

COMPRENDRE LA PÉNURIE INFIRMIÈRE

par Catherine Garbero *

*Les infirmières fuient les hôpitaux.
Comment retrouver prise sur cette tendance
lourde de conséquences ?*

Dans le milieu hospitalier, il est convenu d'admettre qu'il existe actuellement une pénurie infirmière. En effet, « la pénurie d'infirmiers représente aujourd'hui en France plus de 4000 postes non pourvus » (1). Et « cette pénurie a pour conséquence de bloquer l'ouverture de nouveaux services, de limiter le développement de notre offre » (2). Depuis environ 2000, des lits et (ou) des unités entières d'hospitalisation sont fermés. Ces transformations du parc hospitalier sont aussi dues aux avancées technologiques qui diminuent singulièrement la durée d'hospitalisation, tout comme à la « T2A » : tarification à l'activité. En 2003, les prises en charge en hospitalisation complète diminuent de 1 %, alors que celles à temps partiel augmentent de 2,3 % (3).

Face à ce constat, une question se pose : que deviennent les milliers d'étudiants formés dans les instituts spécialisés ? En 2003, le nombre de diplômés d'État d'infirmiers délivrés en Rhône-Alpes était, par exemple, de 1701, pour 17058 en France métropolitaine (4). Une étude menée en 2004 montre que « si les infirmières sont en grande majorité fières d'exercer leur métier, elles sont les plus nombreuses (...) à songer régulièrement à l'abandonner » (5).

Deux hypothèses peuvent être émises pour tenter d'expliquer cette carence : l'hypertrophie de l'activité de gestion de l'encadrement de santé provoquerait, au sein des équipes soignantes, un sentiment d'abandon ; sans projet de soins autour duquel se fédérer, les infirmières perdraient peu à peu leur motivation. En second lieu, l'informatisation des plateaux techniques restreindrait la part que les infirmières consacraient aux soins.

Quand malades et soignants ne sont que des flux...

Jusqu'aux années 1990, la fonction d'encadrement des soins n'a cessé de s'enrichir. Elle a été définie et valorisée comme servant aussi bien la gestion des personnes (malades et personnels) et du matériel, que l'information et l'animation d'une équipe de soins pluridisciplinaire, la coordination et la création de liens entre tous les services et les protagonistes du soin, l'accueil et l'écoute des malades et de leurs familles, ainsi que des nouveaux

* Cadre de santé,
Lyon.

(1) « La pénurie d'infirmières. La profession n'attire plus », In *Hospimedica* 17-10-02.

(2) C. Dillenseger, « Pénurie d'infirmières : l'AP-HP monte au créneau », In *Emploi-France5.fr*, 30 juin 2005.

(3) INSEE, la France en faits et chiffres.

(4) Ministère de la Santé et des solidarités.

(5) « Pénurie d'infirmières », In *Le Magazine de la Santé au Quotidien*.



personnels et des étudiants. L'évaluation de la compétence des personnels, ainsi que de la qualité des soins, ou bien la recherche dans le domaine des soins et des sciences humaines, ont encore élargi leurs attributions (6).

Aujourd'hui, l'accroissement exponentiel des tâches de gestion réduit considérablement l'espace d'exercice du cadre de santé, confiné dans deux rôles : celui de gestion des lits pour l'accueil des patients et de gestion des personnels pour assurer la continuité des soins (7). Les cadres d'unité de soins passent, tout comme les médecins, de longues heures à tenter de résoudre l'équation : absence de lits disponibles – accueil de nouveaux patients.

La gestion du personnel infirmier s'est, elle aussi, complexifiée. Une rotation incessante (8), participe à la désintégration des équipes. Une lassitude s'installe, qui mène souvent à des tensions, à une démobilité, puis à des départs prématurés. Sur le marché du travail, les infirmières n'ont que l'embarras du choix ! La dimension éthique de leur démotivation s'exprime nettement : « j'avais le sentiment d'avoir perdu énormément d'autonomie, de sens dans mon travail, d'intérêt professionnel, et surtout de qualité relationnelle tant avec « mes » malades qu'avec mes collègues », résume une infirmière. « Plongée dans une espèce d'agitation fébrile, je courais d'un acte à l'autre sans avoir le temps de m'arrêter pour réfléchir à ce que je faisais » (9).

L'informatique, instrument de soin ?

