Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des *Nurses practitioners* néerlandaises

Learning to create one's own professional autonomy space. The case of Dutch Nurse practitioners

Sophia Rosman

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2242>

DOI : 10.4000/rechercheformation.2242

ISSN : 1968-3936

Éditeur

ENS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 19 novembre 2014

Pagination : 79-92

ISBN : 978-2-84788-758-7

ISSN : 0988-1824

Référence électronique

Sophia Rosman, « Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des *Nurses practitioners* néerlandaises », *Recherche et formation* [En ligne], 76 | 2014, mis en ligne le 19 novembre 2017, consulté le 03 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheformation/2242> ; DOI : 10.4000/rechercheformation.2242

Se former pour construire son espace d'autonomie professionnelle ? Le cas des *Nurses practitioners* néerlandaises

> **Sophia ROSMAN**

INSERM, CNRS, EHESS, université Paris-Descartes, CERMES3, Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société

RÉSUMÉ : Cet article s'intéresse au rôle de la formation Master of Advanced Nursing Practice dans la construction d'un espace d'autonomie professionnelle par les infirmières souhaitant devenir *Nurse practitioner*. Il repose sur une enquête sociologique qualitative (entretiens et observation directe des pratiques) conduite auprès de *Nurses practitioners* exerçant dans les cabinets de médecine générale. Formées *a priori* pour réaliser des tâches réservées aux médecins, ont-elles effectivement obtenu un élargissement de leur autonomie professionnelle ? Les résultats de l'enquête montrent que les motivations des infirmières pour suivre la formation, ainsi que les logiques de fonctionnement des cabinets où elles exercent influent sur leur capacité à créer ou à élargir cet espace d'autonomie.

MOTS-CLÉS : santé, système de santé, sciences sociales, Pays-Bas

Introduction

La réorganisation des systèmes de santé a, notamment dans les pays anglo-saxons, conduit à l'apparition de nouvelles formes de collaboration entre des groupes professionnels dont l'activité était traditionnellement séparée par une division du travail hiérarchisée (Freidson, 1984). Cette évolution concerne tout particulièrement les professionnels exerçant dans le domaine des soins de premiers recours. Face à l'augmentation du nombre de patients dont les pathologies sont de plus en plus complexes, et qui ne sont plus suivis à l'hôpital, le besoin de faire évoluer ce secteur du système des soins est rapidement apparu, notamment chez les médecins généralistes dont la charge de travail s'est considérablement alourdie depuis une vingtaine d'années (Bungener & Baszanger, 2002). Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de malades chroniques, l'arrivée de nouvelles technologies, les évolutions dans les traitements thérapeutiques et l'importance grandissante de la prévention, associés à un contexte de réduction budgétaire et

de (risques de) pénuries de médecins, sont à l'origine de profondes modifications à la fois dans la façon d'appréhender le patient et dans la manière d'organiser les cabinets. Dans les pays comme la Grande-Bretagne et les Pays-Bas, ce processus a conduit à la transformation de nombreux cabinets médicaux traditionnels devenus de véritables organisations multidisciplinaires dans lesquelles collaborent plusieurs catégories de professionnels de la santé. Le fonctionnement de ces cabinets repose généralement sur trois acteurs : médecins, infirmières et assistantes médicales. La distribution des tâches suit une logique de « *downgrading* » (Charles-Jones *et al.*, 2003) où les médecins délèguent des tâches médicales aux infirmières (suivi des patients chroniques, des personnes âgées, soins palliatifs, petite chirurgie), qui délèguent à leur tour une partie de leur travail aux assistantes (frottis, petits actes chirurgicaux – verrues –, contrôle de la tension artérielle, analyse de sang, d'urine). Cette division du travail est basée sur un *travail de catégorisation des patients* en fonction de leur plainte (maladie chronique / aiguë, mentale / somatique), de leur âge (enfant/ adulte/ personne âgée) ainsi que sur un double *travail d'évaluation des demandes* : hiérarchique (caractère d'urgence, de gravité) et organisationnel (disponibilité et compétences du professionnel pressenti). Ce travail d'évaluation de la demande et de distribution, couramment appelé « triage » (Greatbatch *et al.*, 2005), détermine le trajet du patient au sein du cabinet (Charles-Jones *et al.*, 2003). Il peut être réalisé, lors de la prise de contact par le patient, par l'assistante médicale qui tient de ce fait un rôle primordial de distributeur du travail qu'elle renvoie au patient lui-même si elle estime qu'une consultation n'est pas nécessaire, à elle-même, si la demande entre dans l'un de ses domaines de responsabilité, à l'infirmière, ou au médecin. Il va de pair avec l'utilisation grandissante de protocoles qui visent la standardisation du travail médical et facilitent la distribution du travail (Greatbatch *et al.*, 2005).

