système de « sécurité sociale » suisse, assurance vieillesse et survivants, assurance invalidité, assurance chômage, assurance maladie est organisé autour du travail. Il s'agit de financer ceux qui ne sont pas en mesure de travailler, soit du fait de leur âge, soit du fait de leur santé, et de financer les soins notamment dans une optique de rétablissement de la santé en vue d'une reprise de l'activité professionnelle.

⁶⁵ Collière M.F. (1982) p. 330

⁶⁶ Zaoui E. (2003.) p. 30

⁶⁷ <http://www.crep-asi.ch/formation-programme.htm>, page consultée en juin 2005

jacent aux décisions d'austérité. La politique d'information des autorités responsables révèle à quel point elles ont peu d'estime pour ces professions et leur mission. C'est souvent par le biais de la presse quotidienne que le personnel prend connaissance de mesures d'économie et des réductions de postes et pas directement de son employeur, le canton »⁶⁸, c'est ce qu'écrit le représentant lucernois de l'ASI dans le journal de l'association en octobre 2004.

On risque alors de se retrouver dans une logique de « *prédictions qui se vérifient d'elles-mêmes* »⁶⁹. Comment ne pas se plaindre alors que la plus grande partie du discours des médias, tout comme le discours « scientifique » portant sur les infirmières parle du malaise de la profession lié au manque de reconnaissance, de la pénurie en personnel soignant formé lié au stress et à la pénibilité du travail, de la crise que traverse le système sanitaire, etc. Des infirmières, après nous avoir dit qu'elles aimaient leur métier, nous disaient « *que peut-on dire ? tout va mal et on a du plaisir* » ?

Difficile en effet pour les infirmières du terrain⁷⁰ de prendre de la distance d'avec leurs porte-parole, les associations professionnelles et les lieux de formation, qui se battent pour la reconnaissance de la profession, mais dont le discours, c'est l'hypothèse que nous posons, peut, par certains de ses aspects, contribuer à enfermer les infirmières dans le registre « *doloriste* ».

5. Les porte-parole de la profession

5.1. L'ASI

Selon l'article 2 al. 1 de ses statuts, l'ASI « *s'emploie* :

- a) *à développer le domaine des soins infirmiers et à assurer leur qualité*
- b) *à soutenir ses membres dans leurs activités et leur développement professionnels*
- c) *à défendre et promouvoir les intérêts sociaux et économiques de ses membres*
- d) *à adopter une position d'analyse critique à l'égard du système de santé et, partant, à examiner les problèmes émanant de l'Etat et de la société;*
- e) *à participer activement aux processus de décision politique relevant de la santé* ».

L'ASI joue donc simultanément un double rôle. Elle joue le rôle d'une association professionnelle, qui défend la qualité de la prestation fournie au public – les soins infirmiers – notamment par l'intermédiaire de la défense de la qualité des fournisseurs de soins que sont les infirmières, et notamment de leur formation professionnelle. C'est notamment sur le plan politique que se joue ce rôle. Simultanément, l'ASI joue aussi un rôle plus syndical, en tant que défenseur des intérêts sociaux et économiques des professionnels.

Ce double rôle joué par l'Association a été rapidement relevé lors des entretiens effectués dans le cadre de cette étude ainsi que lors des séances avec les infirmières. Une certaine incompréhension quant au rôle de cette association, qui n'est pas un ordre professionnel mais pas non plus un syndicat - semble être de mise. On peut dans ce cadre relever par exemple que

⁶⁸ Fecker S. (2004) p. 40

⁶⁹ Watzlawick P. (1988) p. 109

⁷⁰ Cela nous semble d'autant plus difficile que les infirmières que nous avons rencontrées ont toutes souligné l'importance de l'« équipe », à qui l'on peut parler, avec qui l'on peut partager. Ne pas tenir le discours « *ambiant* », n'est-ce pas risquer de se montrer déloyale à l'égard de l'équipe ?

le site Internet de l'ASI présente sous « action politique »⁷¹ l'action concernant le service de piquet, qui nous paraît plutôt être d'ordre syndical.

Les difficultés liées à ce que certains qualifient d'ambivalence, source de faiblesses, sont aussi soulignées dans le rapport préparé par l'OFFT en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats relatif à la revalorisation du statut du personnel soignant⁷². L'OFFT relève ainsi la double nature du discours des associations professionnelles, qui, d'une part, déploient de grands efforts pour soutenir le développement et la visibilité des soins et pour promouvoir la profession, et qui, d'autre part, pour faire passer leurs revendications syndicales, s'appuient sur les aspects négatifs de la situation professionnelle. On soulignera ici que l'ASI s'est également vue critiquée par certains Romands qui lui reprochent de rechercher le plus petit dénominateur commun, notamment dans le cadre de la discussion sur la formation au niveau HES⁷³.

Pour beaucoup des personnes rencontrées dans le cadre de cette étude, un « ordre professionnel » des infirmières devrait être créé en Suisse pour clarifier le discours de l'association professionnelle, et affirmer l'importance de la prestation, et le rôle de la profession en tant que garant de soins de qualité. La mise en place d'un tel organe paraît revêtir non seulement une fonction pratique – mieux défendre les soins infirmiers – mais également revêtir une importance symbolique pour ce qui touche à la reconnaissance de l'importance de la profession.

Mais selon certains, la mise en place d'un ordre professionnel, à qui l'Etat reconnaîtrait certaines compétences, comme, par exemple, de fixer les critères d'accès à la profession et les normes d'exercice⁷⁴, ne peut juridiquement être envisageable sur le plan fédéral, puisque la santé est, en Suisse, de la compétence des cantons. Ainsi, l'exercice des professions de la santé est régi par la législation cantonale, dans le canton de Vaud, par la loi sur la santé publique. L'octroi de compétences de ce type à un ordre professionnel signifierait également rendre obligatoire l'affiliation à un tel organe pour pouvoir exercer sa profession. On nous l'a fait remarquer, ce type d'affiliation obligatoire n'est guère dans la « culture suisse ». A cet égard, on peut ici préciser que la section vaudoise de l'ASI comptait à fin 2004 1'576 membres, ce qui représente 19,6% des infirmières au bénéfice d'une autorisation de pratiquer en activité dans le canton⁷⁵.

Il faut aussi constater que ce qui en Suisse est connu comme « ordre professionnel » (par exemple la Fédération des médecins suisses) est davantage une association professionnelle, jouant notamment le rôle de « lobby » sur le plan politique.

⁷¹ <http://www.asi-vaud.org/politique.html> page consultée en juin 2005.

⁷² OFFT (2003).- pp. 15 - 16

⁷³ Voir par exemple Chapuis (2000) p. 97

⁷⁴ C'est par exemple le cas au Canada.

⁷⁵ Selon les statistiques disponibles sur le site Statistique Vaud du Service cantonal de recherche et d'information statistiques de l'Etat de Vaud (SCRIS)⁷⁵, 8'034 infirmières au bénéfice d'une autorisation de pratiquer spécifique - dont 2'868 étrangères - étaient en activité dans le canton de Vaud au 30 juin 2004. Sont comptabilisées dans ce contexte les infirmières en soins généraux (5'970), les infirmières en hygiène maternelle et en pédiatrie (501), les infirmières en psychiatrie (630), les infirmières niveau I (280) et les infirmières niveau II (653). Ce nombre est de 8'884 si l'on prend en compte les infirmières-assistantes. Selon la même source et à la même date, il existe 3'683 médecins, 904 physiothérapeutes, 165 ergothérapeutes autorisés et en activité dans le canton. Voir SCRIS.- 2004.- Professionnels de la santé en activité par type de profession et origine, Vaud, 30 juin 2004. Source : Service de la santé publique (base de données Police sanitaire).- Lausanne : Etat de Vaud

5.2. La formation

Comme lieu de formation, les écoles d'infirmières contribuent à forger l'identité de la profession par le contenu des cours qu'elles dispensent et de la recherche qu'elles effectuent. Mais elles jouent également le rôle de porte-parole de la profession, tant dans l'image qu'elles véhiculent, notamment lors de leurs campagnes de recrutement de nouveaux élèves, ou dans leurs publications.

