

Infirmières : activités et territoires

Les établissements de santé ont, semble-t-il, du mal à recruter des infirmières. Celles-ci, libérales et salariées, se répartissent de façon inégale sur le territoire. Quel est le problème ? Des infirmières en nombre insuffisant ? Pour quels services, et définis par qui ?

Françoise Acker, Du dénombrement des infirmières au maillage du territoire

sociologue

Le nombre des infirmières, 552 900 au 1^{er} janvier 2012, ne cesse de croître depuis vingt ans, et plus rapidement que la population française. L'augmentation des quotas ces dernières années a limité quelque peu les effets des départs en retraite. Depuis 2003, le nombre d'inscrits reste inférieur aux quotas autorisés et on constate une déperdition de l'ordre de 20 % entre les inscrits en première année et le nombre de diplômés trois ans après, avec des déficits supérieurs dans certaines régions, comme dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les infirmières exercent majoritairement dans les établissements de santé (69,2 %) et avant tout à l'hôpital public, mais la part de ces infirmières salariées dans l'ensemble du groupe infirmier tend à baisser. Elles travaillent aussi en intérim, dans les structures de prévention : médecine du travail, médecine scolaire... Le nombre d'infirmières en établissements pour personnes âgées augmente, celui des infirmières libérales aussi, plus faiblement. Des infirmières travaillent aussi dans les centres de soins infirmiers, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), en hospitalisation à domicile (HAD), mais leur nombre n'est pas repérable dans les catégories statistiques mobilisées annuellement par la DREES. En 2010, le nombre des infirmières de moins de 30 ans et celles de plus de 50 ans était en hausse. Ce sont les infirmières de plus de 40 ans qui exercent le plus à temps partiel. Les infirmières connaissent une certaine stabilité de l'emploi. Leur mobilité varie selon l'âge, le mode et le lieu d'exercice. 1,5 % des infirmières libérales quittent ce mode d'exercice, dont plus de la moitié pour un retour à l'hôpital. 2,8 % des infirmières salariées quittent leur emploi : de l'hôpital public pour s'installer surtout en libéral, de l'hôpital privé pour s'installer en libéral ou rejoindre l'hôpital public. Les départs des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont plus conséquents : 6,1 %, pour aller vers le secteur non hospitalier en majorité, puis pour l'hôpital public ou le secteur libéral. Les mobilités interrégionales, entre deux années consécutives, ne concernent que 1,1 % des infirmières entre 20 et 65 ans. Les régions les plus quittées sont

l'Ile-de-France, le Centre, La Champagne-Ardenne, la Corse, et les départements d'outre-mer. Les DOM, le Limousin, la Corse, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et le Languedoc-Roussillon sont les régions les plus attractives. L'Ile-de-France, l'Alsace et le Centre enregistrent des soldes migratoires négatifs.

L'inégale répartition des infirmières sur le territoire, enregistrée depuis bien longtemps, notamment pour les infirmières libérales, a fait l'objet d'études de la DREES et de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, en raison notamment du déficit annoncé de médecins et de l'accessibilité aux soins. La convention nationale de 2007, et l'avenant n° 2 de 2008, avaient pour objet une démarche de régulation démographique de l'offre globale de soins infirmiers sur le territoire, pour tendre à équilibrer une répartition jusqu'alors fortement clivée nord-sud pour les infirmières libérales, avec une densité plus faible dans les régions du nord. Ces mesures ont été suivies d'effets, les infirmières ne pouvant plus s'installer dans les zones « sur-dotées » et étant au contraire incitées à s'installer en zones « très sous-dotées ».

L'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières tient compte du marché de l'emploi complémentaire ou concurrentiel dans lequel exercent les infirmières libérales et applique les mesures de régulation de la démographie infirmière aussi aux infirmières des SSIAD, des centres de soins infirmiers et des services d'HAD. L'encadrement de l'installation s'accompagne de mesures de valorisation de l'activité de l'infirmière libérale, de la reconnaissance de leur participation à des actions d'éducation à la santé, de leur place dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et d'incitations financières pour installation en zone très sous-dotées. La gouvernance de la répartition géographique de « l'offre de soins » ne se limite pas aux seules infirmières et tend à s'étendre aux professionnels de santé, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé. Ce dispositif s'articule avec les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), et d'autres dispositifs encore, pour élaborer et déployer une offre raisonnée de santé selon un maillage serré des territoires. Les ARS sont en charge du zonage des territoires, et de la caractérisation des