La répartition des tâches peut prendre plusieurs formes et avoir des objectifs différents. Ainsi, dans un contexte de redistribution des tâches, la *délégation* et la *substitution* renvoient au transfert de certaines activités par un professionnel (qui peut en garder la responsabilité) à d'autres professionnels moins diplômés ou ayant un diplôme équivalent. Les deux formes peuvent être mobilisées pour augmenter la productivité (diminuer les listes d'attente, prendre en charge plus de patients), et améliorer les conditions de travail du professionnel en diminuant sa charge de travail. On observe également la *diversification* des tâches, qui traduit un phénomène d'extension de services offerts par les cabinets de soins primaires (Paul, 2006). Cette forme de partage du travail conduit au recrutement de personnes dotées de compétences spécifiques liées à une pathologie chronique (diabète, hypertension, insuffisance respiratoire, etc.), à l'hygiène de vie / la prévention (tabagisme, obésité, éducation du patient, dépistage, santé des jeunes, etc.) ou à des actes techniques (petite chirurgie, actes gynécologiques, etc.). Elle permet de diversifier et/ou d'augmenter la clientèle et de renforcer la position du cabinet.

Dans le cadre de ces transformations, certains professionnels – déjà présents dans le cabinet – ont acquis de nouvelles compétences, comme les assistantes médicales qui ont vu leur terrain d'intervention s'élargir. Mais les transformations ont également conduit à l'apparition de nouvelles formations et de nouveaux rôles : celui de *Practice nurses* et de *Nurses practitioners*¹. Elles sont, chacune à leur niveau, spécialement formées pour assurer des tâches relevant auparavant de la compétence des médecins. Ainsi, les *Practice nurses* (*praktijkverpleegkundige* en néerlandais)², assument des tâches fortement standardisées et n'interviennent qu'après que le médecin a posé le diagnostic et prescrit le traitement, tandis que les *Nurses practitioners*, détentrices d'un diplôme d'État d'infirmière et d'un diplôme *Master of Advanced Nursing Practice* (MANP)³, sont formées pour assurer, de façon autonome, certaines tâches qui relèvent habituellement de la responsabilité du médecin (pose du diagnostic et élaboration du plan thérapeutique, pouvant aller jusqu'à la prescription de médicaments).

Pour Crozier et Friedberg (1977), l'autonomie professionnelle se traduit par « la capacité de l'acteur à élaborer, choisir et mettre en place des stratégies en prenant en compte les contraintes et les opportunités » et ils insistent sur le comportement stratégique de l'agent pour atteindre ses objectifs. Dans cette perspective, les infirmières ont réussi, tout au long du XX^e siècle, à élaborer un champ de compétences spécifiques et à développer des « attributs institutionnels » (diplôme d'État, spécialisations, formations de cadres, reconnaissance d'un rôle propre), indispensable à leur autonomie professionnelle (Freidson, 1984). Elles sont ainsi passées de « simples exécutantes de soins prescrits par les médecins, à des professionnelles exerçant un jugement et identifiant de façon autonome les soins infirmiers à mettre en œuvre » (Acker, 1997). Le MANP vise à élargir cette autonomie en intégrant dans leur champ de compétences des actes médicaux habituellement réservés aux médecins.

L'introduction de ces nouveaux professionnels, diplômés d'un MANP, pose la question du partage des responsabilités, et de la délimitation des domaines d'intervention et fait l'objet de nombreuses négociations. L'infirmière « traditionnelle » chargée d'assister le médecin dans son travail disparaît au profit d'une professionnelle autonome, la *Nurse practitioner*, qui exerce dans des espaces de pratique clinique nouveaux que l'on peut qualifier d'« hybrides » (Charles-Jones *et al.*, 2003) se situant entre le domaine médical et infirmier. Cette évolution trouble les frontières entre ces domaines professionnels (Freidson, 1970, Allen 1997).

1 Il n'y a pas de termes français car dans les cabinets français ces postes n'existent pas (encore). De ce fait je présente ici le terme anglais, qui est couramment utilisé dans la littérature.

2 Elles ont le plus souvent un diplôme d'infirmière, complété par une formation professionnelle en alternance d'un an pour approfondir les connaissances concernant une pathologie spécifique : diabète, insuffisance respiratoire, hypertension, etc., en fonction des responsabilités que le médecin leur confiera.

3 Il s'agit d'un master de l'enseignement professionnel supérieur (HBO) et non pas d'un master universitaire.

Dans cet article, je m'intéresse au rôle de la formation *Master of Advanced Nursing Practice* (MANP) dans l'élargissement d'un espace d'autonomie professionnelle par les infirmières (Ouvry-Vial *et al.*, 1993) souhaitant devenir *Nurse practitioner* (NP). Je me suis plus particulièrement intéressée aux NP exerçant dans les cabinets de médecine générale. Quelles étaient leurs motivations et attentes pour suivre cette formation ? Formées *a priori* pour réaliser des tâches réservées aux médecins, ont-elles effectivement obtenu leur autonomie professionnelle et, si tel n'est pas le cas, quelles en étaient les causes ?