5.2.1. ... en profonde mutation

En Suisse, la formation des infirmières et le rôle des écoles est en profonde mutation depuis plusieurs années, et tout particulièrement depuis le début des années 2000.

En effet, la formation des infirmières connaît en 1992 une réforme d'importance en suivant les prescriptions de formation en soins infirmiers de la Croix-Rouge suisse, adoptées en 1991 qui « *concrétisent la rupture de la formation des soins avec la prégnance du modèle bio-médical au profit d'une formation de généraliste issue d'un modèle infirmier, centré sur l'individu et le groupe, du nouveau-né au vieillard, en santé ou malade. L'éducation à la santé et sa promotion, les mesures de réadaptation et de réinsertion sociale, la recherche, l'évaluation de la qualité des pratiques, les soins de nursing, l'intervention en situation de crise cohabitent dans les programmes de formation avec l'enseignement des soins techniques et des tâches médico-déléguées* »⁷⁶. Dans ce cadre, les formations en soins généraux, en hygiène maternelle et en pédiatrie et en psychiatrie ont été remplacées par celles de niveau « diplôme en soins infirmiers » dites de niveau I (en trois ans) et de niveau II (en quatre ans).

Au début des années 2000, la mise en place des hautes écoles spécialisées (HES) modifie radicalement le paysage de la formation des professionnels de la santé. En Suisse romande, en effet, la formation en soins infirmiers est dès 2002 dispensée au niveau HES. Dans un premier temps, la durée de cette formation HES en soins infirmiers est de 4 ans (soit de la même durée que la formation suivie par les infirmières niveau II), puis, conformément à la décision des Chambres fédérales de décembre 2004 relatif à l'accord de Bologne sur la formation, il est prévu que la formation de base (bachelor) en soins infirmiers sera d'une durée de 3 ans (soit de la même durée que la formation suivie par les infirmières niveau I).

Il faut noter par ailleurs que jusqu'à fin 2006, c'est la Croix-Rouge suisse qui assure la responsabilité de la reconnaissance des filières de formation et des diplômes étrangers. Cette responsabilité sera reprise ensuite, comme pour les autres professions, par l'OFFT.

Cette évolution du cursus proposé par les écoles d'infirmières est parfois perçue comme une instabilité, qui ne contribue pas à la lisibilité de la profession : on trouve en effet actuellement dans les équipes, selon les formations suivies :

- > des infirmières en soins généraux,
- > des infirmières en hygiène maternelle et en pédiatrie,
- > des infirmières en psychiatrie,
- > des infirmières de niveau II,
- > des infirmières de niveau I,
- > des infirmières assistantes⁷⁷,

⁷⁶ Chapuis J. (2000) p. 17

⁷⁷ On peut relever ici que la catégorie « infirmières assistantes » se situe à la frontière de la profession : cette catégorie n'a pas été mise au bénéfice des mesures de valorisation salariale comme on a pu le constater dans le

- > des infirmières titulaires de diplômes étrangers⁷⁸,
- > et très prochainement les premières infirmières HES, qui auront suivi une formation de 4 ans.

On notera ici que si, pour certains, cette diversité de formation nuit à l'identité de la profession, pour d'autres, le simple fait que les équipes fonctionnent montre qu'il existe, au-delà des formations, une identité infirmière. D'autres, enfin, nous ont dit : « *De toute façon, ce n'est pas la formation qui fait la différence, c'est le vécu, la personne* », ce qui reflète les doutes et craintes qu'éprouvent les infirmières en activité face à l'arrivée des futures HES.

On relèvera aussi qu'il n'existe pas encore de cohérence globale pour la formation continue des professionnels infirmiers, comme le relève l'OFFT dans son rapport sur le postulat relatif à la revalorisation du statut des personnels soignants⁷⁹.

5.2.2. HES : valorisation pour la profession mais pas forcément pour les infirmières en activité ?

L'accession de la formation des infirmières au niveau HES est le plus souvent considéré comme un facteur de valorisation de la profession, « *plusieurs études montrent en effet que le choix d'une carrière professionnelle dépend de plus en plus du niveau de formation qui lui est associé* »⁸⁰. Mais les infirmières actuellement en activité ne considèrent pas la formation HES comme une valorisation de leur profession, mais plutôt comme une menace pour ce qu'elles sont.

En effet, la situation actuelle, pour les infirmières en activité, selon les informations recueillies dans le cadre de cette étude, semble caractérisée par le flou. Les infirmières s'interrogent sur la validité qui sera accordée à leur formation et à leur expérience. : « *On nous a dit, il faut cinq ans de pratique pour être équivalent à une infirmière HES* ». Les communiqués officiels semblent confirmer l'incertitude : « *Pour le domaine d'études de la santé, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ne voit pour l'instant pas de possibilité de conversion des titres. La question de savoir si les titulaires de certains titres dans le domaine de la santé pourront demander la conversion en titres HES, et sous quelles conditions, sera à régler ultérieurement* »⁸¹.

Les infirmières de niveau 1 nous disent : « *les niveaux 1, on nous a dit, faites-nous confiance... on sort de là, et hop, une nouvelle étape, et on a HES...* » Ainsi, l'article 4 al. 2 de l'Ordonnance du Département fédéral de l'économie concernant les conditions minimales de reconnaissance des filières de formation et des études post-diplômes des écoles supérieures du 11 mars 2005⁸² prévoit que « *les titulaires de l'ancien titre d' « infirmière / infirmier niveau 1 » décerné jusqu'à présent ne sont pas autorisés à porter le nouveau titre*

cadre des mesures de valorisation salariale du canton de Vaud. Les infirmières assistantes n'ont en effet pas été mises au bénéfice de ces mesures, ce qui a suscité des protestations de l'ASI.

⁷⁸ Selon les statistiques du SCRIS fondées sur les données de la police sanitaire du SSP en 2004, 32 % des infirmières en activité étaient d'origine étrangère (www.scris.vd.ch, consulté en juin 2005).

⁷⁹ OFFT (2003) p. 19

⁸⁰ Service de la santé publique (2004) p. 4

⁸¹ Département fédéral de l'économie.- 2005.- Ediction et adaptation de la législation d'exécution relative à la révision partielle de la loi sur les hautes écoles spécialisées.- Rapport explicatif pour l'audition.- Berne : DFE.- avril 2005

⁸² RS 412.101.61

correspondant d'« infirmière diplômée ES » / « infirmier diplômé ES ». Une procédure, organisée par les prestataires des formations et approuvée par l'OFFT, visant à déterminer l'équivalence est cependant réservée ».

Les infirmières actuellement en activité craignent l'arrivée des infirmières HES. « Les HES font peur, il faut bac + 17 [rires] ». « On a peur qu'elles n'aient pas le côté pratique ». Elles disent : « Elles auront un bagage, ce seront des petits médecins, après, je ne suis pas sûre qu'elles voudront être auprès des malades... », « c'est une sacrée formation pour faire de l'administratif ». Elles craignent aussi que ce qui est par certains considérés comme les meilleurs postes ne soient réservés aux HES, et que les « basses besognes » soient réservées aux autres formations : « Les HES ne voudront pas travailler en EMS, c'est dégradant ».