zones auxquelles appliquer les mesures de répartition de cette offre de santé. Du côté des infirmières, on dispose de peu de connaissances sur les raisons – et les trajectoires – qui président à leur choix d'installation en libéral, ou dans d'autres structures. Douguet et Vilbrod montrent que les infirmières libérales ont souvent travaillé, avant leur installation, dans des services de soins infirmiers à domicile, dans des services hospitaliers « techniques » : soins intensifs, chirurgie par exemple. Dans l'étude sur le bassin de Maïche-Morteau, on constate qu'une bonne partie des infirmières libérales sont originaires de ce bassin d'emploi et apprécient leur région. La présence d'un professionnel de santé est souvent dépendante de la présence d'autres professionnels de santé, du secteur social et médico-social, conditions de la mise en œuvre des pratiques de soins.

Démographie médicale, transferts de compétences, refonte des métiers

Plusieurs facteurs participent à une refonte de la structure des métiers infirmiers et à leur mode de diversification. La baisse du nombre de médecins et la volonté d'utiliser plus économiquement le temps médical – plus rare – ont conduit à envisager des transferts de compétences – dérogoatoires – entre médecins et autres professionnels de santé. Ce type de transfert n'est pas nouveau, ce qui l'est c'est l'encadrement très serré de ces transferts, soumis à autorisation de la Haute Autorité de Santé et de l'ARS. Des infirmières, après avoir suivi des formations spécifiques, peuvent exercer une activité élargie, encadrée par des protocoles : suivi de diabétiques, consultations infirmières, actions d'éducation thérapeutique. La complexification des modes de prise en charge, les réseaux, les différents plans (cancer, Alzheimer, personnes âgées, personnes atteintes de maladie chronique) redéfinissent les articulations entre ville et hôpital, entre professionnels de santé et du secteur social. Les fonctions de coordinateurs se développent, assurées souvent par des infirmières.

Une refonte de la carte des métiers a été engagée qui articule les exigences de la mise en place d'une filière de formation licence-master-doctorat ou LMD (accords de Bologne) et une réingénierie des métiers initiée par le ministère de la Santé. La formation en soins infirmiers, en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), et avec la participation d'universitaires (convention IFSI – Université) est reconnue de grade licence (programme de

2009). Une nouvelle carte des métiers se dessine, sous tension entre une dynamique de diversification horizontale des métiers, une dynamique de spécialisation accompagnée de formations d'un niveau supérieur (master 1 ou 2). La question du mode de rémunération pèse fortement sur les orientations et les choix à venir, les « décideurs » souhaitant limiter les métiers, et emplois, exigeant un niveau master, et proposant parfois des emplois de niveau intermédiaire faisant appel à des compétences particulières relevant de formation de type DU. De plus, des approches de gestion des ressources humaines prônent une polyvalence des infirmières, permettant une flexibilité des affectations.

Comment cette nouvelle carte des métiers, cette nouvelle distribution des compétences pourra-t-elle s'articuler avec une démographie infirmière d'ensemble encadrée par les places ouvertes à la formation et dépendant pour partie des modes de reconnaissance des compétences et des conditions de pratique qui seront offertes, de l'espace d'initiative qui sera laissé aux infirmières ? Celles-ci élaboreront souvent, localement et sans cadre pré-établi, des réponses à des problèmes de santé, des nouveaux modes de prise en charge de patients et de la population, entre infirmières mais aussi en collaboration avec d'autres professionnels de santé, avec des communes.

La voix des habitants, des citoyens ne s'exprime guère dans les démarches et modèles qui se déploient pour définir une démographie infirmière supposée répondre aux besoins de la population. Les indicateurs de densité professionnelle, de proximité ne tiennent pas compte des désirs de santé des habitants, de leurs représentations de la santé ni du désir des professionnels de prendre soin des habitants, de travailler ensemble, ou non, en inventant de nouveaux modes de pratiques. ■

■ Bibliographie

- Barlet M., Cavillon M., « La profession d'infirmière : démographie, trajectoires professionnelles et prospectives », *Sociologie Santé*, 2012, n° 35, p 33-56.
- Douguet F., Vilbrod A., *Le métier d'infirmière libérale, portrait sociologique d'une profession en pleine mutation*, Seli Arslan, 2006.
- Hénart L., Berland Y., Cadet D., *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire. Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, Rapport à M. X. Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité, janvier 2011.