Aux Pays-Bas, le *Master of Advanced Nursing Practice* (MANP) a été introduit à Groningen en 1997, en collaboration avec l'hôpital universitaire. Les premières NPs ont obtenu leur diplôme en 2000. Au moment de l'enquête (2008), leur formation et leur statut étaient en pleine évolution. Le diplôme de *Nurse practitioner* était reconnu, mais leur statut juridique n'est stabilisé que depuis 2009. Depuis cette date, en effet, les infirmières ayant suivi le MANP peuvent s'inscrire comme « spécialiste infirmière » (le versant infirmier du « spécialiste médical ») dans le registre des métiers de la santé (BIG) et bénéficier d'un statut juridique autonome qui leur permet également, depuis le 1^{er} janvier 2012, de prescrire des médicaments⁴. Avant 2009, certaines prescrivaient, tandis qu'elles n'avaient pas encore obtenu formellement ce droit, d'autres se protégeaient juridiquement en se soumettant à l'autorité du médecin. L'émergence des *Nurses practitioners* a soulevé un réel débat dans le monde de la médecine générale. Si certains médecins se montraient enthousiastes car elles leur permettaient d'avoir une charge de travail moins élevée, d'autres étaient extrêmement sceptiques face à l'arrivée de « *ces infirmières qui jouent au docteur* »⁵. Ils mentionnaient le risque d'erreurs médicales, et contestaient leur autonomie grandissante dans le domaine médical.

1. Présentation de l'enquête et démarche méthodologique

Les années 2007-2008 sont particulièrement intéressantes pour étudier l'arrivée des *Nurses practitioners* en médecine générale. Les premiers diplômes MANP ayant été délivrés en 2000 et le statut juridique réglé en 2009, la période était intéressante pour observer les enjeux d'une formation qui commençait à être bien installée mais dont les diplômés exerçaient dans une zone grise quant à leur statut juridique. Si en 2000, 10 *Nurses practitioners* exerçaient aux Pays-Bas (à l'hôpital essentiellement),

4 Ce droit à la prescription a été accordé pour une période probatoire de 5 ans, et est limité à celles qui sont inscrites dans le registre BIG. Les spécialistes infirmières n'ont pas le droit de prescrire des médicaments en dehors de leur domaine d'expertise. La spécialiste infirmière est entièrement responsable de ses prescriptions, mais le pharmacien est tenu de contrôler 1) qu'elle soit bien enregistrée dans le registre BIG, 2) qu'elle ait obtenu un code qui lui permet de prescrire (AGB code) et 3) que ses prescriptions correspondent à son domaine d'expertise. Cf. <http://www.knmp.nl/organisatie-regelgeving/wet-en-regelgeving/nieuwe-voorschrijvers>.

5 Citation extraite d'un entretien mené avec un médecin généraliste d'Utrecht qui s'oppose aux *Nurses practitioners* dans les cabinets médicaux.

en 2012, on en compte 1 306 dont environ 110 travaillent dans le secteur de la médecine générale (vd Velde & vd Windt, 2013). Au moment de l'enquête, 45 *Nurses practitioners* exerçaient en médecine générale. J'ai pu interviewer 25 d'entre elles, dont deux étaient en fin de formation. Les interviews ont été obtenues par différentes voies : annonce sur le site de l'association des *Nurses practitioners*, méthode dite boule de neige, ainsi que par le biais des personnes ressources, et par les écoles de formation. Les entretiens semi-directifs suivaient une grille abordant les thèmes suivants : formation et trajectoire professionnelle antérieures, réflexions ou événements ayant conduit à la décision de faire la formation MANP / de devenir *Nurse practitioner*, les attentes à l'endroit de cette nouvelle fonction, les tâches réalisées au quotidien et leur évolution, les négociations et éventuellement les conflits autour de ces tâches, l'évolution envisagée du travail, la position de la *Nurse practitioner* dans le cabinet, et la perception de la fonction. Chaque interview a été conduite au cabinet, et a duré environ une heure et demie. J'ai également suivi sept *Nurses practitioners* dans leur travail quotidien : observations de consultations, réunions et débriefings avec le médecin, visites à domicile et suivi des permanences dans des maisons de retraite. J'ai assisté à des réunions entre *Nurses practitioners*, organisées pour réfléchir sur leur fonction, et leur place dans le système de santé. Parallèlement, j'ai rencontré des « personnes ressources » qui m'ont permis de mieux comprendre le contexte historique, politique et pédagogique. Certaines ont été à l'origine de l'introduction des *Nurses practitioners* aux Pays-Bas, comme Petri Roodbol, qui a créé la première formation MANP à Groningen et la ministre de la Santé de 1994 à 2002 qui a activement œuvré pour l'implantation et le développement de cette nouvelle fonction. J'ai également rencontré l'Association des médecins généralistes (LHV), ainsi que des médecins n'employant pas de *Nurse practitioner* pour recueillir leur position à l'égard de ces nouvelles professionnelles. Et enfin, j'ai analysé des documents administratifs ainsi que des rapports d'évaluation relatifs à la fonction de *Nurse practitioner* et étudié des textes produits par elles comme des thèses de Master et des articles publiés dans les revues professionnelles où elles rendent compte de leur travail au quotidien.