Des infirmières rencontrées lors de cette étude soulèvent également la question des praticiens formateurs : « Avant on formait les jeunes, maintenant pour s'occuper des HES, il faudra une formation de praticien formateur ».

Notons que le passage en HES suscite également des craintes chez les enseignants, qui ne disposent pas tous de la formation nécessaire pour être professeur HES (formation métier, formation supérieure dans le domaine enseigné et formation pédagogique). A cet égard, on peut rappeler que la plupart des enseignants actuels ont suivi une formation supérieure dans un domaine autre que le champ « infirmier » - il n'existe en effet pas de formation au niveau universitaire en sciences infirmières en Suisse, à l'exception de la chaire en soins infirmiers de l'Université de Bâle⁸³. Les enseignants HES ont aussi une mission de « recherche », or « la profession infirmière en Suisse n'a pas (ou peu) de tradition et de production de connaissances scientifiques derrière elle »⁸⁴. Comme tout changement, cette situation suscite des inquiétudes chez ceux qui produisent et véhiculent une bonne part du discours de la profession.

5.2.3. Le discours des écoles

Les écoles, dans leur campagne de recrutement peuvent contribuer à nourrir la crainte des infirmières en activité à l'égard des HES, en se faisant l'écho de propos visant à convaincre les jeunes des possibilités de carrière qu'offre la nouvelle formation. Ainsi peut-on lire sur le site de l'école du personnel soignant de Fribourg : « Dans un EMS, je vois l'infirmière HES comme une personne qui va très vite prendre des responsabilités de groupe, voire d'équipe et qui va être presque une ICUS, sans en avoir suivi la formation, mais mieux préparée qu'une infirmière niveau II à répondre à tous les défis. Elle aura une fonction d'encadrement »⁸⁵. Le discours des écoles n'est en effet pas toujours, à notre sens, valorisant pour les infirmières en activité. Ainsi, par exemple, peut-on lire sur le site de l'Ecole de la Source en juin 2005⁸⁶, dans la rubrique « profession », quatre catégories : « votre avenir », « professions de valeur », « des ouvertures », « ils ne regrettent rien ». C'est cette dernière catégorie qui nous pose problème, car elle peut être interprétée comme impliquant la possibilité du regret ou encore que les infirmières actuelles se sont sacrifiées – ce qui renvoie à l'image de la religieuse... De même, diverses questions figurent dans le descriptif du cours sur la « place de l'infirmière dans le réseau de soin » donné au centre de formation CREP/ASI en 2003⁸⁷ : « Nous nous interrogerons sur la place et le rôle des soins infirmiers dans ces réseaux. Ce qui change pour le soignant, pour le patient; l'infirmière a-t-elle une place à prendre? De nouveaux

⁸³ La création d'une telle chaire dans le canton de Vaud a été, à un moment, à l'ordre du jour, mais sans être concrétisée à ce stade.

⁸⁴ Nadot-Ghanem N. (2004) p. 84

rôles sont-ils à envisager? Comment doit-elle se situer dans ces partenariats ? ». Le libellé « l'infirmière a-t-elle une place à prendre? » permet une réponse négative qui n'est pas très valorisante pour la profession, nous semble-t-il, il nous semble également symptomatique d'une profession dont la place dans la société ne lui semble pas garantie.

6. Les pouvoirs publics, la profession infirmière et les soins infirmiers en Suisse

En Suisse, si conformément au système fédéraliste, les cantons sont compétents en matière de santé et organisent, dans ce cadre, tant le fonctionnement des hôpitaux et institutions de la santé que les professions de la santé, la formation des professionnels est désormais régie au niveau fédéral par l'OFFT. Le régime du financement des soins, traité actuellement dans le cadre de l'assurance-maladie, est également une question qui relève de la compétence de la Confédération. Les infirmières affirmant ne pas être reconnues par la société, il paraît important de faire le point sur les dossiers les concernant traités sur le plan politique ces dernières années, tant au niveau fédéral qu'au niveau cantonal.

6.1. ... au niveau fédéral

A la lecture des discussions des Chambres fédérales portant sur la question de la valorisation de la profession infirmière et des soins infirmiers ainsi que sur la révision de l'assurance-maladie, on est frappé par l'ambivalence du discours politique.

Par exemple, les Chambres fédérales ont discuté de la motion Joder⁸⁸, déposée en 2000 sur la valorisation de la profession infirmière et des soins infirmiers. Cette motion demandait que, dans le cadre de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, soit préparé un projet comprenant notamment une définition et les buts des soins infirmiers conçus comme des prestations fournies aux malades pour qu'ils recouvrent la santé, mais aussi pour qu'ils la conservent, voire améliorent leur état. Ce projet devait également comprendre la mention que les infirmiers et les infirmières sont des fournisseurs de prestations indépendants dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire. La motion visait aussi à obliger les hôpitaux à prouver qu'ils fournissent des soins infirmiers de qualité et en quantité suffisante. Enfin, cette motion demandait que le Conseil fédéral prenne les mesures nécessaires afin de renforcer la recherche dans le domaine des soins, de l'analyse des soins prodigués, et de l'évaluation de l'efficacité.

Dans ce contexte, on reconnaît certes l'importance « du travail du personnel soignant et les conditions de plus en plus difficiles dans lequel ce travail est accompli »⁸⁹ ainsi que l'importance de la recherche⁹⁰ ce qui, d'ailleurs ne signifie pas que l'on reconnaît la science infirmière, on le verra ci-dessous dans le cadre de la révision du financement des soins, mais davantage nous semble-t-il que l'on cherche à attirer du personnel. Dans ce contexte, on relèvera la déclaration du rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats : « En relation avec ce qui se pratique aux Etats-Unis, au Canada et dans une majorité des pays européens, l'Université de Bâle a créé un institut pour les soins infirmiers et le canton de Vaud réfléchit aujourd'hui à la création d'une chaire à

⁸⁵ Figurant sur le site de l'Ecole du personnel soignant de Fribourg <http://www.fr.ch/eps/ouv/n1oct2002/interviews.htm>, page consultée en juin 2005

⁸⁶ http://www.ecolelasource.ch/HES/cadre_HES.htm, page consultée en juin 2005

⁸⁷ www.crep-asi.ch/cours/2003/Vaud.pdf, consulté en juin 2005

⁸⁸ Motion 00.3521 disponible sur le site du Parlement www.parlement.ch

⁸⁹ Voir www.parlement.ch Conseil des Etats, séance du 18.06.2002 objet 00.3521

⁹⁰ Recommandation 02.3212 de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats

l'université aussi dans le domaine des soins infirmiers. Cette évolution, aussi dans la volonté de faire de la recherche dans le domaine des soins, est irréversible, même si tout le monde est convaincu que cette filière ne peut être généralisée pour tout le monde et que nous avons aussi, et surtout, besoin de bras dans nos hôpitaux. Mais c'est une manière évidente de rendre le métier plus attrayant pour certaines et pour certains »⁹¹

C'est aussi dans ce cadre qu'a été prise la décision d'étudier au niveau fédéral la question de la revalorisation du personnel soignant⁹². Mais le rôle des infirmiers en tant que fournisseurs de prestations indépendantes n'est pas reconnu – la motion Joder a ainsi été rejetée.

Il faut rappeler qu'en Suisse, il n'existe pas d'assurance de soins – comme c'est le cas par exemple en Allemagne, où une branche de la sécurité sociale prend en charge le risque de soins⁹³. C'est l'assurance maladie obligatoire qui, en Suisse, finance les soins, qu'elle ne prend actuellement financièrement en charge que sur prescription ou mandat d'un médecin. On se situe là encore dans une conception de l'infirmière auxiliaire du médecin.

Dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie, le Conseil fédéral propose de modifier la prise en charge financière des soins par l'assurance-maladie, l'idée maîtresse du projet soumis aux Chambres par le Conseil fédéral en février 2005 étant que *« l'assurance-maladie prenne intégralement en charge les coûts des mesures médicales qui poursuivent un thérapeutique ou palliatif (soins de traitement) mais ne verse qu'une participation aux coûts des soins de base, visant à satisfaire les besoins humains fondamentaux. Le modèle proposé s'applique à tous les assurés pour les soins à domicile ou en EMS mais non pour les soins dispensés en cas d'hospitalisation »⁹⁴.*

Tout au long de la procédure de consultation préalable à cette proposition, l'ASI ainsi que les autres fournisseurs de soins ont souligné les faiblesses et les risques pour la société de ce système. Ils ont ainsi proposé un modèle de remboursement des soins, non retenu par le Conseil fédéral. C'est dans le contexte de ce débat politique que l'ASI a décidé de proclamer l'année 2005 année de la visibilité des soins infirmiers.

Il faut souligner dans ce contexte le peu de cas qui semble être fait de la science infirmière. Ainsi peut-on lire dans le message du Conseil fédéral lorsqu'il s'agit des définitions que *« si la science infirmière voit généralement d'un œil critique et dépassé le couple de concepts « soins de base » / « soins de traitements » celui-ci s'est imposé comme couple de concepts juridiques et il est aussi reconnu comme tel par la littérature. Au reste, le but d'une définition inscrite dans le droit de l'assurance-maladie n'est pas de donner de l'activité soignante une description aussi proche de la réalité que possible, mais d'établir une base pour le remboursement des soins par l'assurance maladie »⁹⁵.* La question du financement des soins nous paraît essentielle dans le cadre des discussions sur la reconnaissance des infirmières : en effet, le financement reflète la valeur qu'une société accorde à une prestation...

On notera par ailleurs que, dans le cadre du système proposé par le Conseil fédéral, il est proposé de renforcer les mesures de prévention, notamment gériatrique, et que, dans ce

⁹¹ Voir www.parlement.ch Conseil des Etats, séance du 18.06.2002 objet 00.3521

⁹² Postulat 02.3211 qui a abouti au rapport de l'OFFT (2003) cité dans cette étude.

⁹³ Conseil fédéral. 2005.- Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005. Berne, p. 20

⁹⁴ Idem p. 3

⁹⁵ Idem p. 31

contexte, le Conseil fédéral, se fondant notamment sur les conclusions du programme de recherche « vieillesse » (PNR 32), souligne la nécessité de renforcer la formation tant du personnel médical que paramédical : « *La formation actuelle des infirmiers de santé publique ne tient pas suffisamment compte du profil d'exigences* ». Il est également envisagé des modules de formation communs (par ex. aux futurs médecins et aux futurs soignants)⁹⁶.

Ainsi, c'est une fois encore dans la formation des infirmières qu'il convient d'investir. Résonne alors ce que nous disaient des infirmières : « *C'est un double message, on nous dit « faites des formations » et après on nous dit « vous coûtez trop cher »...* ».

6.2. ... au niveau vaudois

Au niveau politique, dans le canton de Vaud, le débat a essentiellement eu lieu autour de la motion Edna Chevalley⁹⁷ qui demandait notamment une revalorisation des salaires des infirmières selon une nouvelle méthode d'évaluation et une amélioration des autres conditions de travail. Un sondage mené en 2001 démontrait la nécessité de revaloriser l'attractivité des autres conditions de travail. En réponse à la motion Chevalley, le Conseil d'Etat décidait en 2002 de procéder à une reclassification salariale de l'ensemble des professions soignantes diplômées, et de compenser le travail de nuit de 20 h à 6 heures au lieu de 23 heures à 6 heures comme le prévoit la loi sur le travail. Par ailleurs, le Conseil d'Etat décidait en 2004 de lancer un programme de promotion des professions de la santé. Sept catégories d'actions prioritaires sont alors prévues⁹⁸ :

- > « *Le développement de structures de garde des enfants du personnel soignant, en adéquation avec les besoins du personnel des établissements sanitaires.*
- > *La réalisation d'un dispositif de réinsertion professionnelle des soignants ayant interrompu leur activité.*
- > *Une offre de formation adaptée aux personnes qui s'orientent tardivement vers les professions de la santé et, en corollaire, un système d'aide financière qui permette à ces personnes de faire face à leurs engagements durant la formation.*
- > *Le suivi du marché des emplois sanitaires.*
- > *La poursuite du recrutement du personnel étranger sur des bases éthiquement acceptables.*
- > *Le développement de la collaboration médecin, infirmier/ère et ASSC.*
- > *La promotion des professions de la santé auprès des jeunes et des hommes en particulier ».*

Dans le cadre de cette étude, nous avons entendu plusieurs commentaires relatifs à certaines de ces différentes mesures, qui peuvent aussi expliquer en partie pourquoi ces actions ne sont pas toujours perçues comme aussi valorisantes que leurs promoteurs l'auraient souhaité. Il ne s'agit là en aucun cas d'une évaluation de ces mesures, mais de quelques pistes de réflexion.

On peut noter en premier lieu que ces mesures, qui découlent d'une motion concernant les seules infirmières, touchent l'ensemble des professions de la santé, et ce, tout comme par exemple l'accession en HES des professions de la santé en Suisse romande. L'impact des mesures de valorisation pour les infirmières est alors moindre, la valorisation étant généralement liée à une « distinction » : on l'a vu plus haut, dans le cadre de la discussion sur

⁹⁶ Idem p. 33

⁹⁷ Nous avons déjà cité plus haut quelques extraits du débat qui illustrent notamment la problématique de la vocation, nous n'y reviendrons pas ici.

⁹⁸ Service de la santé publique (2004) p. 5

l'identité « infirmière » et des soins infirmiers, la profession cherche à se démarquer des autres professions de la santé (qui, elles, rappelons-le, selon les infirmières rencontrées, ont réussi l'exercice de délimiter leur territoire professionnel et de faire reconnaître leur rôle...). On peut, dans ce contexte relever aussi que si la section vaudoise de l'ASI est, comme elle le demandait à la fin des années nonante, associée aux travaux de diverses commissions⁹⁹, aucune de ces commissions n'est spécifiquement réservée aux problématiques infirmières, alors que ce corps professionnel est numériquement le plus important au sein des professions de la santé.

D'autre part, si les infirmières que nous avons rencontrées nous ont dit avoir apprécié la reclassification salariale de 2002, elles ont aussi ajouté : « *Il y a eu hausse des classes, mais comme il n'y a plus d'annuités, et le pourcent de solidarité, ça ne change rien* ». Manifestement, en effet, les infirmières associent la valorisation salariale de 2002 et les mesures d'économies prises depuis par le Conseil d'Etat, et plus particulièrement la diminution des annuités et le versement d'une contribution de solidarité de 2% touchant l'ensemble de la fonction publique et parapublique, décidés en octobre 2004. Pour elles, l'Etat enlève d'une main ce qu'il a donné de l'autre. Concernant la valorisation salariale, les infirmières nous disent aussi : « *On nous augmente, mais on nous le reproche, on nous dit « vous coûtez cher »...* »¹⁰⁰.

On peut aussi noter que le Conseil d'Etat a décidé de geler, dans le cadre de ses restrictions financières, les actions de son programme visant à développer des structures d'accueil pour les enfants du personnel des institutions sanitaires.

