

En ces temps de restructuration majeure du réseau de la santé, le développement d'un discours d'expertise infirmière s'est graduellement déployé au sein de l'espace public et est désormais instigué en tant que solution aux problèmes d'accès du système public. Il semble en effet bien établi que les nouveaux pouvoirs attribués à la profession faciliteront grandement le décloisonnement des actes médicaux jadis réservés aux médecins et favoriseront, de manière générale, une meilleure accessibilité aux services de première ligne. Définitivement centrée sur l'utilisateur, cette démarche est parallèlement accompagnée d'une stratégie politique extrêmement utile au développement de la profession. Il est toutefois étonnant d'observer l'étendue du pouvoir d'expertise actuellement développé au sein de la profession infirmière, sans que sa nature et ses fondements sociohistoriques soient ouvertement questionnés.

Il est à ce sujet utile de reconnaître la dette historique que les infirmiers et infirmières ont envers l'incapacité chronique des systèmes de santé à s'adapter aux besoins changeants et grandissants des populations qu'ils desservent. C'est en effet lors de situations d'extrême précarité que la profession infirmière s'est constituée comme un assemblage complexe de pratiques, lesquelles ont majoritairement subi un processus d'appropriation et de délégation de la part des élites médicales. Ces pratiques ont été rapidement adoptées par notre profession et ont potentialisé le développement de son caractère holistique, de sa sensibilité aux besoins des plus démunis et des pouvoirs dont elle est actuellement investie. L'émergence, au Québec, de la pratique infirmière spécialisée en soins de première ligne constitue une illustration de ce processus. Si l'expansion professionnelle dont nous sommes témoins est justifiée par une réponse gouvernementale à la pénurie persistante de médecins de famille, certains événements récents laissent néanmoins à penser que l'intérêt de l'utilisateur est détourné, ou à tout le moins instrumentalisé, afin de soutenir une forme de corporatisme se situant au carrefour d'intérêts professionnels et individuels. L'ouverture de cliniques se situant à l'extérieur du réseau public en constitue un exemple intéressant.

Plusieurs inquiétudes découlent de ce phénomène et méritent d'être discutées. Dans un premier temps, les forces sociohistoriques ayant potentialisé l'émergence et le développement du rôle infirmier s'appuient notamment sur des fondements découlant de la justice sociale. Or, ceux-ci apparaissent actuellement porteurs d'une rationalité argumentaire fallacieuse centrée d'une

part sur la politisation de l'intérêt de l'utilisateur et d'autre part sur la mise en place de services de santé privés dont certains membres de notre profession sont les porte-étendards. Évidemment, s'il est tout à fait possible d'allier intérêt public et intérêts professionnels, la situation actuelle laisse présager une contribution certaine de la profession infirmière à la création d'un système de santé parallèle et privé. Des initiatives en ce sens sont d'ores et déjà observables et sont même justifiées par la nécessité d'accroître l'accès aux soins de première ligne. Mais de quel accès est-il question ? Alors que l'Ordre des infirmières et des Infirmiers du Québec nous informe que l'ensemble du territoire québécois comprend un effectif infirmier de moins de 200 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (portrait de la période 2013-2014), l'argumentaire alliant accès aux soins et privatisation tient difficilement la route. Les principes fondamentaux de la justice sociale distributive (visant à assurer une égalité d'accès aux soins et aux services de santé ainsi qu'une équité à l'égard de la réponse aux besoins des populations les plus défavorisées) s'en retrouvent invalidés alors qu'ils ont été d'importants éléments justifiant l'émergence de la pratique avancée en Amérique du Nord. Une valorisation plus soutenue de ces fondements se fait encore attendre et mériterait d'être intégrée plus formellement à la régulation des pratiques professionnelles. Cela aurait à tout le moins le mérite d'éviter que l'intérêt de l'utilisateur ou que la facilitation de l'accès aux soins de santé au bénéfice de ce dernier deviennent des stratégies politiques aveuglantes permettant de favoriser le déploiement graduel d'un réseau de cliniques privées.

Dans un deuxième temps, l'examen de la délégation de ces pouvoirs laisse à penser que nous assistons plutôt à une forme insidieuse de dénégation de la pratique infirmière, ou de ce que Leonard Stein (1967) a nommé « Le jeu de l'infirmière et du médecin ». Dans son analyse, Stein (1967) a décrit les relations de pouvoir s'exerçant entre ces deux professionnels de la santé et a postulé que la démarche d'investigation clinique de l'infirmière était tolérée, pourvu qu'elle soit passive et soumise à l'autorité médicale. Si la situation a grandement évolué depuis l'analyse de Stein (1967), plusieurs observent que cette dynamique est toujours observable à différents degrés. Justifié sous l'angle collaboratif, le fait que l'infirmière spécialisée en soins de première ligne (Québec) puisse initier des actes diagnostics et identifier des problèmes de santé courants sans toutefois pouvoir procéder au diagnostic des maladies est, à notre avis, une institutionnalisation formelle de cette dynamique.