Le corpus de l'enquête est composé de 23 femmes et 2 hommes⁶. À l'exception d'une NP, qui exerce dans un centre de santé pour enfants et adolescents, toutes travaillent dans un cabinet de médecine générale. La moyenne d'âge est de 41 ans, variant entre 27 et 51 ans. Deux personnes sont en fin de formation, les autres ont déjà leur diplôme et exercent en tant que NP en moyenne depuis 4 ans. Toutes ont une formation d'infirmière mais leurs expériences antérieures varient considérablement. Certaines travaillaient déjà dans le cabinet de médecine générale comme assistante médicale ou *Practice nurse*, avec la responsabilité d'une consultation liée à une pathologie spécifique (COPD, diabète, hypertension,

6 Le nombre de femmes étant largement majoritaire, j'emploierai pour la facilité de la lecture le féminin dans la suite du texte.

etc.), tandis que d'autres viennent de services hospitaliers (oncologie, urgences, cardiologie, etc.) ou extrahospitaliers (soins à domicile, infirmier-ambulancier).

Avant de présenter l'analyse de l'enquête, je rappellerai brièvement l'historique et le contexte de l'implantation de la formation MANP et de la fonction de *Nurse practitioner* aux Pays-Bas. Ensuite, je présenterai les résultats des observations du terrain. J'analyserai tout d'abord les motivations et les attentes des infirmières à l'égard du MANP, puis je traiterai la question de savoir si le MANP leur a permis, ou non, de construire un espace professionnel autonome dans l'organisation où elles exercent.

2. L'historique de la formation et de la fonction de *Nurse practitioner* aux Pays-Bas

Dans l'histoire du mouvement infirmier néerlandais, on observe dès les années vingt⁷ la volonté de s'autonomiser par rapport au corps médical avec la création en 1928, sans y inclure de médecins, du Syndicat national des soins infirmiers, et avec la volonté affichée de réaliser des actes de nature médicale (Roodbol, 2005). À l'époque, les actes techniques pouvant être réalisés par des infirmiers se limitaient aux tâches devenues routinières pour les médecins. Lorsque dans la période de l'après-guerre, les médecins ressentent le besoin de déléguer plus de tâches médicales, l'infirmière devient le « bras prolongé » du médecin (*verlengde arm*), et peut exécuter certains actes sous sa responsabilité et supervision. Plus tard, dans les années soixante-dix, les infirmières développent leur propre domaine infirmier en s'inspirant du modèle médical et en instaurant des procédures qui consistent à identifier la demande de soins, puis à les prescrire, planifier, exécuter et évaluer. Ces procédures s'opposent aux pratiques qui prévalent jusque-là et qui reposent sur la tradition et l'intuition (Roodbol, 2005). Cette transformation renforce la position des infirmières à l'hôpital car ce « plan de soins » échappe à la supervision des médecins. Dans les années quatre-vingt, on assiste à l'émergence des « infirmières spécialisées » formées pour réaliser des actes techniques – et parfois médicaux – pour une pathologie ou une population spécifique : dialyse rénale, soins intensifs, pédiatrie, etc.

En 1997, le Parlement vote une nouvelle loi, la BIG (*Beroepen Individuele Gezondheidszorg*), qui adapte la réglementation concernant l'exercice de la médecine à une société en pleine évolution (développement de la médecine alternative, des patients de plus en plus informés, prévalence des maladies chroniques, besoin de clarifier les responsabilités juridiques des professionnels). La loi BIG donne toute liberté aux professions autonomes (médecins, dentistes et sages-femmes) d'organiser la répartition des tâches et de juger quel professionnel est compétent pour quel type

7 La formation d'infirmière date de 1883, et le diplôme d'infirmière est juridiquement protégé depuis 1921.

de tâche⁸. Ainsi, prenant sur la nouvelle loi, les infirmières obtiennent la possibilité d'élargir leur domaine d'intervention en y intégrant de plus en plus de tâches médicales. C'est dans ce contexte qu'apparaît la fonction de *Nurse practitioner* à la fin des années quatre-vingt-dix aux Pays-Bas.