7. Conclusion

7.1. Quelques pistes de réflexions

Des données récoltées dans le cadre de cette étude nous tirons différentes pistes de réflexion.

Le débat identitaire sur la profession « infirmière » mène, à ce stade, nous semble-t-il, à une impasse, dans la mesure où les principales questions discutées entraînent les infirmières dans une spirale négative, caractérisée par la problématique de la « reconnaissance » et où le malaise devient un trait identitaire.

⁹⁹ Dans le canton de Vaud, ASI est représentée selon les informations disponibles sur le site de l'ASI-Vaud en juin 2005 www.asi-vaud.org, au sein des commissions suivantes : Commission d'examen des plaintes, Commission d'examen des plaintes concernant les EMS et les divisions C des hôpitaux, Conseil de santé, Fédération des Sociétés de Fonctionnaires Vaudois (FSF), Conseil d'administration de l'Organisme Médico-Social Vaudois (OMSV), COPAR (commission paritaire) chargée de statuer sur les "Conditions de dérogation aux normes de dotation en personnel soignant, EMS et divisions C d'hôpitaux, infirmières-assistantes avec responsabilités particulières, Commission de politique sanitaire, Commission VD de formation des assistant(e)s en soins et santé communautaire (ASSC), Groupe de travail ASI-ASSC, Comité de pilotage - Développement des soins palliatifs, Commission de politique sanitaire, Conseil pour la promotion des professions de la santé.

¹⁰⁰ Cette déclaration fait écho à cette autre mentionnée plus haut : « *c'est un double message, on nous dit « faites des formations » et après on nous dit « vous coûtez trop cher »...* »...

On peut ainsi relever que :

- > la profession souhaite affirmer son identité en ignorant une partie de son histoire (les femmes guérisseuses indépendantes) et en s'opposant aux images véhiculées par son histoire plus récente (la bonne sœur, l'auxiliaire du médecin) ;
- > l'image que la société a encore souvent de l'infirmière (auxiliaire du médecin, les soins uniquement sur prescription du médecin) ne correspond pas à la pratique des infirmières;
- > une partie du travail assumé par le passé par des infirmières est actuellement assurée par de nouveaux professionnels de la santé, l'infirmière jouant un rôle d'intermédiaire, de pivot, de coordination, peu visible ;
- > l'objet des soins infirmiers (corps, accompagnement à la mort, dans une optique non strictement médicale, i.e. non uniquement de lutte contre la maladie) est en effet peu visible, car occulté par notre société ;
- > les soins infirmiers sont dispensés à des personnes situées en marge de la « norme » de la société, à savoir à des personnes qui se sont – momentanément ou définitivement – pas productives, et qui ne sont pas liés à des groupes d'intérêts « productifs » ;
- > la reconnaissance et l'affirmation de la pénibilité du travail et de la pénurie sans que le travail même de l'infirmière ne soit pleinement reconnu donne une image négative de la profession, qui contribue au malaise.

Le discours des porte-parole de la profession peut contribuer au sentiment de « malaise » ressenti par les professionnels,

- > parce que les associations professionnelles jouent à la fois le rôle de défenseurs de la qualité de la prestation (discours valorisant) et celui de syndicat (mise en avant des aspects négatifs, pénibles de la profession) ;
- > parce que les écoles sont les lieux qui contribuent à et véhiculent la discussion identitaire mentionnée plus haut ;
- > parce que la valorisation de la formation infirmière qui devient HES pose la question de la valeur des infirmières qui n'ont pas suivi une telle formation, les mutations dans ce domaine comme pour tout changement étant génératrices d'incertitudes. Cette situation renforce le sentiment de manque de reconnaissance pour les professionnelles en activité.

Sur le plan politique, un discours ambivalent, séparant infirmières et soins infirmiers, est tenu : reconnaissance de la nécessité de valoriser les infirmières pour pallier la pénurie, non reconnaissance, sur le plan du financement, des aspects «non strictement médicaux » des soins, sur fond de volonté de maîtrise des coûts de la santé¹⁰¹. La non reconnaissance sociale de l'importance des soins infirmiers que traduit la tendance à les exclure du système de financement de l'assurance maladie, invalide, nous semble-t-il, beaucoup des mesures visant à valoriser la profession. Le fédéralisme suisse, et la répartition des compétences pour ce qui

¹⁰¹ Il faut souligner dans ce cadre qu'en Suisse, selon Promotion santé suisse, instance mise en place conformément à l'article 19 de la LAMAI, « *la santé publique se concentre principalement sur le système de soins. La promotion de la santé n'y occupe pas encore une grande place* », or *la santé publique crée des conditions sociales (conditions environnementales et conditions d'assistance sanitaire) permettant à des êtres humains de vivre sainement. Elle englobe toutes les approches ayant principalement un rapport avec la population ou des groupes de population mais tient également compte des préférences et des besoins individuels. La santé publique est un domaine pluridisciplinaire qui s'occupe des facteurs somatiques, psychiques, sociaux et écologiques influençant le maintien et la promotion de la santé ainsi que la prévention de maladies* », voir www.promotionsante.ch, page consultée en juin 2005

touche à la profession infirmière et aux soins infirmiers entre Confédération (formation professionnelle, financement des soins) et cantons (système de santé, organisation de la profession) exige une action globale et concertée aux différents niveaux

Dans le canton de Vaud, la crise des finances publiques et les mesures prises dans ce cadre ont eu une incidence négative sur la perception qu'ont les professionnelles à l'égard de certaines mesures de valorisation de la profession.

7.2. Quelques pistes d'action...

De ces différents éléments il nous semble possible de dégager quelques pistes d'action. Certaines de ces propositions pourraient être menées à court terme, pour d'autres, il s'agit davantage d'amorcer un processus pour améliorer l'image que les infirmières ont de leur profession.

7.2.1. ... concernant la formation

Informier les infirmières en activité sur les conséquences concrètes de l'arrivée des premières infirmières HES

Pour éviter de renforcer le sentiment de malaise découlant de l'arrivée des premières infirmières titulaires d'un diplôme HES qu'éprouvent les infirmières en activité, il nous paraît essentiel de les informer rapidement des conséquences concrètes de cette évolution de la formation, et notamment de préciser en particulier les points suivants :

- > statut et salaires des infirmières non HES comparativement aux HES,
- > reconnaissance et équivalence dans le système HES pour chacun des différents diplômes dont sont titulaires les infirmières en activité.

Promouvoir des formations de base et continues conjointes entre infirmières et médecins

Conformément à la Déclaration de Munich des pays membres de la région européenne de l'OMS, dont la Suisse fait partie, il conviendrait de favoriser la mise en place de formation de base et continues conjointes pour les infirmières et les médecins. Des collaborations pourraient être encouragées entre écoles de soins infirmiers et la Faculté de médecine. Un module expliquant aux futurs médecins le rôle des infirmières pourrait également être introduit dans le cursus suivi par les médecins.

Développer la formation de base et continue professionnels infirmiers sur les différents aspects anthropologiques et historique de leur profession

Plusieurs des « stigmates » que porte la profession – soit qu'elle se les ait attribués elle-même (les figures de la religieuse et de l'auxiliaire du médecin sont socialement valorisées mais rejetées par la profession) soit que ces stigmates découlent de l'évolution sociale (corps, mort) soulèvent des questions anthropologiques et sociales fondamentales. Il nous paraît important que des questionnements soient pleinement intégrés dans la formation de base et continue des infirmières, notamment pour ce qui est des conséquences sur l'image que l'infirmière a d'elle-même. Des débats sur ces thèmes pourraient être organisés au sein des écoles ou des institutions.