L'informatisation des processus de soins opère dans le même sens. La tâche de coordination du soin et de lien entre tous les protagonistes, qui incombe aux infirmières, se résume à une utilisation complexe de l'outil informatique et de son réseau hospitalier. Néanmoins, grâce à cet outil, chaque unité de soins est en permanence reliée à l'ensemble de ses partenaires, ce que l'on peut considérer comme un avantage. Car ce système offre la possibilité de partager avec célérité un ensemble d'informations auprès d'un grand nombre de personnes. Toutefois, comme tous les outils, l'informatique possède ses propres limites. La principale est d'imposer, à tout moment, la saisie ou le recueil de données : résultats d'analyses, commandes de médicaments, de matériels, de transports, enregistrement administratif des patients... L'infirmière est ainsi sans cesse interrompue dans son champ d'activité de soignante. Et le temps qu'elle peut consacrer aux malades se réduit (10). Le passage aux 35 heures a également resserré le temps d'échange entre les équipes soignantes, instant-relais des consignes et instant-partage d'une vie d'équipe.

Cette évolution touche à un registre capital, celui des fondations de leur motivation professionnelle, l'essence de ce pourquoi, un jour, quelqu'un choisit de consacrer sa vie professionnelle à

(6) Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, « Missions et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitalier », Paris, février 1990.

(7) La fermeture de certains lits de soins ou d'unités, du fait de la carence en personnel, rend cette gestion difficile, particulièrement lorsqu'il s'agit de patients adressés en moyens et longs séjours.

(8) Certains personnels sont maintenant recrutés sous contrat à durée déterminée, d'autres font valoir leurs droits à la retraite et la plupart des jeunes diplômés ne demeurent plus aussi longtemps qu'avant au sein d'une même unité.

(9) A. Perraut-Soliveres, « L'infirmière et la nuit », in *Sciences Humaines* n°139, juin 2003.

(10) Le temps attribué à l'activité des unités de soins devant s'insérer dans une limitation de 35 heures hebdomadaires, le jour et 32 h 30 la nuit, que se passerait-il, si les infirmières ne pouvaient plus réserver suffisamment de temps aux soins et à la relation avec les malades ?

autrui, et très précisément à « un autre » malade. Cet espace-là n'est pas neutre, il est habité, il est lieu de rencontres et d'échanges. L'écoute empathique et l'accompagnement du patient font partie intégrante du rôle propre infirmier. Aussi ne peut-on s'y introduire sans en déstabiliser l'équilibre. « Contrairement à la tendance humaniste qui reste le fil rouge des vocations à soigner, les outils qui se succèdent depuis plus de vingt ans cherchent à diminuer la subjectivité ; ils instituent aussi des pratiques dépersonnalisantes », souligne une infirmière (11). Les infirmières continueront-elles d'exercer s'il leur faut choisir entre leur relation à l'outil plutôt qu'à la personne ?

Néanmoins, on peut percevoir la démobilitation actuelle des infirmières comme une réaction de refus face à un mode de gestion des soins, plutôt que comme un rejet définitif de leur métier. Cette réaction apparaît plutôt saine, car tournée vers une interrogation éthique. Comment concilier l'évolution des outils, sans compromettre la qualité des soins aux malades ? Comment, au travers des réformes hospitalières, faire valoir le rôle propre infirmier ?

Écouter les infirmières

Il serait donc temps de proposer un recentrage des personnels soignants sur le soin ; que les infirmières, encouragées par l'encadrement, en redeviennent les promoteurs. Dans l'obligation qui incombe au personnel d'encadrement de répondre aux exigences de qualité et de continuité des soins, celui-ci consacre la plupart de son temps à la gestion de la pénurie : combien de temps peut-il encore consacrer aux équipes infirmières et aux patients ? Comment peut-il animer une équipe et l'agrèger aux projets de soins ? Les infirmières sont là pour contribuer à la pérennisation du projet de soins, qui se définit comme une analyse individualisée des besoins de chaque patient permettant l'adaptation optimale des réponses soignantes ; par exemple, pour la prévention des risques infectieux, ou l'éducation à la prise médicamenteuse...

Il est nécessaire à l'encadrement de santé de regarder la réalité en face, d'identifier ensuite les causes du malaise, et enfin, d'alerter les Directions pour rechercher des solutions. C'est pourquoi il faut écouter ce que ces professionnels ont à dire, puis les encourager à travailler autour d'une politique de soins clairement définie, et ce malgré la complexité des choix qu'impose, en milieu hospitalier, la réorganisation du système de santé français. Sans une approche participative et empathique, il sera difficile de renouer les liens qui unissent les membres d'une équipe, et de redonner un sens à toute dynamique soignante au sein d'un univers hospitalier en mutation.

Catherine Garbero

(11) A. Perraut-Soliveres, op. cit.