La fonction de NP existe depuis les années soixante aux États-Unis où elle a été créée par Loretta Ford, dans le Colorado, afin de répondre à la pénurie de médecins généralistes auprès de populations défavorisées (Roodbol, 2005). Aux Pays-Bas, la première formation, le *Master of Advanced Nursing Practice* (MANP), est organisée à Groningen en 1997. Une petite parenthèse s'impose ici pour expliciter le contexte dans lequel émerge ce Master par rapport aux Masters universitaires. Le système d'enseignement supérieur néerlandais regroupe l'enseignement scientifique (*Wetenschappelijk Onderwijs, WO*), assuré par les 15 universités du pays, et l'enseignement supérieur professionnel (*Hoger Beroepsonderwijs, HBO*), assuré par les *hogescholen* qui sont au nombre de 41⁹. Les universités dispensent un enseignement académique scientifique tandis que les *hogescholen* dispensent un enseignement spécialisé préparant à l'exercice d'une profession. Les médecins sont formés à la Faculté de médecine de l'Université. Pour les infirmières il y a deux niveaux de formation : supérieur (HBO) ou secondaire (*Middelbaar Beroepsonderwijs, MBO*)¹⁰. Les deux types d'établissements (HBO et Université) préparent à un Bachelor, soit universitaire (3 ans) soit professionnel (4 ans) et à un Master en un ou deux ans. Si les deux formations (universitaire et professionnelle) permettent d'obtenir le titre de Master, seule l'Université est autorisée à délivrer un Master « *of Laws* » (LLM), « *of Science* » (MSc) et un Master « *of Arts* » (MA). Contrairement aux Masters universitaires, les Masters HBO doivent s'inscrire dans une trajectoire professionnelle où l'étudiant doit obligatoirement avoir un contrat de travail. L'État subventionne les Masters professionnels HBO lorsque les professions concernées représentent un intérêt social, ce qui est le cas du *Master of Advanced Nursing Practice*.

8 Depuis le 1^{er} janvier 2012 les *Nurse practitioners* (désormais appelé spécialistes infirmiers – *verpleegkundig specialisten* – obtiennent le droit de réaliser certains actes auparavant strictement réservés à ces professions autonomes, à condition qu'il s'agisse d'actes liés à leur spécialité (soins aigus, soins chroniques, soins préventifs, soins intensifs, soins de santé mentale). (cf. *Staatscourant*, n° 659, 2011).

9 L'université est accessible après l'obtention d'un baccalauréat intitulé VWO (6 ans d'études secondaires) et les *hogescholen* après un diplôme de fin d'études secondaires intitulé HAVO (5 ans d'études secondaires), dont l'équivalent n'existe pas en France. Les Pays-Bas comptent 662 000 étudiants, dont 64 % sont inscrits dans les *hogescholen* et 36 % dans les universités. Cf. <http://www.duo.nl/organisatie/pers/aantallen.asp>, consulté le 15 octobre 2013.

10 Les infirmières MBO ne sont pas détentrices d'un diplôme VWO ou HAVO, mais d'un VMBO ou MAVO (4 ans d'études secondaires, équivalent du DNB en France). Leur autonomie de travail est, officiellement, un peu plus limitée qu'une infirmière HBO. Si elle peut poser une perfusion, elle ne peut, par exemple, adapter les dosages de traitements comme peut le faire une infirmière HBO dans certaines circonstances. Mais dans le travail quotidien, à l'hôpital, la différence entre les deux types d'infirmières ne se voit pas, ce qui entraîne chez les infirmières HBO parfois une certaine frustration, comme ce fut le cas d'une des NPs que j'ai interviewée.

La formation et l'implantation des NPs dans les hôpitaux, et plus tard dans le secteur des soins primaires, est largement soutenue par le ministre de la Santé à cette époque, très favorable à cette nouvelle fonction, moins coûteuse que les médecins, et qui de plus ouvre des perspectives de carrière intéressantes aux infirmières. Elle annonce officiellement son soutien lors du congrès fondateur des NPs en 1997, dont les médias nationaux se font largement l'écho en présentant les NPs comme des « super infirmières » ou des « petits docteurs ». L'ordre des médecins spécialisés est également très favorable à l'arrivée de ces nouveaux professionnels, à qui les spécialistes pourront déléguer des tâches routinières.

Le MANP est une formation de deux ans. Pendant la formation, l'infirmière travaille avec un contrat de 32 heures/semaine minimum dans le cabinet et elle suit deux jours de cours par mois à l'école. Sur le lieu de travail, elle est supervisée par un maître de stage : un des médecins généralistes du cabinet. Le maître de stage et le cabinet reçoivent des subventions du ministère de l'Éducation et de la Santé pour la formation du NP. Pour obtenir le diplôme, l'infirmière est chargée de rédiger une thèse professionnelle. Depuis 2009, la formation est structurée en 5 spécialités : soins aigus, soins chroniques, soins intensifs, la prévention et la santé mentale. Une infirmière exerçant dans un cabinet de médecine générale choisit sa spécialisation en fonction de son activité principale. Le plus souvent en soins chroniques, la formation est axée sur les gestes cliniques pour apprendre à poser un diagnostic, les pathologies (suivant la spécialité choisie) et la pharmacologie, mais également la communication avec le patient, et la collaboration avec les autres groupes professionnels (ici également selon la spécialité retenue). Durant la formation avec l'option soins chroniques par exemple, les NPs apprennent des gestes (diagnostic, prescription, etc.) qui leur permettent d'agir dans un espace d'autonomie propre, tout en respectant l'organisation du cabinet et la collaboration avec les médecins.