Plusieurs peuvent prétendre qu'au-delà de cette caractéristique de la relation infirmière-médecin, le gain d'autonomie dont notre profession fait aujourd'hui l'objet constitue une contestation attendue des élites médicales. Gardons cependant à l'esprit que le tout s'inscrit au sein d'une dynamique compétitive, composée de discours d'expertise multiples cherchant à sécuriser

leurs espaces de déploiement. Sans conteste, la pratique infirmière a jadis pu profiter de la précarité des systèmes de santé en s'appropriant une vaste diversité de pratiques qu'elle espère désormais fédérer sous l'angle de la complémentarité des approches médicales et infirmières. Le nouveau positionnement politique qu'elle adopte est néanmoins porteur d'effets dont l'issue est incertaine. D'abord, il est à noter que les enjeux précédemment décrits se sont soldés par une délégation d'actes médicaux, plutôt que de remettre en question l'absence du partage désormais nécessaire de la responsabilité médicale à travers un large spectre de professionnels de la santé. Or, la délégation d'actes médicaux jadis réservés aux médecins démontre que la colonisation de la profession et de la discipline infirmières par le pouvoir biomédical est plus présente que jamais. Cela peut potentiellement contribuer à la réfutation croissante de ses prétentions holistiques et du pluralisme biopsychosocial qui la caractérise.

L'absence d'un tel débat à cet égard centre de facto l'organisation des services sur le pouvoir prescriptif d'une minorité d'entre eux, investie par le pouvoir biomédical. Cette dynamique semble par ailleurs contribuer à la création d'un discours d'expertise aux tendances hégémoniques, par l'intermédiaire duquel certaines structures anachroniques de nos systèmes de santé sont maintenues dans un état d'immobilisme étonnant. L'épineuse question du statut des médecins à l'intérieur des établissements de santé et du paiement à l'acte de ces derniers sont autant de sujets qui concernent désormais directement l'intérêt public et par extension la pratique infirmière spécialisée. Il est aussi à noter que la mise en place d'un discours d'expertise infirmière n'est pas sans effet sur les autres acteurs du domaine de la santé. En s'intégrant formellement au sein des pratiques et des savoirs dominants, notre discipline accepte de contribuer à la marginalisation de pratiques périphériques pourtant essentielles au maintien de la santé des usagers. À ce titre, il apparaît toujours assez difficile d'accéder à certains services professionnels, la physiothérapie ou la nutrition par exemple, sans subir un passage obligé au cabinet médical. Favorisant un accompagnement au sein de la communauté et une participation active de l'utilisateur, ces services sont bien souvent préventifs et contribuent à diminuer la pression induite sur nos systèmes de santé.

Si la raison d'être de notre profession se substitue au corporatisme professionnel afin de potentialiser l'expansion de ses pouvoirs, il est raisonnable de craindre que le déploiement de l'expertise infirmière puisse provoquer une dépossession encore plus importante de ses principes fondateurs. Par ailleurs, il semble que l'intérêt de l'utilisateur serait sans doute mieux servi par le rejet du corporatisme professionnel et la mise en place d'un discours collaboratif reflétant adéquatement la complexité du domaine de la santé et le pluralisme des approches qui l'intègre. En ce sens, la pratique médicale ne devrait pas constituer le monopole de la

médecine, au même titre que la pratique soignante ne devrait pas uniquement relever du domaine infirmier. Bien que l'appropriation de ces termes ait une forte utilité politique et identitaire, l'agglomération de ces deux pôles est, au contraire, ce qui devrait normalement caractériser l'ensemble des professions de la santé et non uniquement la pratique infirmière (qu'elle soit spécialisée ou non). Pour que cela soit possible, notre profession se doit d'adopter une forme d'humilité professionnelle et centrer son développement sur la défense des intérêts des personnes les plus touchées par les iniquités de santé. En cela, son autorité morale semble toujours intacte et sa contribution est, plus que jamais, essentielle.

Références :

Stein LI. The doctor-nurse game. *Archives of General Psychiatry* 1967; 16(6): 699–703.

Pierre Pariseau-Legault, Inf., Ph.D.(c)  
Université d'Ottawa  
École des sciences infirmières