7.2.2. ... concernant les conditions de travail

Prendre des mesures pour favoriser la conciliation entre vie professionnelle et vie sociale et familiale des infirmières

Si la question de la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle est l'un des thèmes sociaux les plus actuels, elle nous semble prendre, dans le cadre de la profession

infirmière, une dimension supplémentaire, liée à l'histoire de la profession. La prise de mesures par les pouvoirs publics permettant à l'infirmière de concilier l'exercice de sa profession avec sa vie familiale nous semble pouvoir, outre les conséquences sur le plan pratique, avoir une portée symbolique importante : dans ce contexte, un message clair pourrait être envoyé aux infirmières, affirmant la reconnaissance du droit de l'infirmière à une vie hors de son travail, et à « ne pas se dévouer corps et âme ». Ces mesures devraient comprendre non seulement la mise en place de structures d'accueil préscolaire et parascolaire adaptées aux besoins des infirmières, mais aussi des mesures liées à l'organisation du travail (préavis suffisant concernant les horaires, application de la loi sur le travail en cas de maladie d'un enfant, etc.)¹⁰².

Evaluer à intervalles réguliers l'adéquation de la rémunération des infirmières et publier une comparaison des salaires infirmiers avec ceux d'autres professions

Les infirmières que nous avons rencontrées ont le sentiment de ne pas être suffisamment rémunérées, la littérature laisse entendre que cette situation caractérise la profession. Outre le fait qu'il est nécessaire d'évaluer régulièrement l'adéquation de la rémunération – ce qui pourrait se faire dans le cadre de la convention collective de travail qu'il est question de conclure dans le canton de Vaud, il semble également nécessaire de donner aux infirmières les éléments leur permettant de comparer leur rémunération avec celles d'autres professions.

Evaluer l'efficacité et l'efficience des activités perçues comme « chronophage » par les infirmières telles l'encadrement des stagiaires

A plusieurs reprises, nous avons entendu dans le cadre de cette étude parler d'activités menées par les infirmières qu'elles estiment non valorisées, qui, à leur avis, sont chronophages et « pas toujours utiles ». Il nous paraît important dans ce contexte de faire évaluer l'efficacité et l'efficience de ces activités au regard du but recherché. Il pourrait ainsi s'agir d'évaluer sur le plan cantonal l'efficacité des différents stages¹⁰³. La diffusion des résultats de cette évaluation – si elle concluait à l'efficacité de ce type d'activités – permettrait de redonner du sens à cette part du travail infirmier, parfois mal vécue.

Contribuer à diffuser des concepts tels que celui des « *Magnet Hospitals* »

Différentes études ont montré que le mode d'organisation de certains hôpitaux, appelés les « magnet hospitals »¹⁰⁴ avaient pour caractéristique de fidéliser leurs professionnels infirmiers. Des recherches ont montré que « *le « magnétisme » semble lié à certains indicateurs statistiques positifs, notamment le faible taux d'absentéisme et de rotation du personnel, sans oublier l'amélioration de la qualité des soins prodigués. Cet état de fait est imputable à l'application constante d'un véritable "paquet" de mesures de gestion des ressources humaines (GRH) parfaitement en phase avec les priorités organisationnelles. Ces mesures favorisent l'autonomie des infirmières, leur participation aux décisions ainsi que leur progression professionnelle, et permettent enfin le plein épanouissement de leurs aptitudes* »¹⁰⁵. La diffusion de ce type de concepts auprès des employeurs et des associations

¹⁰² Différentes mesures avaient déjà été proposées dans l'étude réalisée en 2003 par la soussignée pour le Service de la santé publique sur l'accueil des enfants du personnel des institutions sanitaires.

¹⁰³ Le CHUV, selon un document daté de 2004, envisageait de développer un projet de promotion des stages, comportant une structure de suivi des différents stagiaires. Voir Rouge Jacques.- 2004.- Concept de gestion des stagiaires. Lausanne : CHUV

¹⁰⁴ On peut relever que dans le canton de Vaud, ce concept est notamment cité dans le Plan stratégique de la Direction des soins 2004 – 2007 du CHUV comme faisant partie des cadres de référence retenus (Hospices-CHUV. 2004.- Plan stratégique de la Direction des soins 2004 – 2007.- p. 3).

¹⁰⁵ Buchan J. et Calman L. (2004) p. 36

professionnelles pourrait contribuer à améliorer les conditions de travail des infirmières et l'image qu'elles ont de leur profession.

7.2.3. ... concernant la représentation des infirmières

Créer un espace de dialogue autorités / infirmières spécifiques aux infirmières

La section vaudoise de l'ASI représente les infirmières au sein de toute une série de commissions, dont aucune n'est réservée à la profession. Il nous semblerait utile qu'un espace réservé aux infirmières, où leurs représentants pourraient aborder des problématiques spécifiques aux infirmières, soit mis en place, cette profession étant numériquement la plus importante. Cet espace pourrait par exemple être mis en place dans le cadre de la convention collective de travail dont il est question qu'elle régisse les rapports de travail des infirmières dans le canton¹⁰⁶. Nous reviendrons ci-dessous sur la question de l'ordre professionnel.

7.2.4. ... concernant le discours des porte-parole

Suggérer à la section vaudoise de l'ASI d'étudier la possibilité de mieux distinguer ses actions politiques et ses actions de nature syndicale

On l'a dit plus haut, le fait que l'ASI tienne un discours valorisant les soins infirmiers et la qualité de la prestation offerte, et parallèlement un discours mettant en avant les aspects négatifs de la profession lorsqu'il s'agit de défendre les conditions de travail rend parfois difficilement lisible son discours. On peut dans ce contexte noter que selon les informations récoltées dans le cadre de cette étude, l'existence d'une convention collective de travail (CCT) dans le secteur que représente l'Association vaudoise de travailleurs de l'éducation spécialisée et de la petite enfance (AVTES) qui regroupe les travailleurs de l'éducation spécialisée et de la petite enfance, permet à cette association de jouer tant le rôle d'une association professionnelle, défendant la qualité de la prestation, que celle de défenseur des conditions de travail, l'activité syndicale de cette association consistant à s'assurer du respect de la CCT.

Suggérer aux écoles vaudoises formant les infirmières de revoir leur discours public pour déterminer dans quelle mesure certains messages pourraient contenir des éléments contribuant au malaise de la profession

On l'a dit plus haut, certains libellés tels que le « ils ne regrettent pas » figurant sur le site d'une école ne nous semblent pas heureux dans le contexte du malaise exprimé par la profession mais nous semblent au contraire contribuer au marasme ambiant.

7.2.5. ... concernant la visibilité des soins infirmiers et des infirmières

Appuyer les mesures prises par les institutions de la santé, les associations professionnelles, les instituts oeuvrant dans le domaine de l'économie de la santé pour développer des systèmes d'information sur les soins infirmiers

Plusieurs systèmes visant à disposer d'informations sur les soins infirmiers et leur coût soit sur le plan national¹⁰⁷, soit au sein d'institutions¹⁰⁸ sont mis en place. Le développement de ce

¹⁰⁶ A cet égard, il est intéressant de noter que les questions du type des conséquences de l'accèsion de la formation des éducateurs au niveau HES sont discutées par les associations professionnelles dans le cadre des mécanismes de dialogue entre partenaires sociaux mis en place par la convention collective de travail régissant ce secteur.

¹⁰⁷ Par exemple le projet Nursing Data qui « a pour but d'intégrer dans la statistique sanitaire suisse les données concernant les soins infirmiers et de fournir les données de base pour une valorisation monétaire des soins » décrit sur <http://www.isesuisse.ch/nursingdata/fr/index.htm> page consultée en juin 2005

type de prise statistique contribue à assurer la visibilité des soins, et contribue à objectiver le travail des infirmières et son coût.