3. Entrer dans la formation MANP : diversifier son activité et augmenter son autonomie

Le MANP est mentionné par les NPs comme un moyen permettant de « diversifier les tâches » ou « d'élargir le domaine d'intervention avec des tâches médicales pour bénéficier d'une plus grande autonomie ». Les deux types de motivations concernent toutefois des profils d'infirmières différentes. Pour celles qui souhaitent diversifier leur activité professionnelle, il s'agit essentiellement de *Practice nurses*, qui se sont spécialisées dans le suivi d'une ou deux pathologies chroniques, (diabète, hypertension, asthme) et se sentent « enfermées » dans cette activité. Le travail devenant routinier, elles sont confrontées aux limites de leurs responsabilités et recourent au MANP pour accéder à d'autres types de patients : « J'étais sur pilotage automatique dans mon travail, et j'avais envie d'avoir des connaissances plus approfondies pour pouvoir attirer vers moi d'autres patients que les asthmatiques et des diabétiques, comme les ORL, les lombalgies, les voies respiratoires supérieures.

Je voulais apprendre les techniques d'examen, pour pouvoir poser moi-même des diagnostics. J'étais sûre que cela rendrait mon travail plus varié et plus intéressant ». Lorsqu'elles demandent l'autorisation aux médecins de leur cabinet de suivre le MANP, les médecins peuvent avoir des réactions très différentes. Ceux qui sont favorables à l'élargissement de leur rôle sont les médecins qui souhaitent alléger leur charge de travail. Ils voient dans la nouvelle fonction de NP une opportunité pour transférer certains patients (en particulier ORL). D'autres s'opposent à la présence d'une NP dans leur cabinet anticipant des « problèmes à gérer, une infirmière qui veut jouer au petit docteur » (médecin 4) et de « créer un flou dans la tête des patients quant au rôle de chaque professionnel du cabinet ». (médecin 2). Cette opposition est confirmée par la NP du cabinet : « Dans mon cabinet, deux des trois médecins étaient contre la formation. Mais le cabinet reçoit beaucoup de subventions pour la formation, c'est donc intéressant pour eux, et ils n'ont pu s'y opposer. Mais maintenant que j'ai presque terminé la formation, je vois bien qu'ils ne m'envoient pas leurs patients ». Plusieurs NPs sont dans ce cas, et dépendent d'un seul médecin (le maître de stage) pour obtenir l'accès à de nouveaux patients.

Pour les infirmières qui souhaitent investir le domaine médical, on observe deux types de motivations. Tout d'abord il y a celles qui disent souffrir de l'image sociale « *péjorative* » de leur métier, et souhaitent accéder à une position sociale plus valorisante : « *L'image de l'infirmière n'est pas terrible socialement, les gens pensent que l'on ne sait faire que les toilettes ou assister le médecin. Avec ce Master, nous pouvons créer des consultations spécialisées, on a une vraie valeur ajoutée en tant que NP car on réalise des tâches médicales, ce qui nous permet de nous différencier de l'infirmière de base* ». Certaines d'entre elles, qui auraient voulu faire des études de médecine, y voient une opportunité de se rapprocher du travail médical, comme cette infirmière en fin de formation : « *J'ai toujours voulu être médecin, mais je n'ai pas été tirée au sort¹¹. Du coup je suis devenue infirmière, mais grâce à ce Master je pense que je peux me rapprocher quand même d'un travail de médecin* ». Une deuxième motivation pour investir le domaine médical réside dans la volonté, partagée par le médecin, de prendre en charge une partie de la patientèle au même titre que le médecin. Trois NPs sont dans ce cas. Le premier, l'un des deux hommes de notre échantillon, a été invité par le médecin de suivre la formation pour pouvoir travailler à ses côtés et partager entièrement la patientèle avec lui. Comme ce NP exerçait déjà des responsabilités médicales au sein du cabinet, le MANP a été un moyen de légitimer son rôle médical. Les deux autres NPs sont des épouses de médecins généralistes, et exerçaient comme infirmière ou secrétaire médicale dans le cabinet de leur mari. Ces derniers cas sont particulièrement intéressants, car le passage « d'infirmière vers médecin » doit être expliqué aux patients. Les deux cabinets ont opté pour la transmission de l'information par le biais d'une

11 Aux Pays-Bas, l'entrée à la faculté de médecine se faisait, jusqu'en 2014, par tirage au sort et non pas par concours.