Rendre visible l'existence d'infirmières et des soins infirmiers utilisant les termes « infirmières » et « soins infirmiers » dans les textes officiels

A la lecture du site du statistique de l'Etat de Vaud, on peut constater que s'il existe une définition du médecin, ce n'est pas le cas de l'infirmière. Il pourrait être opportun, pour contribuer à l'établissement d'une définition dans le sens commun allant au-delà de l'infirmière auxiliaire du médecin de poser dans ce contexte une définition proche de la réalité professionnelle des infirmières. Il nous paraîtrait également important de faire davantage figurer les termes « infirmières » et « soins infirmiers » dans les documents officiels. Rappelons-le par exemple, si le Rapport du Conseil d'Etat vaudois au Grand Conseil sur la politique sanitaire de mars 2004 contient 603 fois le terme « soins », l'expression « soins infirmiers » n'apparaît que deux fois...

Soutenir l'organisation d'événements pour assurer la visibilité des soins infirmiers et une meilleure connaissance de l'activité infirmière

En mai 2005, l'Organisme médico-social vaudois a célébré la journée nationale de l'aide et des soins à domicile, en organisation des « portes ouvertes » auxquelles étaient invités des politiciens (représentants communaux, députés cantonaux et nationaux) ainsi que la population¹⁰⁹. Il pourrait être opportun d'organiser plus souvent et dans d'autres types d'institutions où travaillent des infirmières ce type de manifestations. En effet, ces manifestations qui peuvent être couvertes par les médias, constituent une bonne occasion de faire connaître le travail des infirmières auprès de la population, des médias, et des politiques. La participation de personnalités politiques, tels que Conseillers d'Etat, ou parlementaires pourrait s'avérer très utile.

Encourager les infirmières à présenter de manière systématique leur profession

La journaliste Suzanne Gordon, lors de sa conférence au CHUV en juin 2005, soulignait les difficultés qu'éprouvent les infirmières à se présenter comme professionnelle (par exemple en se présentant non pas en déclinant leur nom, prénom et fonction mais simplement par leur prénom) et à expliquer leur travail. Il conviendrait d'encourager les infirmières à expliquer systématiquement aux patients, à la population, en quoi consiste exactement leur action. Les infirmières scolaires dans ce contexte pourraient être invitées à présenter leur profession aux enfants et adolescents. Cela pourrait contribuer à rendre la profession attractive, et à « casser » l'image de l'infirmière comme étant uniquement une auxiliaire du médecin.

Encourager les alliances avec d'autres organisations ou professions ayant des caractéristiques similaires ou oeuvrant dans des domaines proches pour accroître la visibilité et la reconnaissance de l'importance des soins infirmiers

En tant que profession de femme et du soin, il nous semblerait opportun de développer des alliances avec des organisations féministes, pour présenter la profession, en « retournant les stigmates » que les infirmières voient dans leur métier (profession de femmes, profession de vocation, du soin) et que la société voit dans le métier (corps, mort). Nous pensons ici à renforcement d'actions conjointes – soit médiatiques soit sur le plan politique – avec les

¹⁰⁸ Méthode PRN (projet de recherche en nursing), « méthode d'évaluation directe de la charge quantitative en soins infirmiers pour une période de 24 heures ». in Hospices-CHUV.- Direction des soins.- 2005.- Présentation de la méthode PRN.- p. 4

¹⁰⁹ Voir <http://www.aide-soins-domicile-vaud.ch/domicile.htm> page consultée en juin 2005

bureaux de l'égalité, les associations féministes, les autres professions du soin (éducateurs de la petite enfance, assistants sociaux, éducateurs, etc.), de même qu'avec des sociétés telles que les organisations représentant les intérêts de patients, de personnes âgées, ou encore la société suisse de thanatologie

7.2.6. ... concernant le niveau politique

Comme le dit Paul Ricoeur, « *la demande de reconnaissance exprime une attente qui peut être satisfaite seulement en tant que reconnaissance mutuelle, que celle-ci reste un rêve inaccessible ou qu'elle requière des procédures et des institutions qui élèvent la reconnaissance au plan politique* »¹¹⁰.

L'action sur le plan politique qui permet la reconnaissance sociale et qui traduit également la volonté de la profession de s'inscrire dans la société – et dès lors d'en reconnaître les caractéristiques – est à notre avis fondamentale. Il conviendrait de soutenir toutes les mesures permettant à la profession d'être mieux connue du monde politique que ce soit au niveau cantonal ou au niveau national.

Soutenir les mesures renforçant le lobbying défendant les soins infirmiers auprès des politiques

Il conviendrait notamment de renforcer le lobbying au niveau national pour défendre les soins infirmiers. En effet, la valorisation de la profession passe non seulement par une meilleure formation et une reconnaissance de la « pénibilité » du métier comme cela semble désormais être le cas, du moins sur le plan du discours, mais aussi par une reconnaissance de l'importance sociale des soins infirmiers. Au niveau cantonal, il pourrait être opportun de sensibiliser les politiques dans ce domaine (Conseil d'Etat, Grand Conseil, députation vaudoise aux Chambres) pour qu'ils défendent non seulement la valorisation de la profession mais aussi toutes mesures permettant de valoriser les soins infirmiers.

Nous avons souvent entendu qu'il était nécessaire de créer un ordre professionnel des infirmières en Suisse, sur le modèle de l'ordre professionnel québécois. Il faut relever qu'au Québec, l'ensemble du système d'organisation des professions passe par la mise en place d'ordres professionnels à qui l'Etat délègue de larges compétences pour l'exercice de la profession et la formation. En Suisse, ce sont les cantons qui sont compétents pour ce qui est de l'organisation des professions de la santé, alors que la formation est régie au niveau fédéral. En Suisse également, s'il existe des ordres professionnels (ordre des avocats), il n'est pas nécessaire d'y être affilié pour exercer la profession. Ce type d'organes traite notamment des questions éthiques liées à l'exercice de la profession, comme le fait l'ASI qui a édicté des normes éthiques de la pratique infirmière et qui s'applique à ce qu'elles soient respectées.

Il convient néanmoins à notre avis de clarifier le rôle de l'ASI, on l'a dit plus haut pour le niveau vaudois, également au niveau national et de renforcer ce type d'organisation pour que soit développé un véritable lobbying du type de ceux que développent les membres de la Société suisse de public affairs.

On peut ici relever la conclusion du rapport de l'OFFT sur la revalorisation du statut des personnels soignants : « *A l'instar du financement à terme et de la restructuration de l'assurance-maladie et des pensions de retraite, la prise en charge des personnes âgées, malades et handicapées par du personnel compétent posera un problème de plus en plus aigu*

¹¹⁰ Ricoeur P. (2004) p. 35

à l'avenir. Les soins infirmiers jouent un rôle capital dans cette perspective. Lorsqu'une société ne parvient plus - et c'est le cas de la Suisse - à former et à engager, notamment à long terme, suffisamment de personnel pour remplir cette tâche, son tissu social est sérieusement menacé. Un tel problème ne peut être géré ni résolu par les seuls personnels soignants mais doit être intégré, en tant que question centrale, dans le débat portant sur l'Etat social suisse »¹¹¹.

Au cœur de toute cette discussion réside en effet la relation entre l'infirmière et la société. Dans ce contexte, il nous paraît essentiel d'ancrer le discours de la profession dans la société, en ne dissociant pas « infirmière » et « soins infirmiers », en raison de ce que le personnage « infirmière » signifie pour la société, à savoir la nécessité de soigner les faibles, les indigents, les malades, de soigner les corps, d'accompagner à la mort, qui se traduisent par les valeurs exprimées par les professionnelles que nous avons rencontrées, et notamment solidarité et respect.