affiche dans la salle d'attente. Dans le premier cabinet, l'affiche est rédigée par la NP : « *Depuis le 5 septembre, j'ai mon diplôme MANP. À partir du 1^{er} octobre, j'assurerai les consultations le mardi, mercredi et jeudi matin au cabinet* ». Dans ce cabinet, l'assistante propose d'ailleurs aux patients : « *Vous pouvez maintenant aussi avoir un rdv avec madame* ». Dans l'autre cabinet, l'affiche est rédigée par le médecin qui présente sa femme comme un « *médecin HBO* »¹² : « *Ingrid est revenue après sa formation comme infirmière spécialisée et médecin HBO. À partir de maintenant elle peut aussi assurer les consultations de médecine générale* ». Ces deux NPs suivent effectivement une patientèle très large et diversifiée. Elles ont une grande autonomie et bénéficient d'un accès direct aux conseils médicaux de leur mari lorsqu'elles rencontrent des difficultés. Mais qu'en est-il des autres NPs ? Ont-elles obtenu l'élargissement et/ou l'autonomie professionnelle espérée ?

4. Le MANP a-t-il permis de construire l'espace d'autonomie professionnelle ?

On peut répondre à cette question par l'analyse de l'acquisition de nouvelles responsabilités. On observe alors un axe allant de « pas de nouvelles responsabilités », « de nouvelles responsabilités mais encadrées » à « acquisition de nouvelles responsabilités médicales très larges ».

4.1. Pas de nouvelles responsabilités

Après la formation, les NPs continuent dans la même logique de travail. Il n'y a pas de changements dans leurs tâches et elles gardent les mêmes responsabilités. Il s'agit ici de quelques *Practice nurses* chargées d'une pathologie chronique et qui souhaitaient, par le biais de MANP, élargir leur activité en y ajoutant une ou deux autres pathologies. Si elles n'ont pas réussi à réaliser leur projet, cela tient essentiellement à deux facteurs : soit elles ne se sont pas senties capables, après la formation, de se spécialiser dans une autre pathologie, soit elles n'ont pas été stimulées par les médecins dans ce sens. Dans ce cas, elles ont pu rencontrer la concurrence des médecins en formation (HAIO) effectuant leur stage dans le cabinet : « *Les HAIO suivent eux-mêmes des patients, et ils ont besoin de voir toutes les catégories de malades. Souvent le médecin leur envoie des patients chroniques. Dans mon cabinet, on a donné priorité au HAIO et ça m'a empêché d'avoir de nouveaux patients* ».

4.2. De nouvelles responsabilités mais encadrées par le médecin

Il s'agit de NPs qui exerçaient comme *Practice nurse*, et qui, depuis le MANP, exercent de nouvelles activités au sein du cabinet. Non seulement elles ont pu

12 HBO : enseignement supérieure professionnel, ce n'est pas une formation universitaire. Mais il n'existe pas d'études de médecine au niveau HBO. Cette expression est utilisée par le médecin pour désigner le changement de rôle de son épouse en lui donnant le titre de médecin pour augmenter sa légitimité auprès des patients.

bénéficier d'un transfert d'activités du médecin vers le NP, comme les visites à domicile ou les visites de patients dans des maisons de retraite, mais certaines d'entre elles ont aussi pu développer l'activité du cabinet. On peut prendre l'exemple d'une NP partageant son activité professionnelle entre le service de chirurgie vasculaire à l'hôpital et le cabinet de médecine générale. À la demande des médecins généralistes, elle a ouvert une consultation consacrée aux plaies post-opératoires. Pour les médecins, il s'agissait à la fois d'augmenter l'attractivité de leur cabinet en proposant une nouvelle consultation, mais aussi d'augmenter leur patientèle dans un contexte de forte concurrence : « *L'idée était de faire venir des patients par le biais de cette nouvelle consultation, et qui resteraient après dans notre cabinet* » (NP9). Quant au transfert d'activité du médecin vers la NP (visite à domicile et dans des maisons de retraite) on peut l'analyser comme la délégation d'une tâche potentiellement considérée « *ingrate* ». Sarradon-Eck (2010) décrit les visites des MG dans des maisons de retraite au pas de course (p. 111) marquées par des stratégies d'évitement d'une trop grande proximité physique, d'un faible investissement relationnel notamment en raison du fait que la demande de la visite vient généralement d'un tiers (infirmière, directrice, etc.). Toutefois, ces nouvelles activités sont très encadrées par les médecins et des *débriefings* sont organisés une ou deux fois par jour. Lors de ces échanges, le médecin se tient informé de l'état des patients visités et vérifie les prescriptions proposées, avant de les valider électroniquement.