Lausanne, le 30 juin 2005

Gabriela Chaves

¹¹¹ OFFT (2003) p. 22

ANNEXE 1

**Liste des personnes rencontrées en entretien
dans le cadre du mandat Image de la profession « Infirmière »
février 2005 - avril 2005**

Mme Anne Berlie	Responsable du Bureau de l'équipe d'appoint de l'ALSMAD (Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile)
Mme Hélène Brioschi Levi	Directrice des soins, Hospices-CHUV
M. Jacques Chapuis	Directeur, Haute école de la santé Bois-Cerf
Mme Francine Jecker	Secrétaire générale, ASI Section Vaud
Mme Caroline Jobin	Présidente de l'Association du personnel des EMS (APEMS)
Mme Anne-Marie Maillefer	Direction générale de l'enseignement supérieur, Direction de la Haute école vaudoise, Etat de Vaud
M. Claude Michaud	Infirmier-chef CHYC
M. Luc Ragusin	Infirmier-chef site de Chamblon CHYC
M. Pierre Rochat	Président de l'Association vaudoise des établissements médico-sociaux (AVDEMS)
Mme Elsbeth Wandeler	Responsable de la politique professionnelle. Infirmières indépendantes. ASI Berne
M. Urs Weyermann	Secrétaire général ASI, Berne

LISTE DES ABREVIATIONS

ASI	Association suisse des infirmières / infirmiers
ASSC	Assistant en soins et santé communautaire
AVTES	Association vaudoise de travailleurs de l'éducation spécialisée et de la petite enfance
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CHYC	Centre Hospitalier Yverdon Chamblon
CMS	Centre médico-social
CREP/ASI	Centre romand d'éducation permanente de l'ASI
CRS	Croix-rouge suisse
DFE	Département fédéral de l'économie
EMS	Etablissement médico-social
ES	Ecole supérieure
HES	Haute école spécialisée
ICUS	Infirmier chef(fe) d'unité de soins
Lpers	Loi sur le personnel de l'Etat (Vaud)
OMS	Organisation mondiale de la santé
OFFT	Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie
RS	Recueil systématique (des lois)
SSP	Service de la santé publique

BIBLIOGRAPHIE SELECTIVE

Arslan L. 2002.- Si c'était à refaire. Les infirmières. Paris : Seli Arslan.

ASI, Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées représenté par CURAVIVA - Association des homes et institutions sociales suisses H+ Les Hôpitaux de Suisse (2004) prise de position conjointe des fournisseurs de prestations sur le financement des soins ASI,

Bayart Jean-François.- 1996.- L'illusion identitaire.- Paris : Fayard

Buchan J. et Calman L.- 2004.- La pénurie mondiale d'infirmières diplômées – aperçu des questions et des solutions. Rapport préparé pour le Conseil international des infirmières.- Genève : Conseil international des infirmières.

Chapuis Jacques (2000).- La restructuration de la formation en soins infirmiers dans le contexte des H.E.S. Analyse du champ, des enjeux, des logiques de formation et de professionnalisation.- Mémoire de licence en Sciences de l'Education. – Genève : Université de Genève. Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation.

Collière Marie-Françoise.- 1982.- Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.- Paris : Interéditions.

Croix-Rouge suisse (2005).- Journal actualités. No 3 / 2005 mai-juin.

Darras E., Diercks de Casterlé B., Milisen K., et al. 2003.- La profession infirmière en crise ? une recherche sur le concept de soi des infirmières.- Projet sur demande du Ministre fédéral des affaires sociales de la santé publique et de l'environnement. Université catholique de Louvain.

De Hennezel M. – 2004.- Le souci de l'autre.- Paris : Robert Laffont.

Fischer W. et Goerg, D. Département de Psychiatrie, HUG, Genève.- 2001.- Aperçu du paysage du stress dans les hôpitaux. Rapport final des entretiens en focus groups établi par Werner Fischer et Danielle Goerg, Département de Psychiatrie, HUG, Genève.- Réseau Suisse des hôpitaux promoteurs de santé – réseau de l'OMS : Suhr.

Gobet P.- 2002.- La construction sociale de l'activité soignante : des soins confessionnels aux soins subsidiaires. – Lausanne : Réalités sociales.

Kergoat D., Imbert F., Le Doare H, Senotier D. 1992.- Les infirmières et leur coordination 1988 – 1989. Rueil Malmaison : Editions Lamarre.

Lawler Jocalyn.- 2002.- La face cachée des soins. Soins au corps, intimité et pratique soignante. – Paris : Seli Arslan.

Molinier Pascale.- (2003).- L'énigme de la femme active.- Paris : Payot & Rivages.

Nadot Michel.- 2002.- Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. - Perspective soignante . – No 13 – Avril 2002

Nadot Michel.- 2005.- Le rôle des traditions soignantes dans le développement de la discipline professionnelle infirmière. Colloque « Les défis scientifiques des soins infirmiers » Conférence de Michel Nadot 12 avril 2005. - Fribourg : Haute école de santé de Fribourg- Ecole du personnel soignant. Centre de recherche et prestations.

Nadot-Ghanem Nicole.- 2004.- La tertiarisation de la formation en soins infirmiers et ses conséquences sur l'identité du professeur.- Recherche en soins infirmiers No 78.- septembre 2004.

Patenaude j. et Xhignesse M. (2003).- Processus identitaire et syndrome du conflit de rôles. Le cas de la profession médicale. In Legault Georges A.- 2003.- Crise d'identité professionnelle et professionnalisme.- Québec : Presses de l'Université du Québec.- pp. 55 - 83

Saliba J. Bon-Saliba B. Ouvry-Vial B. 1993.- Les infirmières. Ni nonnes. Ni bonnes.- Paris : Syros.

Service de la santé publique.- 2004.- Programme de promotion des professions de la santé. Rapport au Conseil d'Etat vaudois suite à la motion Edna Chevalley et consorts ».- Lausanne : Etat de Vaud.- 17 février 2004.

Sutter Eva et al. 2001.- Femmes Pouvoir Histoire. Histoire de l'égalité en Suisse de 1848 à 2000. Berne 2001 (publié uniquement sur Internet) Ed. Commission fédérale pour les questions féminines.

Unité de recherche et de développement. Ecole romande de soins infirmiers de la Croix-Rouge Suisse. Centre de formations interdisciplinaires post-diplômes (2002).- Les infirmières et infirmiers de Suisse romande et la recherche en soins infirmiers.- Cahiers de La Source No 2. Lausanne .

Wandeler E. Blanc J. (2004).- Soins aigus Soins de réadaptation Soins de longue durée. Définitions.- document établi sur mandat de Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, Forum helvétique sur l'accueil prolongé des personnes âgées représenté par CURAVIVA - Association des homes et institutions sociales suisses et H+ Les Hôpitaux de Suisse.- Berne / Zollikon février 2004

Watzlawick Paul.- 1988.- Les prédictions qui se vérifient d'elles-mêmes.- in Watzlawick Paul (dir).- L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme.- Paris : Seuil.- pp. 109 - 130

Wenner Micheline.- 2000 . – Sociologie et culture infirmière. Pour mieux comprendre le terrain des pratiques professionnelles. Paris : Seli Arlsan.

Zaoui Eric.- 2003.- L'analyse de la pratique clinique infirmière, une opportunité pour accompagner le mouvement de professionnalisation.- Perspective soignante No 18.- décembre 2003.

*** *