4.3. De nouvelles responsabilités médicales

Ces NPs sont devenues de véritables partenaires des médecins généralistes. Il n'y a pas de « tri » au niveau des patients qui peuvent venir les consulter. Tous les patients sont susceptibles d'être reçus par elles. Néanmoins, elles travaillent aux mêmes horaires que le médecin généraliste pour pouvoir bénéficier de ses conseils en cas de difficulté. Elles ont l'autorisation par le médecin d'une prescription de médicaments, qu'il vérifie une ou deux fois par jour. Il est à noter qu'aux Pays-Bas, les prescriptions sont généralement transmises électroniquement à la pharmacie et qu'au moment de l'enquête le médecin généraliste devait les valider avant l'envoi. Toutefois, ces NPs (très minoritaires dans notre corpus) bénéficient d'un espace d'autonomie professionnelle très large. Mais elles ne se considèrent pas elles-mêmes comme des « médecins ». En effet, elles estiment que grâce à leur expérience d'infirmière elles ont une compétence supplémentaire par rapport aux médecins en termes d'écoute et de compréhension du contexte social et familial.

Conclusion

Le MANP n'a pas permis dans tous les cas d'élargir l'autonomie professionnelle. Cela tient à la fois à la position antérieure du NP, ses motivations, mais aussi aux modes de fonctionnement du cabinet (présence de HAIO, position des médecins à l'égard des NPs). Certaines NPs ont pu acquérir de nouvelles responsabilités dans des

cabinets qui souhaitaient, dans une logique de « prestation de services » (Pennec, 2010) recruter de nouveaux patients, ouvrir des consultations spécialisées et attirer des patients de la concurrence. Mais d'autres sont restées avec les mêmes fonctions qu'auparavant et ont le sentiment de n'avoir pu « *modifier les rapports hiérarchiques avec les médecins* ». Celles qui ont pu construire un espace d'autonomie, avec des nouvelles activités, même encadrées par les médecins, rêvent de s'installer en libéral dans les *walk-in centres* comme en Grande-Bretagne avec leur propre consultation, en collaboration avec un médecin à qui elles orienteraient les patients si les cas sont trop complexes. Elles aspirent toujours à une plus grande autonomie.

Sophia ROSMAN

rosman@vjf.cnrs.fr

BIBLIOGRAPHIE

- Acker, F. (1997). Sortir de l'invisibilité, le cas du travail infirmier. *Raisons Pratiques*, n° 8, p. 65-94.
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order?. *Sociology of Health and Illness*, vol. 19, n° 4, p. 498-520.
- Balint, M. (1960). *Le médecin, son malade, sa maladie*. Paris : Payot.
- Bungener, M., Baszanger, I. (2002). Médecine générale, le temps des redéfinitions. In Baszanger I., Bungener M., Paillet A., *Quelle médecine voulons-nous ?*. Paris : La Dispute, p. 19-34.
- Charles-Jones, H., Latimer, J., May, C. (2003). Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care. *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, n° 1, p. 71-92.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Éditions du Seuil.
- Freidson, E. (trad. Fr.) (1984). *La profession médicale*. Paris : Payot.
- Greatbatch, D., Hanlon, G., Goode, J. *et al.* (2005). Telephone triage, expert systems and clinical practice. *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, n° 6, p. 802-830.
- Greatbatch, D., Hanlon, G., Goode, J., O'Caithain, A., Strangleman, T., Luff D. (2005). Telephone triage, experts sytems and clinical expertise. *Sociology of Health and Illness*, vol. 27, n° 6, p. 802-830
- Ouvry-Vial, B., Bon-Saliba, B., Saliba, J. (1993). *Les infirmières. Ni nonnes ni bonnes*. Paris : Syros.
- Paul, C. (2006). *La délégation de tâches en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes installés en groupe en Normandie et en Picardie*, thèse de médecine, UFR de Médecine-Pharmacie, université de Rouen.

- Pennec, S. (2010). La médecine générale, une « profession consultante » entre profession savante et prestations de service. In Bloy G., Schweyer F-X, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, p. 207-218.
- Roodbol, P. (2005). *Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen*, thèse, University of Groningen, Faculty of Bedrijfskunde.
- Sarradon-Eck, A. (2010). Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologue. In Bloy G., Schweyer F-X, *Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, p. 99-113.
- van de Velde, F., van der Windt, W. (2013). *Alumni van de masteropleiding Advanced Nursing Practice, Rapport Capaciteitsorgaan*, Utrecht, KIWA Prismant, mars 2013.
- Van den Boomen, I., Vlaskamp, A. (1996). *Onder voorbehoud. De Wet BIG*, Rapport, Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Rijswijk.

Abstract • Keywords

Search for professional autonomy territory. The case of *Nurse practitioners* in the Netherlands

ABSTRACT: This article focus on the role of the Master of Advanced Nursing Practice (MANP) in the construction of professional autonomy space by nurses who want to become “*Nurse practitioners*”. It is based on a sociological qualitative research (interviews and ethnographical observations) among *Nurse practitioners* working in general practice health centers. They are trained in order to carry out medical acts that were previously reserved to doctors. But did *Nurse practitioners* obtain their professional autonomy in the medical field? The results of this study show that both the type of motivations to follow the Master and the working context of the practice influence their capacity to create or to expand this professional autonomy space.

KEYWORDS: health, health service, social sciences, Netherlands.